

Semestral | Vol. 1 Nº 1 | Junho
Ano: 2018 | ISSN: 2184-1578

RIIS

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde

Revista de Investigação & Inovação em Saúde

Vol. 1 Nº 1 | Junho 2018

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE
DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA
Unidade de Investigação e Desenvolvimento

Ficha Técnica | Technical Sheet | Ficha Técnica

Propriedade

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
Unidade de Investigação e Desenvolvimento
Rua da Cruz Vermelha, Cidacos, 3720-126 Oliveira de Azeméis
Telf.: 256 661 430
Email: riis@essnortecvp.pt
URL: <https://www.essnortecvp.pt/pt/investigacao/revista-riis/>

Editor Chefe

Liliana Mota, PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Ficha Catalográfica

Revista de Investigação & Inovação em Saúde/ propriedade Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa: Unidade de Investigação e Desenvolvimento. Semestral. ISSN 2184-1578

Título da Revista

Revista de Investigação & Inovação em Saúde (RIIS)

Projeto Gráfico e Maquetização

Unidade de Investigação e Desenvolvimento

ISSN

2184-1578

Registo de Marca Nacional

INPI – 592211

Periodicidade

Semestral

Acesso livre e gratuito para autores, revisores e leitores | Free access to authors, reviewers and readers | Acceso libre el autor, revisores e lectores

A RIIS agradece a colaboração de todos os autores, reservando-se ao direito de publicação. Todos os artigos publicados são da responsabilidade dos seus autores, que devem respeitar os princípios éticos da investigação e dar cumprimento às normas e orientações de edição da RIIS.



Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA



Corpo Editorial | Editorial | Consejo Editorial

Editor

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
Unidade de Investigação e Desenvolvimento

Editor Chefe

Liliana Mota, PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Editor Adjunto

Fernanda Príncipe, MsD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Secretariado Editorial

Odete Silva
Manuela Castro

Conselho Editorial

Alice Brito - PhD
Escola Superior Enfermagem do Porto

Ana Torres - PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Carlise Rigon Dalla Nora - PhD
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Fernando Alberto Soares Petronilho - PhD
Universidade do Minho - Escola Superior de Enfermagem

Germano Couto - PhD
Universidade Fernando Pessoa

Henrique Pereira - PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Irma da Silva Brito – PhD
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Maria Manuela Frederico Ferreira - PhD
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Maria Manuela Henriques Pereira Ferreira - PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Maria Otília Brites Zangão – PhD
Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (UÉESESJD)

Maribel Domingues Carvalhais - PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Paula Encarnação – PhD
Universidade do Minho

Rafaela Schaefer - PhD
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Vera Maria Saboia – PhD
Universidade Federal Fluminense-Rio de Janeiro



R | I | S

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde



Editorial

A Gestão editorial de uma revista é uma tarefa muito trabalhosa e que envolve uma enorme responsabilidade do editor de forma a manter a qualidade científica dos seus artigos, como resposta às legítimas expectativas dos leitores, aos seus diferentes níveis, mas essencialmente pelos avanços mais significativos, nas áreas temáticas que cada artigo trate.

Estamos todos conscientes da importância de manter o compromisso da regularidade e qualidade de uma publicação desta natureza, onde a crescente exigência dos autores, dos revisores, do conselho editorial e, também, do secretariado, deve ser uma prerrogativa sempre presente.

A Revista de Investigação & Inovação em Saúde é o corolário de uma necessidade sentida e do resultado de uma forte motivação de todos aqueles que contribuíram para a sua criação. Surge num contexto de profundas alterações decorrentes da recente transformação da anterior escola superior de enfermagem em escola superior de saúde (Decreto-Lei nº 155/2017 de 28 de dezembro) onde as perspetivas de diversidade de áreas científicas ajudará, por certo, quer a ter um número de artigos originais adequado, quer a enriquecer o conhecimento na saúde e, por essa via, a melhorar as práticas clínicas, tão necessárias como desejáveis pelas pessoas alvo dos cuidados.

São várias as atribuições das Instituições de Ensino Superior, mas a realização de investigação, é uma área de ação fundamental, para o adequado desenvolvimento do ensino da saúde; o apoio à participação em instituições científicas; a transferência, divulgação e valorização económica do conhecimento científico e tecnológico; a produção e difusão do conhecimento, bem como para o desenvolvimento socioeconómico e da literacia em saúde. Os estatutos da ESSNorteCVP preveem o funcionamento de uma estrutura diferenciada - Artigo 47.º Unidade de Investigação e Desenvolvimento - que tem como responsabilidade a realização e coordenação da produção e difusão do conhecimento, a formação na área das metodologias de investigação e definição das linhas orientadoras sobre a política de investigação. Neste sentido, o envolvimento de todos os docentes no desempenho das suas funções deve constituir-se como um desiderato como forma de manter a atualização permanente e consequentemente desenvolver novas competências e melhorar continuamente aquelas que vão sendo adquiridas. Estamos certos que todos estaremos atentos e todos faremos o nosso melhor para que este meio de divulgação científica possa atrair em quantidade e qualidade artigos para publicação e que, ao mesmo tempo, premeie o mérito e o sucesso académico dos estudantes.

Os leitores podem contar com uma publicação de qualidade, transparente, fonte de conhecimento, de informação e reflexão, na defesa intransigente dos aspetos éticos que envolvam quer a investigação, quer a publicação em si mesma. De facto trata-se de um projeto ambicioso e inovador mas que beneficia, naturalmente, da experiência acumulada, na produção científica que os docentes desta escola têm vindo a realizar, cujas publicações têm sido promovidas em revistas nacionais e internacionais com fator de impacto considerável, na colaboração na organização e gestão editorial com outras publicações, que nos últimos anos, tem sido muito profícua.

Uma palavra de apreço e agradecimento a todos os investigadores externos e instituições parceiras que têm vindo a colaborar connosco, esperando que usem este meio de divulgação da sua produção científica, e que este facto lhe dê mais alento, na senda do desenvolvimento das profissões da saúde.

Resta-nos agradecer a todos os elementos que se envolveram no projeto, e esperar que aqueles que, por um ou outro motivo, não puderam colaborar, que se comprometam com o futuro da produção científica e por conseguinte, com a colaboração ativa neste projeto.

Caros investigadores, caros docentes, caros profissionais de saúde, caros estudantes, caros colaboradores, caros leitores, a todos peço que façam deste, o seu projeto e a todos desejo um bom trabalho.

Henrique Pereira, PhD

Presidente Do Conselho de Direção da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Sumário | Summary | Resúmen

Editorial

ARTIGOS DE INVESTIGAÇÃO

- 7 Investimento na vida pessoal em idosos institucionalizados
Rosa Martins, Ana Figueiredo, Ana Andrade, Carlos Albuquerque, Conceição Martins
- 17 Efeito do toque terapêutico na dor, autocuidado, depressão e cortisol: estudo de um caso clínico
Paula Encarnação, Ermelinda Macedo, Manuela Machado, André Sousa, Marco Pinto
- 25 Doentes após seis meses de acidente vascular cerebral: nível de incapacidade funcional
Conceição Martins, Ricardo Correia, Rosa Martins, Sofia Campos, Teresa Moreira
- 37 Motivos da escolha do curso pelos estudantes de enfermagem – um estudo exploratório
Vitor Machado, Delfina Teixeira, Catarina Sequeira, Susana Santos, Maria Penaforte
- 45 Impacto da doença oncológica nos familiares: sobrecarga e sintomatologia psicopatológica, relação e implicações
Mara Rezende, Sónia Remondes-Costa
- 57 Transição saúde-doença na pessoa com enfarte agudo do miocárdio: estudo qualitativo
Sívia Paiva, Paulo Ferreira
- 67 Obstáculos no acesso à saúde pelos imigrantes: análise de género
Dalíllia Brito, Maria Belkis, Idalina Vilela, Ana Brito
- 75 Apoio a grupos de risco na área metropolitana do porto
Idalina Vilela, Dalíllia Brito, Noémia Vilela, Ana Brito
- 87 O processo de fim de vida em doentes oncológicos paliativos em contexto hospitalar e domiciliário: estudo qualitativo
Vânia Araújo, Sónia Remondes-Costa
- 97 Técnicas psicométricas *versus* técnicas projetivas na avaliação da dinâmica intrapsíquica de doentes psiquiátricos em consulta externa: um estudo comparativo
Patrícia Costa, Sónia Remondes-Costa, Cláudia Milheiro
-
- ### ARTIGOS DE REVISÃO
- 109 Perspetiva das pessoas que recebem más notícias em contexto hospitalar: revisão integrativa
Alice Apolónia, Bruno Moreira, Daniel Silva, Filipa Castro, Joana Oliveira, Mário Emídio, Liliana Mota

INVESTIMENTO NA VIDA PESSOAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Investment in personal life in Institutionalized Elderly

Investimiento en la vida personal en ancianos institucionalizados

Rosa Martins*, Ana Figueiredo**, Ana Andrade***, Carlos Albuquerque****, Conceição Martins*****

RESUMO

Enquadramento: o Investimento na Vida Pessoal (IVP) pode indicar-nos a valorização e atribuição de objetivos de vida do idoso, em todos os seus atributos e características. **Objetivo:** avaliar o nível e determinantes de IVP percebido pelos idosos institucionalizados. **Metodologia:** estudo não experimental, descritivo-correlacional e quantitativo, realizado numa amostra de 90 idosos institucionalizados da região Centro do País. Foi utilizado um questionário, o índice de Barthel, escala de Apgar Familiar, escala da Espiritualidade, escala de Satisfação com a Vida e escala de Avaliação de Investimento na Vida Pessoal. **Resultados:** a percepção dos idosos sobre o IVP é para 37,8% elevado, moderado para 30,0% e baixo para 32,2%. Os homens avaliam o investimento de uma forma mais positiva que as mulheres ($p = 0,047$), assim como os idosos com habilitações académicas superiores ($p = 0,041$) e com maior nível de independência funcional ($p = 0,037$). Também a família tem um efeito positivo e significativo ($p = 0,020$) no IVP do idoso, à semelhança da existência de mais esperança ($p = 0,002$) e maior satisfação com a vida ($p = 0,013$). **Conclusão:** os níveis de IVP dos idosos é diferenciados mas maioritariamente positivo e correlaciona-se de forma significativa com diversas variáveis que trabalhadas contribuem para um envelhecimento ativo e com qualidade.

Palavras-chave: idosos; institucionalização; satisfação com a vida; investimento na vida pessoal.

*Doutor; Professor Coordenador; Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Unidade Científica-Pedagógica de Enfermagem de Reabilitação. rmartins.viseu@gmail.com

**Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Associação de Solidariedade Social do Alto Paiva, Vila Nova de Paiva. anasuzete83@hotmail.com

*** Doutor; Professor Adjunto; Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Unidade Científica-Pedagógica de Enfermagem em Saúde Comunitária. aandrade@essv.ipv.pt

**** Doutor; Professor Adjunto; Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Unidade Científica-Pedagógica de Enfermagem de Reabilitação. cmalbuquerque@gmail.com

***** Doutor; Professor Coordenador; Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Unidade Científica-Pedagógica de Enfermagem de Médico Cirúrgica. mcarmartinsp@gmail.com

Como Referenciar:

Martins, R., Figueiredo, A., Andrade, A., Albuquerque, C. & Martins, C. (2018). Investimento na vida pessoal em idosos institucionalizados. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(1), 7-15.

ABSTRACT

Background: investment in personal life (IVP) may indicate the valuation and attribution of life goals of the elderly, in all its attributes and characteristics. **Objective:** to evaluate the level and determinants of perceived IVF by institutionalized elderly. **Methodology:** non-experimental, descriptive-correlational and quantitative study, carried out on a sample of 90 institutionalized elderly people from the Central region of Portugal. A questionnaire was used, the Barthel Index, Family Apgar Scale, Spirituality Scale, Life Satisfaction Scale, and Personal Life Investment Valuation Scale. **Results:** the perception of the elderly on the IPL is to 37.8% high, moderate to 30.0% and low to 32.2%. The men evaluated the investment in a more positive way than the women ($p = 0.047$), as well as the elderly with higher academic qualifications ($p = 0.041$) and with a higher level of functional independence ($p = 0.037$). Family also has a side effect. Positive and significant ($p = 0.020$) non-IPL of the elderly, at the life expectancy ($p = 0.002$) and greater Life satisfaction ($p = 0.013$). **Conclusions:** the levels of IVP of the elderly are differentiated but mostly positive and correlate significantly with several variables that work to contribute to an active and quality aging.

Keywords: elderly; institutionalization; satisfaction with life; investment in personal life.

RESUMEN

Marco contextual: o Investimento en la vida personal (IVP) puede indicar-nos una valorización y atribución de objetivos de vida del individuo, en todos sus propios atributos y características. **Objetivo:** evaluar el nivel y determinantes de IVP percibido por los ancianos institucionalizados.

Metodología: estudio no experimental, descriptivo-correlacional y cuantitativo, realizado en una muestra de 90 ancianos institucionalizados de la región Centro del País. Se utilizó un cuestionario, el índice de Barthel, escala de Apgar Familiar, escala de la Espiritualidad, escala de Satisfacción con la Vida y escala de Evaluación de Inversión en la Vida Personal. **Resultados:** una percepción de los años sobre el IVP es para el 37,8% elevado, moderado para el 30,0% y el bajo para el 32,2%. ($p = 0,047$) También se ha producido un efecto en la salud ($p = 0,041$) y en el mayor nivel de independencia funcional Positivo y significativo ($p = 0,020$) no IVP do idoso, a likeness of existence hope ($p = 0,002$) e maior satisfaction com a vida ($p = 0,013$). **Conclusión:** los niveles de IVP de los ancianos se diferencian pero mayoritariamente positivos y se correlaciona de forma significativa con diversas variables que trabajadas contribuyen a un envejecimiento activo y con calidad.

Palabras clave: idosos; institucionalización; satisfacción con una vida; investimento na vida personal.

Recebido para publicação em: 17/10/2017
Aceite para publicação em: 02/05/2018

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional na atualidade requer medidas, iniciativas e intervenções, que possibilitem melhorar a qualidade de vida dos idosos e assegurar a sua integração progressiva e equilibrada na sociedade. Os idosos hoje vivem mais tempo e por isso é premente que vivam com qualidade, integrados na sociedade e na família, com garantias de meios de subsistência e os apoios necessários (Carvalho & Mota, 2012).

Em contexto de institucionalização é importante garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas também qualidade de vida e satisfação pessoal. Assim, torna-se fundamental avaliar e compreender as necessidades e perspectivas globais dos idosos institucionalizados, sensibilizando os profissionais para a identificação e controlo das mesmas, capacitando os próprios idosos para uma atuação pró-ativa em todo o seu processo de envelhecimento.

ENQUADRAMENTO

Diz-nos Cardão (2009, pág. 21) que envelhecer é um processo mais psíquico do que físico e por isso entende *a idade como um estado de espírito!* Envelhece-se biologicamente é certo, mas sobretudo, envelhece-se quando deixamos de nos encantar com os processos da vida. Estabelecer objetivos ao longo da vida (incluindo a velhice) é um dos aspetos frequentemente mencionados por diferentes perspectivas e teorias, como parte do constructo do bem-estar e satisfação pessoal. Na perspectiva do ciclo vital é relevada a importância das mudanças nos objetivos e propósitos que o indivíduo tem ou deve desenvolver ao longo da vida e portanto os objetivos de vida e o investimento feito na vida pessoal, no sentido de manter algo ou conseguir algo novo, são descritos como fatores possíveis e facilitadores da resiliência necessária (Afonso, 2012).

O investimento na vida pessoal é um tema relevante no mundo moderno por ser o produto da interação entre as expectativas e realizações de uma pessoa, podendo somente ser descrita e medida em termos individuais e portanto numa análise essencialmente subjetiva.

Manter o equilíbrio emocional e psíquico é deveras importante para o idoso, porém este terá de se manter ativo, ter objetivos e continuar a aprender e a crescer interiormente (Pimentel, 2011). Este crescimento exige que as pessoas mais velhas definam, elas próprias, o que “envelhecer bem” significa e, deste modo, indicar o que necessitam para consegui-lo face às suas incontornáveis circunstâncias pessoais, sejam elas determinadas pelo inexorável peso da idade, ou pela frequência de problemas de saúde impossibilitadoras de um exercício pleno de independência (Ribeiro, 2012).

O envelhecimento ativo para os idosos, corresponde à capacidade de cuidar da sua saúde física e mental, bem como demonstrar interesse pela vida e pelas questões sociais, preparando assim uma nova etapa da vida. Felizmente tem-se verificado nos últimos tempos que são cada vez mais os idosos que estabelecem objetivos de vida, desempenhando um papel fundamental na comunidade, como voluntários, membros de associações e mesmo como avós (Ferreira, 2011). O envelhecimento ativo (EA) como produto do investimento pessoal na vida, expressa-se como uma experiência positiva, uma vida que deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, envolvimento social e segurança. Não estando circunscrito à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho, deve considerar leituras subjetivas que permitam manter o envolvimento ajustado com as dimensões individuais, sociais, culturais, espirituais e civis tidas como significativas para a pessoa e não para “o grupo dos mais velhos” que é, como se sabe, mas nem sempre reconhecido, altamente heterogéneo (Martins, Santos & Andrade 2015).

Oliveira (2012) sustenta a ideia de que o sucesso ou insucesso da adaptação do idoso à sua nova situação de velhice é de primária importância. Para este autor esta adaptação passa por um modo de vida socialmente desejável para os idosos, manutenção das atividades da meia-idade e sentimento de satisfação com a vida em geral. Isto pressupõe manter o idoso ativo a todos os níveis, levando-o a um contínuo investimento e não desinvestimento. Todavia, cada caso deve ser ponderado individualmente, porque para uns a felicidade ou satisfação com a vida pode estar mais na ação, nos fatores socioeconómicos e contextuais, enquanto para outros idosos à felicidade estão subjacentes aspetos de índole pessoal.

Numa tentativa de explicar o conceito de (des)investimento no envelhecimento, Cardão (2009) refere-se a vários tipos de envelhecimento possíveis que encerram movimentos psíquicos e investimentos/desinvestimentos libidinais que ajudam a compreender que é um processo que pode ser vivido tanto de forma saudável como patológica, influenciando a forma como é vivido. Nesta perspetiva, o envelhecimento pode ser vivido (1) pela “via elaborativa e o desejo de viver”, onde a pessoa, com uma atitude construtiva, aceita e investe nas mudanças pessoais e sociais inerentes ao avanço na idade, (2) ou pela “via regressiva entre a vida e a morte”, onde a pessoa, numa atitude destrutiva, se retrai em si mesma negando as mudanças e enquistando a sua elaboração.

De facto falar de investimento pessoal não é tarefa fácil e por essa razão, estes processos implicam que a atuação de quem cuida um idoso sobretudo em situação de institucionalização, passe por um conhecimento individualizado dessa mesma pessoa e se necessário fazer compreender ao próprio idoso que na vida há sempre diferentes “portas” para abrir, diferentes “caminhos” e trajetórias por onde seguir. É necessário portanto fazer escolhas e, certamente seguir pela “via elaborativa e o desejo de viver” uma vez que é esta a escolha mais

vantajosa para experienciar uma velhice com dignidade. Paralelamente, a atuação deve estar centrada na educação para a saúde, no “cuidar” tendo como base o conhecimento do processo de senescência e senilidade e no retorno da capacidade funcional para a realização das suas atividades, com o objetivo de atender às suas necessidades básicas e alcançar o máximo possível a independência e felicidade, promovendo e estimulando de forma efetiva o investimento na vida pessoal.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional. Utilizou uma amostra do tipo não probabilístico por conveniência, constituída por 90 pessoas idosas de uma população de 184 indivíduos residentes em estruturas residenciais para idosos (ERPI) existentes num concelho do distrito de Viseu. Os critérios de seleção estabelecidos foram: possuir idade igual ou superior a 65 anos; apresentarem capacidade de resposta verbal e orientação no espaço e no tempo; aceitar participar no estudo e assinar o consentimento (o próprio ou o seu representante legal, quando necessário), depois de devidamente informados sobre o estudo. A colheita de dados decorreu entre novembro de 2015 e março de 2016 e o instrumento utilizado integrava questões de caracterização sócio-demográfica, clínico-funcionais (índice de Barthel), caracterização familiar e situacional (Escala de Apgar Familiar), espiritualidade (Escala da Espiritualidade), Satisfação com a Vida (Escala de Satisfação com a Vida), e por fim a Escala de Avaliação de Investimento na Vida Pessoal. Esta última escala é constituída por 9 itens, para os quais são oferecidas cinco alternativas de resposta: “muito pouco”, “pouco”, “mais ou menos”, “muito” e “muitíssimo”. Cada uma é cotada de 1 a 5, respetivamente. O resultado final é o somatório das cotações de cada resposta e varia entre o mínimo de 9 e o máximo de 45. Quanto maior for a pontuação total, maior

será o nível de investimento na vida pessoal (Martins & Santos, 2012).

Todos os procedimentos foram efetuados segundo uma rigorosa conduta ética, (com autorizações por parte dos Provedores e Diretores das Instituições e respetivas Comissões de Ética), garantindo-se o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. O tratamento estatístico foi efetuado através do programa *Statistical Package Social Science* versão 20.0 para o *Windows e Word Microsoft*, e foi processado utilizando estatística descritiva e estatística inferencial.

RESULTADOS

A amostra é constituída por 90 participantes, pertencendo 63,3% ao sexo feminino e 36,7% ao sexo masculino. A idade oscila entre um valor mínimo de 65 e um máximo de 99 anos, correspondendo-lhe uma média de 83,22 anos, um desvio padrão de 7,67 e um coeficiente de variação de 9,21%, o que nos indica a existência de uma baixa dispersão em torno da média.

Os idosos são maioritariamente (68,9%) viúvos, sobretudo mulheres, encontram-se reformados (84,8%) por limite de idade, residem em meio rural (63,0%) e apresentam baixa escolaridade (60% possui ensino básico) Os rendimentos mensais de 70,0% são inferiores a 500€ e talvez por isso encontramos grande insatisfação com os valores auferidos.

Os aspetos relativos à institucionalização revelam que o principal motivo apontado para o ingresso no lar se deve à dificuldade sentida no autocuidado (66,7%), sendo a iniciativa do ingresso atribuída sobretudo à família (47,8%) e a si próprios (43,3%) e os períodos de internamento oscilam entre 1 e 5 anos, (53,3%). Quando questionados sobre onde gostariam de viver 43,3% responde de forma parentória no lar, mas 40,0% regressaria à sua própria casa se tivesse condições para isso.

Os níveis de funcionalidade encontrada revelam que 50,0% dos inquiridos apresentam dependência ligeira, 31,1% é totalmente independente, 8,9% apresenta dependência moderada, 5,6% apresenta dependência grave e apenas 4,4% apresenta dependência total. A análise do desempenho nas atividades básicas de vida diária (ABVD) mostra que mais de 50,0% dos idosos são independentes nas atividades: evacuar, mobilidade, alimentação e transferências. Inversamente, os níveis de maior dependência encontram-se ligados a atividades do tipo banho, vestir/despir e subir escadas Talvez por sentirem estas limitações, a avaliação que fazem da sua *saúde* revela que apenas 4,4% dos elementos da amostra acha que esta é muito boa, 17,8% classifica-a como boa, 35,6% classifica-a como razoável e 42,3% diz mesmo que é má e muito má.

Valores diferentes e mais positivos encontramos sobre a funcionalidade familiar percecionada, uma vez que 73,3% dos idosos acha que a sua família é altamente funcional, 8,9% classifica-a como moderadamente funcional, e apenas 17,8% acha ser disfuncional. Existe uma ligeira diferença na distribuição entre homens e mulheres uma vez que estas têm perceções mais positivas que os homens.

Numa análise descritiva das dimensões e da *espiritualidade global* podemos constatar que esta oscila entre um valor mínimo de 10 e um máximo de 20, correspondendo-lhe uma média de 16,00 pontos, um desvio padrão de 2,74 e um coeficiente de variação de 17,12%, o que nos indica a existência de uma baixa dispersão em torno da média. A dimensão *crenças* apresenta uma média de 7,43 um desvio padrão de 1,06, a *esperança* uma média de 8,56 um desvio padrão de 2,27 o que nos permite dizer que este grupo é mais crente do que esperançoso, vivenciando a sua espiritualidade de forma moderada.

Quanto à sua satisfação com a vida constatámos que 36,8% dos idosos está muito satisfeito, 27,8% está

moderadamente satisfeito e 35,4% assume estar insatisfeito. As mulheres estão mais insatisfeitas com a vida do que os homens, contudo as diferenças estatísticas não são significativas ($p=0,067$).

O investimento na vida pessoal desenvolvido pelos nossos idosos, oscilam entre um valor mínimo de 14 e um máximo de 40, (valores possíveis min.9 e máx.45 pontos) com um valor médio de 29,87 um $dp= 5,17$ e um $CV=17,30\%$, (dispersão moderada em torno da média). A média do investimento para o sexo feminino ($\bar{x}=32,85$) é ligeiramente inferior à do sexo masculino ($\bar{x}= 34,15$), porém as diferenças estatísticas não são significativas ($p=0,060$). Na constituição de grupos com base na fórmula *Média $\pm 0.25 dp$* , encontramos 37,8% de idosos que percecionam o seu investimento como elevado, 32,2% entende-o como baixo e o grupo mais reduzido (30,0%) acha que o investimento pessoal foi moderado (tabela 1)

Tabela 1
Níveis classificativos do investimento pessoal na vida dos idosos

INVESTIMENTO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Baixo	9	10,0	20	22,2	29	32,2
Moderado	9	10,0	18	20,0	27	30,0
Elevado	15	16,7	19	21,1	34	37,8
Valor Global	33	36,7	57	63,3	90	100,0

Na determinação de associação entre variáveis constatamos que são os idosos que sentem ter investido mais na vida pessoal aqueles que possuem maiores habilitações académicas ($p=0,041$), menores níveis de dependência ($p=0,037$), percecionam famílias mais funcionais ($p=0,020$), fazem planos futuros ($p=0,032$) e estão mais satisfeitos com a vida ($p=0,013$). Relativamente à espiritualidade apenas a dimensão esperança se correlaciona significativamente ($p<0,001$) com o investimento pessoal, explicando 31,7% da sua variância. Já o género, idade, estado civil, satisfação com a reforma, percepção de saúde, local de residência e iniciativa de

internamento, mostraram não se correlacionar de forma significativa ($p>0,05$) com o investimento na vida pessoal destes idosos.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostram que o investimento na vida pessoal é um construto que exige ao indivíduo ao longo do seu ciclo vital, a manutenção de um envolvimento ajustado de acordo com as dimensões individuais, sociais, culturais, espirituais e civis tidas como significativas para a pessoa, tornando-o deste modo profundamente individualizado. De facto pudemos observar que 37,8% dos idosos percecionam o seu investimento como elevado, 32,2% entendendo-o como baixo e 30,0% acha-o moderado. Existem diferenças de género, que mostram que os homens tendem a avaliar o investimento de uma forma mais positiva (moderado/elevado), enquanto as mulheres incidem nos itens correspondentes ao baixo e moderado, dados que vem corroborar os resultados de Fermento e Martins (2016).

A compreensão do contexto sociodemográfico e clínico dos idosos institucionalizados torna-se fundamental na análise da percepção do investimento pessoal se partirmos do pressuposto que este pressupõe a existência intrínseca de uma força que se modifica a cada momento ao longo da vida e nos diferentes contextos. Os dados sociodemográficos caracterizadores da amostra revelam desigualdade na repartição por género, já que 57 dos idosos são do sexo feminino, com uma média de idade de 83,77 anos, enquanto apenas 33 são do sexo masculino, com uma média de idade de 82,27 anos. A viuvez é o estado civil de 68,9% da amostra, estando mais presente nas mulheres (46,7%) do que nos homens (22,2%). Residem em meio rural (63,0%), são detentores apenas do ensino básico (60) e os rendimentos mensais de 70,0% são inferiores a 500€. Estes resultados correspondem aos dados publicitados em 2014 pelo INE onde a

RIIS

Revista de Investigação & Inovação em Saúde

preponderância da população feminina é reforçada à medida que a idade avança, passando-se o mesmo com o estado de viuvez, iliteracia e os baixos rendimentos.

O perfil clínico-funcional destes idosos demonstra a existência de alguns níveis de dependência dado que apenas 31,1% é independente, mostrando os restantes (8,9% apresenta dependência moderada, 5,6% apresenta dependência grave e apenas 4,4% apresenta dependência total) graus de dependência crescente. Os valores percentuais mostram que os elementos do género feminino apresentam níveis superiores de dependência quando comparados com os do género masculino, o que se entende ao considerar a média de idades mais elevada que as mulheres desta amostra apresentam. Para Silva, Barbosa, Castro e Noronha (2013) o sexo feminino é mais propenso a limitações funcionais, por serem frequentemente portadoras de maior número de condições crónicas, tais como depressão, artrose, artrite, entre outras, quando comparadas com os homens.

A percepção do estado de saúde é fundamental para um melhor planeamento, não só pelo seu papel como determinante de saúde, mas também pela sua relação com a adoção de comportamentos promotores de saúde. Neste sentido vimos que 4,4% dos elementos da amostra acha que esta é muito boa, 17,8% classifica-a como boa, 35,6% classifica-a como razoável e 42,3% diz mesmo que é má e muito má. Verificamos também que 52,3% dos inquiridos tinham recorrido a programas de reabilitação sendo os fisioterapeutas (46,7%), os principais reabilitadores. De facto apenas 1,1% recorreu ao enfermeiro de reabilitação e 2,2% ao terapeuta da fala e outros técnicos. Perceciona-se facilmente neste estudo a baixa visibilidade pelos idosos da existência e das competências do enfermeiro especialista em reabilitação, contudo corroboramos Fernandes (2015), quando afirma que a avaliação funcional efetuada pelo enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação pode contribuir para identificação das necessidades, promoção

da saúde, prevenção de complicações, e manutenção ou aquisição de estilos de vida saudáveis, permitindo direcionar e fundamentar as ações de enfermagem para melhorar a capacidade funcional e promover uma melhor qualidade de vida.

A família surge, neste estudo, como um elemento essencial do processo de envelhecimento dos idosos institucionalizados. O apoio ou evitamento da solidão e isolamento depende em grande parte da relação que os idosos têm com os filhos e com os netos, a chamada “solidariedade intergeracional” ou responsabilidade filial. Constatámos que 73,3% dos idosos perceciona a sua família como altamente funcional, 8,9% classifica-a como moderadamente funcional, e 17,8% acha ter disfunções acentuadas. A comparação por género mostra que existe uma ligeira diferença na distribuição entre os sexos uma vez que as mulheres têm percepções mais positivas em relação à funcionalidade familiar relativamente aos homens. Partilhamos o sentir de Martins, Santos e Andrade (2015) ao assumirem que não existem modos de funcionamento familiar corretos ou errados, existem sim formas de funcionalidade distintas que derivam da conjugação de três aspetos: as crenças e valores da família, os padrões de interação familiar e as competências da família. Esta percepção da elevada funcionalidade familiar pode, de certa forma, justificar o facto de apenas 8,9% dos idosos referirem como motivo de internamento a falta de apoio familiar e de 4,4% referir não ter família.

As razões apontadas pelos idosos sobre o motivo do internamento prendem-se com as dificuldades em autocuidar-se (66,7%) e a preferência em viverem no lar apesar de terem família (14,4%). Rodrigues (2011) corrobora a ideia que estes dados refletem, sobre a existência de uma visão social progressivamente diferente sobre as instituições, deixando estas de estarem conotadas com aspetos negativos, mas sim como uma alternativa residencial vantajosa para o idoso.

Contrariamente aos nossos resultados, os de Monteiro e Martins (2013) apontam o isolamento e a inexistência de uma rede de interações que facilitem a integração social e familiar dos idosos e que garantam um apoio efetivo em caso de maior necessidade, como um dos motivos mais frequentes que levam ao internamento. O tempo de internamento para a maioria (53,3%) dos idosos oscila entre um e cinco anos, contudo temos uma importante percentagem de idosos (28,9%) a residir nas instituições há menos de um ano. Apesar de muitos autores se referirem a diversas conotações negativas associadas à institucionalização, o maior grupo percentual (43,3%) de idosos responde estar no lar por sua preferência. Porém 40,0% regressaria à sua própria casa se lhe fosse dada essa oportunidade, 10% optaria por residir com os familiares, 4,4% num local mais próximo de casa, e há ainda um pequeno grupo (2,2%) que optou por não responder. São dados que corroboram parcialmente Rodrigues e Martins (2015), quando dizem que o último local onde os idosos preferem residir é o lar, uma vez que a institucionalização surge em última opção.

A revisão da literatura mostrou-nos que a religiosidade e a espiritualidade podem ser fatores muito importantes na vida das pessoas, essencialmente nesta última etapa da vida e perante a institucionalização. Observámos que o nosso grupo de idosos é mais crente do que esperançoso, sendo a sua espiritualidade vivida de forma moderada. A esperança demonstrada traduz-se também num maior Investimento na Vida pessoal o que confirma o defendido por Joia e Ruiz (2013) ao alegarem que o envolvimento em atividades religiosas, organizadas, proporcionam aumento do senso de propósito e significado de vida.

A satisfação com a vida tem sido considerada uma dimensão subjetiva de qualidade de vida, ao lado de felicidade e bem-estar. É defendida como uma possibilidade que se deve levar em conta, em avaliações individuais, diferenças culturais e em percepções do padrão de vida. Assim procuramos neste grupo conhecer esses

sentimentos e verificámos que 37,8% dos idosos está muito satisfeito com a vida, 27,8% está moderadamente satisfeito e 34,4% mostra estar insatisfeito, sendo esta insatisfação mais evidente no feminino. Rodrigues (2011) também constatou no seu estudo que a maioria dos idosos institucionalizados manifestava satisfação com a vida, contudo havia igualmente uma elevada percentagem de idosos que estariam pouco satisfeitos. Em sua opinião a satisfação depende, efetivamente, de múltiplos fatores e as questões do envelhecimento são na realidade de carácter multidimensional e individualizado.

Por fim e considerando a percepção dos Idosos sobre o seu IVP, variável dependente no nosso estudo, pudemos observar que este se distribui de uma forma relativamente equitativa por três níveis: o maior grupo percentual (37,8%) percebe o seu investimento como elevado, 32,2% entendendo-o como baixo e o grupo mais reduzido (30,0%) acha que o investimento foi moderado. As percepções de maior investimento estão associadas ao “Bem-estar da família” (sobretudo mulheres), à “Saúde”, à “Independência” e à “Vida como um Todo”. Investem ainda “na Morte e no Morrer”, nas “Relações com os Amigos”, no “Funcionamento Intelectual” e por último, com um investimento muito reduzido, na “sexualidade”.

Resultados semelhantes foram obtidos por Fermento e Martins (2016) e Martins, Santos e Andrade (2015) ao verificarem que o investimento na vida pessoal é bastante diferenciado nos idosos, existindo diferenças significativas no fator género, uma vez que os homens tendem a avaliar o investimento de uma forma mais positiva (moderado/elevado), enquanto as mulheres incidem no item correspondente ao baixo e moderado. Segundo as autoras, por muito tempo permaneceu a noção de que a realização natural da mulher estaria no envolvimento afectivo e na procriação enquanto no Homem na vida social, laboral e económica.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo põe em relevo mais uma vez, a importância que deve ser dada ao aumento populacional das pessoas idosas, tornando-se inevitável o pensar e o repensar de estratégias humanas, sociais e políticas que garantam aos idosos um envelhecimento saudável ativo e bem-sucedido independentemente do ambiente residencial.

O sucesso da institucionalização depende da pessoa idosa e respetiva adaptação pessoal, da família, que deve procurar manter o contacto com os seus idosos, e depende ainda dos responsáveis pelas instituições que devem encarar os idosos como indivíduos que possuem desejos e ambições. A promoção da manutenção de uma rede de apoio de referência contactos para o idoso deve também ser uma das prioridades destes serviços, já que apresenta um impacto positivo ao nível da sua satisfação com a vida. Neste sentido, é de suma importância que as instituições estejam munidas de recursos humanos especializados: de equipas multidisciplinares, que sejam capazes de compreender as especificidades do idoso, ajudando-o e a família a vivenciar de forma natural, tranquila e feliz esta última etapa do ciclo vital. Torna-se ainda fundamental capacitar os próprios idosos a serem pró-ativos no seu processo de envelhecimento através de um investimento na vida pessoal que deve acompanhar todo o desenvolvimento. Cada idoso é um indivíduo diferente, que integra programas pessoais de trabalho, de acordo com as suas capacidades e pro-atividade, devendo levar-se em conta o seu passado, a sua bagagem, o seu presente e todos os seus investimentos.

Foi curioso verificar, que o investimento na vida pessoal dos nossos Idosos se traduz em perceções multifatoriais, subjetivas e individualizados, distribuindo-se num *continuum* que vai desde o baixo/moderado investimento ao investimento elevado. De destacar também o contexto que o rodeia, nomeadamente o contexto sociodemográfico, clínico e psicossocial, sendo estes

também sustentados na consciência que os próprios Idosos tem de si próprios. Através da análise inferencial verificamos, que os idosos com perceções mais elevadas sobre o seu investimento na vida pessoal eram os que detinham maiores habilitações académicas, níveis de independência funcional superiores, famílias mais funcionais, níveis de esperança mais elevados e maior satisfação com a vida.

Estas constatações levam-nos a refletir sobre a importância fulcral e o papel determinante dos profissionais de saúde (com especial relevo para os enfermeiros) no incentivo dos idosos, mesmo institucionalizados, a investir na sua vida pessoal de forma ativa e continuada. Não temos dúvidas que conhecendo nós a valorização e atribuição de objetivos de vida dos idosos, em todos os seus atributos e características, (como foi o caso neste estudo) torna-se mais fácil e mais ajustado o estabelecimento de estratégias promotoras de um envelhecimento bem-sucedido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, M. (2012). Stress, coping e resiliência em pessoas idosas. In C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de gerontologia* (pp.171-172). Lisboa: Lidel.
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler Editora.
- Carvalho, J., & Mota, J. (2012). O exercício e o envelhecimento. In C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de gerontologia* (pp.71-91). Lisboa: Lidel.
- Fermento, C. I. S., & Martins, R. (2016). *Investimento pessoal e independência funcional em idosos* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Retirado de <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3187>
- Fernandes, C. N. (2015). *Funcionalidade, aptidão física e qualidade de vida do idoso da Região Minho-Lima: Contributos para a enfermagem de reabilitação*

- (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Retirado de http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1420/1/Carla_Fernandes.pdf
- Ferreira, A. (2011). *(In)dependência funcional em idosos domiciliados: Intervenção do enfermeiro de reabilitação* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Retirado de <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1660>
- Joia, L. C., & Ruiz, T. (2013). Satisfação com a vida na percepção dos idosos. *Kairós Gerontologia*, 16(4), 79-102. Retirado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/20023/14898>
- Martins, R., Santos, P., & Andrade, A. (2015). Satisfação com a vida em idosos: Prevalência, determinantes. *Gestão e Desenvolvimento*, 23, 107-123.
- Monteiro, C. & Martins, R. (2013). Idosos residentes em meio rural: Satisfação com o suporte social. *Gestão e Desenvolvimento*, 21, 229-244.
- Oliveira, J. H. B. (2012). *Psicologia do idoso: Temas complementares: Sexualidade, espiritualidade, educabilidade, sociabilidade, e morte*. (2ª ed.). Porto: LivPsic.
- Pimentel, L. (2011). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Direção Geral da Saúde. (2016). *Principais indicadores da saúde para Portugal: 2010-2014*. Retirado de <http://www.dgs.pt/em-destaque/principais-indicadores-da-saude-para-portugal.aspx>
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento. Destaque: Informação à Comunicação Social*. Retirado de https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=218948085&att_display=n&att_download=y
- Ribeiro, O. (2012). O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 33-52. Retirado de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/10572.pdf>
- Rodrigues, S. I. (2011). *A satisfação com a vida de idosos institucionalizados* (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Miguel Torga. Retirado de <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/128>
- Rodrigues, A. M. A.M., & Martins, R. (2015). *Dependência no autocuidado dos idosos residentes em lar* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Retirado de <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3203>
- Silva, J. M. N., Barbosa, M. F. S., Castro, O. C. N., & Noronha, M. M. (2013). Correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(2), 337-346. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n2/13.pdf>

EFEITO DO TOQUE TERAPÊUTICO NA DOR, AUTOCUIDADO, DEPRESSÃO E CORTISOL: ESTUDO DE UM CASO CLÍNICO

Effect of Therapeutic Touch on pain, self-care, depression and cortisol: study of a clinical case

Efecto del Toque terapéutico en el dolor, cuidado personal, depresión y cortisol: un estudio de caso

Paula Encarnação*, Ermelinda Macedo*, Manuela Machado*, André Sousa**, Marco Coelho**

RESUMO

Enquadramento: o Toque Terapêutico (TT) ou método Krieger-Kunz tem demonstrado benefícios na saúde das pessoas como a redução da dor e ansiedade, ou o aumento da hemoglobina. **Objetivo:** avaliar o efeito do TT na dor, nível de dependência no autocuidado, níveis de cortisol e depressão numa doente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) e sintomatologia depressiva grave. **Metodologia:** estudo de um caso clínico com avaliação pré, durante e pós intervenção, realizado em março e abril de 2015. Foram realizadas dezasseis sessões de TT. Nos três momentos foram aplicados: Mini Mental State Examination; Escala Visual Analógica da dor; Escala de depressão geriátrica e Escala do autocuidado. Foram também avaliados os níveis de cortisol salivar de manhã e à noite. Os procedimentos éticos foram cumpridos. **Resultados:** observou-se uma melhoria das seguintes variáveis: sintomatologia depressiva, nível de dependência no autocuidado, com ganhos mais significativos na higiene, arranjar-se e alimentar-se, e uma diferença significativa no cortisol matinal diminuindo os seus valores a cada nova avaliação. **Conclusão:** os achados sugerem que o TT, como terapia complementar, pode ser eficaz na melhoria da condição de saúde em doentes que sofreram AVC, nomeadamente na diminuição da sintomatologia na depressão grave e no nível de dependência no autocuidado. **Palavras-chave:** toque terapêutico; acidente vascular cerebral; depressão; Cortisol.

*Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem - Universidade do Minho; UICISA-E Núcleo Uminho. pse@ese.uminho.pt

*Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem - Universidade do Minho; UICISA-E Núcleo Uminho. emacedo@ese.uminho.pt

*Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem - Universidade do Minho; UICISA-E Núcleo Uminho. mmachado@ese.uminho.pt

**Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde; Unidade de Longa Duração e Manutenção. andreafonosousa@gmail.com

**Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde; Unidade de Longa Duração e Manutenção. marcocoelho@hotmail.com

Como Referenciar:

Encarnação, P., Macedo, E., Machado, M. Sousa A., & Pinto, M. (2018). Efeito do toque terapêutico na dor, autocuidado, depressão e cortisol: estudo de um caso clínico. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(1), 17-24

ABSTRACT

Background: the Therapeutic Touch (TT) or Krieger-Kunz method has shown benefits on people's health as reduction of pain and anxiety, or increase of haemoglobin. **Objective:** to evaluate the effect of TT on pain, self-care, cortisol levels and depression in a patient with stroke and severe depressive symptomatology. **Methodology:** study of a clinical case with pre, during and post intervention evaluation, conducted in March and April 2015. Sixteen TT sessions were performed. In the three moments were applied: Mini Mental State Examination; Analog Visual Scale of Pain; Geriatric depression scale and Self-care scale. Salivary cortisol levels were also evaluated in the morning and at night. Ethical procedures were followed. **Results:** there was an improvement in the following variables: depressive symptomatology, level of dependence on self-care, with more significant gains in hygiene, arranging and feeding, and a significant difference in morning cortisol, decreasing their values at each new evaluation. **Conclusion:** the findings suggest that TT as a complementary therapy may be effective in improving health status in stroke patients, particularly in reducing symptomatology in severe depression and in the level of self-care dependence. **Keywords:** therapeutic touch; stroke; depression; cortisol.

RESUMEN

Marco contextual: toque Terapêutico (TT) o el método de Krieger-Kunz ha demostrado beneficios en la salud humana y la reducción del dolor y la ansiedad o el aumento de la hemoglobina. **Objetivo:** evaluar el efecto del TT en el dolor, nivel de dependencia de autocuidado, los niveles de cortisol y la depresión en un paciente con accidente cerebrovascular (ACV) y los síntomas depresivos severos. **Metodología:** estudio de un caso con evaluación pre, durante y después de la intervención, llevada a cabo en marzo y abril el año 2015 se llevaron a cabo sesiones de dieciséis TT. Se aplicaron los tres momentos: Mini Mental State Examination Escala visual analógica del dolor; Escala de depresión geriátrica y la escala de autocuidado. También se evaluaron los niveles de cortisol salival en la mañana y la tarde. Se siguieron los procedimientos éticos. **Resultados:** observó una mejoría de las siguientes variables: Sintomatología depresiva, nivel de dependencia de autocuidado, con efectos más significativos en la higiene, adornar y alimentación, y una diferencia significativa en el cortisol por la mañana bajando sus valores a cada nueva evaluación. **Conclusión:** los resultados sugieren que el TT, como terapia adyuvante puede ser eficaz para mejorar el estado de salud en pacientes que han sufrido ACV, sobre todo en la reducción de los síntomas de la depresión severa y el nivel de dependencia de los cuidados personales. **Palabras clave:** toque terapéutico; accidente cerebrovascular; depresión; cortisol.

Recebido para publicação em:12/11/2017
Aceite para publicação em: 02/05/2018

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde [OMS/WHO] (2012) mais de 350 milhões de pessoas sofrem de depressão. A depressão, constitui um dos focos de atenção dos enfermeiros, uma vez que os sinais e sintomas, nomeadamente o humor deprimido, a anedonia, a tristeza profunda, os sentimentos de culpa ou baixa autoestima, a perturbação do sono ou apetite e o défice de concentração (Kessler & Bromet, 2013; WHO, 2012), são de difícil controlo, interferindo na qualidade de vida da pessoa e, conseqüentemente, da sua família.

As sequelas do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o processo de envelhecimento podem contribuir para o agravamento da sintomatologia, gerando na pessoa sentimentos de frustração mais profundos, com impacto negativo no seu potencial de reconstrução da autonomia, podendo condicionar todo o processo de reabilitação após AVC. Assim, o presente estudo, tem como objetivo avaliar o efeito do TT na dor, nível de dependência no autocuidado, níveis de cortisol e depressão numa doente com AVC e sintomatologia depressiva grave.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Diversos estudos têm demonstrado evidência que o Toque Terapêutico (TT), método Krieger-Kunz, desenvolvido em 1972 pela teórica de enfermagem Dolores Krieger (Hanley, Coppa, & Shields, 2017; Gronowicz, Secor Jr, Flynn, Jellison, & Kuhn, 2015), pode ser uma intervenção não farmacológica com eficácia em sintomatologia como a dor (Gomes, Encarnação, & Cainé, 2015; Souza, Oliveira, Prado, Silva, Chaves, & Lunes, 2014), a depressão (Ignatti, 2011; Woods & Dimond, 2002), o cortisol (Woods, Beck, & Sinha, 2009; Woods & Dimond, 2002; Lin & Taylor, 1998) e a capacidade funcional (Ignatti, 2011; Sá & Silva 2003), quando associado a medidas farmacológicas já instituídas.

METODOLOGIA

Este estudo de caso clínico, de natureza *quasi-experimental*, (Campbell & Stanley, 2015) foi efetuado numa pessoa de 65 anos, com o diagnóstico de AVC e Depressão *Major*, internada numa Unidade de Longa Duração e Manutenção, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), durante oito semanas, entre março e abril de 2015.

O TT foi aplicado por uma das investigadoras, certificada e com treino prévio na técnica, duas vezes por semana (às terças e quintas-feiras), no quarto da doente, entre as 14-15 horas, num total de dezasseis intervenções, com a duração aproximada de vinte minutos cada. A investigadora em questão não realizou a avaliação da pessoa, nem teve durante o estudo, acesso aos dados resultantes da avaliação, que foi realizada por um segundo investigador.

O TT segundo o método Krieger-Kunz fundamenta-se na visão holística do ser humano e no potencial interno que este tem de cura (Sá & Silva, 2003; Sá, 2000), sendo o terapeuta apenas um mediador na aceleração desse processo, através do auxílio à pessoa na (re)padronização do seu Campo Energético (CE). Este é um processo meditativo que implica cinco fases (Krieger, 1996; Sá, 2008): 1) centralização; 2) acesso e avaliação do CE do doente; 3) tratamento e modulação do CE; 4) balanceamento final e estabelecimento do fluxo energético; 5) avaliação. A primeira fase tem como finalidade a concentração do terapeuta através de exercícios próprios para que possa atingir a centralização, ou seja, o estado de equilíbrio interno. A segunda fase implica a avaliação do CE da pessoa através da imposição das mãos (o termo “imposição das mãos” surge na medida em que o CE do doente se estende para além do corpo, não sendo necessário o contato físico real), assim as mãos são posicionadas cerca de 2 a 6 cm da pele do doente.

Nesta fase o terapeuta diagnostica as alterações que não correspondem à harmonia natural do CE (ex: choques elétricos, pressão, alteração da temperatura, entre outros). Na terceira fase inicia-se o tratamento propriamente dito do CE da pessoa, usando movimentos da mão a partir da linha média, e de forma rítmica e simétrica no sentido crânio-caudal, sendo atingida a quarta fase a partir da (re)padronização e equilíbrio do CE. Na quinta fase procede-se à reavaliação do CE para verificação da harmonia do mesmo.

Em três momentos de avaliação: (1) antes de iniciar as Sessões de TT, (2) após a oitava sessão, e (3) após a décima sexta, e última sessão de TT, aplicou-se o *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975), a Escala de Depressão Geriátrica, versão reduzida (Yesavage & Sheikh, 1986), a Escala do Autocuidado (Duque, 2009), e a Escala Visual Analógica da dor (EVA)

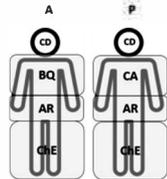
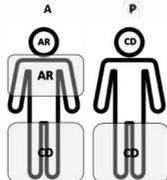
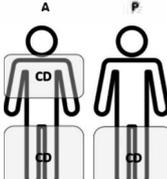
(Direção-Geral da Saúde, 2011).

Foi ainda avaliado o cortisol salivar (marcador hormonal bioquímico na avaliação do stress e depressão), matinal (7h) e vespertino (22h).

Os procedimentos éticos, nomeadamente o consentimento livre e esclarecido da família e a autorização da instituição foram obtidos, antes de se iniciar o estudo.

Embora todas as sessões de TT tenham sido devidamente registadas pela investigadora responsável por aplicar a técnica, os autores optaram por apresentar neste artigo, apenas três das dezasseis sessões de tratamento realizados de TT. A descrição destas três sessões coincide com os três momentos de avaliação das variáveis em estudo. Assim, será descrita a primeira, a oitava e a décima sexta sessão de TT (Tabela 1).

Tabela 1
Sessões de TT

Toque Terapêutico	Antes do tratamento	Tratamento	Observações
1ª Sessão	 <p>Figura 1 – CE da doente (1ª avaliação)</p>	Movimentos crânio-caudal iniciais (durante 1min.) <u>Cabeça:</u> alisamento e mobilização dos iões. <u>Tronco/Mãos:</u> desbloqueio, transferência de iões e alisamento. <u>Abdômen:</u> aquecimento e mobilização de iões. <u>Membros inferiores:</u> alisamento e retirada de iões.	Doente desperta durante o tratamento e atenta, por vezes agitada, associado a gemidos. <u>Abdômen:</u> conseguiu comunicar que tinha cólicas. Após tratamento assentiu com a cabeça que se sentia melhor.
8ª Sessão	 <p>Figura 2 – CE da doente (2ª avaliação)</p>	Movimentos crânio-caudal iniciais (durante 1min.) <u>Cabeça:</u> alisamento, mobilização dos iões e aquecimento. <u>Tronco/Mãos:</u> mobilização dos iões e aquecimento. <u>Membros inferiores:</u> Transferência de iões e aquecimento Movimentos rotativos de harmonização do CE global (1min.)	Durante os primeiros 10 minutos manteve-se desperta e tranquila. Sem queixas. No final do tratamento ficou a dormir profundamente.
16ª sessão (última)	 <p>Figura 3 – CE da doente (3ª avaliação)</p>	Movimentos crânio-caudal iniciais (durante 1min.) <u>Tronco/Mãos:</u> alisamento e mobilização dos iões. <u>Membros inferiores:</u> Transferência de iões e aquecimento Movimentos rotativos de harmonização do CE global (1min.)	Mostrou-se confiante e fechou os olhos durante o tratamento. Sem queixas. No fim da sessão estava a dormir profundamente.

Legenda: A – Anterior; P – Posterior; CD – Campo Diminuído; BQ – Bloqueio; AR – Arrefecimento; ChE – Choque Elétrico; CA – Campo Aumentado

RESULTADOS

Entre o primeiro e último momento de avaliação (antes de iniciar, durante e após a última sessão de TT), relativamente às variáveis em estudo, obtiveram-se os seguintes resultados:

Estado mental/ cognitivo - obteve-se um *score* de 3 no MMSE, nos três momentos de avaliação. Verificou-se alguma dificuldade na aplicação do teste, concretamente por falta de resposta da doente às questões colocadas, apesar de apresentar capacidade de comunicar conservada.

Depressão - pela aplicação da Escala de Depressão Geriátrica obteve-se um *score* de 14, 10 e 8 pontos, da primeira para a última avaliação, respetivamente. Um *score* superior a 5 é indicador de depressão.

Cortisol salivar - foram avaliados os níveis de cortisol salivar, de manhã (7h) e à noite (23h) tendo-se verificado uma diminuição progressiva do cortisol matinal mais acentuada entre a primeira avaliação (antes da intervenção) e as seguintes. O cortisol vespertino aumentou da primeira para a segunda avaliação e depois diminuiu ligeiramente, mantendo valores superiores ao da avaliação inicial, como se pode observar na tabela 2.

Tabela 2
Níveis de cortisol matinal e vespertino.

Cortisol	1º Momento de avaliação	2º Momento de avaliação	3º Momento de avaliação
Matinal	6,7 ng/ml	2,7 ng/ml	2,4 ng/ml
Vespertino	0,9 ng/ml	1,7 ng/ml	1,5 ng/ml

Dor - pela aplicação da Escala Visual Analógica da dor (EVA) obteve-se um *score* de 6, 5 e 4 pontos, da primeira para a última avaliação, respetivamente, que indicam dor moderada a ligeira.

Autocuidado - de acordo com a escala do autocuidado, o *score* 1 corresponde à situação clínica em que o doente é completamente dependente e não participa em nenhuma das atividades que compõem cada domínio do mesmo, o *score* 2 corresponde à situação em que pelo menos numa atividade o doente necessita de ajuda de pessoas, o *score* 3 quando apenas necessita de equipamentos adaptativos e o *score* 4 quando é independente em todas as atividades. Como se pode observar na tabela 3, alimentar-se, cuidar da higiene pessoal e arranjar-se, foram os domínios do autocuidado onde se obtiveram maiores ganhos. Verificaram-se ganhos em todos os domínios do autocuidado exceto para andar.

Tabela 3
Nível de dependência por domínio de autocuidado.

Autocuidado	1º Momento de avaliação	2º Momento de avaliação	3º Momento de avaliação
Alimentar	2,5	2,7	3,3
Higiene	1,3	1,8	2,7
Arranjar-se	1,1	1,6	3
Vestir/despir	1,3	2	2
Usar WC	1,6	2	2
Virar-se	2	2	2,7
Transferir-se	2,3	2	2,8
Andar	1,2	1,2	1,2

DISCUSSÃO

O TT enquanto terapia complementar ao tratamento convencional já instituído, tem demonstrado melhoria das funções celulares, nomeadamente na libertação de

neuropeptídeos (importantes na condução sináptica), na organização e manutenção da energia celular (Souza *et al.*, 2014; Sá, 2003; Krieger, 1996), contribuindo para a diminuição dos efeitos negativos em estados de

ansiedade, *stress*, síndromes depressivas e demenciais (Souza *et al.*, 2014; Woods, Beck, & Sinha, 2009).

Os *stressores* psicológicos, como os que evocam o medo, a ansiedade ou frustração, estão entre os ativadores mais potentes do eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HHA), resultando na produção de cortisol (Kirschbaum & Hellhammer, 1994). Avanços em neuroendocrinologia têm refinado a compreensão das relações entre o stress, o envelhecimento e o cortisol (Sindi, Fiocco, Juster, Pruessner, & Lupien, 2013).

As respostas comportamentais ao stress podem ampliar ou diminuir a produção de cortisol através do HHA, potenciando assim, uma interação entre uma resposta de stress alterada pelo envelhecimento e a neuropatologia no AVC (Sindi *et al.*, 2013). No caso clínico em estudo, a pessoa já diagnosticada com depressão (previamente ao AVC) tornou-se particularmente vulnerável aos *stressores* ambientais e psicossociais que, associado ao grau de incapacidade resultante das sequelas de AVC, condicionou a sua institucionalização (Kwon, Kim, Lee, Sung, & Lee, 2015). O *stress* psicológico a que se encontrava sujeita (por exemplo, ter de (re)aprender a lavar-se e vestir-se, tarefas diárias que antes estavam automatizadas), poderá ter agravado fortemente a sintomatologia depressiva, passando de um diagnóstico médico de depressão para depressão *major* durante o internamento. Após a introdução do TT verificou-se uma melhoria significativa da sintomatologia depressiva, com diminuição do *score* de 14 até aos 8 pontos, altura em que terminou o estudo, o que alterou também os níveis de cortisol, quer matinais, quer vespertinos.

De facto, as teorias que relacionam o cortisol e a depressão apontam para que na depressão os níveis de cortisol estejam aumentados, no entanto, podemos encontrar dois modelos explicativos para o diagnóstico de depressão. Nos dois existem fatores primários, nomeadamente o *stress* e a vulnerabilidade biológica, que tanto podem aumentar o cortisol, como os sintomas

afetivos da depressão, nomeadamente o humor depressivo e a anedonia. O cortisol aumentado intensifica os sintomas afetivos da depressão e estes, por sua vez, aumentam o cortisol. No primeiro modelo seriam os sintomas afetivos que interferem no hipocampo, a nível cognitivo e, no segundo, a variável que suscita esses efeitos seria o cortisol. Apesar de não haver consenso sobre que modelo a adotar, parece ser mais aceite na comunidade científica o segundo (Saraiva, Fortunato, & Gavina, 2005).

Neste sentido, os níveis encontrados de cortisol neste estudo podem ir de encontro aos argumentos subjacentes a estes modelos, tornando-se difícil a sua interpretação, dificultada ainda pela introdução de uma terceira variável (TT). No entanto, os dados apontam para que exista uma relação entre a depressão, os níveis de cortisol e o TT.

Woods e colaboradores (2009), num estudo realizado em doentes com Alzheimer e após a aplicação de TT, verificaram que ao correlacionarem o TT à redução significativa nos comportamentos de agitação e vocalização, encontraram uma tendência para a diminuição do cortisol basal, também sugerindo que pode haver uma relação entre o TT e esta hormona. Da mesma forma não conseguiram determinar o exato mecanismo deste processo, mas consideram que, embora baixos, a estabilização dos níveis de cortisol, pode contribuir para a estabilização do humor e do comportamento nos doentes como resposta à patologia de foro neurológico.

De acordo com a equipa multidisciplinar, a doente apresentava potencial cognitivo e motor para melhorar e tornar-se autónoma no autocuidado. No entanto, há seis meses que se encontrava em programa de reabilitação e ainda não se tinha observado evolução em nenhum domínio do autocuidado.

A inclusão do TT parece potenciar os efeitos do programa de reabilitação, acelerando o processo de recuperação (Woods *et al.* 2009; Sá, 2008, 2003, 2000; Woods & Dimond, 2002; Krieger, 1996). Deste modo, e pelos

estudos anteriormente expostos sobre o efeito do TT, considera-se que a probabilidade de ter sido estabilizada a condução sináptica, a regulação e depleção de endorfinas, encefalinas e outros neuropeptídeos, o relaxamento muscular bem como os níveis de cortisol encontrados poderão ter contribuído para a adesão da doente ao tratamento de reabilitação já instituído, favorecendo o potencial para o desenvolvimento das suas capacidades. Neste processo, também foi considerada a variável 'dor', não apresentando alterações significativas quanto à sua intensidade, variando de moderada na primeira avaliação, para ligeira, na última avaliação. Com exceção do autocuidado andar, foram obtidos ganhos em todos os domínios do autocuidado, sendo manifesta a satisfação da pessoa quando se alimentava sozinha. Na revisão bibliográfica, os autores não encontraram nenhuma publicação que relacionasse o nível de dependência no autocuidado com a aplicação do TT, pelo que consideram que este é um dado inovador.

CONCLUSÃO

Atendendo ao objetivo deste estudo os resultados refletem que a aplicação do TT teve respostas positivas significativas, na depressão e no autocuidado. A sintomatologia depressiva diminuiu e a doente veio a adquirir alguma autonomia em todos os domínios do autocuidado, exceto andar. Relativamente aos níveis de cortisol foram encontradas alterações, considerando-se, contudo, que a relação entre a depressão, os níveis de cortisol e o TT merece ser aprofundada em futuras investigações.

A oferta desta terapia complementar, aos doentes com sintomatologia depressiva grave e potencial neuromuscular de reconstrução de autonomia, nas Unidades de Longa duração e manutenção da RNCCI, pode ter impacto positivo nos ganhos em saúde dos doentes e melhorar os indicadores económicos, reduzindo o tempo de internamento.

De acordo com a disponibilidade da investigadora responsável pela aplicação da técnica, não foi possível aplicar mais do que duas sessões semanais de TT, o que pode ter condicionado os resultados obtidos, uma vez que a análise dos registos de cada sessão parece indicar que neste caso, seriam benéficas mais sessões.

Implicações para a prática

Os achados positivos deste estudo suportam um corpo crescente de evidências de que intervenções como o TT (não-invasivas, não-farmacológicas) contribuem positivamente para o alívio da sintomatologia depressiva e a reconstrução da autonomia dos doentes. Também estas relações devem ser objeto de estudos mais alargados e com protocolos bem definidos, que permitam verificar se se confirmam as tendências que os estudos têm revelado.

O TT não necessita de equipamento específico para a sua administração, é relativamente rápido, exigindo somente treino do profissional na sua aplicação. É uma terapia considerada holística, que aborda o ser humano de forma unitária, transformando os cuidados prestados em cuidados mais humanizados, que promovem a saúde e a vida, atribuindo um novo significado a quem os recebe e a quem os presta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Campbell, D.T., & Stanley, J.C. (2015). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. UK: Ravenio Books.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] - Comissão Nacional de Controlo da Dor. (2011). *Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Duque, H. (2009). *O doente dependente no autocuidado: estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros* (Master Dissertation). Universidade Católica Portuguesa, Porto.

- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Gomes, I., Encarnação, P., & Cainé, J. (2015). *Controlo da dor: aplicação do Toque Terapêutico num doente com ferida maligna*. Póster apresentado no XII Congresso Nacional de Psico-Oncologia, IPO, Porto. [Resumo]. Retirado de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/37839>
- Gronowicz, G., Secor Jr, E.R., Flynn, J.R., Jellison, E.R., & Kuhn, L.T. (2015). Therapeutic Touch Has Significant Effects on Mouse Breast Cancer Metastasis and Immune Responses but Not Primary Tumor Size. *Evidence-based complementary and alternative medicine*, 2015, 1-10
- Hanley, M. A., Coppa, D., & Shields, D. (2017). A Practice-Based Theory of Healing Through Therapeutic Touch: Advancing Holistic Nursing Practice. *Journal of Holistic Nursing*, 35(4), 369-381.
- Ignatti, C. (2011). Toque Terapêutico em portadores de sintomas subjetivos na Clínica de Enfermagem UNAERP Guarujá. *Revista Científica Integrada*, (1).
- Kessler, R.C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*, 34, 119-138.
- Kirschbaum, C., & Hellhammer, D.H. (1994). Salivary cortisol in psychoneuroendocrine research: recent developments and applications. *Psychoneuroendocrinology*, 19(4), 313-333.
- Krieger, D. (1996). *O Toque Terapêutico*. (2 ed.). São Paulo: Cultrix, 1996.
- Lin, Y.S., & Taylor, A.G. (1998). Effects of Therapeutic Touch in reducing pain and anxiety in an elderly population. *Integrative Medicine*, 1(4), 155-162.
- McEwen, B.S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological reviews*, 87(3), 873-904.
- Sá, A.C.D. (2000). Caracterização da população atendida para tratamento pelo Método Krieger-Kunz de repadronização energética: Toque terapêutico no período de um ano no Centro de Atendimento e Educação em Enfermagem da UNIFESP. *Acta Paulista de Enfermagem*, 13(esp, pt. 2), 227-229.
- Sá, A.C.D. (2008). *Toque Terapêutico pelo método Krieger-Kunz*. São Caetano do Sul: Yendis Editora.
- Sá, A.C.D., & Silva, M.J.P.D. (2003). Aplicação do Toque Terapêutico em mulheres portadoras de câncer de mama sob tratamento quimioterápico. *Mundo Saúde*, 27(2), 258-269.
- Saraiva, E., Fortunato, J., & Gavina, C. (2005). Oscilações do cortisol na depressão e sono/vigília. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1-2), 89-100.
- Sindi, S., Fiocco, A.J., Juster, R.P., Pruessner, J., & Lupien, S.J. (2013). When we test, do we stress? Impact of the testing environment on cortisol secretion and memory performance in older adults. *Psychoneuroendocrinology*, 38(8), 1388-1396.
- Souza, A.L.T., Prado, B. O., Paiva Silva, R., Chaves, É.D.C.L., & Lunes, D.H. (2014). Clinical research with Therapeutic Touch: a systematic review. *Scientia Medica*, 24(4), 14.
- Woods, D.L., & Dimond, M. (2002). The effect of Therapeutic Touch on agitated behavior and cortisol in persons with Alzheimer's disease. *Biological Research for Nursing*, 4(2), 104-114.
- Woods, D.L., Beck, C., & Sinha, K. (2009). The effect of Therapeutic Touch on behavioral symptoms and cortisol in persons with dementia. *Forschende Komplementärmedizin/Research in Complementary Medicine*, 16(3), 181-189.

World Health Organization (2012). *Depression. A global public health concern*. Geneva: World Health Organization, 6-8.

Yesavage, J.A., & Sheikh, J.I. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5(1-2), 165-173.

DOENTES APÓS SEIS MESES DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: NÍVEL DE INCAPACIDADE FUNCIONAL

Patients after six months of vascular cerebral accident: functional inability level

Enfermos después seis meses de accidente vascular cerebral: nivel de incapacidad funcional

Conceição Martins*, Ricardo Correia*, Rosa Martins*, Sofia Campos*, Teresa Moreira**

RESUMO

Enquadramento: o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma patologia com um elevado impacto na funcionalidade do indivíduo. **Objetivos:** avaliar os níveis de funcionalidade no doente com AVC seis meses após a sua ocorrência; analisar a relação entre níveis de funcionalidade do doente e as variáveis sociodemográficas, clínicas e familiares. **Metodologia:** estudo descritivo, correlacional. A amostra é não probabilística por conveniência, constituída por 72 pessoas, que tiveram AVC, após seis meses da sua ocorrência. Para a colheita de dados utilizou-se um questionário constituído por uma parte de caracterização sociodemográfica, o Índice de Barthel e a Escala de Apgar Familiar. **Resultados:** a idade, o género, a coabitação e o rendimento familiar, demonstraram ter uma relação muito significativa com a capacidade funcional, em algumas dimensões. Os hábitos alcoólicos, os hábitos tabágicos, a diabetes, o stresse e a hipertensão arterial interferem igualmente nessa capacidade, bem como na área obstruída do cérebro. **Conclusão:** os resultados apontam que os fatores de risco estão associados a uma fraca capacidade funcional. A implementação de medidas preventivas, a promoção de bons hábitos de saúde e o início precoce de programas estruturados de reabilitação são fundamentais na minimização do impacto negativo do AVC na qualidade de vida.

Palavras-chave: doente; acidente vascular cerebral; incapacidade funcional

* Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu-Portugal. mcamartinsp@gmail.com

** Durand academy boarding school St Cuthmans. Midhurst, GU, UK

ABSTRACT

Background: the Stroke or Cerebral Vascular Accident (CVA) is a pathology and with a high impact. **Objectives:** assess the functionality levels in people six months after suffered from a CVA and analyse the relation between the variables socio demographics, clinical and family functioning. **Methodology:** it is a non experimental, cross sectional, descriptive correlational and quantitative study. It was done a non-probabilistic sample per convenience formed by 72 people who have suffered from CVA more than 6 months and are followed in the clinic of Sousa Martins Hospital in Guarda. For the variable measurement the tool used for the sample collection combines a sociodemographic and medical section, the Barthel Index and the Apgar Family Scale. **Results:** it was noticed that age, gender, cohabitation and the family income are profoundly related with people functionality capacity in some dimensions. In the same way alcohol habits, smoking habits, diabetes mellitus, stress and hypertension affect equally in that capacity as well as the brain area obstructed/affected. **Conclusion:** evidence found in this study highlight the paradigm which risk factors are associated to a worse functional capacity in people who suffered CVA. Following this idea, implementation of preventive measures controlling these factors, promoting good health habits and the early starting of structured rehabilitation programs are fundamental in the minimisation of the negative impact that CVA causes in people's quality of life.

Keywords: patient; stroke; functional incapacity

RESUMEN

Marco contextual: el accidente cerebrovascular es una enfermedad con un alto impacto para el funcionamiento individual. **Objetivos:** evaluar los niveles de funcionalidad en los pacientes con accidente cerebrovascular seis meses después de su ocurrencia; Analizar la relación entre los niveles de funcionalidad del paciente y las variables sociodemográficas, clínicas y funcionalidad familiar. **Metodología:** estudio descriptivo, correlacional y cuantitativo. La muestra es no probabilística y por conveniencia, que consta de 72 personas, que tenían derrame cerebral, seis meses después de su ocurrencia. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario que consta de una parte de las variables sociodemográfico, el Índice de Barthel y la escala de Apgar Familiar. **Resultados:** la edad, el sexo, la cohabitación y el ingreso familiar mostraron que existe una relación muy significativa con la capacidad funcional de la persona, en algunas dimensiones. Hábitos con las bebidas alcohólica, el hábito de fumar, diabetes mellitus, el estrés y la hipertensión también interfieren en esta capacidad, así como en el área obstruida del cerebro. **Conclusión:** los resultados muestran que los factores de riesgo están asociados con una pobre capacidad funcional. La aplicación de medidas preventivas para controlar estos factores, la promoción de buenos hábitos de salud y el inicio temprano de los programas de rehabilitación estructurados son esenciales para minimizar el impacto negativo de accidente cerebrovascular en la calidad de vida de las personas que sufren de esta enfermedad.

Palabras clave: enfermo; accidente cerebrovascular; la capacidad funcional

Como Referenciar:

Martins, C., Correia, R., Martins, R., Campos S. & Moreira, T.(2018). Doentes após seis meses de acidente vascular cerebral: Nível de incapacidade funcional. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(1), 25-35

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a primeira causa de morte e de incapacidade em Portugal com uma relação direta com o envelhecimento, podendo, no entanto, aparecer em qualquer idade. A taxa de mortalidade em 2010 atinge os 200 por 100.000 habitantes por ano, e é responsável por 25 mil internamentos por ano em Portugal, apresentando níveis de dependência significativos. De acordo com a Direção Geral de Saúde (Menoita, 2012; Sagueiro, 2011; DGS, 2010), em Portugal existe uma média anual de 22500 internamentos por AVC, o que constitui quase 5% do total de internamentos. Os dados referem ainda que nos primeiros três meses um terço destes doentes morre e aproximadamente 70% daqueles que sobrevivem ficam com alguma incapacidade.

Trata-se de um problema mundial pois, anualmente, 15 milhões de pessoas em todo o mundo são vítimas de AVC. Destes, 5 milhões morrem e outros 5 milhões ficam permanentemente incapacitados. Vimos deste modo que o AVC, ao ser considerado uma condição de saúde prevalente de grande relevância em termos de saúde pública, apresenta-se como uma causa comum de morbilidade e mortalidade, constituindo a terceira causa de morte nos países industrializados. Em Portugal o fenómeno é similar, constituindo além disso a primeira causa de morte, e a principal causa de incapacidade funcional para as atividades de vida diárias (Silva, 2010).

ENQUADRAMENTO

Sabemos que o AVC acontece quando ocorre uma interrupção do aporte de sangue ao cérebro, ou seja, quando um vaso sanguíneo rompe (hemorrágico) ou é bloqueado por um coágulo (isquémico). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2006), o AVC é um termo que descreve um défice neurológico focal ou global agudo que persiste por mais de 24 horas e é causado pela interrupção da corrente sanguínea para o encéfalo. Este

défice é de origem vascular e origina uma sintomatologia variada que inclui um ou mais dos distúrbios definitivos da função cerebral. O AVC, sendo uma lesão vascular com alterações estruturais e funcionais do sistema nervoso central, pode afetar múltiplas funções: motoras, sensoriais, comunicacionais, emocionais e cognitivas (Teles & Gusmão, 2012). A incapacidade vai depender do número e da gravidade das deficiências que limitam o indivíduo no seu dia-a-dia. Apesar dos inúmeros avanços relacionados com a prevenção e tratamento do AVC, este continua a ser a doença crónica mais incapacitante.

De acordo com Gonçalves (2011), a definição de incapacidade funcional, no domínio da saúde, diz respeito à falta de capacidade resultante de uma deficiência, para realizar Atividades de Vida Diária (AVD) consideradas fundamentais a um ser humano. Representa, assim, a objetivação de uma deficiência, refletindo neste sentido perturbações a nível do indivíduo. A incapacidade pode ocorrer num espaço de tempo ou ser definitiva, dependendo se é reversível ou não e da sua etiologia ser progressiva ou regressiva. Neste estudo centramo-nos na incapacidade física limitativa da realização de AVD, como no cuidado pessoal e na locomoção, mas poderá haver incapacidade a outros níveis, tais como o comportamental, o de comunicação, o de destreza e o de aptidões particulares, como é a profissional. Formulamos as seguintes questões de investigação: Quais os níveis de incapacidade funcional apresentam as pessoas que sofreram Acidente Vascular Cerebral após seis meses da alta clínica? Que fatores sociodemográficos interferem nesses níveis de funcionalidade?

METODOLOGIA

A nossa pesquisa é quantitativa não experimental transversal e descritiva correlacional, tem como objetivos identificar os níveis de incapacidade funcional em doentes com AVC após seis meses, e analisar fatores

sociodemográficos. De acordo com o objetivo geral definido, delinearam-se os seguintes objetivos específicos: Caracterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico e clínico; Identificar a funcionalidade familiar percebida pelos participantes no estudo; Avaliar níveis de incapacidade funcional nos doentes após seis meses; Analisar correlações existentes entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, a funcionalidade familiar e a incapacidade funcional dos participantes; formulámos as seguintes hipóteses: Hipótese (H1) – Existe relação estatisticamente significativa entre as características sociodemográficas e o nível de incapacidade funcional dos participantes após seis meses. Hipótese (H2) – Existe relação estatisticamente significativa entre as características clínicas e o nível de incapacidade funcional dos participantes após seis meses. Hipótese (H3) – Existe relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e o nível de incapacidade funcional dos participantes após seis meses.

A população-alvo deste estudo corresponde a 232 doentes que tiveram internados na unidade de AVC da Unidade local de Saúde da Guarda durante o ano de 2014. Da população de doentes, foi selecionada (por conveniência) uma amostra de 72 participantes, foi solicitada a autorização ao Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde e foi assinado o consentimento informado garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados. A dimensão da amostra garante uma estimativa de erro $\pm 5\%$, para um nível de confiança de 95% (população finita). A seleção da amostra foi efetuada de acordo com a aceitação dos indivíduos e os seguintes critérios de inclusão: Ter estado internado na U-AVC da ULSG há mais de 6 meses; Ter ocorrido o primeiro AVC; Estar a ser seguido na consulta externa de AVC na ULSG. O instrumento de colheita de dados é composto por (Tabela1): um grupo de questões de caracterização sociodemográfica; um outro grupo de variáveis clínicas, construídas por nós e por duas escalas criadas por outros investigadores, que se encontram testadas e traduzidas

para a população portuguesa, nomeadamente uma para avaliação da funcionalidade familiar (Apgar Familiar) e outra para a avaliação da independência/incapacidade funcional (Índice de Barthel).

Tabela 1

Resumo estrutural do instrumento de colheita de dados

Domínios em estudo	Secção	Questões
Caracterização Sociodemográfica	Secção A	De 1 a 6
Caraterização Clínica	Secção B	De 1 a 4
Funcionalidade Familiar	Secção C	De 1 a 5
Independência Funcional	Secção D	De 1 a 10

A informação recolhida foi tratada e processada no programa de estatística *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0 para *Windows*.

RESULTADOS

A nossa amostra é constituída por 72 doentes que sofreram AVC, dos quais 51 (70,8%) são do género masculino e 21 (29,2%) do género feminino. Relativamente ao estado civil, verificamos que a nossa amostra está na sua maioria casada ou em união de facto, com uma percentagem de 72,2%, sendo o género masculino o que contribui mais para este valor percentual (74,5). Constatamos que quer no género masculino quer no género feminino a maior parte dos participantes são casados ou vivem em união de facto, sendo a percentagem do género feminino de 66,7%.

Os indivíduos solteiros, viúvos, divorciados ou separados, representam 27,8% dos participantes, sendo o género feminino o que mais contribui para este percentual, com uma percentagem de 33,3%. Em relação à coabitação, tal como descrito na tabela 3, verificamos que, na sua maioria, a nossa amostra vive com a sua família, com uma percentagem de 72,2%, sendo o género masculino o que mais contribui para este percentual (74,5%). Uma minoria dos participantes está institucionalizada em lar com 8,3%, sendo, neste caso, o género feminino o que mais contribui para este percentual (19,0%). No que concerne às

habilitações literárias verificou-se que a maior parte possui a 4ª classe com 69,4%, sendo o género feminino o que mais contribui em termos percentuais, com 71,4% das mulheres a possuir este nível de escolaridade. Com menor percentagem encontramos as pessoas que não possuem nenhuma escolaridade (8,3%), sendo que, neste grupo, o género feminino não regista nenhum participante sem habilitações literárias. De referir que 22,2 % da amostra tem um nível de escolaridade até ao décimo segundo ano. Quanto ao rendimento familiar, o maior valor percentual (41,7%) recai no grupo entre 501 e 1000 euros, sendo o género feminino (57,1%) o que mais contribui para este percentual. De salientar que 38,9% da amostra tem um rendimento familiar inferior a 500 euros e 19,4% um rendimento familiar superior a 1000 euros, sendo que neste último grupo ambos os géneros contribuem com valores percentuais semelhantes, 19,6% para o género masculino e 19,0% para o género feminino.

No que diz respeito ao tipo de AVC, na sua maioria é isquémico com uma percentagem de 81,9%, sendo o género feminino (95,2%) o que mais contribui para este percentual. Em menor número, registamos os AVC hemorrágicos com 18,1%, sendo neste caso o género masculino (23,5%) o que mais contribui para este percentual. Na nossa amostra o hemisfério onde ocorrem mais AVC é o direito com 55,6% dos casos, sendo a percentagem do hemisfério esquerdo de 44,4%. No género masculino ocorrem mais AVC no hemisfério esquerdo, sendo a sua percentagem muito equivalente aos que ocorrem no hemisfério direito. Já no género feminino há maior prevalência de AVC no hemisfério direito (71,4%). Os fatores de risco com maior percentagem e que se destacam mais na nossa amostra são a HTA (88,9%), a Dislipidémia (81,9%) e o alcoolismo (19,4%), sendo que os restantes fatores de risco têm percentagens de prevalência muito parecidas entre os 13,9% no caso da Diabetes, a 16,7% no caso do Tabagismo e Stresse. No género masculino, destaca-se também o tabagismo e a diabetes com percentagens de 19,6% e 15,7%

respetivamente, sendo o fator com menor percentagem o stresse (9,8%). No género feminino, para além dos dois fatores mais comuns na amostra (HTA e Dislipidémia), destaca-se o Stresse como terceiro fator de risco com uma percentagem de 33,3% seguido da Diabetes e Tabagismos com 9,5 %. De referir que no género feminino não encontramos nenhuma participante com alcoolismo como fator de risco e que verificamos valores residuais relevantes em relação ao stresse. Verificamos que a maior parte dos doentes que sofreram AVC não realizou plano de reabilitação após a alta clínica, sendo que a maioria dos homens (51%) realizou plano de reabilitação e a maioria das mulheres (57,1%) não realizou. Quanto à classificação da funcionalidade familiar, verificamos que 88,9% da amostra tem uma funcionalidade familiar correspondente a altamente funcional, sendo o género masculino o que mais contribui para este percentual (92,2%). Apenas 8,3% apresentam moderadamente funcional e somente 2,8% são disfuncionais, sendo o género masculino o que contribui na totalidade para este percentual (3,9%). Nos níveis de incapacidade funcional dos participantes após seis meses, verificamos que 44,4 % dos participantes atingem uma incapacidade ligeira, sendo o género masculino o que mais contribui com 47,1%. De referir que 19,4% dos participantes passados seis meses ainda possuem uma incapacidade grave, sendo o género masculino o que mais contribui para este percentual com 19,6%, embora a percentagem do género feminino seja semelhante com 19,0%. Quanto à incapacidade moderada denotamos uma percentagem de 36,1%, sendo o género feminino o que mais contribui (42,9%). No género feminino a percentagem de incapacidade moderada (42,9%) é superior à incapacidade ligeira, sendo a incapacidade grave em menor número. Analisando os grupos etários, verificamos que entre os indivíduos com incapacidade grave, 42,9% têm uma idade compreendida entre os 65 e 76 anos. Quanto ao género, verificamos, no que diz respeito à incapacidade grave, que 71,4% dos participantes eram do género masculino. A percentagem

do género masculino é maior nas restantes incapacidades, moderada e ligeira, sendo respetivamente de 65,4% e de 75%. Relativamente ao estado civil, nos indivíduos casados ou em união de facto predominam todos os tipos de incapacidade, padecendo 71,4% de incapacidade grave, 76,9% de incapacidade moderada e 68,8% de incapacidade ligeira. No que respeita à coabitação, tanto a maior percentagem de indivíduos com incapacidade grave, como com capacidade moderada e ligeira se refere a indivíduos que vivem com a família, dado ser também a grande maioria da amostra. No que refere à incapacidade grave 71,4% dos indivíduos vive com a família e 14,3% em lares ou sozinhos. Em termos de habilitações literárias, verificamos que face aos indivíduos com incapacidade grave 64,3% dos indivíduos possuiu a 4ª classe, 21,4% estudou até ao 12º ano e 14,3% não tem habilitações literárias. No que concerne ao rendimento familiar, dos indivíduos com incapacidade grave, 57,1% dos participantes tem um rendimento familiar inferior a 500€. Em termos de tipo de AVC, dos indivíduos com incapacidade grave 85,7% tiveram AVC isquémico e 14,3% tiveram AVC hemorrágico. Já no que diz respeito à incapacidade moderada, 84,6% tiveram AVC isquémico e 15,45 hemorrágico. Relativamente aos indivíduos que manifestaram incapacidade ligeira, 78,1% dos indivíduos tiveram AVC isquémico e 21,9% hemorrágico. No âmbito da percentagem dos indivíduos que tiveram AVC isquémico, 42,4% destes ficaram com incapacidade ligeira, 37,3% com incapacidade moderada e 20,3% com incapacidade grave. No que diz respeito aos indivíduos que tiveram AVC hemorrágico, 53,8% ficaram com incapacidade ligeira, 30,8% com incapacidade moderada e 15,4% com incapacidade grave. Relativamente ao local do AVC, os indivíduos que sofreram AVC's no hemisfério direito têm maior percentagem tanto de incapacidade grave (71,4%) como na incapacidade moderada (61,5%). Dos participantes que revelaram incapacidade funcional ligeira, 56,2% dos AVC's são no hemisfério esquerdo. Relativamente aos indivíduos que sofreram AVC no

hemisfério direito, 35% ficaram com incapacidade ligeira, 40% com incapacidade moderada e 25% com incapacidade grave. Já no que diz respeito aos indivíduos que tiveram AVC's no hemisfério esquerdo, 56,3% ficaram com incapacidade ligeira, 31,3% com incapacidade moderada e 12,5% com incapacidade grave. No que diz respeito aos fatores de risco, a HTA é aquele que mais se evidencia em todos os graus de incapacidade, sendo que a totalidade dos indivíduos com incapacidade grave tem HTA como fator de risco. A dislipidémia aparece como a segunda causa de incapacidade quer esta seja ligeira, moderada ou grave. Relativamente à diabetes mellitus, esta está presente em 35,7% dos casos com incapacidade grave, não existindo nenhum caso nos indivíduos com incapacidade ligeira. O alcoolismo aparece como sendo o quarto fator de risco nos indivíduos com incapacidade grave (28,6%), a par com o tabagismo, que se revela o terceiro fator de risco (30,8%) nos indivíduos com incapacidade moderada. O tabagismo é também a quarta causa de incapacidade, quer seja esta grave, moderada ou leve. Relativamente ao stresse, este denota-se mais nos casos de indivíduos com incapacidade ligeira e constitui a segunda causa de incapacidade, não estando associado a nenhum caso de incapacidade grave. Quanto à realização de um plano de reabilitação, dos participantes com incapacidade grave, 71,4% realizou plano, já a percentagem dos participantes com incapacidade moderada foi igual, quer tenha havido ou não plano. Dos participantes que manifestaram incapacidade ligeira, 62,5% não tem um plano de reabilitação. Relativamente aos indivíduos que realizaram plano de reabilitação, 34,3% ficaram com incapacidade ligeira, 37,1% com incapacidade moderada e 28,6% com incapacidade grave. Já no que diz respeito aos indivíduos que não realizaram plano de reabilitação, 54,1% ficaram com incapacidade ligeira, 35,1% com incapacidade moderada e 10,8% com incapacidade grave. Pelos testes realizados (Teste *Kruskall Wallis*) aceitamos parcialmente a hipótese H1 (Existe relação estatisticamente significativa entre as características sociodemográficas e o nível de

incapacidade funcional dos participantes após seis meses), sendo que neste estudo as características sociodemográficas não influenciam a incapacidade funcional no seu geral após seis meses, no entanto, verificamos valores estatisticamente significativos na relação das variáveis com algumas dimensões (dimensão alimentação com idade; dimensão alimentação com o género; dimensão banho ($\chi^2=7,882$; $p=0,019$) com coabitação; dimensão banho e subir/descer escadas ($\chi^2=6,422$; $p=0,040$) com rendimento familiar). Pelos testes realizados, (Teste *U Mann-Whitney*) aceitamos parcialmente a hipótese H2 (Existe relação estatisticamente significativa entre as características clínicas e o nível de incapacidade funcional dos participantes após seis meses sendo que neste estudo os fatores de risco, excepto a dislipidemia, e a não realização de plano de reabilitação influenciam a incapacidade funcional após seis meses ($U= 453,500$; $p=0,028$).

DISCUSSÃO

A American Heart Association (2010) refere que a incidência do AVC no género masculino é superior à do género feminino. Esta afirmação vai ao encontro dos resultados do nosso estudo e de estudos anteriormente realizados como Borges (2013); Ricardo (2012); Costa (2010), De acordo com a SPAVC citado por Ricardo (2012), cerca de 40% dos doentes que sofrem um AVC têm idade superior a 65 anos. Estes dados vão ao encontro dos estudos realizados por Pereira (2014); Andrade (2011) e Costa (2010). Quanto ao baixo nível de escolaridade da nossa amostra, este é compatível com os valores referidos pela Agência Nacional para a Qualificação (s/d) ao expor que os níveis baixos de escolarização existentes em Portugal atingem sobretudo as gerações mais velhas. Quanto às variáveis clínicas inerentes à nossa investigação, podemos constatar que 81,9% dos doentes da nossa amostra sofreram um AVC isquémico e apenas 18,1% sofreram AVC Hemorrágico, indo de encontro aos estudos

de Pires (2014); Pereira (2014); Ramos (2012); Ricardo (2012) e Costa (2010). No respeitante ao lado da lesão, 55,6% dos AVC's ocorreram no hemisfério direito e 44,4% no hemisfério esquerdo. Apesar de o hemisfério direito ter afetado mais elementos da nossa amostra, os estudos por nós pesquisados não se referem à incidência da lateralidade hemisférica na sua generalidade e consideram que os vasos maioritariamente afetados no AVC são: a artéria cerebral média e a carótida interna, constituindo estes o principal aporte sanguíneo aos hemisférios. Algumas das fortes determinantes para o aparecimento do AVC são os fatores de risco. Todos os fatores de risco estudados, à exceção da dislipidémias, apresentaram correlações estatisticamente significativas. A HTA está presente em 88,9% dos sujeitos da nossa amostra; 81,9% dos participantes têm dislipidemia e 19,4% têm consumo excessivo de álcool. Encontramos também percentagens iguais quanto ao tabagismo e stresse (16,7%), sendo que apenas 13,9% dos participantes têm diabetes. Pires (2014) obtiveram resultados semelhantes, sendo HTA o principal fator de risco. Em relação aos antecedentes clínicos, Antunes (2012), num estudo realizado com indivíduos que sofreram AVC no concelho do Sabugal, constataram que a HTA é o antecedente clínico mais prevalente, sendo na sua amostra um total de 56.3% e o menos prevalente a Diabetes, com apenas 5.5%. Auditorias sobre tratamento do AVC têm revelado que o deficiente controlo da pressão arterial é o mais importante fator de mortalidade, apesar de ser um fator de risco evitável e tratável. Outra variável clínica considerada foi a realização de plano de reabilitação após a alta. Verificamos que a maioria não teve plano de reabilitação (51,4%), sendo a maioria destes do género masculino (51%). Também no estudo de Coelho (2011) apenas dois terços da amostra usufruíram de programa de reabilitação. Corrobamos Silva (2010) quando afirma que a intensidade do programa de reabilitação não está claramente demonstrado, contudo é evidente que existe uma associação entre o aumento da frequência de programas de reabilitação e a melhoria da funcionalidade

dos doentes. No entanto Pereira e Guedes (2011) esclarecem que a intensidade do programa de reabilitação depende muito do estado do doente e do seu grau de incapacidade. Menoita (2012) diz-nos que o programa de reabilitação deve ser iniciado o mais precoce possível, sendo a existência de um profissional de reabilitação uma mais-valia na recuperação da pessoa. De referir que neste estudo os participantes não tiveram sessões de reabilitação por parte de enfermeiro de reabilitação durante o internamento e o programa realizado após a alta foi efetuado por outros profissionais. A OMS citado por Pereira e Guedes (2011) preconiza que aos 90 dias após AVC, 70% dos indivíduos afetados sejam independentes nas atividades de vida diária. Neste sentido é de todo importante e necessário que os doentes que sofreram AVC tenham acesso a um contínuo de cuidados organizados e diferenciados, nomeadamente a um programa de reabilitação, desde a fase aguda e prologando-se após a alta (Pereira & Guedes, 2011). Para a Ordem dos enfermeiros (Regulamento nº 125/11 de 18 de Fevereiro, 2011), a enfermagem de reabilitação contribui com ganhos em saúde em todos os contextos: no que diz respeito quer à prevenção de incapacidades, quer na recuperação das capacidades de um doente que sofreu AVC, proporcionando à pessoa a uma maior autonomia. Igualmente a Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados surgiu como uma mais-valia, na medida em que promove a autonomia, recuperação global, independentemente da idade e da doença (Segurança Social, 2017). Relativamente à funcionalidade familiar, verificamos um bom suporte familiar por parte dos participantes, sendo a sua grande maioria classificados como altamente funcionais. No entanto não encontramos associações significativas, embora em estudos anteriores como de Antunes (2012) se tenha concluído que quanto melhor a funcionalidade familiar, melhor é a capacidade de raciocinar e memorizar; melhor é a capacidade de comunicar e compreender; melhor é a capacidade de executar atividades diárias; melhor é a capacidade de se

mover em casa e fora dela; melhor é a capacidade em participar em atividades profissionais familiares e socio-recreativas importantes na procura de um sentido de vida e melhor percepção de recuperação do AVC. Encontramos valores estatisticamente significativos quando avaliamos a capacidade funcional pelas dimensões do índice de Barthel individualmente. Relativamente à idade verificamos que no que concerne à função alimentação, os indivíduos com maior idade apresentam maior capacidade funcional e que entre o género, os homens são mais independentes que as mulheres. Este resultado pode traduzir que os indivíduos com menor idade tiveram AVC's com maior gravidade e que por esse motivo após seis meses ainda não tinham alcançado uma adequada capacidade funcional. Relativamente à coabitação, as pessoas que vivem sozinhas têm melhor capacidade funcional no que diz respeito à atividade banho, o que nos diz que as pessoas que ficaram mais dependentes após AVC vivem acompanhadas. Constatamos que as pessoas com maior rendimento familiar possuem melhor capacidade funcional nas atividades de banho e subir/descer escadas. Podemos aferir que estas pessoas puderam usufruir de equipamentos adaptativos que melhoraram a realização destas atividades. No que diz respeito ao local do AVC, os participantes que tiveram AVC localizado no hemisfério esquerdo têm melhor capacidade funcional no que diz respeito ao controlo vesical e transferência, comparativamente aos participantes que tiveram AVC no hemisfério direito. Pela revisão da temática, sabemos que indivíduos com AVC no hemisfério direito poderão ficar com maior impulsividade, são altamente desconcentrados, apresentando défices de percepção e inconsciência dos défices com negação dos mesmos. Neste estudo a realização de um plano de reabilitação após a alta não traduz melhor capacidade funcional, pelo contrário, neste estudo os participantes que não realizaram plano de reabilitação têm melhor capacidade funcional. Os valores são estatisticamente significativos, em especial nas atividades vestuário, higiene pessoal e controlo anal.

Depreendemos que os participantes que tiveram plano de reabilitação eram doentes com um maior grau de incapacidade aquando da alta e por isso a recuperação após seis meses não foi tão evidente como a recuperação dos participantes que não necessitaram de plano de reabilitação após alta.

CONCLUSÃO

A avaliação da incapacidade funcional após AVC e o reconhecimento de que essa avaliação deve integrar a perspetiva da pessoa, é amplamente considerada, dado ser importante relacionar quais os fatores que interferem na funcionalidade registada, uma vez que a capacidade funcional é considerada um indicador de Saúde cada vez mais valorizado. Assim, consideramos que o enfermeiro especialista em reabilitação assume um papel determinante nesta conjuntura, na medida em que é um elemento nuclear na recuperação ou manutenção da capacidade funcional.

No presente estudo, delineamos alguns objetivos, designadamente avaliar os níveis de funcionalidade no doente com AVC, seis meses após a sua ocorrência, tendo constatado que no que concerne à incapacidade funcional, a maioria dos participantes apresenta uma incapacidade grave ao fim de seis meses. Da análise dos dados concluiu-se que neste estudo existem diferenças significativas quando avaliada a incapacidade funcional pelas suas várias dimensões do que no todo. Mesmo assim verificamos que a não realização de plano de reabilitação influenciou a capacidade funcional. No que respeita à análise entre a relação entre níveis de funcionalidade do doente e variáveis sociodemográficas, clínicas e familiares, constatou-se que o tipo de AVC mais frequente foi o isquémico e a área mais atingida foi o hemisfério direito. Quanto aos fatores de risco, a HTA manifestou ser o mais prevalente, seguida de dislipidemia, alcoolismo, tabagismo, stresse e diabetes. Quanto à realização de programa de reabilitação após a alta, verificamos que a

maioria dos participantes não teve continuidade no que diz respeito à reabilitação. Relativamente à funcionalidade familiar, verificamos que a maioria dos participantes foi classificada como tendo uma funcionalidade familiar altamente funcional; Analisando pelas dimensões, verificamos que existem diferenças significativas no que diz respeito à alimentação com o género e idade, ao banho com a coabitação e com o rendimento familiar, subir e descer escadas com o rendimento familiar, local de AVC com o controlo vesical e transferência, em todos os fatores de risco, exceto na dislipidemia e no plano de reabilitação com a higiene pessoal, vestuário e controlo anal. Assim sendo, sugerimos a continuidade de estudos semelhantes, dada a sua pertinência com o aprofundamento e inclusão de outras variáveis, como por exemplo a extensão do AVC, os dias de internamento, a realização ou não de cuidados de enfermagem de reabilitação e o tempo das sessões de reabilitação. Neste contexto seria relevante um investimento rigoroso no processo de reabilitação destas pessoas, facilitando a integração social, de forma a possibilitar a satisfação de aspetos, tais como a capacidade para o trabalho e uma maior independência nas atividades de vida. A enfermagem de reabilitação tem como alvo prevenir complicações provocadas pelas sequelas do AVC, promover a independência a nível das atividades de vida, potenciar as capacidades, preservar a autoestima e a qualidade de vida da pessoa ao longo do ciclo vital, bem como da família e comunidade. No entanto, caso não haja reabilitação precoce e continuidade dos cuidados de reabilitação, estas pessoas podem perder capacidades adquiridas, desenvolver outras complicações e conseqüente aumento dos dias de internamento e aumento do risco de reinternamentos. Nesta linha de pensamento seria oportuno sugerir que se aposte mais nos programas de reabilitação, o que constitui uma importante componente de um plano compreensivo para prestar cuidados de saúde a pessoas com AVC, ajudando-os a ter uma melhor qualidade de vida. Não existindo atualmente enfermeiro de reabilitação na Unidade de AVC

da ULSG, seria de todo importante que se incluísse na equipa da mesma unidade um profissional deste tipo, pois como podemos verificar existe um caminho a realizar na prevenção da doença e promoção da saúde, na prevenção de complicações e na maximização das capacidades dos doentes. O enfermeiro de reabilitação é o profissional com competência para prestar cuidados tendo em vista os padrões de qualidade enunciados anteriormente. Sendo a ULSG uma instituição de saúde com unidades orgânicas, quer a nível dos cuidados de saúde primários, quer a nível de cuidados diferenciados como são os hospitais, o enfermeiro especialista de reabilitação seria um elo entre estes dois níveis de cuidados. Tendo, ainda, sido verificado que, praticamente, a totalidade dos fatores de risco apresentaram valores significativos, sugerimos a implementação de projetos de reabilitação nos centros de saúde com o objetivo de prevenir e controlar os fatores de risco de AVC e a criação de um maior número de Unidades de Cuidados Continuados na Comunidade com enfermeiros de reabilitação nas equipas de cuidados continuados integrados, pois verificamos que a maior parte dos participantes deste estudo após a alta hospitalar não têm acompanhamento de qualquer tipo de reabilitação, sendo que o apoio dado a estes participantes é realizado pela família. Indo de encontro a esta sugestão, verificamos que os participantes preferem viver em família ou sozinhos na sua habitação do que serem institucionalizados. As estratégias de intervenção devem abarcar a reabilitação da pessoa o mais precocemente possível, bem como o envolvimento quer da pessoa, quer da família no processo de reabilitação. Aqui não se pode deixar de mencionar a importância das unidades de AVC, reconhecidas atualmente como o modo mais eficaz de tratar qualquer tipo de AVC, as quais têm surgido por todo o país com a finalidade de proporcionar a estas pessoas, o mais rápido possível, o melhor tratamento e os melhores cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo como objetivo uma recuperação mais rápida. No entanto a rede de cuidados continuados, apesar de ter melhorado nos

últimos anos, parece ainda não ser suficiente face às necessidades, o que leva a uma elevada taxa de reinternamentos, pelo facto dos familiares terem dificuldade em lidar com a nova situação da pessoa, devido à sua dependência ou mesmo por não terem condições para cuidar dele. Uma melhor articulação entre cuidados de saúde secundários e primários ou Unidades de Cuidados Continuados relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação seria um fator importante na melhoria da qualidade de vida da pessoa, família e comunidade. As famílias/prestadores de cuidados fornecem parte dos cuidados e apoio às pessoas vítimas de AVC, o que implica novos modos de fazer e saber, desempenhado o enfermeiro de reabilitação um papel fundamental na educação para a saúde. Esta é, assim, indispensável, dado que permite a aquisição de conhecimentos e competências, capacitando-os e melhorando as suas intervenções. A avaliação da capacidade funcional requer uma avaliação sistemática das consequências funcionais da doença, que incluem as habilidades e o potencial para o desempenho de atividades, de forma independente e o envolvimento ou participação deste na sociedade. Portanto, a adoção de instrumentos de avaliação torna a atuação do profissional de reabilitação mais fiel às atividades que realmente lhe competem, que são a avaliação e a intervenção sobre a funcionalidade dos pacientes. Fica a convicção de que, na ULSG, este estudo possa vir a ser um impulsionador da valorização do trabalho levado a cabo pelos enfermeiros de reabilitação e que, à parte dos constrangimentos económicos, possa ser dada oportunidade a estes profissionais para desempenharem a sua atividade profissional, com base nos conhecimentos especializados adquiridos, no maior número de serviços possíveis e em especial na Unidade de AVC. Não podemos deixar de mencionar algumas limitações deste estudo, principalmente no que diz respeito à falta de algumas variáveis clínicas de interesse, como a extensão do AVC e o tempo de internamento. Outra limitação encontrada foi a

seleção dos participantes, pois tivemos dificuldades em conseguir realizar a colheita de dados a pessoas com alterações cognitivas graves, tendo isso como resultado uma amostra com menor incapacidade funcional do que à partida se estaria à espera. Numa lógica de produção de conhecimento pretende-se que este estudo seja impulsionador de desenhos de programas de intervenção, visando minimizar as deficiências adquiridas e reduzindo, consequentemente, as incapacidades e desvantagens, à *posteriori*, a que estão sujeitas as pessoas vítimas de AVC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Heart Association (2010). *Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient*. Retirado de <http://stroke.ahajournals.org/content/41/10/2402.full.pdf>
- Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40, 185-199.
- Antunes, P. (2012). *Impacto do AVC no estado de saúde do individuo* (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de saúde de Viseu. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.19/1969>.
- Borges, S. (2013). *Factores Determinantes na Independência Funcional em doentes Pós Avc estudo comparativo*. (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.19/1968>
- Coelho, R. (2011). *Determinantes da capacidade funcional do doente após acidente vascular cerebral*. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.19/1669>.
- Direção Geral de Saúde (2010). *Acidente Vascular Cerebral – Itinerários clínicos*. Lisboa: Lidel
- Direção Geral de Saúde (2011). *Norma nº 054/2011 de 27/12/2011: Acidente vascular cerebral.prescrição de medicina física e de reabilitação*. Lisboa: Ministério da saúde
- Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional para as Doenças Cardiovasculares Orientações Programáticas*. Lisboa: Ministério da saúde. Retirado de www.dgs.pt
- Direção Geral de Saúde Portugal (2012). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares Orientações Programáticas*. Retirado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-nacionais-prioritarios-doencas-cerebro-cardiovasculares-pdf.aspx>
- Gonçalves, C. (2011). Dependência funcional dos idosos pós acidente vascular cerebral. (Tese de mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.19/1629>
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC; Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Editora Lusociência.
- Organização Mundial da Saúde (2006). *Manual STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Pereira, J. & Guedes, N. (2011). Reabilitação precoce no doente com lesão cerebral aguda. *Rev. Port. Med. Int.* 18 (3), 81-87.
- Pereira, M. (2014). *Relação entre independência funcional, memória subjetiva e tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados*. (Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.14/17235>.
- Pires, G. (2014). *O perfil do utente com Acidente Vascular Cerebral*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Tecnologias do Porto. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.22/4545>.
- Ramos, A. (2012). *Doença Cerebrovascular Aguda. Análise do tipo de cuidados recebidos pelos doentes que*

recorreram ao serviço de urgência do Hospital Sousa Martins- Guarda. (Tese de Mestrado). Universidade da Beira Interior. Ciências da Saúde. Retirado de <https://ubithesis.ubi.pt/handle/10400.6/1103>.

Regulamento nº 125/11 de 18 de Fevereiro. (2011). *Diário da República nº 35/11, II Série*. Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa, Portugal

Ricardo, R. (2012). *Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel, nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação*. (Tese de mestrado). Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde de Bragança. Retirado de <http://hdl.handle.net/10198/7680>.

Salgueiro, H. (2011). Factores de Risco Vascular e AVC nos Idosos. *Revista Sinais Vitais*, 32-36.

Segurança Social (2017). *Rede Nacional de Cuidados Continuados integrados (RNCCI)*. Retirado de <http://www.seg-social.pt>

Silva, E. J. A. (2010). *Reabilitação após o AVC*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina do Porto.

Teles, M. & Gusmão, C. (2012). Avaliação funcional de paciente com Acidente Vascular Cerebral utilizando o protocolo de Fugl – Meyer. *Revista Neurociências*. 20 (1),42-49.

MOTIVOS DA ESCOLHA DO CURSO PELOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM – UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Reasons for the choice of course by nursing students - an exploratory study

Motivos de la elección del curso por los estudiantes de enfermería - un estudio exploratório

Vitor Machado*, Delfina Teixeira**, Catarina Sequeira***, Susana Santos****, Maria Penaforte*****

RESUMO:

Enquadramento: a opção dos estudantes pelo curso de licenciatura em enfermagem requer motivações, sendo que a motivação é fator determinante para a qualidade da aprendizagem e do desempenho dos estudantes. **Objetivo:** identificar os motivos que influenciaram os estudantes na escolha do curso de licenciatura em enfermagem. **Metodologia:** para o efeito enveredou-se numa abordagem quantitativa, de tipo descritivo, exploratório e transversal. Recorreu-se ao método por questionário, organizado e testado para o efeito e aplicado a uma amostra intencional de 54 estudantes, do 4º ano de uma escola superior de enfermagem. **Resultados:** dos resultados identificou-se que dos motivos que levaram os estudantes a optar pela enfermagem, se destacaram os aspetos intrínsecos/pessoais expressos na escolha por "Opção pessoal" seguido do "Gostar de cuidar do outro" ou "Ajudar o outro", em detrimento dos aspetos extrínsecos, "Curso alternativo", "Valorização socioeconómica da profissão", "Valorização da área científica", e a "Influência externa quer de amigos/pares ou familiares". **Conclusão:** o estudo permitiu conhecer fatores que influenciam o estudante na escolha do curso de licenciatura em enfermagem, identificando-se o predomínio dos fatores intrínsecos/pessoais, contudo, a carecer de uma análise de los motivos por nacionalidade, fatores intrínsecos e extrínsecos, e suportá-los, com uma análise multivariada de outra informação/variáveis questionadas.

Palavras-chave: estudantes de enfermagem; curso de licenciatura em enfermagem; escolha de curso; motivações.

*Assistente na Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado em Chaves; Pós-graduado em Enfermagem do Trabalho/Saúde Ocupacional; Especialista em Enfermagem Comunitária; Mestre em Gestão de Serviços de Saúde; Especialista do Ensino Superior na Área Científica de Enfermagem; Doutorando em Ciências da Educação

**Professora Assistente na Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado em Chaves, Licenciatura em Enfermagem; Pós licenciatura em Enfermagem Médico-cirúrgica; Doutoranda em Administração da Saúde

***Professora na Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado, Chaves; Licenciatura em Enfermagem; Licenciatura em Neurofisiologia.

****Docente da Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado, em Chaves; Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária; Pós-graduação em Enfermagem do Trabalho – Saúde ocupacional

*****Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado em Chaves; Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestre em Promoção e Educação para a Saúde; Doutora em Enfermagem.

Como Referenciar:

Machado, V., Teixeira, D., Sequeira, C., Santos, S. & Penaforte, M. (2002) motivos da escolha do curso pelos estudantes de enfermagem – um estudo exploratório. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(1),37-44.

Recebido para publicação em:26/10/2017
Aceite para publicação em: 19/04/2018

ABSTRACT:

Background: the option of students by degree course in nursing requires motivation, and that motivation is a determining factor in the quality of learning and student performance. **With this study, we intend to identify the factors influencing the students in the choice of degree course in nursing. Objective:** to this end we have embarked on a quantitative approach, descriptive, exploratory and cross-sectional. **Methodology:** he used the method of questionnaire, organized and tested for this purpose and applied to a purposive sample of 54 students from the 4th year of a college of nursing. **Results:** the results identified that the reasons that led the students to opt for nursing, stood out the intrinsic / personal aspects expressed in the choice of "Personal Options" followed by "Liking caring for others" or "help each other", to the detriment extrinsic aspects, "alternative course", "socio-economic valuation of the profession", "Valuing scientific area" and the "external influence or friends / couples or families." **Conclusion:** the study helped identify factors that influence the student in choosing the degree course in nursing, identifying the prevalence of intrinsic / personal factors, however, the lack of analysis of the reasons for nationality, intrinsic and extrinsic factors, and support them, with a multivariate analysis other information / questioned variables.

Keywords: nursing students; degree in nursing; choose course; motivations

RESUMEN:

Marco contextual: la elección de los estudiantes para el grado de enfermería requiere motivación y la motivación es un factor determinante en la calidad del aprendizaje, del rendimiento de los estudiantes. **Objetivo:** con este estudio, tenemos la intención de identificar los factores que influyen los estudiantes en su elección de carrera en enfermería. **Metodología:** Con este fin nos hemos optado por una metodología cuantitativa, descriptiva, de carácter exploratorio y transversal. Se utilizó el método del cuestionario, organizado y probado para este fin, se aplicó a una muestra intencional de 54 estudiantes del cuarto año de una facultad de enfermería. **Resultados:** los resultados identificaron que las razones que llevaron los estudiantes a optar por el grado de enfermería, se destacaron los aspectos intrínsecos / o personales expresados en la elección de "Opciones personales", seguido de "gusto de cuidar de los demás" o "ayudar a los demás", en detrimento aspectos extrínsecos, "curso alternativo", "valoración socioeconómica de la profesión", "Valorando área científica" y la "influencia externa de los amigos / parejas o familias". **Conclusión:** el estudio ayudó a identificar los factores que influyen en la elección de los estudiantes por el grado en enfermería, la prevalencia de los factores intrínsecos / o personales, sin embargo, la falta de análisis de los mismos factores por nacionalidad de los estudiantes y factores intrínsecos, extrínsecos, mejor apoyada, con una análisis de múltiples variables conteniendo otra información / variables.

Palabras Clave: estudiantes de enfermería; grado en enfermería; elección de la carrera; Motivaciones

INTRODUÇÃO

A opção do estudante pelo curso de licenciatura em enfermagem, pode traduzir o simples desejo de acesso a uma profissão na área da saúde, a realização pessoal ou ainda o desejo de ser um profissional para poder realizar atividades na área da prestação de cuidados aos utentes.

Como refere Sobral (2003), o conceito de motivação no contexto académico é uma conceção que abrange múltiplas conexões ou constructos relacionados com a aprendizagem e o desenvolvimento educativo e que tem proporcionado diversas teorias de estudo.

Em contexto académico, a motivação é determinante para a qualidade de aprendizagem e do desempenho: os estudantes motivados demonstram ser participativos e ativos no processo de aprendizagem, procurando captar as informações e despendendo o esforço e dedicação para desenvolver e melhorar estratégias para compreensão e domínio do conteúdo que lhe está a ser apresentado (Ramos, 2013).

É na busca deste entendimento que numa escola do norte do país, questionamos sobre os motivos que influenciam o estudante na sua opção pelo curso superior de enfermagem. Ou seja, saber das razões que levaram os estudantes à escolha do curso de licenciatura em enfermagem, atendendo à diversidade cultural presente e vivenciada no cenário académico, precisamente de estudantes portugueses e espanhóis.

De entre os objetivos enunciados no presente estudo, salientamos nesta divulgação: identificar os motivos que levaram os estudantes a optar pela frequência do curso superior de enfermagem.

ENQUADRAMENTO

A realização de um curso superior tem sido cada vez mais valorizada no mercado de trabalho, assim, é natural que exista uma preocupação que se relaciona com a qualidade

do processo de aprendizagem, o qual vai estar relacionado com múltiplas variáveis (Santos, Mognon, Lima & Cunha, 2011). Os autores Santos, Polydoro, Teixeira e Bardagi (2010) mostram a dificuldade em avaliar a motivação dos alunos do ensino superior, isto porque depende em larga escala do perfil do estudante, das suas características intrínsecas e extrínsecas, das suas experiências e vivências e, por outro lado, da área do curso.

Para alguns autores (Cunha & Carrilho, 2005; Almeida *et al.*, 2000) as dificuldades encontradas no contexto universitário são de diversas ordens, nomeadamente as questões pessoais dos alunos, as exigências académicas e a adaptação a um novo ambiente, apresentam-se como fatores que influenciam tanto o desempenho académico como o desenvolvimento psicossocial dos estudantes, o que pode prejudicar a motivação para continuar o seu percurso académico, desempenhando o professor um papel importante.

No âmbito académico, a motivação é um fator central e determinante para a qualidade da aprendizagem e do desempenho. Os estudantes motivados são mais participativos e ativos no processo dinâmico de aprendizagem, captando melhor as informações e gerindo de forma mais eficiente o esforço e dedicação para desenvolver e melhorar estratégias para a compreensão e domínio do conteúdo que lhe está a ser apresentado. Neste contexto, a opção do estudante pelo curso de licenciatura em enfermagem requer motivações, competências e habilidades constituídas num processo reflexivo revestido de desejos, aptidões, interesses, compromissos com a família e sociedade (Silva, 2010).

Estudos como os de Carvalho, Araújo, Lima e Silva (2015); Fernandes (2011) e de Spíndola, Martins e Francisco (2008), apontam fatores que podem conduzir à escolha do curso de licenciatura em enfermagem entre os quais, a opção profissional, o interesse/afinidade pela área da saúde, gostar de cuidar de pessoas e o mercado de

trabalho promissor, sendo a enfermagem uma área valorizada e apresentada como carreira com retorno financeiro.

METODOLOGIA

Para compreender o fenómeno, ou seja, apurar sobre os motivos para a escolha do curso superior de enfermagem pelos estudantes, que o frequentam, recorreremos ao método quantitativo, de tipo descritivo, exploratório, transversal, conforme o preconizado por Fortin (2009).

Os participantes foram os estudantes do curso de licenciatura 2011/2015, voluntários, de uma escola superior de enfermagem privada do norte de Portugal, que aceitaram participar no estudo, mediante convite para o mesmo, após explicação prévia sobre a finalidade e os objetivos do trabalho. Foram critérios de inclusão: participar de forma voluntária no estudo; ser finalista do curso de licenciatura em enfermagem - 2011/2015; estar presente na reunião final com a coordenação do 4º ano. A amostra foi por conveniência, não probabilística, constituída por 54 estudantes. Como instrumento de recolha de dados optamos pela aplicação de um questionário, organizado para o efeito, tendo em conta o objetivo do estudo. Este método de recolha de informação permite aceder de forma direta às opiniões, interesses e expectativas relacionadas com os motivos subjacentes à escolha dos estudantes pelo curso que frequentam (Fortin, 2009).

O instrumento integra: i) para a caracterização sociodemográficas dos sujeitos da amostra um elenco de questões fechadas; ii) numa segunda parte, inclui algumas questões abertas relativas aos motivos da escolha do curso; iii) e numa terceira parte é incluída a “Escala de Percepção Pessoal de Competências Profissionais no Pré-licenciado em Enfermagem (EPPCPPLE)” de Graveto

(2006), autorizada pelo autor. De salientar que na presente divulgação apenas damos conta de algumas das variáveis inerentes aos dois primeiros blocos do questionário.

Para a concretização do estudo foram tidos em atenção os procedimentos éticos fundamentais e exigidos num trabalho desta natureza. Solicitada e obtida autorização do Conselho de Direção, hierarquia da escola, progrediu-se com o esclarecimento dos estudantes finalistas, presentes no último dia do curso, oferecendo-lhes consentimento informado. Previamente, o questionário foi aplicado a dez enfermeiros, para aferição da compreensão das questões, não tendo surgido a necessidade da sua alteração estrutural, sequencia e conteúdo, apenas foram feitas correções ortográficas, e de semântica. O questionário foi aplicado aos estudantes no último dia do seu curso de licenciatura 2011/2015, distribuídos às 11 horas e recolhidos uma hora depois. A informação foi submetida ao tratamento e processamento estatístico, sendo para tal utilizado o programa informático *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 20.0 para *Windows*.

RESULTADOS

Dos resultados destacamos a caracterização sociodemográfica dos sujeitos da amostra, que apresentamos na tabela 1.

Ao observarmos a tabela 1 podemos verificar, que dos 54 sujeitos inquiridos, 70,4% são do sexo feminino e apenas 29,6 % são do sexo masculino.

Em relação à idade, os estudantes do estudo posicionam-se entre os 21 e os 40 anos, sendo que, a maioria tem idades entre os 20 e os 25 anos, o que perfaz 83,3 % da totalidade dos sujeitos. Temos, assim, uma média de idades de 25,31 anos e a moda de 22 anos, para as quais o desvio padrão é de 4,730. A análise destes dados revela que a dispersão das idades é bastante alta.

Tabela 1
Caraterização sociodemográfica dos estudantes finalistas

Variáveis	Sexo				Total (N= 54)	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
Grupo etário						
20-25 anos	13	24,1	32	59,3	45	83,3
26-31 anos	1	1,9	1	1,9	2	3,7
≥ 31 anos	2	3,7	5	9,3	7	13,0
Nacionalidade						
Portuguesa	11	20,4	20	37,0	31	57,4
Espanhola	5	9,3	18	33,3	23	42,6
Familiares enfermeiros						
Sim	9	16,7	15	27,8	24	44,4
Não	7	13	23	42,6	30	55,6
Grau de instrução da mãe						
Ensino Básico Primário	2	3,7	7	13	9	16,7
Ensino Básico Preparatório	2	3,7	5	9,3	7	13
Ensino Secundário	1	1,9	3	5,6	4	7,4
12º Ano	5	9,3	6	11,1	11	20,4
Curso Médio	2	3,7	2	3,7	4	7,4
Curso Superior	4	7,4	14	25,9	18	33,3
Grau de instrução do pai						
Ensino Básico Primário	1	1,9	8	14,8	9	16,7
Ensino Básico Preparatório	4	7,4	7	13	11	20,4
Ensino Secundário	2	3,7	3	5,6	5	9,3
12º Ano	3	5,6	3	5,6	6	11,1
Curso Médio	2	3,7	6	11,1	8	14,8
Curso Superior	3	5,6	11	20,4	14	25,9

Legenda: N – Frequência absoluta; % - Percentagem

Relativamente à nacionalidade, 57,4% dos nossos estudantes têm nacionalidade portuguesa e 42,6% nacionalidade espanhola. No que concerne ao contacto próximo com a profissão de enfermagem, verifica-se que 55,6% dos estudantes não possuíam familiares enfermeiros. Quanto ao grau de instrução das mães, constatamos que 33,3% possuem curso superior, surgindo com uma percentagem mais baixa (7,4%) os que detinham ensino secundário e curso médio. Por sua vez, os pais com curso superior apresentam igualmente percentual mais elevado (25,9%).

Sobre os motivos que levaram os estudantes a escolher o curso superior de enfermagem (tabela 2), verificamos que a grande maioria (58%) afirma que foi por “opção pessoal”, seguindo-se a afirmação de “gostar de cuidar do outro” com uma percentagem de 14,5%. Apenas 1,6% dos estudantes justificam a sua escolha pelo curso por “influência externa de amigos/pares” e “influência externa de familiares”. A par da opção enquanto “curso

alternativo”, está a escolha de outros, devido à “valorização socio económica da profissão” precisamente com 6,5% das respostas.

Tabela 2
Motivos da escolha do Curso Superior de Enfermagem

Motivos da escolha	N	%
Opção pessoal	36	58
Gostar de ajudar o outro	4	6,5
Gostar de cuidar do outro	9	14,5
Curso alternativo	4	6,5
Valorização socio-económico da profissão	4	6,5
Valorização da área científica	3	4,8
Influência externa de amigos/pares	1	1,6
Influência externa de familiares	1	1,6

Legenda: N – Frequência absoluta; % - Percentagem

DISCUSSÃO

Constatamos que na nossa amostra existe uma maior prevalência dos estudantes inquiridos do sexo feminino (70,4%) em relação ao masculino (29,6%). Resultados que estão de acordo com outros estudos, realizados nesta área, nos quais se refere e associa a feminização na qualificação

profissional de enfermagem (Pereira, 2008; Simões, 2008; Lopes & Leal, 2005).

Relativamente à idade, os estudantes neste estudo possuem uma média de idade de 25,31 anos, prevalecendo o grupo etário dos estudantes entre os 20-25 anos (83,3%), seguido do grupo etário dos estudantes com idade \geq 31 anos (13%), e por fim, os estudantes com idades compreendidas entre os 26-31 anos (3,7%). À semelhança de outros estudos efetuados em Portugal, a média de idades dos estudantes de enfermagem situa-se na maioria entre os 21 e os 25 anos de idade (Teixeira, 2012; Fernandes, 2011; Simões, 2008).

No que concerne à nacionalidade, 57,4% dos nossos estudantes possui nacionalidade portuguesa (n=31) e 42,6% nacionalidade espanhola (n=23), resultados que apontam para uma forte presença de estudantes espanhóis a frequentar o curso de licenciatura em enfermagem. Pode este facto ser justificado pela proximidade geográfica da escola com o país vizinho. O reconhecimento a nível internacional desta escola, a existência de um intercâmbio de experiências entre os dois países no contexto do ensino da enfermagem, a nível das práticas clínicas, e a média de ingresso no curso de enfermagem em Espanha ser mais elevada, pode constituir-se em argumentos subjacentes à escolha destes estudantes espanhóis pelo ingresso nesta escola.

Verificamos que, mais de metade dos estudantes afirmam não ter familiares enfermeiros (55,6%). Nas pesquisas efetuadas constatou-se que os resultados são variados, Salgueiro (2001) apurou que 56,8% dos estudantes possuíam familiares enfermeiros, enquanto, Simões (2008) verificou que 65,7% dos estudantes não apresentava contacto próximo, com a profissão de enfermagem (familiares enfermeiros), anterior à sua entrada no curso.

Em relação à distribuição dos estudantes de acordo com o grau de instrução dos pais, a mesma é comparativamente equilibrada. Salientamos que 29,6% dos progenitores são detentores de curso superior e apenas 16,7% possuem

apenas o ensino básico primário. Os nossos resultados não são coerentes com as pesquisas efetuadas, onde se constatou que os progenitores possuem um baixo nível de escolarização (Luz, 2005; Salgueiro, 2001).

Da análise relativa aos “motivos da escolha do Curso Superior de Enfermagem”, foram identificadas oito categorias relativas aos motivos da escolha do curso superior de enfermagem por estes estudantes, a saber: opção pessoal (58%); gostar de ajudar o outro (6,5); gostar de cuidar do outro (14,5); Curso alternativo (6,5); valorização socio-económico da profissão (6,5); valorização da área científica (4,8); Influencia externa de amigos/ pares (1,6); influencia externa de familiares (1,6).

A escolha curso por “opção pessoal” salienta-se em relação às restantes categorias com uma média de respostas de (58%), O que nos leva concluir que os aspetos intrínsecos/pessoais, como a “vocação”, estão mais presentes, em detrimento dos outros aspetos que podem constituir-se como extrínsecos ao estudante, como as influências externas ou a valorização socioeconómica da profissão entre outros, o que corrobora os resultados de outros estudos como o realizado por Carvalho, Araújo, Lima e Silva (2015) ao considerarem que a motivação para a escolha do curso de licenciatura em enfermagem é a realização pessoal. Também Medina e Takahashi (2003) referem que o motivo para a escolha do curso de enfermagem está relacionada precisamente com a vocação, processo contínuo, que se constrói a partir das diversas experiências pessoais, escolares e profissionais. “Gostar de cuidar do outro”, surge com uma média de 14,5% de respostas. Nestes estudantes também é evidente o aspeto relacional, em detrimento de outros aspetos, nomeadamente o aspeto técnico, o que corrobora os resultados os estudos de Luz (2005), e de Salgueiro (2001) dando ênfase ao modelo da atuação de enfermagem centrado nas necessidades do outro. Em sequência surge o “Gostar de ajudar o outro” com 6,5%. Ambos os motivos parecem indicar para um papel moral que se encontra subjacente à escolha e assentar na valorização da relação

humana, o que de certo modo também é intrínseco à pessoa.

Segundo os autores Borges, Vannuchi, González e Vannuchi (2010) a vontade de cuidar do outro e ajudar é uma vocação, consideram que os enfermeiros possuem uma característica norteadora, a habilidade de cuidar, e a sociedade em geral tem esta visão da área de enfermagem, o que pode explicar as respostas destes estudantes quando questionados sobre os motivos da escolha do curso.

A opção “Curso alternativo” apresenta-se com 6,5% e a “Valorização socio-económico da profissão” com igual média de resposta. Apenas 4 dos estudantes, verbalizaram a sua escolha como um percurso alternativo e por existir valorização socio-económico da profissão, facto que nos leva a reconhecer que os estudantes ao escolherem o curso, tiveram em conta várias as perspetivas, de acordo com os objetivos que traçaram. Para uns o importante é a possibilidade de conseguirem trabalho no final dos quatro anos do curso, em contrapartida para outros, o importante para além do trabalho é a valorização ou imagem social do enfermeiro e o retorno económico da profissão.

Estes resultados podem ser entendidos como afirma Bezerra, Andrade, Andrade e Pimentel, (2010) em que a remuneração assume um papel diferente, para alguns estudantes é apenas um recurso utilizado para garantir a satisfação pessoal (fator higiénico), para outros, o ordenado pode possuir também o significado de reconhecimento social da profissão.

Um outro motivo foi a “Valorização da área científica” com uma média de resposta de 4,8%, e por ultimo a “Influência externa pares/amigos” com uma média de resposta de 1,6%, e com igual percentual a “Influência externa dos familiares”. A opção dos estudantes pode indicar o simples desejo de acesso a uma profissão na área da saúde, a realização pessoal ou o desejo de ser um profissional para poder realizar atividades na área da prestação de cuidados

aos utentes, como referem (Spíndola, Martins & Francisco, 2008).

Quanto à influência externa, os autores Carvalho, Araújo, Lima e Silva (2015) referem que esta é menos valorizada pelos alunos aquando do momento da escolha dos cursos superiores, estes valorizam outros fatores tais como a valorização socioeconómica da profissão entre outros, o que corrobora o resultado do nosso estudo.

Na investigação realizada por Carvalho, Araújo, Lima e Silva (2015), sobre os motivos que condicionaram os estudantes para a escolha do curso de licenciatura em enfermagem, referem que os mesmos se centram em fatores intrínsecos e extrínsecos ao estudante e salientam a dimensão do cuidar e ajudar o outro, porém, surgem outras dimensões que se situam no âmbito da valorização da profissão e sentido de realização profissional.

CONCLUSÃO

Do apurado no estudo, salienta-se que dos motivos que conduziram os estudantes finalistas (espanhóis e portugueses) 2014/2015 da escola superior de enfermagem, a optar pelo curso superior de enfermagem, e a enfermagem enquanto profissão, despontam os aspetos intrínsecos/pessoais, com destaque para “Opção pessoal” onde a “vocação” é característica subjacente, em detrimento aos aspetos extrínsecos. A valorização da relação humana surge configurada no aspeto “vocacional” da escolha do curso de enfermagem, mas também no destaque dos motivos “Gostar de cuidar do outro” em “Gostar de ajudar o outro”. Quanto aos aspetos extrínsecos ao estudante, a “valorização socio-económico da profissão e a “valorização da área científica” tornam-se motivos de escolha, sendo relevante a importância da expectativa de conseguirem trabalho no final do curso, para além da valorização ou imagem social do enfermeiro, o retorno económico da profissão, mas também o campo de atuação. Estes resultados permitiram conhecer alguns dos fatores que influenciam o estudante na escolha do

curso de licenciatura em enfermagem, estando o foco deste estudo centrado nos seus motivos dada a particularidade da existência de estudantes portugueses e espanhóis no grupo. Uma limitação nesta apresentação é a não separação dos motivos por grupo de estudantes, relativa aos estudantes portugueses e aos estudantes espanhóis, porém a constar num outro momento e na sequência de mais informação e análise.

Nesta pesquisa ficou evidente que a maioria dos estudantes está motivada acerca da enfermagem como profissão. Sendo os aspetos vocacionais os motivos de escolha que mais se destacam, espera-se que estes estudantes, se tornem em profissionais dedicados na realização das suas habilidades e competências. Com este estudo espera-se ainda, contribuir para melhorar o ensino da enfermagem, tornando o mesmo adaptado às expectativas e necessidades dos estudantes, tendo sempre em vista a excelência dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L., Soares, A. & Ferreira, J. (2000). Transição e adaptação à Universidade: Apresentação de um questionário de vivências académicas. *Psicologia*, XIV(2), 189-208.
- Bezerra, F., Andrade, M., Andrade, J. & Pimentel, M. (2010). Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. *Rev Bras Enferm.*, 63(1), 33-7.
- Borges, A., Vannuchi, M., González, A. & Vannuchi, R. (2010). Caracterização e Expectativas de Estudantes Ingressantes de um Curso de Graduação em Enfermagem. *Revista Espaço para a Saúde*, 12(1), 01-06.
- Carvalho, A., Araújo, S., Lima, I. & Silva, E. (2015). Fatores motivacionais relacionados à escolha pela graduação. *Enfermagem J Health Sci Inst.*, 33(1), 56-62.
- Cunha, M. & Carrilho, D. M. (2005). O processo de adaptação ao ensino superior e o rendimento académico. *Psicologia Escolar e Educacional*, 9(2), 215-224.
- Fernandes, D. (2011). *Motivações e Expectativas Profissionais dos Estudantes do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem*. (Dissertação de Mestrado). Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Graveto, J. (2006). Construção e validação de uma escala de percepção pessoal de competências profissionais no pré-licenciado em enfermagem (EPPCPPE). *Revista Referência de Enfermagem*, 2 (II), 99.
- Lopes, M. & Leal, S. (2005). A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos Pagu*, 24, 105-125.
- Luz, D. (2005). *Do Fazer ao Ser – Representação social do enfermeiro para o aluni de Enfermagem*. (Tese de Doutoramento). Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa.
- Medina, N. & Takahashi, R. (2003). A busca da graduação em enfermagem como opção dos técnicos e auxiliares de enfermagem. *Rev Esc Enferm*, 37(4), 101-8.
- Pereira, P. (2008). *Homens na enfermagem: atravessamentos de género na escolha, formação e exercício profissional*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Ramos, S. (2013). Motivação académica dos alunos do ensino superior. *Psicologia.pt*. Retirado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0677.pdf>
- Salgueiro, A. (2001). *Expectativas dos estudantes do ensino superior de Enfermagem*. Lisboa: Universitária Editora.
- Santos, A., Mognon, J., Lima, T. & Cunha, N. (2011). A relação entre vida académica e a motivação para aprender em universitários. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 15(2), 283-290.
- Santos, A., Polydoro, S., Teixeira, M. & Bardagi, M. P. (2010). Avaliação da integração do aluno ao ensino

superior no contexto brasileiro. *Perspectivas em avaliação psicológica*, 165-188.

Silva, M. G. (2010). Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: Desafios e perspectivas. *Texto & Contexto em Enfermagem*, 19(1), 176-184.

Simões, A. (2008). *Motivações e expectativas profissionais dos estudantes de enfermagem – estudo numa escola da área de Lisboa*. (Tese de Mestrado). Universidade Aberta de Lisboa.

Sobral, D. (2003). Motivação do aprendiz de Medicina: Uso da Escala de Motivação. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 19(1), 25-31.

Spíndola T., Martins, E. & Francisco, M. (2008). Enfermagem como opção: perfil de graduandos de duas instituições de ensino. *Rev. Bras Enferm.*, 61(2), 164-9.

Teixeira, M. (2012). *Percepção dos alunos da Licenciatura em Enfermagem do 4º ano da UFP quanto às competências adquiridas no final da formação*. Universidade Fernando Pessoa.

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

IMPACTO DA DOENÇA ONCOLÓGICA NOS FAMILIARES: SOBRECARGA E SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA, RELAÇÃO E IMPLICAÇÕES

Impacto de las enfermedades oncológicas en la familia: la sobrecarga y los síntomas psicopatológicos, relación e implicaciones

Impact of oncologic disease on relatives: psychopathological burden and symptomatology, relation and implications

Mara Rezende*, Sónia Remondes-Costa*

RESUMO

Enquadramento: adoecer de cancro é um dos acontecimentos de vida mais temíveis do mundo, e um dos maiores stressores do ciclo de vida, provocando sofrimento, preocupações e perdas no doente e na família. É sobre a família que recai maioritariamente a responsabilidade de cuidar, afetando a saúde física, emocional e psicológica de quem cuida. **Objetivo:** avaliar a sintomatologia psicopatológica e a sobrecarga de familiares de doentes oncológicos e estudar a relação entre as duas variáveis. **Metodologia:** participaram no estudo 96 familiares de doentes oncológicos, com idades compreendidas entre os 18 e os 67 anos, respondendo à Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2009) e ao Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999). **Resultados:** os níveis de sobrecarga são moderados, sendo a sobrecarga subjetiva a mais afetada. A ansiedade e a depressão são os sintomas psicopatológicos mais prevalentes. A sobrecarga e a sintomatologia psicopatológica variam em função do sexo, residência, situação ocupacional, grau de parentesco, ser cuidador, acompanhamento ao hospital e co-habitação. Constatou-se a existência de relação estatisticamente significativa entre sobrecarga e psicopatologia. **Conclusão:** é fundamental para a melhoria dos cuidados prestados atender à saúde psicológica dos familiares, designadamente, dos cuidadores.

Palavras-chave: Doença oncológica; familiares; sobrecarga; sintomatologia psicopatológica

*Departamento de Educação e Psicologia,
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

ABSTRACT

Background: having cancer is one of the most fearful life events in the world, and one of the greatest stressors in the life cycle, causing suffering, worries and losses in the patient and family. It is the family that takes the majority of responsibility for caring, affecting the physical, emotional and psychological health of the caregiver. **Objective:** to evaluate the psychopathological symptomatology and the burden of family members of cancer patients and to study the relationship between this two variables. **Methodology:** participants in the study were 96 family members of cancer patients, aged 18-67, responding to the Caregiver Overload Scale (Sequeira, 2009) and the Brief Symptom Inventory (Canavarro, 1999). **Results:** suggest moderate levels of burden, with subjective overload being the most affected. Anxiety and depression are the most prevalent psychopathological symptoms. Psychopathological overload and symptomatology vary according to sex, residence, occupational situation, degree of kinship, being a caregiver, hospital follow-up and co-habitation. It was verified the existence of a statistically significant relationship between burden and psychopathology. **Conclusion:** it fundamental for the improvement of the care provided to attend to the psychological health of the relatives, namely, of the caregivers.

Keywords: oncological disease; relatives; overload; psychopathological symptomatology

RESUMEN

Marco contextual: sicken cáncer es uno de los acontecimientos de la vida más temibles del mundo, y uno de los factores de estrés de ciclo de vida, provocando dolor, las preocupaciones y las pérdidas en el paciente y su familia. Se trata de una familia que cae mayoritariamente la responsabilidad de cuidar, que afecta a la salud física, emocional y psicológico de los cuidadores. **Objetivo:** evaluar los síntomas psicopatológicos y carga de los familiares de pacientes con cáncer y estudiar la relación entre las dos variables. **Metodología:** participaron en el estudio 96 familias de pacientes con cáncer, con edades comprendidas entre los 18 y 67, en respuesta a la sobrecarga del cuidador Escala (Sequeira, 2009) y el Inventario de síntomas psicopatológicos (Derogatis, 1982). **Resultados:** los resultados sugieren niveles de sobrecarga moderada, y para la carga subjetiva más afectados. La ansiedad y la depresión son los síntomas psicopatológicos más frecuentes. La sobrecarga y los síntomas psicopatológicos varían según el sexo, la residencia, la situación laboral, relación, cuidador, siga el hospital y la cohabitación. Se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre sobrecarga y psicopatología. **Conclusión:** es fundamental para la mejora de los cuidados prestados atender a la salud psicológica de los familiares, en particular, de los cuidadores.

Palabras-clave: enfermedades oncológicas; la familia; la sobrecarga; síntomas psicopatológicos

Como Referenciar:

Rezende, M. & Remondes-Costa, S. (2018). Impacto da doença oncológica nos familiares: sobrecarga e sintomatologia psicopatológica, relação e implicações. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(1), 45-56.

Recebido para publicação em: 29/10/2017
Aceite para publicação em: 17/04/2018

INTRODUÇÃO

A doença oncológica é, presumivelmente, o acontecimento de vida mais temido entre as pessoas (Matos & Pereira, 2005; Blanco, Antequera, & Aires, 2002), sendo considerado um evento stressor por aqueles que o experienciam (Remondes-Costa, 2015a). Estas considerações advêm do facto de a doença oncológica ter impacto ao nível biopsicossocial e espiritual do doente e dos seus familiares (Remondes-Costa, 2015b; Alves, 2010).

Como resultado do progresso científico, a incidência de investigações tem-se centrado essencialmente na etiologia da doença oncológica e nas estratégias de adaptação do indivíduo à doença, negligenciando a família enquanto palco de interações relacionais (Kaplan, Weinberg, Small, & Herndon, 1991). Contudo, a doença oncológica não afeta apenas o doente, esta ocorre no contexto de um sistema familiar (Caleiras, 2012), transpondo-se para além de um acontecimento pessoal de vida significativo para passar a ser tido em conta como um acontecimento familiar significativo (Remondes-Costa, 2015a). A vivência da doença oncológica provoca sofrimento, preocupações e perdas no doente e na família (Coelho, 2009), o que leva a que os seus membros tenham de se readaptar no sentido de proteger e atender às necessidades do familiar doente (Carvalho, 2008). Da readaptação da estrutura familiar, destaca-se, normalmente, um cuidador principal, tendo em conta as necessidades específicas do doente, que irá facultar auxílio contínuo nos cuidados físicos e psicossociais (Volpato & Santos, 2007; Franco, 2002). Segundo Castro (2008) o cuidador informal é um indivíduo, habitualmente da família, responsável pela prestação de cuidados à pessoa doente. A este cuidador circunscrevem-se duas características essenciais: não ser remunerado e não possuir formação específica na área de prestação de cuidados. A família, especialmente o cuidador, passa a integrar na sua rotina, tarefas que envolvem o apoio às atividades instrumentais de vida diária como a preparação de refeições, higiene, transporte, gestão financeira (Caleiras, 2012; Given, Given, & Sherwood, 2011; Ribeiro, 2007).

Do mesmo modo, é responsável pela administração da medicação e terapêutica, comunicação com os profissionais de saúde (Caleiras, 2012), bem como a promoção do conforto e a disponibilização de suporte social e emocional (Caleiras, 2012; Afonso, 2011; Given *et al.*, 2011). Contudo, importa salientar que, segundo Laham (2003), o ato de cuidar acarreta aspetos positivos, tais como a valorização pessoal e o valor à vida, devendo ser encarado pelo familiar/cuidador de forma equilibrada. Não obstante às necessidades do doente, não devem ser menosprezadas as suas próprias necessidades.

De acordo com Afonso (2011) e Coelho (2009) o ato de cuidar, decorrente do acréscimo de responsabilidades e funções, pode acarretar consequências a nível físico, emocional, social e psicológico. A literatura sugere que os familiares de doentes oncológicos experienciam com frequência, ansiedade (Ferrario, Zotti, Massara, & Nuvolone, 2003; Lewis, 1990) e depressão (Franca, 2004; Lewis, 1990). De facto, os níveis de ansiedade e depressão são, de acordo com Martins, Ribeiro, e Garrett (2003), significativamente superiores aos valores normais, bem como a sobrecarga física, emocional e social. Lewis (1990) acrescenta as perturbações alimentares, as perturbações de sono e a sintomatologia psicossomática como exemplos de alterações encontradas em esposas de doentes graves decorrentes do ato de cuidar.

Um estudo elaborado por Coelho (2009), com o objetivo de estudar a influência do ato de cuidar na qualidade de vida do cuidador familiar do doente oncológico. Os resultados evidenciaram que os familiares/ cuidadores estão sujeitos a *distress*, dificuldades psicossociais, sobrecarga emocional, perturbações ligadas ao cuidado, sintomas de ansiedade, depressão e stresse. Perez, Chávez e Lanza (2000) constataram que os cuidadores de doentes

com cancro avançado apresentavam sofrimento, desgaste, sensação de impotência, sensação de abandono, desejo de morte, perturbações alimentares e isolamento social.

Figueiredo e Pereira (2006) realizaram uma investigação com o objetivo de identificar a existência de alterações psicológicas nos doentes com cancro colon retal e respetivos cônjuges, e qual a sua relação com o tratamento. Foram reportadas alterações emocionais, designadamente ao nível da ansiedade, depressão e stresse pós-traumático. Por sua vez, Alves (2010) conclui, no seu estudo, que os cuidadores apresentavam baixos níveis de sobrecarga, à exceção das dimensões das expectativas com o cuidar, que apresentavam sobrecarga moderada. Apenas existiu correlação entre o sofrimento psicológico e as expectativas com o cuidar, não havendo evidência da relação entre as restantes dimensões do sofrimento do doente com a sobrecarga do cuidador.

Neste sentido, o impacto da doença oncológica deve ser compreendido no doente e na família, aludindo a necessidades emocionais, socioeconómicas e culturais de ambos, visto que é neste contexto que emerge a doença e é com esta estrutura familiar que irão responder à situação de doença (Carvalho, 2007).

Tendo em conta a literatura acerca desta temática, a presente investigação, de cariz transversal, teve como objetivo avaliar a sintomatologia psicopatológica e a sobrecarga de familiares de doentes oncológicos e estudar a relação entre as duas variáveis.

METODOLOGIA

Participantes

No estudo participaram 96 familiares e/ ou cuidadores de doentes oncológicos (62,5% do sexo feminino e 37,5% do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 18 e os 67 anos (M=37,40, DP=12,11).

A maioria dos participantes são filhos/as dos doentes oncológicos (35,4%) e prestam algum tipo de cuidado (72,9%) decorrente da situação de doença. As características da amostra encontram-se descritas na tabela 1.

Tabela 1

Distribuição dos participantes pelas variáveis sociodemográficas e clínicas

	N	%
Sexo		
Feminino	60	62,5
Masculino	36	37,5
Residência		
Rural	14	14,6
Urbano	82	85,4
Situação ocupacional		
Ativo/a	62	64,6
Desempregado/a	9	9,4
Sob atestado médico	2	2,1
Reformado/a	5	5,2
Nunca trabalhou	6	6,3
Outros casos	12	12,5
Parentesco		
Mãe	3	3,1
Esposo/a	11	11,5
Neto/a	12	12,5
Sobrinho/a	13	13,5
Filho/a	34	35,4
Irmão/ã	7	7,3
Genro/nora	7	7,3
Cunhado/a	7	7,3
Primo/a	1	1
Não responde	1	1
Cuidador		
Sim	43	44,8
Não	53	55,2
Acompanhamento ao Hospital		
Sempre	23	24
Quase sempre	11	11,5
Algumas vezes	15	15,6
Poucas vezes	12	12,5
Quase nunca	24	25
Nunca	11	11,5
Co-habitação		
Sim	32	33,3
Não	64	66,7

Procedimentos

Após parecer favorável do Conselho de Administração do Centro Hospitalar da Região Norte, iniciou-se a recolha de dados durante um período de três meses, sendo respeitadas as normas éticas e deontológicas inerentes à prática da investigação em psicologia, descritas no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses

(Ordem dos Psicólogos, 2016). Os critérios para inclusão dos participantes na investigação foram ter mais de 18 anos, saber ler e escrever, não apresentarem alterações neurológicas que impedissem o preenchimento dos questionários e acompanharem o doente na situação de doença. Os participantes foram recrutados quando se apresentavam com o familiar doente na Unidade de Oncologia para consulta externa, tratamentos ou internamento.

O tratamento dos dados foi realizado com o programa estatístico SPSS – *Statistical Package for Social Sciences* –, na sua versão 22.0 para o sistema *Windows*. Utilizaram-se os testes de *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* para testar a normalidade da distribuição. Confirmando-se a distribuição normal dos dados, foram utilizados testes estatísticos paramétricos. A consistência interna determinou-se através do *Alpha Cronbach*, tendo sido considerados valores de significância de $p < 0,05$. Destacase o recurso a análises correlacionais, médias e desvios-padrão das variáveis em estudo, assim como a análises de variância multivariada (Pallant, 2001).

Instrumentos

As medidas de avaliação psicológica utilizadas neste estudo foram: Questionário sociodemográfico e clínico construído para o efeito pelas autoras da investigação. O seu objetivo é a recolha de informações relativas a aspetos pessoais dos participantes como idade, género, residência, distrito, estado civil, escolaridade, situação ocupacional, parentesco, tipo de cuidados prestados, acompanhamento ao hospital, apoio em geral nas atividades instrumentais da vida diária. Foi ainda abordada a situação de doença do familiar, nomeadamente o tipo de cancro, o tempo de diagnóstico e o tipo de tratamento.

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): desenvolvido por Derogatis (1982), e validado e adaptado para a população portuguesa por Canavarro (1999), que avalia sintomas psicopatológicos em nove dimensões:

somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. O BSI apresenta boas qualidades psicométricas, justificadas pelos valores de consistência interna das escalas ($\alpha = 0,93$).

Escala de Sobrecarga do Cuidador: validada por Sequeira objetiva avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal (Sequeira, 2009). É constituída por 22 itens, distribuídos por quatro fatores: impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativa face ao cuidar e perceção de autoeficácia. O instrumento garante boa consistência interna (*alfa* de *Cronbach* de 0,93).

RESULTADOS

Caracterização da sintomatologia psicopatológica e sobrecarga de familiares de doentes oncológicos

Por forma a analisar se os familiares e/ou cuidadores apresentam níveis de sobrecarga e sintomatologia psicopatológica elevados efetuou-se uma análise descritiva. Os dados revelaram que a dimensão das *expectativas face ao cuidar* ($M = 2,83$, $DP = 0,82$) é a mais afetada, na medida em que apresenta os índices mais elevados, seguida da *perceção de autoeficácia* ($M = 2,73$, $DP = 1,01$), *impacto da prestação de cuidados* ($M = 1,81$, $DP = 0,75$) e, por último, a *relação interpessoal* ($M = 1,71$, $DP = 0,66$).

Como demonstra a tabela 2, a *ansiedade* ($M = 2,32$, $DP = 0,94$) e a *depressão* ($M = 2,30$, $DP = 0,98$) são as dimensões que registam os índices psicopatológicos mais elevados, seguindo-se as dimensões *obsessões-compulsões* ($M = 2,26$, $DP = 1,05$), *hostilidade* ($M = 2,15$, $DP = 0,86$), *ideação paranoide* ($M = 2,08$, $DP = 0,93$), *sensibilidade interpessoal* ($M = 2,00$, $DP = 1,00$), *somatização* ($M = 1,99$, $DP = 0,94$), *psicoticismo* ($M = 1,95$, $DP = 0,92$) e *ansiedade fóbica* ($M = 1,75$, $DP = 0,91$).

Tabela 2

Análise Descritiva das dimensões da sobrecarga e sintomatologia psicopatológica

Dimensões	M	DP	Mínimo	Máximo
Sobrecarga do cuidador				
Impacto da prestação de cuidados	1,81	0,75	1,00	3,82
Relação interpessoal	1,71	0,66	1,00	4,00
Expectativas face ao cuidar	2,83	0,82	1,25	4,75
Perceção de autoeficácia	2,73	1,01	1,00	5,00
Sintomatologia psicopatológica				
Somatização	1,99	0,94	1,00	4,00
Obsessões-compulsões	2,26	1,05	1,00	5,00
Sensibilidade interpessoal	2,00	1,00	1,00	4,75
Ansiedade	2,32	0,94	1,00	4,83
Depressão	2,30	0,98	1,00	4,83
Hostilidade	2,15	0,86	1,00	4,40
Ansiedade fóbica	1,75	0,91	1,00	4,40
Ideação paranoide	2,08	0,93	1,00	5,00
Psicoticismo	1,95	0,92	1,00	4,20

Variância da sintomatologia psicopatológica e sobrecarga em função das variáveis sociodemográficas

Com o objetivo de analisar as diferenças entre a sintomatologia psicopatológica e a sobrecarga em função das variáveis sociodemográficas da amostra foram realizadas análises de variância multivariada (MANOVA).

No que se refere à sobrecarga verificam-se diferenças significativas em relação às variáveis sexo [$F_{(4,91)}=5,39$, $p=0,001$, $n^2=0,19$], residência [$F_{(4,91)}=2,42$, $p=0,05$, $n^2=0,09$] e situação ocupacional [$F_{(20,360)}=2,17$, $p=0,003$, $n^2=0,108$].

Tendo em conta a variável sexo, segundo as análises de variância estas diferenças acontecem na dimensão do impacto da prestação de cuidados [$F_{(1,94)}=17,07$, $p=0,000$, $n^2=0,15$] e na dimensão da relação interpessoal [$F_{(1,94)}=7,14$, $p=0,009$, $n^2=0,07$].

Face à variável residência, constata-se que existem diferenças na dimensão do impacto da prestação de cuidados [$F_{(1,94)}=6,48$, $p=0,01$, $n^2=0,07$] e expectativas face ao cuidar [$F_{(1,94)}=5,41$, $p=0,02$, $n^2=0,05$].

Considerando a situação ocupacional, a análise de variância apontou para a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível do impacto da

prestação de cuidados [$F_{(5,90)}=4,29$, $p=0,002$, $n^2=0,19$] e da relação interpessoal [$F_{(5,90)}=4,43$, $p=0,001$, $n^2=0,20$].

No que se refere à sintomatologia psicopatológica foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas mesmas variáveis sociodemográficas, nomeadamente o sexo [$F_{(9,86)}=2,39$, $p=0,02$, $n^2=0,20$], residência [$F_{(9,86)}=2,82$, $p=0,006$, $n^2=0,23$] e situação ocupacional [$F_{(45,430)}=1,42$, $p=0,05$, $n^2=0,13$].

No que respeita à variável sexo, todas as dimensões apresentaram diferenças estatisticamente significativas, excetuando-se a dimensão de ideação paranoide [$F_{(1,94)}=1,19$, $p=0,28$, $n^2=0,01$] que não apresenta diferenças estatisticamente significativas.

Face à variável residência, estas diferenças acontecem na dimensão das obsessões-compulsões [$F_{(1,94)}=5,90$, $p=0,02$, $n^2=0,06$], ansiedade fóbica [$F_{(1,94)}=13,17$, $p=0,00$, $n^2=0,12$] e psicoticismo [$F_{(1,94)}=5,24$, $p=0,02$, $n^2=0,05$].

Considerando a situação ocupacional, pôde constatar-se diferenças estatisticamente significativas ao nível da somatização [$F_{(5,90)}=4,47$, $p=0,001$, $n^2=0,20$], ansiedade

fóbica [$F_{(5,90)}=3,60$, $p=0,005$, $n^2=0,17$] e *psicoticismo* [$F_{(5,90)}=2,50$, $p=0,04$, $n^2=0,12$].

Nas análises univariadas, pôde constatar-se que os familiares do sexo feminino, que vivem no meio rural e se encontram sob atestado médico são os que evidenciaram maiores índices de sobrecarga e sintomatologia psicopatológica.

Variância da sintomatologia psicopatológica e sobrecarga em função das variáveis clínicas

No que se refere à sobrecarga verificam-se diferenças significativas em relação às variáveis parentesco [$F_{(36,344)}=1,51$, $p=0,04$, $n^2=0,14$], ser ou não cuidador [$F_{(4,91)}=10,82$, $p=0,00$, $n^2=0,32$], acompanhamento ao hospital [$F_{(20,360)}=2,74$, $p=0,00$, $n^2=0,13$] e co-habitação [$F_{(4,91)}=3,50$, $p=0,00$, $n^2=0,13$].

No que respeita ao parentesco, as diferenças verificaram-se na dimensão relacionada com as *expectativas face ao cuidar* [$F_{(9,86)}=3,47$, $p=0,001$, $n^2=0,27$].

Em relação a ser ou não cuidador do doente, constataram-se diferenças no *impacto da prestação de cuidados* [$F_{(1,94)}=12,33$, $p=0,00$, $n^2=0,12$] e nas *expectativas face ao cuidar* [$F_{(1,94)}=42,74$, $p=0,00$, $n^2=0,31$].

Tendo em conta a variável acompanhamento ao hospital, os resultados apontam para diferenças estatisticamente significativas no *impacto da prestação de cuidados* [$F_{(5,90)}=5,54$, $p=0,00$, $n^2=0,24$] e *expectativas face ao cuidar* [$F_{(5,90)}=9,03$, $p=0,00$, $n^2=0,33$].

Em relação à co-habitação, as diferenças evidenciaram-se somente na dimensão relacionada com as *expectativas face ao cuidar* [$F_{(1,94)}=10,79$, $p=0,00$, $n^2=0,10$].

No que respeita à sintomatologia psicopatológica verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em relação às variáveis ser ou não cuidador [$F_{(9,86)}=2,67$, $p=0,01$, $n^2=0,22$] e co-habitação [$F_{(9,86)}=2,34$, $p=0,02$, $n^2=0,20$].

Em relação a ser ou não cuidador do doente, a diferença ocorre somente na dimensão *somatização* [$F_{(1,94)}=6,37$, $p=0,01$, $n^2=0,06$]. Já em relação à co-habitação, as diferenças evidenciam-se na *somatização* [$F_{(1,94)}=2,34$, $p=0,02$, $n^2=0,20$], *ansiedade* [$F_{(1,94)}=8,93$, $p=0,00$, $n^2=0,09$] e *ansiedade fóbica* [$F_{(1,94)}=3,81$, $p=0,05$, $n^2=0,04$].

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação ao parentesco [$F_{(81,774)}=1,16$, $p=0,17$, $n^2=0,11$] e acompanhamento ao hospital [$F_{(45,430)}=1,34$, $p=0,08$, $n^2=0,12$].

De uma forma geral, os resultados das análises univariadas apontam que as mães e os/as esposos/as e os familiares que acompanham sempre ou quase sempre o familiar doente ao hospital registam maiores níveis de sobrecarga, não se tendo verificado diferenças ao nível da sintomatologia psicopatológica. Por conseguinte, os que reportam ser cuidadores do doente e os familiares que co-habitam com o mesmo evidenciam maiores níveis de sobrecarga e sintomatologia psicopatológica.

Associação entre a sintomatologia psicopatológica e a sobrecarga do cuidador

No que concerne à associação entre a sobrecarga do cuidador e a sintomatologia psicopatológica, os resultados apontam para a existência de correlações estatisticamente significativas entre as duas variáveis em estudo (tabela 3). Neste sentido, a dimensão do *impacto da prestação de cuidados* aponta para uma correlação significativa, no sentido positivo e com magnitude entre moderada a forte, em todas as subescalas da sintomatologia psicopatológica ($r=0,50$, até $r=0,68$). Igualmente, a dimensão relacionada com a *relação interpessoal*, correlaciona-se significativamente, no sentido positivo e com magnitude entre moderada a forte, com todas as subescalas da sintomatologia psicopatológica ($r=0,38$, até $r=0,60$). A dimensão das *expectativas face ao cuidar* sugere uma correlação significativa, no sentido positivo e com magnitude moderada, com todas as subescalas da

sintomatologia psicopatológica ($r=0,32$, até $r=0,49$). Por último, a subescala da *perceção de autoeficácia*, correlaciona-se significativamente, no sentido positivo e com magnitude fraca, com as subescalas da sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ideação

paranoide e psicoticismo ($r=0,22$, até $r=0,27$). Assim, os resultados obtidos permitem indagar que elevados níveis de sobrecarga relativos à prestação de cuidados ao doente oncológico se encontram associados elevada sintomatologia psicopatológica por parte dos familiares.

Tabela 3
Correlação entre a sobrecarga e a sintomatologia psicopatológica (N=96)

Sintomatologia psicopatológica	Sobrecarga do cuidador			
	Impacto da prestação de cuidados	Relação interpessoal	Expectativas face ao cuidar	Perceção de autoeficácia
Somatização	0,68**	0,50**	0,49**	0,12
Obsessões-compulsões	0,50**	0,38**	0,43**	0,19
Sensibilidade interpessoal	0,55**	0,57*	0,32**	0,22*
Depressão	0,50**	0,40**	0,44**	0,24*
Ansiedade	0,63**	0,46**	0,55**	0,22*
Hostilidade	0,52**	0,40**	0,42**	0,24*
Ansiedade fóbica	0,65**	0,60	0,32**	0,10
Ideação paranoide	0,47**	0,39**	0,38**	0,27**
Psicoticismo	0,61**	0,51**	0,42**	0,26**

*correlação fraca a moderada **correlação moderada a forte

DISCUSSÃO

A presente investigação teve como principal objetivo avaliar a sintomatologia psicopatológica e a sobrecarga de familiares de doentes oncológicos e ainda, perceber se estas diferem em função de variáveis sociodemográficas e clínicas, bem como, qual a relação entre as duas variáveis.

Quanto à sintomatologia psicopatológica, as dimensões depressão e ansiedade foram as que apresentaram índices mais elevados. Os resultados são concordantes com a literatura, evidenciando-se que os familiares de doentes oncológicos experienciam sintomas de depressão (Franca, 2004; Lewis, 1990) e ansiedade (Ferrario *et al.*, 2003; Lewis, 1990). Contrariamente, Cotrim (2007) no seu estudo afirma que os cuidadores não apresentam sinais indicadores de depressão. Casmarrinha (2008) concluiu,

no seu estudo, que os familiares de doentes oncológicos manifestam sentimentos de preocupação e ansiedade com o familiar doente, satisfazendo as suas vontades e desejos. Sthanhope (1999) salienta que é função da família proteger a saúde dos seus membros e dar resposta e apoio às suas necessidades sentidas durante o período de doença.

No que concerne à sobrecarga, as dimensões que apresentaram piores níveis foram as *expectativas face ao cuidar* e a *perceção de autoeficácia*. Desta forma, observa-se que a sobrecarga objetiva (*impacto da prestação de cuidados e relação interpessoal*) apresenta valores mais baixos em comparação com a sobrecarga subjetiva (*expectativas face ao cuidar e perceção de autoeficácia*). A sobrecarga objetiva avalia o impacto relativamente à

prestação de cuidados, enquanto a subjetiva avalia a relação entre o cuidador e o doente, em concreto a vergonha, irritação e tensão (Sequeira, 2009). Os resultados superiores obtidos na sobrecarga subjetiva poderão ser explicados pelo receio face às expectativas, respeitante aos encargos económicos e dependência dos seus familiares. Este tipo de sobrecarga está relacionado com o bem-estar físico e psicológico do cuidador, realçando a presença de preocupações e sintomas depressivos, de ansiedade e culpa (Sequeira, 2007).

Procurou-se ainda, analisar a variabilidade da sobrecarga e sintomatologia psicopatológica em função das variáveis sociodemográficas, ressaltando que para além dos estudos com familiares de doentes oncológicos serem escassos, os que existem não analisam as diferenças em função das variáveis sociodemográficas, o que limita a comparação com outros estudos.

Os resultados obtidos sugerem que a variável sexo apresentou diferenças estatisticamente significativas em relação à sintomatologia psicopatológica, em todas as dimensões, exceto na ideação paranoide; e sobrecarga ao nível do impacto da prestação de cuidados e na relação interpessoal. Em todas as dimensões que evidenciaram diferenças, constatou-se que o sexo feminino apresenta maior sobrecarga e sintomatologia psicopatológica. Este dado parece ser justificado pelo facto de recair, mais frequentemente, sobre a mulher a tarefa de cuidar, adquirindo, historicamente, a função de cuidadora dos filhos, dos pais, da família (Visoná, Prevedello, & Souza, 2012; Ferreira, 2011), o que confirma estes resultados. Associada a uma maior sobrecarga, encontra-se maior morbilidade psicológica e, conseqüentemente, maior sofrimento por parte de quem cuida. De acordo com Bidarra (2010) as mulheres verbalizam sentimentos mais negativos, manifestando maior dificuldade em lidar com o doente. Por sua vez, os homens manifestam sentimentos mais positivos.

No que concerne à residência, os resultados evidenciaram diferenças significativas, ao nível do impacto da prestação de cuidados, expectativas face ao cuidar e sintomas de obsessões-compulsões, ansiedade fóbica e psicoticismo. Em todas as dimensões, os familiares de doentes oncológicos que vivem no meio rural apresentam maiores níveis de sobrecarga e sintomatologia psicopatológica, o que pode ser explicado pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, pelo menor esclarecimento face à situação de doença do familiar e a tendência ao isolamento. Um estudo de Martins (2014) corrobora os resultados do presente estudo, na medida em que os familiares cuidadores revelaram que a tarefa de cuidar implica desgaste físico e psicológico, sentindo-se aprisionados e com isolamento social, muitas vezes procurando apoio dentro da própria família e vizinhança.

Relativamente à situação ocupacional, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas face à sobrecarga e sintomatologia psicopatológica, sendo os familiares sob atestado médico, os que evidenciaram maior impacto na prestação de cuidados e na relação interpessoal e, sintomas de somatização, ansiedade fóbica e psicoticismo. O facto de os familiares, ou especialmente o cuidador, terem de integrar na sua rotina novas tarefas de apoio ao familiar doente, poderá levar a alterações a nível laboral e de abdicação de projetos, o que parece justificar os elevados níveis de sobrecarga e, conseqüentemente, morbilidade psicológica. Esta situação poderá sofrer atenuantes, dependendo do grau de dependência do doente e do tipo de cuidados que lhe são prestados. Martins (2014) indo ao encontro do anteriormente referido, enfatiza, que embora alguns familiares não sofram alterações nos seus aspetos de vida, outros deparam-se com inúmeras alterações após a responsabilidade de cuidar, nomeadamente a perda laboral.

Em função das variáveis clínicas dos familiares de doentes oncológicos, o parentesco apresentou diferenças

estatisticamente significativas no que respeita à sobrecarga. Todavia não foram reportadas diferenças ao nível da sintomatologia psicopatológica. Neste sentido, os resultados obtidos evidenciaram que maiores níveis de sobrecarga eram experienciados pelas mães e cônjuges, o que poderá ser explicado pela relação familiar próxima e pela co-habitação, o que favorece o aumento da prestação de cuidados (Santos, 2005). Contudo, as conclusões de Ferreira (2011) não corroboram o presente estudo, constatando que a maior parte dos cuidadores são cônjuges e filhos e, só depois, as mães.

Em relação ao ser ou não cuidador, os resultados apontam para diferenças significativas ao nível da sobrecarga e sintomatologia psicopatológica, sendo os cuidadores os que registam maiores níveis de intensidade das variáveis em estudo. No que concerne ao acompanhamento ao hospital, essas diferenças ocorreram em relação à sobrecarga, sugerindo que os familiares que acompanham sempre ou quase sempre o familiar doente ao hospital apresentam maiores níveis de sobrecarga. Embora a família atente nas necessidades do familiar doente e forneça apoio emocional, normalmente existe um cuidador que, segundo Alves (2010), presta cuidados que excedem o “normal”, considerando uma assistência nas atividades de vida diária. Este aumento da tensão decorrente do acréscimo de tarefas que, neste caso, pode ser o acompanhamento ao hospital, poderá levar ao risco de exaustão, ou seja, sobrecarga. Daí que quanto maior a prestação de cuidados por parte do cuidador, maiores os níveis de sobrecarga associados. Isto muitas vezes acontece devido ao facto de o cuidador não solicitar apoio de outros familiares para não os sobrecarregar e não se sentir um peso (Moreira, 2001).

Constatou-se, ainda, a existência de relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, sendo que a maiores níveis de sobrecarga se associa mais morbilidade psicopatológica. Neste sentido, estudos relatam que, inerentes à prestação de cuidados, estes

cuidadores poderão apresentar ansiedade e depressão (Gro, Dahl, Moum, & Fosså, 2005; Given *et al.*, 2004) stresse e tensão (Coelho, 2009; Payne, Smith, & Dean, 1999) privação de sono (Carter, 2003; Lewis, 1990), sentimento de impotência, desamparo (Milberg, Strang, & Jakobsson, 2004; Perez *et al.*, 2000).

CONCLUSÃO

A concretização deste trabalho contribuiu para fomentar um maior conhecimento na área do impacto da doença oncológica nos familiares e cuidadores, permitindo identificar as suas necessidades e dificuldades, para que seja possível o desenvolvimento de estratégias que lhes permitam suportar e ajustar-se emocionalmente à mesma e, conseqüentemente, contribuir para o próprio bem-estar do doente.

Especificamente atendeu-se à investigação da variabilidade das características sociodemográficas e clínicas em função da sobrecarga e da sintomatologia psicopatológica, conferindo-se que a sobrecarga e a sintomatologia psicopatológica variam em função do sexo, residência, situação ocupacional, grau de parentesco, ser cuidador, acompanhamento ao hospital e co-habitação. Pretendeu-se ainda estudar a relação entre a sobrecarga e a sintomatologia psicopatológica, comprovando-se a relação estatisticamente significativa entre ambas.

Face ao exposto, aguarda-se que os resultados obtidos e as conclusões formuladas possam contribuir para uma maior consciencialização da necessidade de centrar a atenção não apenas no doente mas, de igual modo, na família. Assim, é necessária a construção de espaços que envolvam a família, durante todo o processo de doença, onde esta possa aprender a cuidar, mas também ser cuidada, na perspetiva de uma assistência integral e de qualidade.

Ressalva-se como principal limitação o número da amostra, sendo considerada pouco representativa da

população estudada e suscetível de constituir alguns constrangimentos à generalização dos resultados obtidos.

No que se refere a investigações futuras, sugere-se a continuidade do estudo do impacto da doença oncológica

na saúde mental de familiares e/ou cuidadores, uma vez que se trata de uma problemática ainda um pouconelegenciada na literatura. Considera-se pertinente que, em próximas investigações, assumam outras variáveis clínicas, nomeadamente o tipo de cancro e a fase da doença, no sentido de perceber se estas influenciam os níveis de sobrecarga e sintomatologia psicopatológica, podendo ser implementadas intervenções mais direcionadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, J. (2011). *Avaliação das funções da conjugalidade no suporte ao doente oncológico de acordo com os factores da vulnerabilidade ao stress, ajustamento mental à doença oncológica de um familiar e o coping resiliente* (Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa.

Alves, M. (2010). *Sofrimento do doente oncológico com necessidade de cuidados paliativos e a sobrecarga do cuidador informal* (Tese de Mestrado). Faculdade de Medicina de Lisboa.

Bidarra, A. (2010). *Vivendo com a dor: o cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. (Tese de Mestrado). Faculdade de Medicina de Lisboa.

Blanco, A., Antequera, R. & Aires, M. (2002). Percepción subjectiva del cáncer. In M. Dias, & E. Durà (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 605-638). Lisboa: Climepsi Editores.

Caleiras, M. (2012). *A comunicação da família, enquanto fator de (des) construção da vivência e sobrevivência, do jovem adulto sobrevivente a um cancro* (Tese de Mestrado). Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida de Lisboa.

Canavarro, M. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos- BSI. In M. Simões, M. Gonçalves, L. Almeida (Eds). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (li vol.) pp.87-109. Braga: SHO-APPORT.

Carvalho, C. (2007). A necessária atenção à família do paciente oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54(1), 87-96.

Casmarrinha, M. (2008). *Familiares do doente oncológico em fim de vida: dos sentimentos às necessidades* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Castro, S. (2008). *Como aprende o cuidador principal do doente oncológico em fase terminal a cuidar no domicílio* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Coelho, M. (2009). *Influência do acto de cuidar na qualidade de vida do cuidador familiar do doente oncológico* (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Lisboa.

Cotrim, H. (2007). *Impacto do cancro colorectal no doente e cuidadores/ família: implicações para o cuidar* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Ferrario, S., Zotti, A., Massara, G., & Nuvolone, G. (2003). A comparative assessment of psychological and psychosocial characteristics of cancer patients and their caregivers. *Psycho-Oncology*, 12, 1-7.

Ferreira, M. (2011). *Cuidar no domicílio: sobrecarga da família/ cuidador principal com doente oncológico paliativo* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Figueiredo, P. & Pereira, M. (2006). Cancro do colo-rectal: impacte psicológico do tratamento no doente e cônjuge. *Atas do VI Congresso de Investigação em Psicologia*, pp. 87-103.

- Franca, D. (2004). Cuidando do cuida-dor: atendimento psicológico no apoio ao doente de alzheimer. *Ciência e Profissão Diálogos*, 1, 50-52.
- Franco, M. (2002). A família em psico-oncologia. In V. Carvalho, M. Franco, M. Kovács, R. Liberato, R. Macieira, M. Veit, M. Gomes, & L. Barros (Eds.), *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 358-361). São Paulo: Summus.
- Given, B., Given, C. & Sherwood, P. (2011). Family and caregiver needs over the course of the cancer trajectory. *The Journal of supportive oncology*, 2(1), 1-8.
- Given, B., Wyatt, G., Given, C., Sherwood, P., Gift, A., DeVoss, D. & Rahbar, M. (2004). Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life. *Oncology Nursing Forum*, 31(6), 1105-1117.
- Grov, E., Dahl, A., Moum, T. & Fosså, S. (2005). Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Annals of Oncology: Oxford Journals*, 16(7), 1185-1191.
- Kaplan, K., Weinberg, G., Small, A. & Herndon, J. (1991). Breast cancer screening among relatives of women with breast cancer. *American Journal of Public Health*, 81(9), 1174-1179.
- Laham, C. (2003). *Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar* (Tese de Mestrado). Universidade de São Paulo.
- Lewis, F., M. (1990). Strengthening family supports: cancer and the family. *Cancer*, 65, 752-759.
- Martins, O. (2014). *A família do idoso dependente: análise das necessidades/ dificuldades no cuidar no domicílio* (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Martins, T., Ribeiro, J. & Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde, & Doenças*, 4(1), 131-148.
- Matos, P. & Pereira, M. (2005). Áreas de intervenção na doença oncológica. In M. Pereira, & C. Lopes (Eds.), *O doente oncológico e a sua família* (pp. 15-25). Lisboa: Climepsi Editores.
- Milberg, A., Strang, P. & Jakobsson, M. (2004). Next of kin's experience of powerlessness and helplessness in palliative home care. *Supportive Care in Cancer*, 12(2), 120-128.
- Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau.
- Ordem dos psicólogos portugueses (2016). *Ordem dos psicólogos Portugueses código deontológico*. Retirado de https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/web_cod_deontologico_pt_revisao_2016.pdf
- Pallant, J. (2001). *SPSS survival manual*. Buckingham: Open University Press.
- Payne, S., Smith, P. & Dean, S. (1999). Identifying the concerns of informal carers in palliative care. *Palliative Medicine*, 13(1), 37-44.
- Pereira, L. & Dias, A. (2007). O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. *PSICO*, 38(1), 55-65.
- Perez, S., Chávez, P. & Lanza, C. (2000). Cuidados paliativos domiciliários en pacientes con cáncer cervicouterino en etapas avanzadas. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46(1), 10-16.
- Remondes-Costa, S. (2015a). O cancro no seio da família, In O. Fernandes & C. (Org.) *A família portuguesa no século XXI* (pp. 321-243). Lisboa: Parcial.
- Remondes-Costa, S. (2015b). *Cancro da mama: dores do sofrimento feminino na experiência com a doença*. Viseu: Psicosoma.

- Santos, P. (2005). *O familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social* (Tese de Mestrado). Universidade Nova de Lisboa.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2009). Escala de sobrecarga do cuidador de zari: características psicométricas na população portuguesa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1, 33-39.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Loures: Lusociência.
- Visoná, F., Prevedello, M. & Souza, E. (2012). Câncer na família: percepções de familiares. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2(1), 145-155.
- Volpato, F. & Santos, G. (2007). Pacientes oncológicos: um olhar sobre as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores. *Imaginário*, 13(14), 511-544.

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA NA PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO: ESTUDO QUALITATIVO

Health-disease transition in the person with acute myocardial infarction: qualitative study

Transición salud-enfermedad en la persona con infarto agudo de miocardio: qualitative study

Sílvia Paiva*, Paulo Ferreira**

RESUMO:

Enquadramento: o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) provoca alterações significativas na qualidade de vida da pessoa, no seu autocuidado, na sua vida familiar, profissional e social. **Objetivos:** compreender o significado que as pessoas atribuem ao EAM e ao internamento numa Unidade Cuidados Intensivos Coronária; identificar as suas preocupações e necessidades; perceber as vivências relativamente à preparação para o regresso a casa; perceber as alterações provocadas pelo EAM na vida destas pessoas. **Metodologia:** estudo qualitativo de abordagem fenomenológica, com recurso ao modelo de análise de Giorgi. A amostra foi intencional e as oito entrevistas foram realizadas entre janeiro e maio de 2015 a pessoas submetidas a cateterismo cardíaco pós EAM e três meses após o procedimento. **Resultados:** emergem três temas relativos às vivências: do EAM, nomeadamente sintomas, sentimentos de choque e medo da morte; da hospitalização que foi vivida com limitações como a falta de informação, imobilização no leito e limitação no número de visitas e por outro lado a valorização dos profissionais de saúde nomeadamente a rapidez de atuação, competência e segurança transmitida; do regresso a casa. **Conclusão:** o EAM é um acontecimento marcante, todos os participantes referiram modificação de comportamentos de risco, o que denota um processo de transição. **Palavras-Chave:** transição; enfarte agudo do miocárdio; vivências; regresso a casa

ABSTRACT:

Background: the AMI is the leading cause of death in the world. It still causes significant changes in the quality of life, in self-care, in family life, in social and professional life and it also causes high morbidity. **Objectives:** understanding the meaning that people attach to AMI and to the fact of being hospitalized in a Coronary Intensive Care Unit; Identifying the concerns and needs of these people; Understanding which experiences concerning the preparation for homecoming; Understanding the changes caused by AMI in these people's lives. **Methodology:** qualitative study of phenomenological approach using the analysis model proposed by Giorgi. Eight patients who underwent cardiac catheterization after AMI were interviewed between January and May 2015, an intentional sample was used, and the interview was conducted at least three months after the procedure. **Results:** three themes emerge regarding lived experiences: of AMI, namely symptoms, feelings of shock and fear of death; of hospitalization that was lived with limitations such as lack of information, immobilization in bed and limitation on the number of visits and on the other hand, the appreciation of health professionals, namely the speed of action, the competence and transmitted safety; of hospital discharge. **Conclusion:** the AMI is a crucial event in a life, with all the participants referring significant change, particularly in risk behaviour modification, which means a transition process.

Keywords: transition; acute myocardial infarction; lived experiences; hospital discharge.

RESUMEN:

Marco contextual: el EAM es la primera causa de muerte en el mundo. Provoca además cambios significativos en la calidad de vida de las personas, en su autocuidado, en su vida familiar, profesional y social y, comprensiblemente, elevada morbilidad. **Objetivos:** comprender el significado que las personas atribuyen al EAM y al hecho de estar ingresadas en una Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios; Identificar las preocupaciones y necesidades de estas personas; Entender cuáles las vivencias relativamente a la preparación para el regreso a casa; Entender los cambios provocados por el EAM en la vida de estas personas. **Metodología:** estudio cualitativo de abordaje fenomenológico, con recurso al modelo de análisis propuesto por Giorgi. Fueron encuestadas entre enero y mayo de 2015 ocho personas sometidas a cateterismo cardíaco después de sufrir un EAM, se trató de una muestra intencional y la encuesta ocurrió en un plazo mínimo de tres meses después del ocurrido. **Resultados:** surgen tres temas relativos a vivencias: del EAM, en lo que respecta a síntomas, estados de conmoción y miedo de la muerte; del ingreso por el que pasó con limitaciones como la falta de información, inmovilización en el lecho y limitaciones en el número de visitas y por otro lado la valoración de los profesionales de salud en lo que respecta a la rapidez de actuación, a la eficacia y a la seguridad transmitida por ellos; del regreso a casa. **Conclusión:** el EAM es un hecho que deja huellas y todos los que participan en él refieren que hay alteraciones que se reflejan en el cambio de comportamientos de riesgo, lo que evidencia un proceso de transición.

Palabras clave: transición; infarto agudo de miocardio; vivencias; regreso a casa

* Curso de Pós-Licenciatura e Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

** Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC) da Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem Médico-cirúrgica (UCPEMC); Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Mestrado em Sociopsicologia da Saúde; Doutoramento - Nuevos Contextos de Intervención Psicológica en Educación, Salud Y Calidad de Vida, Universidad de Extremadura

Como Referenciar:

Paiva, S. & Ferreira P.(2002). Transição saúde-doença na pessoa com enfarte agudo do miocárdio: Estudo qualitativo. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(1), 57-66

INTRODUÇÃO

A doença cardiovascular é a primeira causa de morte no mundo. Estima-se que 17,5 milhões de pessoas tenham morrido por esta causa em 2012, representando 31% das mortes globais. Destas, cerca de 7,4 milhões foram devidas a doença coronária e 6,7 milhões devido a acidente vascular cerebral (Organização Mundial de Saúde 2015).

Este grupo de doenças constitui um desafio aos sistemas de saúde dada a sua prevalência, mortalidade e custos sociais. São uma das principais causas de internamento, diminuição ou perda de produtividade e de reforma antecipada, com consequente elevação dos custos com os cuidados de saúde (Fernandes & McIntyre, 2006).

Quanto à doença coronária a sua instalação ocorre de forma progressiva e lenta provocando lesões que se mantêm em fase subclínica durante muito tempo, até ao aparecimento dos sintomas de isquemia cardíaca (Sola, 1997).

A experiência do enfarte agudo do miocárdio (EAM) é vivenciada de forma individual, podendo variar de pessoa para pessoa, em função do sexo, cultura, papel social, estado de saúde, ambiente e das expectativas de vida (Santos & Araújo, 2003). Os mesmos autores consideram que é necessário conhecer estas variações para proporcionar melhores cuidados de enfermagem. Conhecer o significado desta doença é saber o sentido expresso pela pessoa de tudo o que vivenciou, os seus desejos, vontades, medos, aspirações e intenções. Torna-se então importante perceber as consequências para a vida da pessoa e família quando ocorre um problema como o EAM.

Em Portugal, não existem muitos estudos realizados por enfermeiros (Cruz, 2013; Pereira, 2000) quando se pretende perceber o que a doença interrompeu na vida da pessoa com EAM.

A opção de estudar o significado do EAM na perspetiva do utente deve-se à escassez de conhecimentos quanto ao significado real dessa doença do ponto de vista de quem a vivencia e tudo o que implica ser hospitalizado e submetido a intervenção de emergência.

A diversificação dos contextos onde o enfermeiro presta cuidados cada vez mais especializados, nomeadamente os cuidados intensivos, paralelamente com a explosão de serviços hospitalares muito específicos (como a Unidade de Cuidados Intensivos Coronários - UCIC), desafiam estes profissionais ao desenvolvimento de competências técnicas e científicas cada vez mais diferenciadas, o que implica que detenham qualificações adequadas e constantemente aperfeiçoadas.

É hoje aceite a importância de ter como foco de enfermagem o processo de transição da pessoa, nomeadamente no processo de saúde-doença, como é o caso do EAM. O enfermeiro assume assim um papel preponderante na facilitação do atingir de novo equilíbrio no bem-estar da pessoa e família (Meleis & Trangenstein, 1994).

Tendo em consideração toda a problemática descrita delinear-se os seguintes objetivos: compreender o significado que as pessoas atribuem ao EAM e a estarem internadas numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronária; identificar as preocupações e necessidades destas pessoas; perceber quais as vivências relativamente à preparação para o regresso a casa; perceber as alterações provocadas pelo EAM na vida destas pessoas.

ENQUADRAMENTO

A causa das doenças cardiovasculares é multifatorial, podemos identificar como principais fatores, os genéticos, os fisiológicos, os comportamentais e os do meio.

A Fundação Portuguesa de Cardiologia (FPC, 2011) considera que só é possível reduzir a incidência destas doenças se a população tiver conhecimentos sobre o seu significado, a sua incidência e as suas consequências, aprendendo a identificar os fatores de risco, de forma a envolver-se diretamente na prevenção e no tratamento destes.

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa internada com EAM deve centrar-se na identificação precoce da isquémia do miocárdio, no controlo da dor torácica, no reconhecimento de complicações, na promoção de um ambiente calmo e na educação/informação da pessoa e família (Urden, Stacy & Lough, 2008). Durante o internamento é frequente a pessoa apresentar níveis elevados de ansiedade, de medo e de stresse, que conjugados com a presença de dor diminuem a sua capacidade em reter a informação fornecida. Assim, a informação a oferecer à pessoa e família deve ser iniciada logo que a fase aguda seja ultrapassada e deve focar-se na redução dos fatores de risco, nas manifestações de doença coronária, na adesão à terapêutica medicamentosa e na retoma da atividade física e sexual (Urden, Stacy & Lough, 2008).

A pessoa internada numa UCIC necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também, para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física. Deste modo, os enfermeiros deparam-se com o desafio de assegurar um ambiente calmo, que proporcione o alívio do medo e da ansiedade (Pereira, 2000). É fundamental que o enfermeiro esteja desperto para a problemática do pós enfarte imediato e que a sua atuação possa ajudar a resolver esses problemas melhorando de futuro a qualidade de vida da pessoa. Podemos tratar a doença física no momento, mas a qualidade de vida futura, a mudança de hábitos de vida e a aquisição de um estilo de

vida saudável só se consegue se a nossa atuação enquanto enfermeiros for muito além das intervenções técnicas ou instrumentais, estas últimas devem ser utilizadas de forma criteriosa, mas não poderão nunca ser a única preocupação de quem cuida de doentes 24 sobre 24 horas.

O grande desafio para os enfermeiros que trabalham na UCIC reside na busca contínua da prestação de cuidados individualizados, num ambiente onde impera a complexidade tecnológica. Assim, os cuidados prestados devem advir de profissionais especializados, dos quais se requer capacidade de trabalho, iniciativa e um amplo corpo de conhecimentos associados ao julgamento inteligente, à observação e ao contacto direto com a pessoa, características que não devem ser substituídas por qualquer equipamento (Cintra, Nishide & Nunes, 2001).

Entende-se que a preparação do regresso a casa deve ter como objetivo capacitar a pessoa e o cuidador informal para o desempenho do seu papel de forma a assegurar a continuidade dos cuidados. Esta continuidade é entendida com uma componente essencial do processo de prestação de cuidados, podendo ser perspetivada pelos seus destinatários como a informação recebida no que concerne à medicação, à condição clínica e às atividades que podem ser realizadas, não esquecendo a existência de outros serviços comunitários disponíveis para aquela pessoa e família (Bull, Hansen & Gross, 2000). Os ganhos em saúde devem ser o objetivo último da continuidade de cuidados (Grimmer *et al.*, 2006).

De acordo com Cerqueira (2005), o processo de educação para a saúde deve ser conduzido de forma holística, individualizada e singular, visando a prestação de cuidados contextualizados, a manutenção da pessoa dependente no seu meio sociofamiliar e o envolvimento do cuidador. Além disso, o enfermeiro deve compreender as necessidades e motivações da pessoa e família, adequando a linguagem e os conteúdos transmitidos ao contexto e

especificidade em que ocorre a educação para a saúde bem como implementar estratégias e ações de forma a colmatar as dificuldades encontradas. No contexto sociocultural atual, a família desempenha um papel fundamental, sendo considerada a unidade básica em que nos desenvolvemos e socializamos. É no seio familiar que cada indivíduo procura o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise que surgem ao longo do seu ciclo vital. No entanto, importa referir que, atualmente, a família constitui também uma instituição problemática pois falar de família é falar de um misto de pessoas, de comportamentos, de atitudes e de sentimentos típicos e generalizados (Machado, 2008).

Num mundo em constante mudança, resultado de altos e baixos económicos, mudanças políticas, migrações em massa, mudanças ambientais, pandemias, novas descobertas médicas e tecnológicas, o ser humano está constantemente a ter de se adaptar a mudanças. As experiências humanas, também ao nível pessoal são repletas de transições que se têm tornado o objeto central da enfermagem e dado origem à sistematização da teoria das transições por parte de Meleis (2010). A primeira razão pela qual as transições assumem esta relevância para os enfermeiros é que estes passam uma grande parte do seu tempo a cuidar de pessoas que estão a passar por uma ou mais mudanças/transições nas suas vidas que afetam a sua saúde. Exemplos disso são a admissão hospitalar, a preparação do regresso a casa, a reabilitação, a recuperação de uma cirurgia, entre várias outras (Meleis, 2010). Para a autora os enfermeiros lidam com pessoas que estão a experienciar, a antecipar ou a completar transições. A transição implica uma mudança ao *status* de saúde, ou nas relações interpessoais, expectativas ou capacidades. As transições implicam que o indivíduo incorpore novo conhecimento, altere o comportamento e

que muitas vezes se redefina no contexto social. Uma transição é considerada saudável quando o indivíduo demonstra as capacidades e comportamentos necessários para viver este processo passando à fase seguinte e estando bem resolvido (Meleis, 2010).

METODOLOGIA

Estudo qualitativo com uma abordagem fenomenológica pois como refere Fortin (2003), pretende descrever o universo percetual de quem vive uma experiência que interessa à prática clínica, sendo que o trabalho do investigador consiste em se aproximar desta experiência, em descrevê-la nas palavras dos participantes na investigação. Esta abordagem que é a mais popular em enfermagem, pois exige a exploração do todo integrado, indo de encontro à questão holística do cuidar, exigindo que os investigadores estudem as experiências vividas e como estas se apresentam na vida quotidiana.

O estudo foi realizado após parecer favorável da comissão de ética do CHUC-HUC. Os participantes do estudo foram pessoas internadas com o diagnóstico de EAM na UCIC do CHUC-HUC que aceitaram e autorizaram após consentimento informado por escrito a recolha dos dados. Como critério de inclusão estabeleceram-se: ser o primeiro evento de EAM, ter sido submetido a cateterismo cardíaco, ser maior de 18 anos, terem decorrido entre 3 meses e 1 ano após o EAM, e apresentarem condições clínicas para participar no estudo. Participaram oito pessoas, seis homens e duas mulheres, com idades compreendidas entre os 47 e os 77 anos, todos casados, a maioria apenas com a 4.ª classe e reformados. Na recolha de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, registada em formato áudio e realizada temporalmente entre janeiro e maio de 2015. Realizou-se a análise de acordo com o método fenomenológico de Giorgi (Giorgi & Sousa, 2010), que se foca no significado da experiência para a pessoa que a vivencia, possibilitando estudar de

forma científica a experiência humana (Cruz, 2013). As etapas processuais são: ler a descrição inteira da experiência para obter um sentido do todo; reler a descrição; identificar as unidades de transição da experiência; clarificar e elaborar o significado relacionando os constituintes uns com os outros e com o todo; refletir nos constituintes segundo a linguagem concreta do participante; transformar a linguagem concreta em linguagem ou conceitos científicos; integrar e sintetizar a compreensão numa estrutura descritiva do significado da experiência (Giorgi & Sousa, 2010).

A informação foi analisada e processada (textual e conceptualmente) com recurso ao *Software* Atlas.ti v5.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise dos dados obtidos emergiram três temas centrais representativos das vivências de oito pessoas que sofreram um EAM. Designaram-se então estes temas por “Vivências do EAM”, “Vivências da Hospitalização” e “Vivências do Regresso a Casa”.

Quanto às vivências do EAM surgem dois constituintes chave que são os sintomas provocados pelo EAM e os sentimentos vividos. Em termos de sintomas alguns participantes referiram uma desvalorização inicial dos mesmos, sendo que todos os participantes culminam com a referência a dor intensa. Alguns participantes admitem ter tido sintomas prévios ao EAM, contudo, não os valorizaram. Dizem não ter tido noção do seu significado.

Os resultados do estudo de Sampaio *et al.* (2012) são concordantes com estas afirmações, tendo estes constatado que 57% dos sujeitos em análise não associavam os sintomas vivenciados a problemas cardíacos.

Um aspeto grandemente evidenciado nas entrevistas diz respeito à dor sentida no momento agudo do enfarte. Foram momentos de um sofrimento físico brutal, com

participantes a desejarem até a morte. Foram dois os sentimentos mais vinculados pelos participantes nesta fase de vivência da doença aguda, o choque e o medo de morrer. Na perspetiva de alguns participantes, tudo se passou muito rápido, desde os primeiros sintomas até ao diagnóstico efetivo. Assim, o choque demonstrado foi evidente, revelando até estarem confusos relativamente ao sítio onde estavam no momento do internamento hospitalar. Estas afirmações são corroboradas pelos resultados de Gutiérrez, J Segura, Padilla, e Fernández, (2006), que apontam o medo da dor, do sofrimento, de não recuperar, de não voltar a ver a família, muitas vezes acompanhado de uma sensação de morte eminente. Também Santos e Araújo (2003), referem que o medo e a preocupação são achados comuns e viver um EAM é gerador de sentimentos negativos e repentinos. Mussi (2004), acrescenta ainda que, se o sentimento inicial é dominado por sintomas físicos, nesta fase a pessoa sente que a sua vida está em jogo. Santos e Araújo (2003), perante esta realidade reafirmam que a patologia cardíaca desencadeia, na maior parte dos casos, o sofrimento emocional vinculado ao medo da morte, da invalidez, do desconhecido, da solidão, da depressão e angústia. Todas estas sensações são potenciadoras de quadros de stresse e ansiedade, que poderão ser comprometedores do próprio prognóstico ou do sucesso do plano terapêutico.

A forma como cada pessoa vivencia a hospitalização varia de acordo com inúmeros fatores, muito devido ao seu caráter subjetivo. Além disso, existem algumas limitações que importam ter em conta, nomeadamente, emergem deste estudo a falta de informação, a imobilização no leito e a limitação no número de visitas recebidas. Matte (2014) encontrou no seu estudo relatos de desconforto, bem como expressões de impaciência relacionadas com a imobilização no leito durante a recuperação, tanto no período intra-hospitalar como após a alta. Por outro lado, a imobilização no leito, nalguns casos relacionada com intervenções terapêuticas como o cateterismo, causa

grande desconforto e dor principalmente na região dorsal (Pornratanarangsi *et al.*, 2010).

Posto isto, cabe ao enfermeiro criar um espaço para o diálogo, dando prioridade à escuta e não só à transmissão de conhecimentos ou à aprendizagem de capacidades, procurando explorar as causas da ansiedade e demonstrando ao utente que as suas preocupações serão levadas em consideração (Freitas & Oliveira, 2006).

Ao recorrer aos cuidados de um profissional de saúde, a pessoa assume para si que é incapaz de resolver a situação. Por conseguinte, reconhece no outro competência técnica e científica para resolver o seu problema (Cainé, 2004).

Tal como também sugerem os resultados de Proença e Dell (2011), as pessoas percebem e reconhecem a dedicação, a intervenção contínua e de forma integral e a humanização do cuidado prestado pela equipa. Da mesma forma, a presença constante de profissionais de saúde, a sua proximidade com a pessoa, a segurança, o conhecimento técnico e científico, a paciência e o respeito, são atitudes facilitadoras da interação com a pessoa, e esta desenvolve maior segurança e tranquilidade perante o que a rodeia.

A queixa de falta de informação por parte dos participantes parece reportar-se sobretudo ao período crítico, ainda na urgência, quando ainda aguardavam pela realização do tratamento. Numa perspetiva mais física de limitação, a experiência de ter que estar deitado numa cama, também não foi positiva, tendo sido por vezes associada ao real estado de gravidade da sua situação. Outra situação vivenciada por alguns e que foi percebida como uma limitação durante o internamento na UCIC, agora de ordem relacional, foi o facto de as visitas serem restritas. A não possibilidade de poderem ter a família próxima de si durante mais tempo foi motivo de sofrimento, pela solidão que se adensava. Contudo, houve um participante que demonstrou ter compreendido o motivo dessa restrição, ou seja, descreveu que as visitas,

por vezes, não contribuem para o bem-estar e recuperação da pessoa. Mesmo confiando nos profissionais, a admissão no hospital é vivida com enorme tensão emocional e sentimento de solidão, mesmo quando são acompanhados por algum familiar (Gutiérrez *et al.*, 2006).

Ainda no contexto da hospitalização os participantes realçam a forma como foram cuidados pelos profissionais de saúde, salientando características como a rapidez na atuação, a competência e o sentimento de segurança transmitido. Durante o internamento, os participantes sentiram uma permanente vigilância e diálogo/comunicação por parte dos profissionais, sobretudo dos enfermeiros, também comprovaram as qualidades quer profissionais quer humanas de todos os grupos profissionais, sendo que nas qualidades humanas ressaltaram a amabilidade e o carinho. Por último, valorizaram o trabalho global destes profissionais, que testemunharam ser muito e intenso. Relativamente ao sentimento de segurança, que parte dos entrevistados relataram ter sentido devido ao acompanhamento contínuo por parte dos profissionais, este acompanhamento permanente foi facilmente percebido pelos entrevistados, sobretudo pela forma como eram abordados pelos profissionais que demonstravam ser efetivamente confiáveis.

Não obstante as experiências positivas de internamento, muitas pessoas vêm-se confrontadas com altas cada vez mais precoces. Constatada a prematuridade de algumas delas, as pessoas recuperam parte da sua doença em casa, por vezes requerendo o apoio de um prestador de cuidados ou o envolvimento de algum recurso da comunidade.

Os conhecimentos que a pessoa dispõe podem ser reveladores de preparação, traduzindo-se numa melhor capacitação para a tomada de decisão (Oguz e Enç, 2008). Contudo, a apropriação do conhecimento prende-se com

as capacidades e necessidades particulares de cada pessoa. Por conseguinte, em muitas situações a informação transmitida não se transforma em conhecimento que garanta uma atuação eficaz (Mendes, Bastos & Paiva, 2010).

Perante esta situação, os enfermeiros têm um papel fundamental no ensino e na preparação da pessoa e/ou prestador de cuidados, sendo o suporte às respostas humanas face à doença e aos processos de vida (Ramos, 2015). Quando a pessoa se consciencializa acerca da sua doença e das implicações que a mesma pode ter na sua vida diária, manifestam-se sentimentos como o medo, a ansiedade, a preocupação e a insegurança. Relativamente à preparação do regresso a casa este foi outro dos aspetos essenciais para os participantes e que se centra na importância da preparação do mesmo após o EAM. Denota-se que nem todos os participantes perceberam da mesma forma a informação transmitida. Alguns entrevistados demonstraram não ter sido informados sobre aspetos relacionados com a sua situação de saúde, desde que foram admitidos na urgência hospitalar. Alguns demonstraram não terem sido informados sobre o procedimento do cateterismo, outros não souberam desde logo que o motivo do internamento era o facto de terem sofrido um EAM. Alguns participantes demonstraram também algum desconhecimento sobre a evolução da situação durante o internamento, assim como sobre outros aspetos relacionados com a alta, como por exemplo a marcação da primeira consulta após a alta. A preparação do regresso a casa é onde a falta de informação é mais crítica e alguns referem não ter tido informação nenhuma. Consegue depreender-se que alguns participantes demonstraram que gostavam de ter recebido mais informações sem terem a iniciativa de colocar questões, daí terem dado a entender que a informação tinha sido escassa. Contudo, a informação que os participantes obtiveram dos profissionais de saúde foi sempre bem-vinda e útil, quer sob a forma de educação

para a saúde por via oral ou escrita, esta última sob a forma de pequenos livros com ensinamentos mais pormenorizados. A hospitalização consequente a doenças cardiovasculares reveste-se de uma forte carga emocional sobre a estrutura psicológica da pessoa, que procura informações sobre a sua patologia, e requer sistematicamente cuidados dos profissionais de saúde para enfrentar o medo do desconhecido e afastar a ideia da gravidade do problema (Lourenci & Andrade, 2006).

O regresso a casa após a hospitalização, foi referido pelos participantes como sendo de transição para a nova situação de saúde com modificação de fatores de risco e com alterações nas relações pessoais resultantes deste processo de transição saúde-doença. Depois do EAM há evidência de alterações de alguns hábitos de vida, de fatores de risco e adoção de um estilo de vida saudável com adesão ao regime terapêutico. Neste processo de transição os participantes notaram principalmente a diminuição da capacidade física e o medo com que vivem de que o problema volte a recidivar.

Diferente do desejo de morrer por sentirem uma dor insuportável, é o conjunto de sentimentos contraditórios relacionados com a morte, que vivenciaram mais tarde, depois da alta. Ou seja, se por um lado o receio de virem a morrer por terem sofrido um EAM está bem presente, caracterizado por sentirem ansiedade e pelo medo contínuo do desconhecido e do futuro, por outro lado, alguns participantes não têm problema algum em dizer que por vezes sentem que a única alegria de viver reside no facto de pensarem na família, sobretudo nos mais novos. Alguns participantes consideram que depois de terem passado pela experiência do EAM, reaprenderam a viver ou a valorizar a vida, com um olhar mais otimista em relação ao futuro. Pela forma súbita como se manifesta, o EAM tem um elevado impacto emocional, perturbando a pessoa e forçando-a a conviver com situações geradoras de medo, insegurança e ansiedade (Sousa & Oliveira, 2005). Por último, e na maior parte dos casos felizes com o

facto de o problema de saúde ter sido resolvido, os participantes iniciam uma reflexão sobre toda a experiência e sobre a forma como essa experiência marcará as suas vidas.

Por conseguinte, o plano de intervenção do enfermeiro deve contemplar sempre quer a pessoa doente quer a família, sendo que esta ação conjunta é fundamental nos períodos após a hospitalização em que a necessidade de estabilização física e emocional é fundamental, no sentido de evitar uma futura hospitalização (Mendes, Bastos & Paiva, 2010). Santos e Araújo (2003) realçam que a vivência de um EAM fornece uma oportunidade para as pessoas repensarem os seus objetivos de vida e suas prioridades e escolhas, pois percebem a necessidade de viver de forma mais consciente e deliberada.

No que diz respeito às alterações que ocorrem no processo familiar, Freitas e Oliveira (2006) sublinham que tanto o homem como a mulher têm responsabilidade na família nuclear pelo que, tanto a doença como a incerteza do que ocorrerá a dificuldade para assumir atos de responsabilidade e para conduzir a família. Espera-se que os enfermeiros, através da sua ação profissional, capacitem a pessoa para a tomada de decisão, para o autocuidado, refletindo-se essa capacitação na autoconfiança e na autorrealização (Mendes, Bastos & Paiva, 2010). Apreciando globalmente os resultados deste estudo podemos encontrar paralelismo com os resultados do estudo de Ferreira (2010), que analisou a qualidade dos cuidados de saúde à pessoas com doenças cardiovascular e particularmente a influência do exercício da profissão de enfermagem. Também neste estudo, quer doentes quer enfermeiros dão grande importância às competências relacionais e humanas.

CONCLUSÃO

Na atualidade o EAM é um grave problema de saúde pública, diretamente relacionado com os estilos de vida do

mundo atual. Para o doente é uma situação grave, em que se experienciam sentimentos de medo, incertezas e angústias, exacerbados com a necessidade de internamento numa UCIC. Porém, é fundamental que a nossa atuação ajude o doente a enfrentar o seu estado de saúde e a adotar hábitos de vida saudáveis.

Acredita-se que o conhecimento, descrição e compreensão das vivências destes participantes contribui para a otimização dos cuidados prestados às pessoas em situação semelhante, familiares ou outros significativos. Todos os participantes vivenciaram o EAM, mas teria sido também interessante analisar as vivências dos familiares ou cuidadores informais.

Assim, diferentes abordagens ao problema devem ser realizadas para melhor compreender o processo estudado e para encontrar formas de melhorar a prestação de cuidados. Seria interessante também perceber qual a relação da pessoa e família com os profissionais de cuidados de saúde primários, nomeadamente com os enfermeiros no sentido de perceber se existe continuidade de cuidados. Apoiar a pessoa na adaptação ao novo estado de saúde, acompanhando a alterações dos hábitos de risco, proporcionando-lhe suporte educacional e emocional aquando na necessidade de reajuste das atividades profissionais ou de vida diária, bem como abordar a questão do medo das recidivas. Em estudos futuros seria interessante realizar avaliações quantitativas, nomeadamente com escalas que avaliem a ansiedade perante a morte destas pessoas ou que avaliem a evolução em termos de dependência nas atividades de vida diária. Coloca-se ainda a questão sobre que apoios irão ter estas pessoas em termos de reabilitação funcional, outra área fundamental de cuidado prestado pelos enfermeiros. Os programas de reabilitação cardíaca são um contributo importante para estas pessoas mas que ainda não estão, infelizmente, implementados como deveriam no nosso país. Este pode ser um dos focos de atenção de futuros trabalhos de investigação.

Resta lembrar que o papel do enfermeiro na humanização do cuidado é de suma importância e esperando-se que este estudo tenha contribuído para uma reflexão sobre o tema e como estímulo para o desenvolvimento de novas pesquisas que aprofundem o conhecimento neste âmbito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bull, M., Hansen, H. & Gross, C. (2000). Predictors of elder and family caregiver satisfaction with discharge planning. *Journal Cardiovascular Nursing*, 14 (3), 76- 87.
- Cainé, J. (2004). *A família como unidade de suporte em pessoas com enfarte agudo do miocárdio: uma análise do seu envolvimento durante o processo de cuidados*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto: Porto. Retirado de http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/9748/7/5322_TM_01_P.pdf.
- Cintra, E. A., Nishide, V. M., & Nunes, W. A. (2001). *Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Cruz, M. M. A. (2013). *Preparação da Alta Hospitalar da Pessoa com Enfarte Agudo do Miocárdio*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Ferreira, P. A. (2010). *Enfermagem em Cardiologia: Contributos Sociopsicológicos e Profissionais para a Melhoria dos Cuidados*. (Tese de Doutoramento). Universidade da Extremadura, Badajoz.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Freitas, M., & Oliveira, M. (2006). Assistência de enfermagem a idosos que realizam cateterismo cardíaco: uma proposta a partir do Modelo de Adaptação de Calista Roy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 642-646. Retirado de
- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000500009.
- Fundação Portuguesa de Cardiologia (FPC) (2011). *Aspetos preventivos das doenças cardiovasculares*. Retirado de http://cardiologia.brower.pt/PrimeiraPagina.aspx?ID_Content=54.
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia*. Lisboa: Fim de Século.
- Grimmer, K., et al. (2006). Incorporating patient concerns into discharge plan: evaluation of a patient-generated checklist. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice* 4(2), 7.
- Gutiérrez, J., Segura, R., Padilla, J., & Fernández, C. (2006). El padecimiento de los enfermos con Síndrome Coronario Agudo. *Index de Enfermería*, 15(52), 20-24. Retirado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100005.
- Lourenci, R., & Andrade, M. (2006). Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente submetido ao cateterismo cardíaco: análise da produção científica. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5(3). Retirado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=23880&indexSearch=ID>.
- Machado, F. (2008). A família: uma perspectiva sociológica. *Hospitalidade*, 72(282), 39-43.
- Matte, R. (2014). Repouso de três horas no leito após cateterismo cardíaco diagnóstico com introdutor 6 french não aumenta complicações decorrentes da punção arterial: ensaio clínico randomizado. (Dissertação de Pós-Graduação). Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Retirado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/97618>.
- McIntyre, T., Fernandes, A., & Soares, V. (2006). Intervenção Psicológica na Reabilitação Pós- Enfarte do

- Miocárdio: Um Esforço Interdisciplinar. *Psic., Saúde & Doenças*, 1(1), 53-60. Retirado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/362/36210105.pdf>.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: Emerging middle – range theory transitions. In A. Meleis (Ed.), *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. (pp. 52-64). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Mendes, A., Bastos, F., & Paiva, A. (2010). A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Fatores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 7-16.
- Mussi, F. (2004). O infarto e a rutura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(5), 751-759. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-11692004000500008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
- Oguz, S., & Enç, N. (2008). Symptoms and strategies in heart failure in Turkey. *Journal Compilation - International Council of Nurses*, 55(4), 462-467. Retirado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2008.00661.x/abstract;jsessionid=1E6F39528941879C83B44E69C1702522.f03t03?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=>.
- Organização Mundial de Saúde (2015). Cardiovascular diseases (CVDs). *Fact sheet*, 317. Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
- Pereira, F. M. P. (2000). *Significação das Vivências do Doente Confrontado com o seu Enfarte Agudo do Miocárdio*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Pornratanarangi, S. et al. (2010). The effectiveness of "Siriraj Leg Lock" brace on back pain after percutaneous coronary intervention: PCI. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 93(Suppl 1), 35-42. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20364555>.
- Proença, M., & Dell, C. A. (2011). Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2), 279-286. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000200010&script=sci_arttext.
- Ramos, S. (2015). *A influência do planeamento da alta hospitalar no número de dias de internamento do doente*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Retirado de <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/6631>.
- Sampaio, E., Mendes, A., Guimarães, A., & Mussi, F. (2012). Percepção de clientes com infarto do miocárdio sobre os sintomas e a decisão de procurar atendimento. *Ciência, Cuidados e Saúde*, 11(4), 687-696. Retirado de http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17591/pdf_1.
- Santos, F. L., & Araújo, T. L. (2003). Vivendo infarto: os significados da doença segundo a perspectiva do paciente. *Rev Latino-am Enfermagem*, 11(6), 742-8. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n6/v11n6a07.pdf>.
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Thean's enfermagem de cuidados intensivos: Diagnóstico e intervenção*. (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

OBSTÁCULOS NO ACESSO À SAÚDE PELOS IMIGRANTES: ANÁLISE DE GÉNERO

Obstacles on access to health by immigrants: Gender Analysis

Obstáculo en el acceso a la salud por los inmigrantes: Análisis de Género

Dalila Brito*, Maria Belkis**, Idalina Vilela***, Noémia Vilela****, Ana Brito*****

RESUMO

Enquadramento: a presença de diferentes culturas pela enorme diversidade de imigrantes em Portugal provoca alterações no comportamento dos profissionais de saúde. **Objetivo:** conhecer os fatores que influenciam a procura dos cuidados de saúde segundo o género dos imigrantes ucranianos na região metropolitana do Porto. **Metodologia:** estudo exploratório-descritivo e correlacional com abordagem quantitativa e qualitativa. A informação foi recolhida por questionário e 11 entrevistas numa amostra de conveniência constituída por 212 imigrantes ucranianos. **Resultados:** evidência de dificuldades no acesso aos cuidados de saúde não se verificando diferenças significativas quanto ao género. Uma vez que as mulheres ucranianas procuram mais os cuidados, são elas que referem mais obstáculos no acesso à saúde (comunicação ineficaz, barreira linguística, barreira cultural, diferentes interpretações dos sintomas, desarticulação entre serviços, crenças, dificuldade na conjugação de horários, custos com os tratamentos, desconhecimento dos direitos como imigrante, situação de ilegalidade, receio de discriminação). **Conclusão:** barreiras culturais e linguísticas e desarticulação entre serviços influenciam negativamente a procura dos cuidados. As mulheres são as maiores utilizadoras dos serviços de saúde. Os serviços devem dispor de tradutores, mediadores culturais. Espera-se que os serviços e os profissionais de saúde desenvolvam planos dirigidos aos imigrantes. Sugere-se formação que aumente a competência cultural dos profissionais.

Palavras-chave: imigrantes; crenças; interculturalidade; enfermagem.

ABSTRAT

Background: the presence of different cultures by the huge diversity of immigrants in Portugal causes changes in the behavior of health professionals. **Objective:** to know the factors that influence the demand for healthcare according to the gender of the Ukrainian immigrants in the metropolitan area of Oporto. **Methodology:** exploratory-descriptive and correlational study with quantitative and qualitative approach. The information was collected by questionnaire and 11 interviews in a convenience sample of 212 Ukrainian immigrants. **Results:** evidence of difficulties in access to health care, with no significant gender differences. Since Ukrainian women seek more care, they refer to more obstacles in access to health (ineffective communication, language barrier, cultural barrier, different interpretations of symptoms, disarticulation between services, beliefs, difficulty in scheduling, treatment, ignorance of rights as an immigrant, illegality, fear of discrimination). **Conclusion:** cultural and linguistic barriers and disarticulation between services negatively influence the demand for care. Women are the largest users of health services. The services must have translators, cultural mediators. Health services and professionals are expected to develop plans for immigrants. It is suggested training that increases the cultural competence of professionals.

Keywords: immigrant; beliefs; interculturality; nursing.

RESUMEN

Marco contextual: la presencia de diferentes culturas por la enorme diversidad de los inmigrantes en Portugal provoca cambios en el comportamiento de los profesionales de la salud. **Objetivo:** conocer los factores que influyen la demanda de atención de salud según el género de los inmigrantes ucranianos en la región metropolitana de Oporto. **Metodología:** estudio exploratorio-descriptivo y correlacional con abordaje cuantitativo y cualitativo. La información fue recogida por cuestionario y 11 entrevistas en una muestra de conveniencia constituída por 212 inmigrantes ucranianos. **Resultados:** evidencia de dificultades en el acceso a la atención de salud no se observan diferencias significativas en cuanto al género. Una vez que las mujeres ucranianas buscan más atención, son las que se refieren a más obstáculos en el acceso a la salud (comunicación ineficaz, barrera lingüística, barrera cultural, diferentes interpretaciones de los síntomas, desarticulación entre servicios, creencias, dificultad en la conjugación de horarios, costes los tratamientos, desconocimiento de los derechos como inmigrante, situación de ilegalidad, recelo de discriminación). **Conclusión:** barreras culturales y lingüísticas y desarticulación entre servicios influyen negativamente la demanda de cuidados. Las mujeres son las mayores usuadoras de los servicios de salud. Los servicios deben disponer de traductores, mediadores culturales. Se espera que los servicios y los profesionales de la salud desarrollen planes dirigidos a los inmigrantes. Se sugiere formación que aumente la competencia cultural de los profesionales.

Palabras clave: inmigrantes; creencias; interculturalidade; enfermería.

*Enfermeira Chefe CHVNG; Doutoramento em Enfermagem; Especialidade em Enfermagem Avançada, UCP-CIIS; Membro Integrado IJP e Investigadora na IP - Portucalense. dalilacbrito@gmail.com

**Doutorada em Psicologia; Especialista em empreendedorismo ASI - Associação de Solidariedade Internacional e Universidade Portucalense do Porto

***Mestre Saúde Pública; Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

****Mestre e Investigadora IJP - Portucalense Institute for Legal Research, Portugal; University of Maribor, Faculty of Law, Slovenia;

*****Licenciada em Enfermagem pela ESSNorteCVP

Como Referenciar:

Brito, D., Belkis M., Vilela, I., Vilela, N. & Vilela Brito A. (2018). Obstáculos no acesso à saúde pelos imigrantes: Análise de género. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(1), 67-73

Recebido para publicação em: 03/11/2017
Aceite para publicação em: 14/05/2018

INTRODUÇÃO

A procura de cuidados de saúde, pelos imigrantes de diferentes culturas, em Portugal resulta num *deficit* de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde. Só é possível melhorar a capacidade de prestar cuidados culturalmente congruentes se os profissionais conhecerem as necessidades em saúde das pessoas de diferentes culturas (González, 2003; Marco, Ibort, & Edo, 2003; Brach & Fraserirector, 2000). Conhecer os fatores que influenciam a procura dos cuidados de saúde segundo o género dos imigrantes ucranianos na região metropolitana do Porto é uma prioridade.

Este processo deve-se basear na aprendizagem partilhada que permita conhecer as crenças, os valores e as expetativas dos utentes que possibilite efetuar um plano de intervenção capaz de responder a essa realidade, nomeadamente no acesso aos serviços, educação e vigilância de saúde (Crespo, Maio, Martínez, & Antón, 2004).

ENQUADRAMENTO

Para se tornar culturalmente competente, um sistema precisa de valorizar a diversidade, ter a capacidade cultural de autoavaliação, estar consciente das dinâmicas na interação das culturas, institucionalizar o conhecimento cultural. O desenvolvimento desta competência é um processo lento, exigindo que os enfermeiros mudem o seu modo de pensar e de atuar (Preciado, 2003; Juárez, 2003)

Os imigrantes ucranianos em Portugal apresentam características que os distinguem dos outros imigrantes e da população portuguesa. De acordo com a *legis arte*, os imigrantes ucranianos possuem em média, habilitações académicas superiores à população portuguesa, demonstrando atitude dúbia face aos cuidados de saúde que oferecemos (Polit & Beck, 2011; Fonseca & Silva, 2010; Purnell & Paulanka, 2010; Lyudmila, 2010).

Questionamo-nos se o género dos imigrantes ucranianos influencia a procura dos cuidados de saúde. Parece ser evidente para todos, que os cidadãos não têm as mesmas condições no acesso aos recursos da comunidade, como em particular, as famílias imigrantes e principalmente aqueles que não possuem documentos e que se encontram ilegais.

Principais necessidades de saúde dos imigrantes

Não existem estatísticas específicas e abrangentes das doenças prevalentes nos grupos minoritários, devido à limitada utilização dos recursos de saúde, ao receio dos ilegais, ao desconhecimento e falta de informação. A língua, os hábitos e as tradições constituem obstáculos entre o profissional de saúde e o utente e são os mais difíceis de transpor.

De acordo com Imperatori e Giraldes as patologias mais prevalentes nos imigrantes e que podem ser de alto risco são a tuberculose, a sida, o alcoolismo e os acidentes de trabalho. Estes referem que as condições de vida degradantes são responsáveis pela situação, pois estão presentes em pessoas pobres, mas estas também têm a ver com a origem dos cidadãos (Imperatori & Giraldes, 2005).

Correia de Campos lembrou que ao negligenciar a saúde dos imigrantes, o país de acolhimento pode ser afetado social, política e economicamente, mas também serão afetados os países de origem devido ao crescente retorno temporário. A proteção da saúde de todas as pessoas é sinal distintivo de um estado civilizacional superior, por isso, todos os imigrantes têm o direito à saúde, mas também o dever de proteção da sua saúde (Correia de Campos, 2007).

Existem limitações na informação disponível e lacunas do conhecimento sobre a saúde dos imigrantes, pelo que é recomendável uma maior vigilância epidemiológica das populações imigrantes.

METODOLOGIA

Desenvolvemos um estudo exploratório, descritivo e correlacional recorrendo a um questionário estruturado e à entrevista semiestruturada (Denzin & Lincoln, 2011). Os dados foram colhidos no período de 2009 a 2014 para se verificar se a procura de cuidados varia segundo o género em imigrantes ucranianos residentes na área Metropolitana do Porto e estes foram codificados de forma a garantir o anonimato e a confidencialidade de acordo com as recomendações éticas e legais da declaração de Helsínquia. O questionário foi construído e validado com o apoio de um pastor ucraniano com competências linguísticas portuguesas. A entrevista gravada, com consentimento assinado, incluiu os doze domínios da Cultura do modelo de Purnell, foram selecionados os comportamentos de alto risco e práticas de cuidados de saúde (Purnell & Paulanka, 2010). Os dados quantitativos foram tratados com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20 e os qualitativos segundo a técnica de Bardin (2010).

RESULTADOS

A amostra de conveniência constituída por 212 indivíduos imigrantes ucranianos, 20% da população em estudo, 113 (53%) do género feminino e 99 (47%) do género masculino, recrutados na associação dos imigrantes ucranianos e em duas igrejas na região e em bola de neve para conseguir a acessibilidade à entrevista. Dos onze indivíduos que se disponibilizaram para efetuar a entrevista sete são do género feminino e quatro do género masculino. A média de idades e a moda é de 39 anos, 46% situa-se no grupo etário dos 30-39 anos, predominando o género feminino (53%). Estão legalizados em Portugal 94% dos inquiridos, sendo 48% do género masculino e 52% do feminino, 3% não estão legalizados e 3% não respondeu.

A maioria dos imigrantes 89% (188) tem acesso à informação sobre os seus direitos em saúde, sendo que a percentagem de mulheres é superior à dos homens 93% (104).

A maioria dos inquiridos (99%) tem conhecimento da existência do Centro Saúde, destes 68% (144) recorreu aos serviços, 53% são do género feminino.

Referem o apoio de associações 71% (150) dos inquiridos, sendo 40% mulheres versus 31% homens; recorrem aos amigos 45% (73), 33% são mulheres e 12% homens; recorrem à família 27% (57), 17% são mulheres e 10% homens; recorrem aos vizinhos 20% (41), 13% mulheres e 7% homens; recorrem aos técnicos de saúde 7% (15), 5% mulheres e 2% homens; recorrem aos patrões 2 indivíduos, um de cada género.

Dos 105 (50%) imigrantes que recorreram ao médico, 30% são do género feminino e 20% do masculino, 33% (69) recorreram só a terapias complementares, 15% feminino versus 18% masculino. Ao enfermeiro e ao médico, em simultâneo, recorreram 4% (9) dos inquiridos, 3% feminino versus 1% masculino apenas ao enfermeiro recorrem 4% (8) sendo de destacar que 3% (6) não recorre a ninguém quando estão doentes. É de realçar que 96% dos inquiridos não mencionam problemas de saúde.

Para ambos os géneros as patologias mais referidas foram: a diabetes, ansiedade, hipertensão arterial, cirurgia à coluna e problemas de saúde com os filhos.

Referiram recusa de cuidados de saúde (médicos e enfermeiros) 13% (28) dos imigrantes, sendo, 10% (21) recusa médica e 3% (7) de enfermeiros. De realçar que 53% (113) não respondeu. Automedicam-se 37% (78) da amostra sendo 19% (40) do género masculino e 18% (38) feminino.

No que se refere à relação entre o género e o recurso aos serviços de saúde, dos 197 imigrantes ucranianos que responderam a esta questão 61% (121) não recorrem ao SNS. Dos 39% (76) que recorrem ao sistema nacional de saúde (SNS), 25% (50) são do género feminino. Observamos que a proporção de mulheres ucranianas que recorre aos serviços de saúde em Portugal é estatisticamente significativa relativamente aos homens ($\chi^2=4,970$; $p < 0,05$).

No que concerne à adesão ao programa de planeamento familiar, constatamos que dos 212 imigrantes, 135 não aderem ao programa e que destes 74 são do género feminino e destas 35 (20%) estão em período fértil (dos 20 aos 49 anos). Ao cruzarmos a variável “género” com a variável “adesão ao programa de planeamento familiar” verificamos que 83% dos que aderiram ao planeamento familiar são do género feminino. Estes dados confirmam que neste grupo específico a responsabilidade de decidir o método de controlo da gravidez compete à mulher. A proporção das mulheres que adere ao programa de planeamento familiar (20%) é estatisticamente significativa em relação à dos homens (4%) ($\chi^2=39,997$ $p=0,001$).

Dos 212 inquiridos, 74% (157) referem existir obstáculos no acesso aos cuidados de saúde no país de acolhimento: 83% (131) mencionam a barreira linguística, 34% do género feminino e 14% do masculino; 39% (62) os horários desfasados, valores idênticos no género; 31% (48), os tratamentos caros, 10% feminino e 4% masculino; 20% (31) ambos os géneros desconhecem os seus direitos, não sabem onde se dirigir; 13% (20) referem barreira cultural, crenças não respeitadas; 5% (7) problemas administrativos e 3% (4) medo da discriminação. Quando controladas estatisticamente as diferenças entre os géneros não são significativas quanto aos obstáculos no acesso aos cuidados.

DISCUSSÃO

Na presença da doença, a perceção do indivíduo pode estar distorcida por estados emocionais, como o medo, o stresse e a dor. Esta situação é ainda mais instável quando se trata de imigrantes e, principalmente, se a sua situação não estiver regularizada e ou se forem indocumentados.

Os imigrantes ucranianos só recorrem aos cuidados de saúde quando as suas práticas populares e tradicionais são ineficazes. Recorrem às medicinas alternativas 33% (69) dos inquiridos e 45% (5) dos entrevistados. Constatamos que 49% (104) dos imigrantes da amostra recorrem simultaneamente à medicina tradicional e a outros cuidados de saúde; não se encontraram diferenças quanto ao género.

Apuramos que 45% (5) dos entrevistados e 37% (78) dos inquiridos recorrem à automedicação e ao uso de produtos naturais, como chás e outros; destes 19% são género masculino e 27% do género feminino.

Há autores que referem que o recurso a práticas informais, como a automedicação, receitas caseiras, a procura em farmácia sem prescrição, massagem e outras práticas se devem a limitações económicas, educativas, legais e pela dificuldade na acessibilidade aos serviços de saúde formais (Fonseca & Silva, 2010; Sousa J.E., 2006) De salientar que esta prática é culturalmente aceite no país de origem e que pode não ter a ver com *deficit* de conhecimentos ou limitações de outro tipo.

A “barreira linguística” referida no domínio questões laborais abrange a totalidade dos entrevistados (n=11). Três deles referem não procurar o médico de família, sendo a ilegalidade uma das razões evocadas para não procurarem cuidados de saúde formais. A proporção de mulheres que frequenta a consulta de Planeamento familiar é superior à dos homens ucranianos, sendo que essa realidade parece ser semelhante à realidade portuguesa.

Em Portugal não existem indicadores sobre a procura do planeamento familiar pelo género masculino apesar de a legislação (Dec. lei nº 120 de 8 de junho, 1999) possibilitar o acesso à consulta nos centros de saúde ou estabelecimentos hospitalares mesmo fora da área de residência. Os comportamentos do grupo em estudo e do autóctone parecem ser semelhantes, sendo que a procura pelo género feminino é duas vezes superior à do que o género masculino (Reis, Ramiro, Gaspar de Matos, & Dinis, 2013).

A desconfiança nos preservativos, referida por 27% dos entrevistados é um dos comportamentos de risco na transmissão de infeções sexuais, as mulheres são o grupo mais exposto, nomeadamente à infeção por HIV/SIDA, pelo recurso à prostituição (Fernandes, Padilla, Carballo, & Miguel, 2012).

Quando necessitam de cuidados de saúde, 45% dos imigrantes ucranianos entrevistados recorrem ao serviço de urgência porque consideram que os profissionais têm maior competência, 36% referem ser sempre atendidos, apesar do tempo de espera; 39% justificam essa prática pela desadequação dos horários praticados nos Centros de Saúde desfasados em relação aos horários laborais.

Em relação aos "Obstáculos à procura dos cuidados de saúde" – emerge a categoria, "crenças e comportamentos na procura de cuidados de saúde": 61% (121) dos inquiridos não recorrem ao Sistema Nacional de Saúde Português sendo (49,6%) 60 mulheres e (50,4%) 61 homens. Quanto à procura de cuidados nos Centros de Saúde 45% dos entrevistados, 36% mulheres e 9% homens mencionam como obstáculo a demora na marcação da consulta e 21%, 18% mulheres e 3% homens referem falta de médicos de família; 89% têm uma opinião negativa, 73% mulheres e 16% homens. Os entrevistados referem falta de confiança nos profissionais de saúde,

nomeadamente no médico e nos cuidados prestados, por considerarem que os centros de saúde não têm retaguarda.

Não se encontraram diferenças significativas quanto ao género relativamente aos obstáculos no acesso à saúde resultantes de dificuldades de legalização, falta de recursos económicos, barreira linguística, desconhecimento da cultura do país de acolhimento, crenças de saúde (Mendes, 2011; Sousa, 2011; Backstrom, 2009; Fennely, 2004).

CONCLUSÃO

A procura de cuidados varia segundo o género em imigrantes ucranianos residentes na área Metropolitana do Porto, sendo que as mulheres recorrem mais aos serviços pelo que são estas que referem mais obstáculos no acesso à saúde.

Os imigrantes ucranianos recorrem aos cuidados de saúde quando as suas práticas populares e tradicionais são ineficazes (automedicação e uso de produtos naturais). Mais de metade dos inquiridos não recorre ao Sistema Nacional de Saúde Português. Principalmente o género feminino menciona como obstáculo à procura de cuidados no centro de saúde, o tempo elevado de espera por uma consulta, referem falta de médicos de família, têm uma opinião negativa em relação aos centros de saúde, aos profissionais e aos cuidados prestados e preferem recorrer aos serviços de urgência dos hospitais porque consideram que esses profissionais têm maior competência e porque são sempre atendidos, apesar do tempo de espera. O género feminino, em período fértil, recorre pouco ao programa de planeamento familiar. A responsabilidade de decidir o método de controlo de natalidade compete à mulher. Não utilizam o preservativo pelo que constituem um grupo com uma maior vulnerabilidade no que respeita a infeções sexualmente transmissíveis.

A acessibilidade é comprometida pelas crenças de saúde e pelos costumes culturais que possuem do país de origem.

Os resultados referem-se a um grupo específico de imigrantes e retratam uma realidade que não permite generalizações. Seria interessante cruzar estes resultados com as perceções e dificuldades dos profissionais de saúde na prestação de cuidados culturalmente congruentes a diferentes grupos étnicos e minoritários.

São necessários mais estudos que permitam identificar a realidade dos grupos em situação não regularizada, no que se refere a comportamentos de saúde e autocuidado. Propomos a realização de estudos longitudinais com abordagens transculturais que possibilitem a comparação com as realidades de outros países, nomeadamente estudos etnográficos, que permitam aumentar e melhorar as competências culturais da enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Backstrom, B. (2009). *Sáude e Imigrante: As representações e as práticas sobre a saúde e a doença na Comunidade Cabo-Verdiana*. (1ª ed.). Lisboa: ACIDI.
- Bardin, L. (2010). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Brach, C., & Fraserirector, I. (2000). Can Cultural Competency Reduce Racial and Ethnic Health Disparities? *Medical Care Research and Review*, 1, 181-217.
- CCHS. (1997). Health Care for Children of Immigrant Families”, *Pediatrics*, 100. 153-156.
- Crespo, M. L., Maio, R. G., Martínez, I. C., & Antón, M. D. (2004). Competencia cultural y cuidados. Análisis conceptual y revisión bibliografica. *Evidentia (sept-dic)*, 1(3).
- Dec. lei nº 120 de 8 de junho. (1999). *Diário da República nº186. I Série*. Lisboa: Ministério de Saúde.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2011). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. (4ª ed.). Califórnia: Hardcover.
- Fennely, K. (2004). *Listening to the Experts: Provider Recommendations on the Health Needs of Immigrants and Refugees*. Sweden: Malmo University.
- Fernandes, A., Padilla, B., Carballo, M., & Miguel, J. P. (2012). *The road ahead: conclusions and recommendations*. Lisboa: Challenges for health in the age of migration. Portuguese Presidency Conference on Migration and Health.
- Fonseca, M., & Silva, S. (2010). *Lisboa: Saude e Imigração: Utentes e Serviços na área de influencia do Centro de Saúde da Graç*. Estudos OI.
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusodidata.
- González, J. S. (2003). Antropología y Enfermería. La necesaria simbiosis entre dos disciplinas para vertebrar culturalmente la teoría y la praxis de los cuidados. *Index Enferm*, Año XII(43), 28-32.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (2005). *Metodologia do Planeamento da saúde*. (3ªed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Publica.
- Juárez, R. M. (2003). Enfermería transcultural. *Index Enferm*, Año XII(43), 85-86.
- Lopes, L. (2007). *Gravidez e Seropositividade em mulheres imigrantes na região*. (1ª ed.). Lisboa: ACIDI.
- Lyudmila, B. (2010). *Seminario de Boas Práticas- Saudar, Género e Imigração*. Coimbra: Saudar-Graal.
- Marco, M. I., Ibort, M. N., & Edo, M. J. (2003). Formación en relación del personal de enfermería. Responde a una enfermería transcultural?. *Index Enferm*, Año XII(43), 88.
- Mendes, M. (2011). *Representações e estereótipos dos imigrantes*. Lisboa.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (7ª Ed. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Polit, D., & Beck, C. (2011). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9ª ed.). Philadelphia: PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Preciado, M. M. (2003). Inmigración hoy. El reto de los cuidados transculturales. *Index Enferm.* Año XII(42), 29-33.
- Purnell, L., & Paulanka, B. (2010). *Cuidados de Saúde Transculturais Uma Abordagem Culturalmente Competente*. (3ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Reis, M., Ramiro, L., Gaspar de Matos, M., & Dinis, J. (2013). Os comportamentos sexuais dos universitários portugueses de ambos os sexos de 2010. *Revista Portuguesa de saúde pública*. 30(2).
- Sousa, J. (2006). *Os imigrantes Ucrânicos em Portugal e os cuidados de saúde*. Lisboa: ACIME.
- Sousa, J. E. (2011). *Imigrantes ucranianos em Portugal-Satisfação das necessidades de imigração à adaptação de comportamentos saudáveis*. Lisboa: Universidade Aberta.

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

APOIO A GRUPOS DE RISCO NA ÁREA METROPOLITANA DO PORTO

Support to Risk groups in the Porto Metropolitan area

Apoyo a grupos de Riesgo en la región metropolitana del Porto

Idalina Vilela^{*}, Dalila Brito^{**}, Noémia Vilela^{***}, Ana Brito^{****}

RESUMO

Enquadramento: o diagnóstico de necessidades das crianças e jovens é necessária para identificação de situações de marginalização/exclusão social; fracasso, retenção/abandono escolar resultante da falta/descoordenação dos recursos. Há evidência da necessidade de profissionais e estruturas de apoio para todas as fases de desenvolvimento das crianças e jovens. **Objetivo:** identificar os recursos da comunidade disponíveis para apoio às crianças e jovens em risco até aos 18 anos, residentes na área Metropolitana do Porto. **Metodologia:** estudo descritivo, transversal, quantitativo. A amostra é de conveniência. Os dados foram colhidos através de entrevistas estruturadas e questionários dirigidos a profissionais (28 entrevistas e 324 questionários); e 1221 questionários às famílias residentes. **Resultados:** a situação da infância no conjunto das freguesias é considerada muito grave/ grave por 74% dos profissionais e das famílias. Faltam redes de trabalho comunitário (18%); faltam recursos e programas direcionados a grupos com necessidades especiais (13%); falta coordenação (11%); falta formação específica dos profissionais (11%) e faltam protocolos e modelos integrados (6%). **Conclusão:** convergência de opiniões dos profissionais e das famílias, que consideram a situação das crianças como muito grave/grave, recursos escassos e descoordenados entre si, e que o principal apoio é das instituições e das famílias.

Palavras-chave: crianças; família; risco; enfermagem.

^{*}Doutoranda UCP; Mestre em Saúde Pública; Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

^{**}Enfermeira Chefe CHVNG; doutoramento em Enfermagem; Especialidade em Enfermagem Avançada, UCP-CIIS; Investigador IP- Portucalense. email: dalilacbrito@gmail.com

^{***}Mestre e Investigadora IJP - Portucalense Institute for Legal Research, Portugal; University of Maribor, Faculty of Law, Slovenia;

^{****}Licenciada em Enfermagem (ESSNorteCVP).

ABSTRACT

Background: the diagnosis of children's needs is a necessary condition to identify social exclusion, school failure, and school retention/drop out resulting from the lack/mismatch of resources. There is a clear demand for professionals and support structures in every development stage of children and youths. **Objectives:** to identify the community resources available to support children and young people up to the age of 18 from Porto Metropolitan area. **Methodology:** descriptive, transversal, quantitative study. We performed 28 interviews and 324 questionnaires to professionals, 1221 questionnaires to families. **Results:** childhood condition in the study area was considered very serious/serious by 74% of professionals. Lack of community work networks (18%); lack of resources (12%); lack of coordination (11%); lack of professional specific formation (11%); and lack of protocols and integrated models (6%). **Conclusions:** the opinions of both professionals and families coincide in characterizing the condition of children to be very serious/serious, scarce and uncoordinated resources, the main support is provided by the institutions and families.

Keywords: children; families; risk; nursing.

RESUMEN

Marco contextual: identificar las necesidades de los niños y jóvenes en el área metropolitana de Porto con respecto a las estructuras de de apoyo. Marco de referencia: El diagnóstico de las necesidades de los niños y jóvenes es necesario para la identificación de situaciones de exclusión social, repetición de curso, fracaso escolar o abandono escolar temprano como consecuencia de la falta/descoordinación de los recursos. Hay evidencias de la necesidad de profesionales y estructuras de apoyo para todas las etapas del desarrollo de niños y jóvenes. **Objetivo:** identificar los recursos disponibles en la comunidad para apoyar a los niños y jóvenes de riesgo hasta los 18 años residentes en la región metropolitana del Porto. **Metodología:** estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. Llevadas a cabo 28 entrevistas y 324 cuestionarios a profesionales, 1221 cuestionarios a familias. **Resultados:** la situación de los niños en el área de estudio es considerada muy grave/grave por 74% de los profesionales. Falta de redes de trabajo comunitario (18%); falta de recursos y de programas dirigidos a grupos con necesidades especiales (13%); falta de recursos (12%); falta de coordinación (11%); falta de formación específica de los profesionales (11%) y falta de protocolos y modelos integrados (6%). Es importante que se garanticen estructuras de apoyo en todas las etapas del desarrollo, desde el nacimiento hasta la muerte. **Conclusiones:** la convergencia de opiniones de profesionales y familias es que la situación de los niños es muy grave/grave, los recursos son escasos y descoordenados entre sí, y el principal apoyo es el de las instituciones.

Palabras clave: niños; familias; riesgo; enfermería.

Como Referenciar:

Vilela, I., Brito, D., Vilela, N., & Brito, A. (2018). Apoio a grupos de risco na área metropolitana do porto. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(1), 75-85

Recebido para publicação em:18/11/2017
Aceite para publicação em: 02/05/2018

INTRODUÇÃO

Apoio a Grupo de Risco – Estudo de Diagnóstico de Intervenção na área Metropolitana do Porto fundamentou-se na necessidade de conhecer a realidade das freguesias de Bonfim - Porto, Canidelo – Vila Nova de Gaia, Caxinas – Vila Conde, em matéria de estruturas sociais de apoio a crianças e jovens em risco. Definimos como “Grupos de Risco” – grupos da população que, pelas suas características, possuem fragilidades decorrentes do grupo etário, de situações de doença e saúde, da situação social ou laboral. Considera-se que há risco quando se prevê que o ambiente familiar e social (exclusão ou isolamento social, alto nível de *stress*, dificuldades económicas, consumo de droga ou álcool, maternidade/paternidade na adolescência insucesso abandono escolar) possa afetar negativamente ou limitar, de forma significativa, as respostas das famílias para proporcionar o apoio adequado, provocando o aparecimento de situações de negligência.

ENQUADRAMENTO

No essencial todas as crianças seguem o mesmo padrão de desenvolvimento e maturação. A sua constituição hereditária, a sua cultura e as suas experiências fazem, de cada uma delas, um indivíduo distinto e único. As experiências que ocorrem nos anos mais precoces da vida de uma criança constituem fatores cruciais no seu desenvolvimento cognitivo e emocional. Os padrões da vida familiar e das condições sociais em casa podem acelerar ou retardar o processo de desenvolvimento. Aceita-se que a criança necessita tanto do pai como da mãe para um desenvolvimento harmonioso, a família parece exercer três funções principais em relação às crianças: proporcionar cuidados físicos; educar e treinar para adaptação à cultura e assumir a responsabilidade pelo bem-estar psicológico e emocional. Numa sociedade em evolução, as respostas aos novos problemas da família e da sociedade alteram os padrões tradicionais de apoio e

acompanhamento de crianças e de jovens (Gonzalez & Velarde, 2013).

As más condições de habitação constituem a razão da maior incidência de doença entre o grupo socialmente mais desprotegido, motiva uma restrição às brincadeiras das crianças por imposição dos vizinhos. Em muitos casos pode conduzir ao isolamento e depressão.

A prevalência de problemas é elevada em famílias monoparentais por óbito, divórcio, abandono de lar, ilegitimidade ou separação involuntária, como necessidades de trabalho, prisão e outros. Embora, em qualquer idade, a criança seja profundamente afetada pelo divórcio, é na idade pré-escolar que os problemas são mais vividos. Os adolescentes e as crianças em idade escolar lidam melhor com a situação (Camacho, León, & Silva, 2009).

Algumas facetas da relação emocional podem faltar em crianças com um só progenitor. Se estes pretendem acumular os papéis reservados aos dois, assumindo-se também como a única força laboral da família, podem surgir situações de privação económica. As crianças em idade pré-escolar acreditam ser a causa dos problemas dos seus pais e interpretam a separação como um castigo, e temem ser abandonados pelo progenitor que resta. Estas crianças apresentam comportamentos adversos típicos, temor e tristeza em relação à alteração verificada na família. Observam-se regressões e outros comportamentos como perda de controlo esfinteriano, aumento da necessidade em brinquedos e outros artigos de conforto. As crianças criadas em ambientes alegres e tranquilos apresentam menor tendência à evolução negativa, quando comparadas àquelas criadas em lares tumultuosos. As crianças dos 6-8 anos são imaturas no aspeto cognitivo e emocional para poderem destacar-se suficientemente e manterem-se à parte do conflito. Sentem intensa dor e solidão, a sua capacidade para aprender é afetada, manifestam-se incapazes de se concentrar no estudo e podem surgir queixas somáticas,

especialmente na idade escolar, e distúrbios emocionais nos adolescentes. Existe uma forte relação entre a doença, o baixo nível social e o insucesso escolar (Camacho, León & Silva, 2009).

O sentimento mais distinguível neste grupo é uma profunda consciência, expressando um desagrado intenso diretamente sobre a pessoa que eles julgam ser a responsável pela separação.

A adolescência traz uma capacidade mais alargada de destaque do conflito dos pais e de encontrar apoio no meio circundante. Um efeito adverso neste estadió consiste na confrontação dos jovens com a sexualidade dos adultos, com a presença de um novo companheiro de um dos pais, por vezes antes do eclodir da sua própria sexualidade (Raposo, *et al.*, 2011; Vélez, Wolchik, Tein & Sandler, 2011).

Por outro lado, uma família numerosa também está associada a uma maior incidência de depressão e a um maior controlo autoritário por parte da mãe. Nestes casos, os pais admitem um sentimento de impotência em relação à escolaridade dos filhos, enquanto as crianças mostram uma diminuição da curiosidade e um comportamento compulsivo e agressivo (Martins, 2010).

Um outro fator de risco em relação às famílias numerosas em habitação com saneamento básico inadequado é o perigo elevado de infeção.

Os cidadãos não têm o mesmo nível de acesso aos recursos da Comunidade, em particular as famílias carenciadas, monoparentais, desempregadas, minorias étnicas/raciais e com doenças crónicas. Num mercado de trabalho que incorpora cada vez mais mulheres, que exige flexibilidade e dedicação ao trabalho, que é frequentemente precário, ter filhos é muitas vezes tarefa adiada. E após essa fase é de recear que as crianças resultantes de ser acompanhadas de forma a obter sucesso no futuro mercado de trabalho.

Numa perspetiva de interesse coletivo futuro, importa considerar as necessidades especiais destas crianças uma vez que é conhecida a relação entre a qualidade do cuidado recebido pelas crianças e adolescentes e a sua produtividade futura (Preda & Voight, 2015).

As famílias mais desfavorecidas estão mal preparadas para investir com a qualidade necessária na educação das crianças e jovens, o que põe em risco as qualificações necessárias destes para o mercado de trabalho. O conhecimento dos recursos e das necessidades existentes, a articulação entre eles, poderá levar a soluções que visam garantir o acesso equitativo aos serviços, ao estabelecimento de protocolos, especialmente vocacionados para as áreas de saúde, da educação e outros serviços de bem-estar social. Estas ações deverão incluir os grupos mais vulneráveis e incidir prioritariamente na promoção de estilos de vida saudáveis, proteção em geral, educação, apoio às famílias e bem-estar social (Humpage, 2015; Carnoy, 1999) e constituem um vasto campo de intervenção para os enfermeiros. As profundas alterações verificadas exigem formação de consensos sociais alargados sobre os objetivos a atingir e sobre o processo de mudança a adotar. Os obstáculos são variados e entre eles constam, as pressões do “mercado”, as vicissitudes da democracia e o descrédito da classe política, os imperativos de gestão a curto prazo decorrente por exemplo da existência de eleições de 4 em 4 anos. Apesar de desejáveis, as mudanças não são fáceis. A contenção da despesa pública conflitua com a necessidade de conciliar crescimento económico e defesa do emprego. A magnitude do problema não se compadece com objetivos a curto prazo, as reformas no domínio das políticas sociais têm que ser profundas, consistentes (Hespanha & Portugal, 2000).

Quando a criança entra para a escola, o seu raio de relacionamentos alarga-se, passando a incluir uma variedade maior de amigos e uma nova visão de autoridade. Embora os pais continuem a exercer a principal influência sobre os filhos, o ambiente escolar e os professores produzem o impacto psicológico significativo sobre o desenvolvimento da criança. Apesar de legalmente previsto a possibilidade de ausência do trabalho para reuniões escolares e outras, as pressões dos locais de trabalho e a precariedade do emprego inibem o exercício destes direitos pelo receio de não renovação dos contratos. Por outro lado, o apoio escolar não cobre todas as necessidades identificadas. Assim sendo, deve haver um investimento na educação de crianças e adolescentes por serem um *stock* de capital humano e social do qual depende o bem-estar futuro da sociedade (Hespanha & Portugal, 2000).

Os professores têm um papel importantíssimo no despiste de situações de risco. É na escola que muitas vezes se fazem sentir os reflexos de um ambiente familiar complexo. O insucesso/abandono escolar é muitas vezes a consequência de famílias disfuncionais (Correia, 2003).

A missão da escola na atualidade é igualizar todos no sucesso educativo. Os problemas na escola constituem um fator de risco de consumo de droga. Diversos estudos mencionam a relação entre estes dois fatores e chegam a apontar uma elevada prevalência de consumo de droga nas crianças que não frequentam a escola e nas que possuem baixos níveis de escolaridade (Annie Casey Foundation (2014), A maior percentagem de insucessos escolares relaciona-se com baixos recursos económicos e estatuto social. Os pais de famílias economicamente débeis consideram que os filhos devem contribuir para o rendimento familiar e este fator tem sido frequentemente relatado como causa do abandono escolar. A demissão dos pais na educação dos filhos, é hoje uma das causas mais referidas do insucesso escolar (Correia, 2003).

O insucesso escolar dos adolescentes está relacionado com o desaparecimento dos valores tradicionais da “família” ou com a recorrente desmotivação e desinteresse dos jovens adolescentes. As famílias com maior capacidade económica fogem das instituições públicas, procurando refúgio em escolas privadas. Professores desencantados com a “diversidade” das aulas optam por abandonar a carreira ou criar defesas para gerir essa diversidade. Políticas educativas estão mais dirigidas a manter a ordem social do que a desenvolver medidas efetivas contra o insucesso escolar (Shonkoff, Levitt, Fisher & Gunna, 2016; Correia, 2003).

Quando se fala em crianças em risco, pensa-se nas situações extremas de agressões mas a negligência tem muitas traduções, inclui má alimentação, falta de cuidados de higiene e de saúde, abandono escolar e torturas psicológicas, desde a mais completa solidão até à convivência com situações que destroem, numa criança, qualquer ilusão de felicidade, como o alcoolismo, a toxicoddependência e a violência doméstica.

Hespanha e Portugal salienta que Portugal regista um dos mais elevados níveis de pobreza, associado a um sistema de proteção social insuficiente suportado por um modesto financiamento público (Hespanha & Portugal, 2000).

A Secretária de Estado da Inclusão Ana Antunes durante a apresentação do relatório (ISS-DDSP/UIJ, 2016), afirmou que no final de Outubro de 2015 viviam em instituições de acolhimento 8600 crianças e jovens. Aumentou 38%, no ano de 2014 o número dos que foram identificados como tendo problemas de comportamento, de saúde mental, de debilidade mental, de consumo de substâncias ou de algum tipo de deficiência física ou mental. No ano anterior já ocorrera um aumento de 10% face a 2013. Segundo a mesma fonte 5032 das crianças e jovens era acompanhada em psiquiatria e/ou pedopsiquiatria o que correspondia a um aumento de cerca de 22% face a 2014.

Já em 2003, Norte referia que havia 5009 menores em risco no distrito do Porto, metade dos quais tiveram de ser retirados à família e acolhidos em instituição por negligência e maus-tratos. Aparentemente o número de casos tem vindo a aumentar, mas também é verdade que estas problemáticas assumiram maior importância nos últimos anos e os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, os professores e a comunidade em geral estão mais atentos ao aparecimento das situações (Norte, 2003).

Quando os maus-tratos são graves ou a situação é manifestamente de risco, o menor pode ser imediatamente retirado pelas autoridades ou pelas comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. Compete ao Tribunal de Família e Menores determinar qual a medida de promoção e proteção mais adequada, cabendo à Segurança Social o seu acompanhamento. O objetivo consagrado na lei é o de que o supremo interesse da criança é o bem maior a salvaguardar.

O combate à pobreza e à exclusão social deve partir da articulação entre o desenvolvimento económico, social e ambiental, com a participação de todos os interessados, tendo como principais pilares do desenvolvimento social: a erradicação da pobreza, a generalização do direito ao trabalho e a integração social (Branco & Gonçalves, 2001).

Os recursos da comunidade (creches, infantários, atividades de tempos livre, centros de convívio, associações recreativas, escolas) assumem uma importância vital, devem ser adequadas às necessidades, com acesso/ingresso facilitado, multifacetado articulando o sistema de saúde e social principalmente em situações de “crise”. A linha de orientação principal incide na criação de estruturas de parceria alargadas de âmbito concelhio e de freguesia, constituindo uma rede social segura, capaz de sinalizar e resolver com os recursos locais, ou em caso de impossibilidade, de encaminhar os casos de ação social. Estas parcerias são sempre constituídas por entidades públicas e privadas sem fins lucrativos com intervenção

social relevante, nas duas estruturas de parceria que integram os projetos de rede nos diferentes concelhos do Continente: o Conselho Local de Ação Social e as Comissões Sociais de Freguesia.

METODOLOGIA

Estudo descritivo transversal de abordagem quantitativa com recurso a entrevistas exploratórias e a questionário. A amostra é de conveniência, e constituída por dois grupos. O primeiro incluiu representantes da comunidade e profissionais da área social, do ensino e da saúde, que desempenham a sua atividade nas freguesias em estudo. Pretendeu identificar os grupos com maior risco, as dificuldades sentidas, caracterizar as Instituições que prestam serviços a Grupos de Risco (área de atividade/intervenção); valências; distribuição geográfica; recursos humanos (quantidade e qualificações) e inventariar as fragilidades da Comunidade.

O segundo grupo foi constituído por famílias residentes nas freguesias em estudo, contactadas no domicílio e que aceitaram participar. Os inquiridos tinham idade igual ou superior a 18 anos.

O questionário foi constituído por três partes, foi submetido a pré teste em população homóloga. A primeira parte caracterizou o agregado familiar, necessidade de cuidados especiais, tipo de cuidados necessários. A segunda colheu dados sobre crianças até aos 14 anos (vigilância de saúde, a frequência de Instituição de ensino/educação, tipo de Instituição frequentada, com quem fica se não frequenta nenhuma instituição e/ou após vir da Escola, necessidades especiais, existência de algum tipo de dependência, áreas da atividade afetadas, apoio de que dispõe, conhecimento de recursos na freguesia que possam prestar apoio na área identificada e diligências tomadas quanto a esse recurso). A terceira parte colheu dados sobre jovens/adolescentes entre os 14 e os 18 anos (vigilância de saúde, a frequência de

Instituição de ensino/educação, tipo de Ensino, desempenho escolar, ocupação de tempos livres, situação laboral, subsídios, necessidades especiais, existência de alguma dependência; atividades da vida diária afetadas; apoio de que dispõe, conhecimento da existência de recursos na freguesia que possam prestar apoio na área identificada e diligências tomadas quanto a esse recurso).

Pretendeu-se caracterizar a gravidade de cada uma das situações mencionadas bem como obter a resposta em relação aos recursos existentes. Para conhecer a opinião dos inquiridos sobre a gravidade das situações utilizou-se uma escala de *Likert* (sem opinião, sem gravidade, moderadamente grave, grave e muito grave).

Os dados foram armazenados e tratados com recurso ao programa Epi Info (TM 6), utilizaram-se estatísticas descritivas.

A confidencialidade dos dados foi garantida conforme as regras de Helsínquia, os inquiridos foram informados dos objetivos do estudo e pedida a sua colaboração. Às Instituições foi fornecido o relatório final.

RESULTADOS

Nas três freguesias realizaram-se 28 entrevistas foram identificadas 116 instituições de apoio e 324 famílias com diversos tipos de risco.

Das famílias recolhemos 1221 questionários, cujos agregados familiares totalizam 3593 indivíduos sendo 1436 pertencentes à freguesia do Bonfim, 846 da freguesia de Canidelo e 1311 da Freguesia de Caxinas; correspondendo a 507 famílias do Bonfim, 282 de Canidelo e 432 de Caxinas.

Os problemas emergentes foram a marginalização e exclusão social (8%); fracasso, retenção e abandono escolar (8%); negligência parental, isolamento doméstico e pobreza (8%); a violência entre iguais (6%) e o consumo de substâncias (6%).

Como dificuldades para resolver os problemas salienta-se a falta de trabalho em rede e de trabalho comunitário (18%); a falta de recursos e de programas direcionados para a realidade local e a grupos com necessidades especiais (14%); falta de coordenação interinstitucional, falta de formação específica dos profissionais e falta de atividades preventivas (11%). Também referem a desadequação da legislação nomeadamente inclusão social e na luta contra a pobreza.

As opiniões dos representantes da comunidade e das famílias são convergentes no que se refere à guarda de crianças considerada muito grave/grave (74%); sem gravidade (10%); não respondem (16%). No Bonfim e em Caxinas o apoio institucional é considerado muito importante (50%). Em Canidelo 46% assinala o apoio familiar como mais importante e aproximadamente 12% dos inquiridos desconhece a situação. Em Caxinas 17% consideram também importante o Apoio Familiar.

Quanto a pessoas com deficiência 63% considerou a situação muito grave/grave, 14% sem gravidade e 22% desconhece; 44% consideram importante o apoio institucional, 27% o apoio familiar e 19% desconhece a realidade. Foi na freguesia de Canidelo que os inquiridos referiram maior desconhecimento da realidade.

O apoio a jovens 52% foi considerado globalmente muito grave/grave, 30% considerou sem gravidade e 18% desconhece. Dos inquiridos 45% considera que o apoio é prestado pela família, 32% por instituições, 19% desconhece a situação e 2% referem o associativismo.

Para o apoio a toxicodependentes, referem ser globalmente muito grave/grave (65%) e ter aumentado, 24% desconhece e 10% disse ser sem gravidade. O apoio mais importante é institucional (44%), 26% desconhece, 13% refere o conjunto do apoio familiar/institucional. Nas três freguesias o aumento das respostas deve-se ao aumento do número de Instituições (13%) e o Centro de Atendimento a Toxicodependentes (15%).

Sobre a evolução da capacidade de resposta das famílias aos problemas Sociais, globalmente 59% dos inquiridos considera que está a diminuir em todas as freguesias, 23% que está a aumentar, 13% que se mantém e 5% desconhece ou não responde. Quanto ao que deveria ser feito, salientam as atividades de ócio e tempos livres para crianças, jovens, o incentivo à participação da família na escola; voluntariado social em vez de subsidiodependência; formação em vez de subsídios e projetos a partir da realidade¹ local. Globalmente consideram que a capacidade de resposta das instituições aos problemas sociais está a diminuir (44%), relacionam com a falta de recursos (39%) e com o aumento do número de casos (32%). Quanto a quem dá as respostas mais eficazes aos problemas das populações, referem no conjunto das três freguesias a Segurança Social (45%), instituições particulares de solidariedade social (20%), Autarquia (20%), a Igreja e Organização não governamental (15%).

Nas três freguesias 94% dos inquiridos considera muito importante/importante as redes de vizinhança, 89% o apoio da comunidade e 68% os grupos informais. Quando inquiridos sobre o que deveria ser feito, os profissionais referiram que no Bonfim era necessário fazer tudo (18%); em Canidelo (18%), e Caxinas (34%), equipas de rua a trabalhar nos locais sensíveis. Para a resolução Integral dos problemas nas três freguesias referem a necessidade de protocolos pluridisciplinares e multissetoriais para deteção precoce das situações de vulnerabilidade, melhorar a iluminação, reorganização arquitetónica, combate ao tráfico de drogas sistemático em vez de sazonal (7%), reformular o circuito automóvel para evitar acidentes em crianças.

Quanto à caracterização das famílias para o conjunto das freguesias 40% dos indivíduos tinham o ensino básico; 21% o ensino secundário, 9% o ensino superior e 9% analfabetos; 29% o agregado familiar é monoparental, 17% nuclear, 12% alargado; a média de idades para o sexo feminino é de 44 anos e a moda de 22 anos; para o

sexo masculino a média de idades é de 39,7 anos, a moda é de 40 anos. Das crianças/jovens 210 têm idades até aos 14 anos e 519 entre 15 a 25 anos. Para o conjunto das freguesias 53% das crianças até aos 14 anos são do sexo masculino e 47% do sexo feminino, em Canidelo a percentagem de crianças do sexo feminino é superior.

A maioria das crianças com idades até 14 anos (95%) é saudável; em Caxinas 6% das crianças têm qualquer tipo de patologia. Cerca de 94% das crianças das três freguesias estão inscritas no Centro de Saúde, dessas 82% na área de residência, 79% tem médico de família, 5% tem apoio de psicólogo.

Os familiares mencionaram que 5% das crianças necessita de cuidados especiais (4% são parcialmente dependentes e 1% totalmente dependentes). Das crianças parcialmente dependentes 6% reside em Caxinas e 5% no Bonfim e que 56% das crianças com necessidades especiais não tem qualquer tipo de apoio Institucional, 42% recebe subsídios, 60% está inscrita em Instituições, 20% desistiu da inscrição e 20% está em lista de espera.

A maioria das crianças frequenta qualquer tipo de ensino (20% creche/Infantário; 37% ensino básico; 31% ensino preparatório; 2% ensino secundário e 2% ensino especial). Em Canidelo não há crianças a frequentar o ensino especial. Das 8% das crianças que não frequentam qualquer tipo de ensino 67% fica com a família; 19% em amas e 14% com vizinhos. Depois da escola 51% das crianças fica com a família, 28% no ATL, 9% sozinhos, 6% em centros de estudos e 5% com os vizinhos.

Quanto aos jovens com idade superior aos 14 anos para o conjunto das freguesias, 53% são do sexo feminino e 47% do sexo masculino, 95% são solteiros, 90% são saudáveis. Em Caxinas a percentagem de jovens não saudáveis é de 16%, (patologias osteoarticulares 32%, deficiências viscerais 29%, sistema nervoso central (SNC) 17%, deficiências sensoriais 17%, outras 5%), parecem estar associadas à paramiloidose.

Estão inscritos no Centro de Saúde 84%, destes 74% na área de residência, 75% tem médico de família, 25% estão em lista de espera e vão ao reforço. Cerca de 32% recorre ao hospital.

Para o conjunto das freguesias, 32% dos jovens é independente; 18% dependente e 50% parcialmente dependente. Em Caxinas há mais jovens dependentes (19%) e parcialmente dependentes (58%) do que no Bonfim, (dependentes 14%, parcialmente dependentes 29%).

Para o conjunto das freguesias 47% dos inquiridos recebe apoio da família, de vizinhos e amigos, dos serviços Sociais, do Enfermeiro/médico de família; 3% tem visitador domiciliário e 1% tem empregada.

Para conjunto das freguesias, 100% dos inquiridos com necessidades especiais conhece os seus direitos; 12% recebe subsídios (rendimento social de inserção (53%); bonificação por deficiência (30%); subsídio mensal vitalício (13%) e a pensão por invalidez 5%). Estão inscritos em instituições 84%, em lista de espera encontram-se 8%, a 6% não agradam os recursos existentes e 2% desistiram.

Em relação à situação Escolar para o conjunto das freguesias, apenas 50% dos jovens estuda; destes 65% frequenta o ensino Secundário; 20% Ensino Superior; 8% formação profissional; 4% ensino preparatório e 3% Ensino Especial. No Bonfim reside a maior percentagem de jovens que estuda e em Canidelo a maior percentagem dos que não estudam.

Cerca de 12% dos jovens abandonou o ensino antes de completar a escolaridade mínima obrigatória. Os motivos de abandono escolar para o conjunto das freguesias foram a falta de interesse (41%); necessidade/opção (25%), cerca de 9% por gravidez. A percentagem de abandono escolar é semelhante nas três freguesias. No Bonfim a primeira causa de abandono é a necessidade de trabalhar, seguida de desinteresse e da gravidez. Em Canidelo a primeira causa de abandono é a falta de interesse (55%), seguida da necessidade de trabalhar, por opção e gravidez. Em Caxinas a primeira causa de abandono é por opção,

seguida de falta de interesse, da necessidade de trabalhar e gravidez.

Reprovaram 27% dos jovens, desses 71% uma vez e 29% duas ou mais vezes. A percentagem de reprovações mais elevada é em Canidelo (41%), sendo duas vezes superior à das outras freguesias.

DISCUSSÃO

Não foi possível relacionar os recursos com as necessidades não satisfeitas das populações por não dispormos de número de inscritos, número de vagas e listas de espera por Instituição. Das entrevistas com os responsáveis sobressai a preocupação dos agentes sociais e a consciencialização gradual do que é necessário e do que é possível fazer com os recursos disponíveis. Identificaram como principais problemas das freguesias a marginalização e exclusão social; o fracasso, retenção e abandono escolar; famílias monoparentais e rotura da família; negligência parental; pobreza; violência doméstica associada à toxicodependência, álcool e prostituição; gravidez na adolescência; violência contra mulheres (Humpage, 2015; Hespanha & Portugal, 2000; Carnoy, 1999).

Apesar de muitas mudanças se terem operado nos últimos anos, o apoio a grupos de risco, como vasto campo de intervenção, necessita de profissionais vocacionados, que invistam na luta pelos direitos de cidadania das pessoas vulneráveis. Deve existir um esforço de mudança para a solidariedade, para a inclusão, para a partilha de responsabilidades com o objetivo de que a sociedade se torne inclusiva e tolerante (Booth, 2003). É importante que sejam garantidas estruturas de apoio, em todas as fases de desenvolvimento do nascimento à morte (Shonkoff, *et al.*, 2016; Agostinho & Rebelo, 1988).

Em Canidelo a percentagem de crescimento da população é de cerca de 11%, uma das maiores de Vila Nova de Gaia, com um forte crescimento nos nados-vivos, mas na área

da guarda de crianças existe uma cobertura em termos de Creches, ATL de apenas 20% (0-14 anos).

No Bonfim a situação da infância (0-14 anos) é considerada como mais grave por 83% dos inquiridos, este valor é superior ao das outras freguesias. Os apoios principais para este grupo são formais (Instituições), para 50% dos profissionais. Das três freguesias apenas os profissionais de Canidelo (46%) consideram mais importante o apoio familiar.

Salienta-se os 63% dos inquiridos consideram a situação das pessoas com deficiência muito grave/grave e 22% que desconhece a situação.

A situação dos jovens é considerada muito grave/grave, principalmente em Caxinas (62%), sendo que o apoio a este grupo é prestado pela família, é nesta freguesia que 52% dos profissionais considera que o maior apoio é prestado pelas instituições o que contraria a opinião vinculada pelos residentes das freguesias, que na nossa amostra constituem o principal suporte dos diversos grupos considerados vulneráveis.

Quanto aos toxicod dependentes, a maioria dos inquiridos considera a situação muito grave/grave e que o apoio mais importante é o institucional/formal.

A taxa de desemprego é particularmente elevada entre os jovens com mais de 14 anos, reflexo da baixa escolarização verificada. Para o conjunto das freguesias, 50% já não estuda, a freguesia de Canidelo tem uma percentagem superior, talvez por isso a situação do desemprego nesta freguesia seja, na opinião dos responsáveis autárquicos, das mais preocupantes do Concelho.

Entre os concelhos da área metropolitana do Porto, o município do Porto registava a menor proporção de população residente sem qualquer nível de escolaridade atingindo cerca de 18%. Existe evidência da relação entre nível de escolaridade dos pais e a saúde mental das crianças e jovens (Gonzalez & Velarde, 2013). As causas referidas para o abandono escolar são 46% por falta de

interesse, 25% por opção, 25% por necessidade de trabalhar e 9% por gravidez.

Na região Norte, verifica-se uma queda da taxa de analfabetismo que acompanha a tendência de decréscimo, verificada no Continente, embora a um ritmo ligeiramente inferior, o que faz com que a Região Norte apresente taxas de analfabetismo um pouco acima da média nacional. Verificou-se também um aumento do nível de instrução quer no ensino básico quer no ensino secundário, entre os residentes na Área Metropolitana do Porto, sobretudo ao nível da população feminina (INE, 2015; INE, 2004)

Num mercado de trabalho que incorpora um número crescente de mulheres em que se exige flexibilidade e dedicação ao trabalho, e que é frequentemente precário, ter filhos é muitas vezes tarefa adiada. Associado a isso, o aparecimento de novos tipos de famílias nomeadamente monoparentais, a instabilidade crescente dos riscos sociais do mercado do trabalho pode resultar em vulnerabilidades (Annie Casey Foundation (2014). É de recear que as crianças resultantes de famílias mais desfavorecidas não estejam a ser acompanhadas de forma a obter sucesso no futuro mercado de trabalho (Shonkoff, et al., 2016). No conjunto das freguesias foram identificadas 349 famílias monoparentais, 288 nucleares com filhos e 256 alargadas.

CONCLUSÃO

As instituições resistem ao trabalho em parceria e à integração de atividades, recursos e conhecimentos. Este tipo de postura foi a principal responsável pelas limitações deste estudo.

As dificuldades identificadas foram a falta de redes de trabalho comunitário; a falta de recursos e programas direcionados a grupos com necessidades especiais; a falta de recursos; falta de coordenação; a falta de formação específica dos profissionais; a falta de protocolos e modelos integrados.

A família, os amigos, os vizinhos e as associações desempenham um papel essencial na potenciação das condições de sucesso das intervenções na comunidade. Os apoios principais são formais (instituições) e a família. Depois da escola 9% crianças ficam sozinhas. No Bonfim 91% das crianças com necessidades especiais não tem qualquer tipo de apoio Institucional. Os enfermeiros possuem uma posição que lhes permite identificar os *deficits* da família, as suas forças e debilidades quanto à saúde mental e física. Essa proximidade poderá auxiliar as famílias a rentabilizar os escassos recursos existentes e a fomentar a resiliência das comunidades, das famílias, especialmente das crianças.

Foram elaboradas propostas de formação dos recursos humanos das diferentes instituições preparando-os para a prevenção e intervenção precoce, trabalho em rede e cooperação interinstitucional e interprofissional.

Posteriormente deve avaliar-se o impacto destas medidas no contexto de cada uma das freguesias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Annie E. Casey Foundation (2014). *KIDS COUNT Data Book*. Retirado de <http://www.aecf.org/resources/the-2014-kids-count-data-book>

Agostinho, M., & Rebelo, L. (1988). Família: do conceito aos meios de comunicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 5(32),18-21.

Booth, T. (2003). *Overcoming Exclusion through Inclusive Approaches in Education. Conceptual paper*. UNESCO, Basic Education Division, Paris. Retirado de <http://www.unesco.org/education/inclusive>

Branco, R., & Gonçalves, C. (2001). Exclusão Social e Pobreza em Portugal: Uma primeira abordagem aos dados do painel dos agregados familiares da União Europeia. *Revista de Estatística*, (3º Quadrimestre), 94-97.

Camacho, P. P., León, N. C., & Silva, M. (2009). Funcionamiento familiar según el modelo circunplejo de Olson en adolescentes. *Rer. Enferm. Herediana*. 2(2), 80-85.

Carnoy, M. (1999). The family, flexible work and social cohesion at risk . *International labor review*, 138(4), 411-420.

Correia, L. M. (2003). *O Sistema Educativo Português e as Necessidades Especiais ou Quando Inclusão quer dizer Exclusão*. Porto: Porto Editora.

Gonzalez, R., & Velarde, M. (2013). Fatores condicionantes de la calidad de vida y de la salud mental en los niños e adolescentes. *Evid.Pediatr.*, 9-24.

Hespanha, P., & Portugal, S. (2000). *A Transformação da Família e a Regressão da Sociedade Providência. A situação da Região Norte no Domínio Social*. Porto: Comissão de Coordenação da Região Norte.

Humpage, L. (2015). *Policy change, public attitudes and social citizenship: Does neoliberalism matter?* : Policy press

INE. (2015). *Instituto Nacional de Estatística.Retrato da área metropolitana do Porto*.Porto. Portugal.

INE. (2004). *Instituto Nacional de Estatística.Retrato da área metropolitana do porto/instituto Nacional de Estatística*. Porto: INE-DRN.

ISS-DDSP/UIJ. (2016). *CASA 2015-Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens* . Instituto de Segurança Social.

Martins, A. I. (2010). *Impacto do divorcio parental no comportamento dos filhos*. Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26364/2/Tese%20de%20Mestrado%20Ana%20Martins.pdf>

Norte, H. (2003). Menores em risco no distrito do Porto. *Jornal de Noticias*.

Preda, A., & Voight, K. (2015). The social Determinants of Health: Why Should We Care? *The American Journal of Bioethics*, 15(3), 25-36. DOI: 10.1080/16265161.2014.998374.

Raposo, H., Figueiredo, B., Lamela, D., Nunes-Costa, R., Castro, M., & Prego, J. (2011). Ajustamento da criança à separação ou divórcio dos pais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(1), 29-33. Doi:10.1590/S0101-60832011000100007.

Shonkoff, J., Levitt, P., Fisher, P., & Gunna, M. (2016). *From Best Practices to Breakthrough Impacts: A Science-Based Approach to Building a More Promising Future for Young Children and Families*.

University, Center on the Developing Child at Harvard. Retirado de <http://www.developingchild.harvard.edu>

Vélez, C., Wolchik, S., Tein, J., & Sandler, I. (2011). Protecting children from the consequences of divorce: A longitudinal study of the effects of parenting on children's coping processes. *Child Development*, 82(1), 244-257. Doi: 10.1111/j.1467-86242010.

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

O PROCESSO DE FIM DE VIDA EM DOENTES ONCOLÓGICOS PALIATIVOS EM CONTEXTO HOSPITALAR E DOMICILIÁRIO: ESTUDO QUALITATIVO

The end-of-life process in palliative cancer patients in a hospital and at home setting: qualitative study

El proceso de fin de vida en pacientes oncológicos paliativos en contexto hospitalario y domicilio: estudio cualitativo

Vânia Araújo*, Sónia Remondes-Costa**

RESUMO

Introdução: os cuidados paliativos visam a melhoria na qualidade de vida em doentes com impossibilidade de cura. O contexto de oferta destes cuidados pode ser de internamento, ambulatório e domiciliário. **Objetivo:** identificar se existem especificidades no vivenciar o processo de doença oncológica paliativa mediante o contexto de acompanhamento em cuidados paliativos, hospitalar ou domiciliário. **Metodologia:** estudo qualitativo com 20 doentes, 10 doentes oncológicos em fase paliativa hospitalares e 10 doentes oncológicos em fase paliativa domiciliários, com idades compreendidas entre os 50 e 89 anos. Para a recolha dos dados recorreu-se à entrevista semiestruturada e para a respetiva análise ao sistema de categorização da análise de conteúdo segundo Bardin (2008). **Resultados:** em ambos os contextos os doentes reportam terem necessidade de informações e esclarecimentos, evidenciando também esperança na cura e que os tratamentos estagnem a doença. Os doentes reportam sofrimento emocional face a sua finitude, notando tristeza e perda do sentido da vida. **Conclusão:** Não foram encontradas especificidades na comunicação, vivência emocional e esperança mediante o contexto de oferta dos cuidados paliativos. Assim, para a compreensão de pequenas especificidades, mais do que o contexto de cuidados devem ser consideradas as características pessoais, culturais e ambientais dos doentes. **Palavras-chave:** cuidados paliativos domiciliários; cuidados paliativos hospitalares; doente oncológico paliativo.

*Mestranda em Psicologia Clínica da Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro. Email: vaniaaraujopsi@gmail.com

**Doutora em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade de Salamanca; Professora Auxiliar na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Email: costas@utad.pt

ABSTRACT

Background: palliative care emerges in the sense of providing a better quality of life for terminal patients. This care can be provided in different contexts, namely, hospital stay, outpatient clinic and at home. **Objective:** the present study aims to understand how the end-of-life process in palliative cancer patients in hospital care (DOPH) and at home (DOPD) in the sense of accessing the depth of their experiences. **Methodology:** qualitative study with 20 palliative cancer patients, 10 DOPH and 10 DOPD, aged between 50 and 89 years. To collect the data, we used the semi-structured interview and for the respective analysis to the categorizing system of the content analysis based in Bardin (2008). **Results:** In both contexts patients report needing information and clarification, also showing hope for cure and for treatments to stop the disease. Patients report emotional suffering in the face of their finitude, through feelings of sadness and even loss of the meaning of life. **Conclusion:** no specificities were found in communication, emotional experience and hope, through the context of offering palliative, hospital or home care. The specificities can be understood beyond the context according to the personal, cultural and environmental characteristics of the patients. **Keywords:** home palliative care; hospital palliative care; palliative cancer patient.

RESUMEN

Marco contextual: el cuidado paliativo surge en el sentido de proporcionar una mejor calidad de vida para los pacientes terminales. Estos cuidados se pueden brindar en diferentes contextos, a saber, hospitalización, clínica ambulatoria y en casa. **Objetivo:** identificar si existen especificidades en el vivenciar el proceso de enfermedad oncológica paliativa mediante el contexto de acompañamiento en cuidados paliativos, hospitalarios o domiciliarios. **Metodología:** estudio cualitativo con 20 pacientes con cáncer paliativo, 10 enfermos oncológicos en fase paliativa hospitalarios y 10 enfermos oncológicos en fase paliativa domiciliarios, con edades comprendidas entre 50 y 89 años. Para recoger los datos, se utilizó la entrevista semi-estructurada y para el análisis respectivo al sistema de categorización del análisis de contenido de Bardin (2008). **Resultados:** en ambos contextos los pacientes reportan que necesitan información y aclaraciones, evidenciando también esperanza en la cura y que los tratamientos paren la enfermedad. Los pacientes reportan sufrimiento emocional frente a su finitud, a través de sentimientos de tristeza e incluso pérdida del sentido de la vida. **Conclusiones:** no se encontraron especificidades en la comunicación, vivencia emocional y esperanza, mediante el contexto de oferta de los cuidados paliativos, hospitalarios o domiciliarios. Las especificidades encontradas pueden ser comprendidas más allá del contexto, según características personales, culturales y ambientales de los pacientes. **Palabras clave:** cuidados paliativos en casa; cuidados paliativos en hospital; enfermo de cáncer paliativos.

Como Referenciar:

Araújo, V. & Remondes-Costa, S. (2018). O processo de fim de vida em doentes oncológicos paliativos em contexto hospitalar e domiciliário: Estudo qualitativo. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(1), 87- 96.

Recebido para publicação em: 030/05/2018
Aceite para publicação em: 25/03/2018

INTRODUÇÃO

O cancro, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é uma das principais causas de morte no mundo (OMS, 2017). Em Portugal, entre 2009 e 2010 registou-se um aumento da incidência e da taxa de mortalidade associada às neoplasias malignas. No entanto, a taxa de mortalidade precoce tem diminuído, havendo um intervalo de tempo significativo entre o diagnóstico e a morte dos pacientes (Direção Geral de Saúde, 2016).

Perante a inevitabilidade da morte, surge a pertinência do fornecimento de cuidados paliativos (CP), o mais precocemente possível, considerando a oferta de um cuidado mais humanizado ao doente e respetivos familiares (European Association for Palliative Care - EAPC, 2017). Estes cuidados visam a melhoria na qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam uma doença incurável, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicossocial e espiritual (EAPC, 2017; OMS, 2002). Os CP proporcionam o alívio da dor e outros fatores geradores de sofrimento, afirmam a vida considerando a morte como um processo natural da vida, através de uma rede de suporte que potencia que os pacientes vivam o mais ativamente quanto possível até à finitude (EAPC, 2017; OMS, 2002).

ENQUADRAMENTO

A transição de uma vida saudável para a nova realidade de finitude, leva os doentes a experienciarem sofrimento físico e psicológico (Benzein, Norberg, & Saveman, 2001). Para além do sofrimento físico os doentes também consideram a existência de sintomas de sofrimento psicológico consideráveis, nomeadamente medo, solidão, angústia, insegurança/incerteza, ansiedade, tristeza e desejo do prolongamento da vida (Benzein *et al.*, 2001).

Os profissionais de saúde apresentam um papel importante no alívio do sofrimento emocional através da comunicação com os doentes. Esta quando ocorre de forma aberta, aborda o processo de fim de vida e se associa a uma escuta atenta e sensível potencia a sensação de alívio do sofrimento do doente, família e profissionais de saúde. No entanto, alguns profissionais de saúde têm dificuldades em abordar a morte com os doentes levando a não atender às necessidades e angústias inerentes ao seu processo de fim de vida (Coelho & Ferreira, 2015).

Outro fator presente na literatura como facilitador em lidar com o fim de vida em pacientes oncológicos é a esperança (Benzein *et al.*, 2001). Estudos apontam que esta permite diminuir o *stress* experienciado pelos doentes paliativos, para além de potenciar um melhor ajustamento ao fim de vida, maior adesão aos tratamentos e resiliência face o presente e o futuro (Baalen, Grypdonck, Hecke, & Verhaeghe, 2016).

No que se reporta ao contexto de prestação dos CP devem ser considerados vários contextos de atuação designadamente, ambulatório, internamento e domiciliário (Queiroz, Pontes, Souza & Rodrigues, 2013). Estudos apontam que em contexto hospitalar as equipas de CP centram-se no alívio do desconforto físico, fornecimento de apoio psicossocial, adaptação e preparação para a morte iminente, apoio nas decisões sobre os tratamentos e cuidados adequados quer aos pacientes como aos seus familiares (Leviski & Langaro, 2014).

Estudo comparativo entre os cuidados prestados em contexto hospitalar e domiciliário aponta que em contexto domiciliário os pacientes relatam melhor qualidade de vida, menor sofrimento psicológico (no entanto mantém-se alguma angústia evidente) e maior satisfação com os CP prestados, pela perceção de disponibilidade 24h diárias (Groh *et al.*, 2013). Por outro lado, estudos apontam para

a não existência de diferenciação quanto ao bem-estar psicológico, senso de coerência e qualidade de vida entre pacientes acompanhados nos dois contextos supracitados (Shepperd, Wee, & Straus, 2011). Para além do referido, outros estudos sublinham ainda, que em contexto domiciliário, os doentes oncológicos em fase paliativa percecionam a comunicação aberta com os profissionais de saúde como uma necessidade insatisfeita (Ventura, Burney, Brooker, Fletcher, & Ricciardelli, 2013). Todavia, o estudo de Robinson, Gott e Ingleton (2013) identifica a mesma necessidade de comunicação nos pacientes em contexto hospitalar.

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo geral compreender se existem especificidades no modo de vivenciar o processo de fim de vida em doentes oncológicos em fase paliativa acompanhados em CP em contexto hospitalar e domiciliário. São ainda questões orientadoras do estudo a) Como é o tipo de comunicação médico-doente em cada contexto de acompanhamento? b) Como é a vivência emocional dos doentes oncológicos em fim de vida em contexto hospitalar e domiciliário? c) Que tipo de esperança experienciam os doentes oncológicos em fase paliativa?

METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo exploratório, descritivo e de enfoque qualitativo tendo como objetivo a compreensão dos aspetos subjetivos de um fenómeno, dada a sua adequabilidade na realização à abordagem de experiências humanas, designadamente o processo de fim de vida (Giorgi & Sousa, 2010).

Participantes

Participaram no presente estudo 20 doentes oncológicos com diagnóstico paliativo, 10 que se encontravam em acompanhamento de CP em contexto hospitalar, em consulta externa, com idades compreendidas entre 70 e 89 anos e 10 com acompanhamento de CP em contexto

domiciliário, com idades entre 50 e 81 anos, que não recebiam outro tipo de acompanhamento em CP. Em ambos os contextos metade (n=5) eram do sexo feminino. Para a inclusão na amostra foram definidos os seguintes critérios gerais: ter diagnóstico de cancro em fase paliativa, idade igual ou superior a 18 anos, ter capacidade de expressão verbal, estar consciente e orientado, apresentar disponibilidade e interesse na participação da investigação, estar física e mentalmente capaz de compreender os objetivos do estudo e preencher o consentimento informado. Os dados foram recolhidos num Centro Hospitalar e em duas Unidades de CP Domiciliários do Norte do país.

Técnicas de recolha de dados

Dado o carácter qualitativo do estudo, elegeu-se a entrevista semiestruturada como técnica de recolha de dados, por se considerar oportuna com vista ao acesso de descrições mais espontâneas das experiências subjetivas dos doentes que participaram no estudo (Giorgi & Sousa, 2010). Assim, foi elaborado um guião de entrevista organizado segundo dois domínios: a) conhecimentos do doente acerca da doença e dos CP e b) processo de adaptação ao fim de vida. Este guião é composto por 36 perguntas, sendo para o presente estudo analisadas somente alguns domínios. A acompanhar o guião desenvolvido foi aplicado um questionário sociodemográfico que permitiu obter informações sobre a idade, o sexo e o estado civil. Foi ainda recolhida informação clínica junto dos profissionais de saúde que acompanhavam os doentes, nomeadamente o tipo e tempo de diagnóstico oncológico e o tempo de acompanhamento pela equipa de CP (Tabela 1).

Tabela 1
Dados sociodemográficos e clínicos dos participantes

Características dos participantes	Pacientes Hospitalares (n=10)	Pacientes Domiciliares (n=10)
	N (%)	N (%)
Estado civil		
Casado	6 (60)	8 (80)
Divorciado	0	1 (10)
Viúvo	4 (40)	1 (10)
Tempo de diagnóstico		
0-6 meses	4 (40)	2 (20)
6-12 meses	3 (30)	4 (40)
12-18 meses	1 (10)	1 (10)
18-24 meses	1 (10)	0
+ 24 meses	1 (10)	3 (30)
Tempo de acompanhamento em cuidados paliativos		
0-6 meses		
6-12 meses	6 (60)	6 (60)
	4 (40)	4 (40)

Procedimento e considerações ético-legais

Primeiro solicitou-se a aprovação da Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Unidade Hospitalar. Esta última no âmbito da autorização para a recolha nas unidades das Unidades de CP domiciliários. Após aprovação, o projeto foi apresentado aos diretores dos serviços sendo esclarecidos os objetivos, contexto da investigação e agilizado o procedimento de recolha de dados. De seguida, procedeu-se ao contacto com os doentes no sentido de perceber a sua receptividade para a integração no estudo e agendada a entrevista de acordo com a sua disponibilidade. No âmbito de consulta externa, este contacto decorreu após a consulta de CP. No que se reporta ao contexto domiciliário, numa das equipas a psicóloga que integrava a equipa entrou em contacto com os participantes e no momento da realização da entrevista acompanhou o investigador às residências dos doentes. Na outra equipa domiciliária este contacto ocorreu após observação de uma visita da equipa de profissionais de saúde, sendo agendada a entrevista de acordo com a disponibilidade dos participantes. No contacto com os doentes, o investigador apresentou-se bem com explicou os objetivos da investigação e o contexto em que se integra. Seguidamente, os participantes leram e assinaram

o consentimento Informado Livre e Esclarecido, onde se preconizava a gravação das entrevistas, com vista à transcrição das narrativas em discurso direto dos participantes. O consentimento informado foi elaborado com base nas diretrizes da Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo e segundo o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses para a prática da investigação, publicado no Diário da República (Regulamento nº 258, 2011).

As entrevistas em contexto hospitalar decorreram no serviço de consulta externa, antes ou depois da consulta de CP, numa sala disponibilizada pela instituição para o estudo. Em contexto domiciliário, as entrevistas decorreram no espaço habitacional onde o doente geralmente se encontrava. Em ambos os contextos a entrevista foi recolhida no âmbito de uma relação dual (investigador e paciente), não tendo sido autorizada a presença de qualquer outro interveniente (profissional de saúde ou familiar). A entrevista foi elaborada em formato de conversa – “entrevista conversada”, com o objetivo de estabelecer a relação de confiança entre doente e investigador, no sentido de facilitar a livre expressão do doente, com vista a aceder com maior profundidade à experiência individual e singular do processo de fim de

vida. A recolha de dados decorreu entre março e junho de 2016, em contexto hospitalar e entre novembro e dezembro de 2016, em contexto domiciliário. A sua duração variou entre 15 a 43 minutos no contexto hospitalar e entre 17 e 45 minutos no contexto domiciliário.

Estratégias de análise de dados

O conteúdo das entrevistas foi transcrito na sua totalidade para formato word, logo após a sua realização, de forma a garantir o máximo rigor na informação partilhada pelos doentes. Seguidamente, procedeu-se à análise do seu discurso segundo os princípios da análise de conteúdo, seguindo as orientações de Bardin (2008). O processo de análise decorreu em diferentes fases, nomeadamente, pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Após a transcrição das entrevistas, constituímos o corpus da análise. A pré análise compreende a fase de organização, onde se realizou a *leitura flutuante* das entrevistas, permitindo a

identificação prévia dos temas apresentados pelos doentes. Posteriormente após a codificação, decomposição ou enumeração surgiram as unidades de registo, que correspondem a segmentos mais pequenos de significado, relacionados com o objetivo. Por fim, os resultados foram agrupados em unidades segundo os temas subjacentes, considerando o objetivo do estudo.

RESULTADOS

Com o objetivo de compreender se existem especificidades no modo de vivenciar o processo de fim de vida em doentes oncológicos em fase paliativa acompanhados em CP em contexto hospitalar e domiciliário, foram realizadas análises segundo os princípios da análise de conteúdo. Destas obteve-se três categorias: *comunicação médico-doentes*, *sentimentos e esperança* no processo de fim de vida e 16 subcategorias (Tabela 2).

Tabela 2
Categoria e Subcategorias nos pacientes hospitalares e domiciliários

Categorias	Subcategorias	Participantes			
		Pacientes Hospitalares		Pacientes Domiciliários	
		N	%	N	%
Comunicação médico-doente	Bem informado/Satisfação com informação	3	30	7	70
	Necessidade de informações e esclarecimentos	6	60	5	50
Vivência emocional no processo de fim de vida	Tristeza	10	100	8	80
	Choro	9	90	5	50
	Feliz	3	30	0	0
	Misto de sentimentos	1	10	3	30
	Tranquilo	7	70	4	40
	Perda de sentido da vida	5	50	2	20
	Angústia	0	0	3	30
Esperança	Medo	1	10	1	10
	Tratamento muda a doença	6	60	5	50
	Na cura	3	30	6	60
	Melhoria	3	30	4	40
	Prolongamento da vida	2	20	2	20
	Morte sem sofrimento	1	10	0	0
	Não especificado	1	10	1	10

Comunicação médico-doente

Após análise das verbalizações dos doentes, foi possível identificar duas subcategorias referentes à comunicação

entre o médico e o paciente: bem informados/satisfação com a informação; *não satisfação com comunicação médico-doente*.

Dos doentes, três doentes oncológicos em fase paliativa com acompanhamento hospitalar (DOPH) e sete doentes oncológicos em fase paliativa com acompanhamento domiciliário (DOPD), consideraram estar bem informados e **satisfeitos com a informação** sobre a doença e tratamentos, disponibilizada pelos profissionais de saúde *“Sei que tenho um problema, um problema para a minha vida. Acho que os tratamentos é para me dar mais uma temporada”* (DOPH7).

A **não satisfação com a comunicação** médico-doente foi notada nos testemunhos de seis DOPH e cinco DOPD, que evidenciam interesse em obter mais informações e esclarecimentos, no sentido de compreender a sua doença *“Já perguntei ao médico se é benigno ou maligno mas ele não me diz, só diz que vai bem”* (DOPD4), *“ninguém me informou, só me dizem que estou mal, que estou mal, mas não me dizem a doença que tenho”* (DOPH2)” e a necessidade de obter informações esclarecedoras, no sentido de se projetar no futuro *“Desta doença estou perdido, gostava de saber se eu posso viver mais algum tempo, porque assim não posso viver...”* (DOPH9).

Vivência emocional face o processo de fim de vida

Na vivência do diagnóstico de uma doença oncológica em fase paliativa e consciencialização da finitude surgem distintas emoções.

A **tristeza** foi o sentimento mais evidente nas narrativas dos doentes nos dois contextos, tendo sido reportada por todos os DOPH e oito DOPD. Este sentimento em algumas narrativas foi descrito como estando associado à alteração no apetite *“não tenho vontade de comer nem nada”* (DOPD2), presença de episódios de choro *“às vezes choro”* (DOPH6), dores físicas *“quando tenho dores sinto-me triste, sinto.”* (DOPD8), alteração na funcionalidade *“às vezes também me sinto desanimada, porque também era uma pessoa que nunca parava, ia com o meu marido”* (DOPD8) e pela percepção de impossibilidade de presenciar momentos futuros significativos na vida dos familiares

“sinto-me um bocadinho triste, tristeza, porque andam dois netos para casar e eu até dizia que nem os vou ver casar” (DOPH7).

O **choro** foi reportado por nove DOPH e cinco DOPD, evidenciando-se não somente com uma expressão de sofrimento emocional mas também como um potencializador de alívio emocional, como notado na seguinte verbalização *“Às vezes nem que eu não queria choro. Chorar desabafa a gente, alivia um bocado”* (DOPD7).

Somente em contexto hospitalar foram notadas verbalizações, por três DOPH, de conforto com o apoio e companhia dos familiares e amigos, reportando por isso se encontrarem **felizes** *“Não me sinto mal, alegre estou ao pé da minha filha, aí sinto-me alegre.”* (DOPH4). Sete DOPH e quatro DOPD referiram sentir-se **tranquilos**. Notando-se nas suas narrativas a associação deste sentimento com crenças religiosas *“sinto-me tranquila, que seja o que Deus quiser”* (DOPD7).

O **misto de sentimentos** compreende verbalizações que reportam para a experiência de distintas emoções concomitantemente, sendo evidenciado por um DOPH e três DOPD *“nas 24 horas do dia passo por todas essas situações de tristeza, alegria, medo, preocupação. Mas angústia é o principal. (...) Raiva não sinto, mas medo sim”* (DOPD10).

Em contexto domiciliário, foi notado nos testemunhos de três doentes o sentimento de **angústia**, não sendo evidente nenhuma referência em contexto hospitalar *“Sinto muita angústia...”* (DOPD10). O **medo** que o DOPH referiu no seu discurso, encontra-se relacionado com o momento da morte *“Quem não tem medo? Não é medo de morrer, a gente sabe que vai morrer é o como”* (DOPH2). Por outro lado, o DOPD relaciona o medo ao sofrimento e sobre a possibilidade de vir a não ter suporte quando necessitar de maior apoio *“tenho medo do sofrimento e de não ter quem me ajude se eu algum dia*

estiver incapacitada” (DOPD10). O sofrimento associado à doença e ao prognóstico leva a que alguns doentes, nomeadamente seis em DOPH e dois em DOPD, expressassem um sentimento de **perda de sentido da vida**, onde relataram vontade de morrer *“sinto que desejava morrer”* (DOPH2); *“sinto-me triste. Tenho até pedido a Deus a morte muitas vezes”* (DOPH5).

Esperança e o processo de fim de vida

Relativamente à esperança, a esperança que o **tratamento mude a doença**, no sentido de estabilização da mesma, foi a mais reportada nos dois contextos, nomeadamente por seis DOPH e cinco DOPD, *“tenho fé, sim. Não me interprete mal, curar eu não digo curar, digo não cura. Tenho fé que isto não progrida”* (DOPH8). A **esperança na cura** encontrou-se também evidente nas verbalizações de três DOPH e seis DOPD *“eu tenho esperanças que curo, tenho esperanças que sim”* (DOPD9). Outro tipo de esperança, notado nos dois contextos, por três DOPH e quatro DOPD, foi na **melhoria** *“Não sei se digo assim que vou melhorar alguma coisa, será que vou aguentar, será que não e vou deixar. Seja o que for, esperança, esperança”* (DOPH2). Existem outros doentes que reportaram **esperança no prolongamento de vida**, nomeadamente dois doentes em cada contexto, *“Tenho esperança que vou durar mais dois ou três anos. Eu acho que sim, tenho esperanças mesmo”* (DOPH7). Por fim, ficou notada a existência de doentes, nomeadamente um em cada contexto, que apesar de afirmarem terem esperança, **não a especificam** *“de curar não sei, não posso responder. Mas tenho esperança, essa é a última a morrer”* (DOPH2).

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como principal objetivo compreender se existem especificidades no modo de vivenciar o processo de fim de vida em doentes oncológicos em fase paliativa acompanhados em CP em contexto hospitalar e domiciliário. Os principais resultados

integram-se em três categorias de análise: comunicação, vivência emocional e esperança, associados à finitude dos doentes. Nestes domínios não são compreendidas especificidades face o contexto de acompanhamento pelos profissionais de saúde, de CP. Considerando-se que tal ocorra, uma vez que a forma como os doentes vivenciam a finitude poderá estar mais associada a fatores culturais, ao diagnóstico de doença avançada, à percepção de proximidade da morte e a aspetos subjetivos do indivíduo do que ao contexto onde são fornecidos os cuidados (Götze, Brähler, Gansera, Polze, & Köhler, 2014).

No que se reporta, à comunicação, a percepção desta como insuficiente/ineficaz entre médico-doente encontrada nas narrativas dos participantes em estudo é corroborada pela literatura (Mendes, Lustosa, & Andrade, 2009). Estudos apontam que os profissionais de saúde tendem a focar-se na qualidade de vida, não abordando tão frequentemente informações sobre a sobrevivência, não fornecendo um total esclarecimento aos doentes sobre a sua situação de doença (Gramling *et al.*, 2013). Sendo desta forma reportada a necessidade de mais informação sobre o seu estado de saúde e sobre os tratamentos, como notado nos testemunhos dos doentes do presente estudo. Este dado é suportado por estudos anteriores que apontam a preferência dos pacientes por uma comunicação realista sobre o seu futuro (Umezawa, Fujimori, Matsushima, Kinoshita, & Uchitomi, 2015). Os profissionais de saúde devem considerar que a comunicação eficaz com os doentes evidencia respeito pela sua autonomia e possibilita a tomada de decisão informada sobre os tratamentos (Feuz, 2012; Gramling *et al.*, 2013). Para além de considerar os interesses dos doentes potencia a adaptação à doença e preparação para a morte. Para além do referido, permite também que os doentes não sejam orientados por objetivos irrealista e realizem os seus desejos finais (Feuz, 2012).

Na vivência do processo de fim de vida, encontraram-se patentes emoções de cariz positivo como a tranquilidade e

feliz na presença de pessoas queridas. No entanto, as emoções negativas foram as mais reportadas, como o choro, tristeza, angústia, medo e perda do sentido da vida. Estas emoções parecem ser um indicador de sofrimento emocional face a percepção de finitude mas também alterações decorrentes da doença, como dores físicas e alterações funcionais, que não permitem realizar a sua vida como anteriormente. Esta visão é corroborada pelo estudo de Murray, Kendall, Boyd, Worth e Benton (2004) que considera que perante a consciência de diagnóstico de doença terminal, os doentes apresentam grande sofrimento que também se relaciona com a percepção de dependência de outros e alterações físicas, sociais e práticas. Para além disso, os mesmos autores consideram que os doentes percebem que a doença oncológica assume o controlo da sua vida pelo seu impacto em vários domínios.

Foram ainda identificadas diferentes formas de esperança nas narrativas nos pacientes, nomeadamente na cura, prolongamento da vida, estabilização da doença através do tratamento, qualidade de vida, morte sem sofrimento também encontradas em estudos anteriores (Baalen, Grypdonck, Hecke, & Verhaeghe, 2016). A esperança na cura poderá ser compreendida como estando relacionada à limitada informação partilhada com os doentes, tendo consequências negativas no processo de fim de vida. Por outro lado, esta poderá ser também considerada não como a negação da morte mas como uma possível afirmação da vida, dada a projeção no futuro (Elliott & Olver, 2009). No presente estudo, ambas estas situações parecem encontrarem-se presentes. No entanto, deverá ser considerado que a comunicação do prognóstico possibilita a vivência de esperança ajustada ao processo de fim de vida, tendo os profissionais de saúde um papel importante na sua sustentação ao longo do mesmo (Clayton *et al.*, 2008). Assim, a presença de esperança ajustada ao conhecimento da realidade de fim de vida, notada no presente estudo através da esperança que o

tratamento mude a doença, no sentido de a estabilizar, pode diminuir o sofrimento psicológico associado à incerteza do futuro, segundo Benzein, Norberg e Saveman (2001). Para além disso, esta esperança ajustada à realidade vivencial do doente, possibilita a elaboração do significado da morte, incitando um sentimento de maior tranquilidade nos pacientes (Leviski & Langaro, 2014).

CONCLUSÃO

Em conclusão, o presente estudo investigou o processo de fim de vida em doentes oncológicos em fase paliativa acompanhados em contexto hospitalar e domiciliário. Os doentes, independentemente do contexto de acompanhamento denotam não ter conhecimento do prognóstico e apresentam esperança na cura adiando a sua preparação para a morte. Sendo no entanto, esta última mais notada nas verbalizações dos DOPD. Todavia a forma de vivenciar o processo de fim de vida apresenta algumas singularidades que devem ser compreendidas, não somente através do contexto de prestação de CP, mas também das características pessoais, ambientais e culturais que podem interferir neste processo de lidar com a finitude.

Os resultados permitem ainda concluir a existência de sofrimento emocional, nos doentes de ambos os contextos, pelas verbalizações frequentes de emoções negativas, denotando grande pertinência da integração dos psicólogos nas equipas de CP. Esta pertinência fundamenta-se no papel fundamental dos psicólogos no cumprimento de um dos princípios básicos da filosofia dos CP, relativo à melhoria na qualidade de vida, através do alívio do sofrimento. Podendo também apoiar na utilização de estratégias adaptativas à vivência da finitude, face a individualidade do sujeito. Para além disso, através do desenvolvimento de programas de treino de comunicação de más notícias, podem potencializar junto dos profissionais de saúde o recurso à comunicação

humanizada e empática que considere os interesses e necessidades informacionais do doente. Esta comunicação deverá ainda atender ao sofrimento físico e psicológico do doente e a manutenção de esperança mediante a sua realidade de fim de vida.

O presente estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente a não integração de doentes em contexto de internamento e o caráter transversal do estudo. Para a realização de estudos futuros propõe-se a inclusão de um grupo de doentes em contexto de internamento, uma vez que o presente estudo foi realizado em contexto de consulta externa, onde recebem os cuidados em casa. Assim, seria oportuno, no sentido de procurar especificidades nesse grupo, distintas ou semelhantes aos dois estudados no presente estudo, uma vez que os cuidados principais seriam prestados pelos profissionais de saúde e não pelos familiares. Para além disso, dada a população envelhecida que compôs o presente estudo a realização de estudos com doentes com idade mais variada, no sentido de perceber a existência de especificidades. A terminar, considera-se a realização de estudos longitudinais, dado poderem permitir analisar possíveis alterações que ocorrem ao longo de todo o processo de fim de vida, desde o diagnóstico à morte do doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baalen, C., Grypdonck, M., Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2016). Hope dies last... A qualitative study into the meaning of hope for people with cancer in the palliative phase. *European Journal of Cancer Care*, 25(4), 570-579. doi: 10.1111/ecc.12500

Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo* (L. Reto & A. Pinheiro, Trad.). Lisboa: Edições70 (Obra original publicada em 1977).

Benzein, E., Norberg, A., & Saveman, B. (2001). The meaning of the lived experience of hope in patients with

cancer in palliative home care. *Palliative Medicine*, 15(2), 117-126. doi: 10.1191/026921601675617254

Clayton, J., Hancock, K., Parker, S., Butow, P., Walder, S., Carrick, S., ... Tattersall, M. (2008). Sustaining hope when communication with terminally ill patients and their families: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 17(7), 641-659. doi: 10.1002/pon.1288

Coelho, M., & Ferreira, A. (2015). Cuidados paliativos: Narrativas do sofrimento na escuta do outro. *Revista Bioética*, 23(2), 340-348. doi: 10.1590/1983-80422015232073

Decreto-Lei n. 258/2011, 20.04.2011. Código deontológico da ordem dos psicólogos portugueses. Diário da República, 2ª Série, 78, 17931-17936. Lisboa. Portugal

Direção Geral de Saúde (2016). *Portugal: Doença oncológica em números- Programa nacional para as doenças oncológicas*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Elliott, J., & Olver, I. (2009). Hope, life, and death: A qualitative analysis of dying cancer patients' talk about hope. *Death Studies*, 33(7), 609-638. doi: 10.1080/07481180903011982

European Association for Palliative Care (2010). *Definition of palliative care*. Retirado de <http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/Definiti onandaims.aspx>.

Feuz, C. (2012). Hoping for the best while preparing for the worst: A literature review of the role of hope in palliative cancer patients. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 43(3), 168-174. doi: 10.1016/j.jmir.2011.10.002

Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Fim de século: Lisboa.

Götze, H., Brähler, E., Gansera, L., Polze, N., & Köhler, N., (2014). Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care. *Supportive Care Cancer*, 22(10), 2775-2782. doi: 10.1007/s00520-014-2257-5

- Gramling, R., Norton, S., Ladwig, S., Metzger, M., DeLuca, J., Gramling, D., ..., Alexander, S. (2013). Direct observation of prognosis communication in palliative care: A descriptive study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(2), 202-212. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.02.004
- Groh, G., Vyhnalek, B., Feddersen, B., Führer, M., & Borasio, G. (2013). Effectiveness of a specialized outpatient palliative care service as experienced by patients and caregivers. *Journal of palliative medicine*, 16(8), 848-856. doi: 10.1089/jpm.2012.0491
- Leviski, B., & Langaro, F. (2014). O olhar humano sobre a vida: A consciência da finitude. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 17(1), 49-69.
- Mendes, J., Lustosa, M., & Andrade, M. (2009). Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 12(1), 151-173.
- Murray, S., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A., & Benton, T. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: A prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18(1), 39-45. doi: 10.1191/0269216304pm837oa
- Organização Mundial de Saúde (2002). *National cancer control programs: policies and managerial guidelines* (2ªed.). Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde (2017). World Health Organization *Definition of palliative care*. Retirado a Janeiro 2017 de <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- Queiroz, A., Pontes, R., Souza, A., & Rodrigues, T. (2013). Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2615-2623.
- Robinson, J., Gott, M., & Ingleton, C. (2014). Patient and family experiences of palliative care in hospital: What do we know? An integrative review. *Palliative Medicine*, 28(1), 18-33. doi: 10.1177/0269216313487568
- Shepperd, S., Wee, B., & Straus, S. (2012). Hospital at home: home-based end of life care. *Cochrane Database of Systematic Review*, 6(7). doi: 10.1002/14651858.CD009231
- Umezawa, S., Fujimori, M., Matsushima, E., Kinoshita, H., & Uchitomi, Y. (2015). Preferences of advanced cancer patients for communication on anticancer treatment cessation and the transition to palliative care. *Cancer*, 121(23), 4240-4249. doi: 10.1002/cncr.29635
- Ventura, A., Burney, S., Brooker, J., Fletcher, J., & Ricciardelli, L. (2014). Home-based palliative care: A systematic literature review of the self-reported unmet needs of patients and carers. *Palliative Medicine*, 28(5), 391-402. doi: 10.1177/0269216313511141

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO

TÉCNICAS PSICOMÉTRICAS VERSUS TÉCNICAS PROJETIVAS NA AVALIAÇÃO DA DINÂMICA INTRAPSÍQUICA DE DOENTES PSIQUIÁTRICOS EM CONSULTA EXTERNA: UM ESTUDO COMPARATIVO

Psychometric techniques versus projective techniques in the assessment of intrapsychic dynamic of psychiatric patients in Outpatient: a comparative study

Técnicas psicométricas frente a técnicas proyectivas en la evaluación de la dinámica intrapsíquica de pacientes psiquiátricos en ambulatorio: un estudio comparativo

Patrícia Costa*, Sónia Remondes-Costa*, Cláudia Milheiro**

RESUMO

Enquadramento: para se proceder a toda e qualquer intervenção no âmbito da psiquiatria ou da psicologia clínica é necessário proceder inicialmente às avaliações psiquiátricas e psicológicas a fim de se estabelecer um diagnóstico inicial de referência. **Objetivo:** atestar as potencialidades psicométricas e clinimétricas da utilização de métodos projetivos na avaliação psicológica, em termos de aprofundamento da dinâmica intrapsíquica, prognóstico, previsibilidade de adesão ao tratamento e evolução terapêutica, comparativamente com os instrumentos de autorrelato. **Metodologia:** foi utilizada uma amostra clínica de 10 doentes psiquiátricos atendidos na Consulta Externa do Hospital de Magalhães Lemos. Os dados foram recolhidos com recurso a um questionário de dados sociodemográficos; aplicação do *Symptom Checklist 90 – Revised* (SCL 90 – R – Derogatis, 2002); e administração da prova projetiva de *Rorschach* (Chabert, 1998; Marques, 2001). **Resultados:** os resultados obtidos apontam o *Rorschach* como um instrumento que viabiliza a identificação de indicadores psicopatológicos discretos, que podem passar despercebidos em questionários de autorrelato. **Conclusão:** constatou-se que as técnicas projetivas são indicadas para completar o processo de psicodiagnóstico, fornecendo indicadores mais profundos do funcionamento da personalidade e dos seus recursos.

Palavras-chave: técnicas psicométricas; técnicas projetivas; dinâmica intrapsíquica.

ABSTRACT

Background: in order to carry out any intervention in the psychiatry or clinical psychology field, psychiatric and psychological evaluations must first be carried out in order to establish an initial reference diagnosis. **Objective:** to certify the psychometric potential and clinimetric of the use of projective methods in psychological evaluation, in terms of deepening of the intrapsychic dynamic, prognosis, predictability of the treatment adherence and therapeutic evolution, compared with the instruments of self-report. **Methodology:** it was used a clinical sample of 10 patients with diagnosed psychiatric pathology received in General Outpatient of Magalhães Lemos Hospital. Data were collected using: a questionnaire of sociodemographic data, that has been built for this purpose; an application of Symptom Checklist 90 – Revised (SCL 90 – R – Derogatis, 2002); and the administration of the projective test of Rorschach (Chabert, 1998; Marques, 2001). **Results:** the results suggest that the *Rorschach* test is a tool that enables the identification of discrete psychopathological indicators that may be not noticed in self-report questionnaires. **Conclusion:** it was found that the projective techniques are indicated to complete the process of psychodiagnosis, providing deeper indicators of the functioning of the personality and its resources.

Keywords: psychometric techniques; projective techniques; intrapsychic dynamic.

RESUMEN

Marco contextual: para proceder a cualquier intervención en el ámbito de la psiquiatría o de la psicología clínica es necesario proceder inicialmente a las evaluaciones psiquiátricas y psicológicas a fin de establecer un diagnóstico inicial de referencia. **Objetivo:** Atestar las potencialidades psicométricas y clinimétricas de la utilización de métodos proyectivos en la evaluación psicológica, en términos de profundización de la dinámica intrapsíquica, pronóstico, previsibilidad de adhesión al tratamiento y evolución terapéutica, en comparación con los instrumentos de autorrelación. **Metodología:** se utilizó una muestra clínica de 10 pacientes psiquiátricos atendidos en la Consulta Externa del Hospital de Magallanes Lemos. Los datos se recopilaron con un cuestionario de datos sociodemográficos; de la aplicación del Symptom Checklist 90 - Revised (SCL 90 - R - Derogatis, 2002); y la administración de la prueba proyectiva de Rorschach (Chabert, 1998, Marques, 2001). **Resultados:** los resultados obtenidos apuntan al Rorschach como un instrumento que viabiliza la identificación de indicadores psicopatológicos discretos, que pueden pasar desapercibidos en cuestionarios de autorrelato. **Conclusión:** se constató que las técnicas proyectivas son indicadas para completar el proceso de psicodiagnóstico, proporcionando indicadores más profundos del funcionamiento de la personalidad y de sus recursos.

Palabras-clave: técnicas psicométricas; técnicas proyectivas; dinámica intrapsíquica.

* Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

** Hospital de Magalhães Lemos, Porto, Portugal

Como Referenciar:

Costa, P., Remondes-Costa, S. & Milheiro C. (2018). Técnicas psicométricas versus técnicas projetivas na avaliação da dinâmica intrapsíquica de doentes psiquiátricos em consulta externa: Um estudo comparativo. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(1), 97-107

INTRODUÇÃO

No domínio da psicologia, o método clínico fornece atualmente o campo prático de todas as iniciativas avaliativas. As novas terapias acentuam o conceito de “cuidado” complementar ao de psicopatologia. As hipóteses de novas terapias assentam todas no postulado de que a pessoa doente pode ser curada na base daquilo que exprime e diz ao terapeuta (Neves, 2010).

O presente estudo tem como objetivo atestar as potencialidades psicométricas e clinimétricas da utilização de métodos projetivos, designadamente o *Rorschach*, na avaliação psicológica, em termos de aprofundamento da dinâmica intrapsíquica, prognóstico, previsibilidade de adesão ao tratamento e evolução terapêutica, comparativamente com os instrumentos de autorrelato.

ENQUADRAMENTO

Para se proceder a toda e qualquer intervenção no âmbito da psiquiatria ou da psicologia clínica, tanto a nível farmacológico como a nível psicoterapêutico, é necessário proceder inicialmente às avaliações psiquiátricas e psicológicas a fim de se estabelecer um diagnóstico inicial de referência. Deve entender-se a pessoa doente como pessoa e, como qualquer outra, tem a sua personalidade (Neves, 2010).

São várias as técnicas em que o psicólogo se pode apoiar. Os questionários de autorrelato (técnicas psicométricas) na quantificação dos sintomas têm ganho grande popularidade ao longo do tempo, apresentando vantagens que complementam o método clássico da entrevista. Eles permitem o acesso rápido a informações difíceis de conseguir através de outros meios, suplementando a informação obtida por um observador externo; podem ser considerados como um instrumento para deteção e

despiste de questões que necessitam de atenção profissional especializada, além de permitirem uma aplicação mais eficiente dos recursos de saúde; e possibilitam a obtenção de dados comparáveis sobre grandes grupos da população, definindo-se a “normalidade” comparativamente com a “patologia”, sendo que as pontuações mais elevadas se relacionam com estados psicopatológicos mais graves (Derogatis, 2002).

Não obstante, é necessário reconhecer que os métodos de avaliação autoaplicada têm também algumas formas de viés a considerar. São elas: o efeito *halo*, caracterizado por um desvio da resposta que sucede quando o sujeito permite que as suas avaliações numa variável influenciem os valores atribuídos a outra; a indulgência e a inclemência que, como os próprios nomes indicam, são tendências a realizar avaliações mais positivas ou mais negativas do que as reais; a tendência central que corresponde a uma distorção consistente em realizar um maior número de avaliações médias ou neutras do que as reais; a tendência extrema, firme na tendência a ir aos extremos da escala, visto que um indivíduo pode ser consistentemente cauteloso e inclinar-se a não se desviar demasiado de uma posição central ou moderada ou, pelo contrário, marcar aleatória ou erráticamente pontos extremos; e a restrição da escala, semelhante à tendência central, referindo-se à tendência a restringir as respostas a uma parte particular da escala (Derogatis, 2002).

Além do mais, presume-se que as mudanças na valorização de um sintoma ao longo do tempo correspondam a uma modificação real na sua gravidade ou intensidade, no entanto também podem dever-se a uma alteração nos padrões de comparação que determinam o valor específico. Este efeito é particularmente importante

quando o questionário é utilizado para medir mudanças ao longo de um programa terapêutico (Derogatis, 2002).

Os questionários de autorrelato estão especialmente sujeitos à simulação ou à falsificação por parte de quem os preenche, tornando-se possível que o indivíduo “falsifique para bem”, dando respostas que criem uma impressão favorável ou, noutras circunstâncias, pode estar motivado a “falsificar para mal”, tentando dar a impressão de estar pior do que está (Derogatis, 2002).

Abundantes resultados de pesquisa foram publicados entre as décadas de 40 e 80, um pouco por todo o mundo, atestando a fidedignidade das técnicas projetivas (Piotrowski, 2015). Um dos aspetos apontados como diferenciador e enriquecedor deste tipo de técnicas reside nas suas tarefas relativamente não estruturadas, o que permite uma variedade quase ilimitada de respostas possíveis, maior foco nos aspetos qualitativos do desempenho e uma maior interação do psicólogo com o avaliando (Anastasi & Urbina, 2000).

Os instrumentos projetivos representam procedimentos de testagem disfarçada, na medida em que os testemunhos raramente se dão conta do tipo de interpretação psicológica que as suas respostas terão. Além disso, caracterizam-se por uma abordagem global à avaliação da personalidade, uma vez que a atenção se centra num quadro composto de toda a personalidade e não na mensuração de traços separados. Por fim, as técnicas projetivas habitualmente são consideradas pelos seus expoentes como especialmente efetivas para revelar aspetos da personalidade encobertos, latentes ou inconscientes, sendo que quanto menos estruturado ou mais ambíguo for o estímulo, menos provável é que evoque reações defensivas por parte do respondente (Anastasi & Urbina, 2000).

O foco da crítica é predominantemente orientado para a falta de “validade”, ou seja, que não conseguem medir

aquilo a que se propõem (Piotrowski, 2015). Em contrapartida, outros pesquisadores, apresentam resultados positivos relativamente a diagnósticos diferenciais envolvendo testes projetivos. Referindo-se especificamente à técnica de *Rorschach*, Mihura, Meyer, Dumitrascu e Bombel (2015) rebateram essas críticas, considerando que o facto de certo número de pesquisas apontarem para resultados diversificados pode ter levado críticos a simplesmente considerarem a técnica como inválida, o que pode ser uma interpretação exagerada e equívoca. Os autores realizaram uma extensa meta-análise, englobando 2467 publicações, de 1974 a 2011, encontrando evidências de validade para diversas variáveis do teste.

No âmbito nacional, a extensa produção científica com técnicas projetivas tem apresentado estudos que atestam as adequadas características psicométricas de validade e precisão dos instrumentos. Além disso, é possível encontrar pesquisas avaliando características psicológicas que vão além das tradicionais correlações entre constructos semelhantes, incluindo aspetos da vida importantes para o trabalho do psicólogo. Alguns exemplos de estudos com o *Rorschach* incluem a avaliação de esquizofrenia (Resende & Argimon, 2012); efetividade da terapia psicodinâmica (Yazigi, Amaro, Fiore, & Semer, 2010); tentativas de suicídio clinicamente gravem (Vaz, 2010), entre muitos outros.

Ao longo da última década, tem-se vindo a assistir a uma bifurcação acerca da validade e fidedignidade dos testes projetivos nos contextos clínico e académico, continuando a ser utilizados e defendidos no primeiro e desacreditados no segundo (Harwood, Beutler, & Groth-Marnat, 2011). Ao mesmo tempo, apesar das recentes contestações académicas para aludir às críticas realizadas aos métodos projetivos, a probabilidade de mudar a mentalidade dos céticos é bastante duvidosa (Mihura *et al.*, 2015). A finalizar, deve notar-se que o impacto que a recente

atenção no campo da avaliação irá ter nas práticas de avaliação e de formação ainda não está claro e, consequentemente, tais perspetivas só podem limitar a utilização global de técnicas projetivas (Youngstrom, Choukas-Bradley, & Calhoun, 2015).

METODOLOGIA

Fez parte da investigação uma amostra clínica de 10 doentes com patologia psiquiátrica diagnosticada, atendidos na Consulta Externa Geral de Psicologia Clínica do Hospital de Magalhães Lemos, no Porto

Todos os participantes pertencem ao sexo feminino (100,0%). A faixa etária variou entre os 30 e os 58 anos de idade ($M=45,10$; $DP=10,34$). No que concerne ao estado civil, quatro são solteiras (40,0%), em igual percentagem são divorciadas (40,0%) e duas encontram-se casadas (20,0%). Em termos de escolaridade, cinco têm o ensino superior (50,0%), três possuem o ensino secundário (30,0%), uma tem o terceiro ciclo (10,0%) e em igual percentagem tem o segundo ciclo (10,0%). Relativamente à situação ocupacional, cinco encontram-se desempregadas (50,0%), quatro empregadas (40,0%) e uma de baixa/atestado médico (10,0%).

Em primeiro lugar, foi aplicado um questionário de dados sociodemográficos, construído para o efeito, com vista à obtenção de informação relativa ao género, idade, estado civil, escolaridade e situação ocupacional.

Num segundo momento foi administrado o *Symptom Checklist 90 – Revised* (SCL 90 – R) de Derogatis (2002),

Em último lugar, foi aplicada a prova projetiva de *Rorschach*, criada e desenvolvida pelo psiquiatra suíço Hermann Rorschach com o objetivo de estudar a dinâmica da personalidade, normal e patológica (Cunha, 2000).

Depois de concedida a autorização do Conselho de Administração do Hospital de Magalhães Lemos, as

avaliações foram realizadas sempre após a consulta médica, em dois momentos: i) explicações sobre a investigação, assinatura do consentimento informado depois de esclarecido e consentido, resposta ao questionário sociodemográfico e aplicação do SCL 90 – R; ii) administração da prova projetiva de *Rorschach*. O tempo entre as sessões não foi maior que o período de duas semanas a fim de não permitir uma alteração dos sintomas apresentados entre as avaliações.

O tratamento dos dados seguiu uma metodologia quantitativa, com recurso ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) para *Windows*, versão 23.0.

A organização da informação obtida na recolha de dados através do SCL 90 – R consistiu em codificar as questões fechadas de acordo com a categorização das variáveis, segundo a indicação do adaptador da versão portuguesa.

A cotação dos protocolos *Rorschach* foi feita por dois juízes, com base na matriz interpretativa da *Escola Francesa*, circunscrita aos contributos de Chabert (1998), retomados por algumas formulações de Marques (2001). No que respeita a alguns parâmetros de cotação, foram os referenciais sustentados por Beizmann (1966).

RESULTADOS

Em primeiro lugar, são apresentados os resultados relativos à avaliação sintomatológica, através do questionário de autorrelato (SCL 90 – R). Seguidamente são demonstrados os resultados referentes à análise do psicograma *Rorschach*.

1. Perfil Sintomático

De acordo com os resultados da tabela 1, começando pelos índices globais, o PST registou o índice mais elevado ($M=67,30$; $DP=15,54$), equivalente ao número médio de sintomas experienciados pelas doentes da amostra estudada. No que se refere ao índice de angústia, PSDI, a

angústia com que os sintomas são experienciados situa-se num nível elevado ($M=2,42$; $DP=0,54$). O índice global de severidade (GSI) das doentes registou um valor moderado ($M=1,88$; $DP=0,74$).

A depressão obteve os índices de perfil mais elevados ($M=2,51$; $DP=0,91$), seguida da sensibilidade interpessoal, em segundo ($M=2,31$; $DP=0,78$), da ideação paranoide e

ansiedade, com valores muito próximos, em terceiro e quarto lugar, respetivamente.

Sublinham-se ainda as pontuações obtidas nas escalas opcionais de morte ($M=2,40$; $DP=1,90$) e culpa ($M=2,40$; $DP=1,43$), que se encontram entre os quadros sintomáticos com índices mais elevados.

Tabela 1

Estatística descritiva relativa aos índices sintomáticos e globais do SCL 90 – R (N=10)

Índices sintomáticos e globais	Mínimo	Máximo	M	DP
Somatização (SOM)	0,42	3,25	1,72	0,98
Obsessão/Compulsão (OBS)	0,90	3,00	1,90	0,84
Sensibilidade interpessoal (INT)	1,22	3,33	2,31	0,78
Depressão (DEP)	0,62	3,31	2,51	0,91
Ansiedade (ANS)	0,20	3,40	2,07	0,99
Hostilidade (HOS)	0,33	3,17	1,55	0,84
Ansiedade fóbica (FOB)	0,00	3,14	1,27	1,19
Ideação paranoide (PAR)	0,17	3,33	2,09	0,97
Psicoticismo (PSI)	0,20	2,20	1,14	0,70
Sono (44, 64, 66)	0,33	3,33	2,07	1,05
Alteração do apetite (19, 60)	0,00	2,50	1,35	0,97
Morte (59)	0,00	4,00	2,40	1,90
Culpa (89)	0,00	4,00	2,40	1,43
GSI	0,54	2,92	1,88	0,74
PST	32,00	85,00	67,30	15,54
PSDI	1,53	3,33	2,42	0,54

Nota: GSI = Índice global de severidade; PST = Total de sintomas positivos; PSDI = Índice de sintomas positivos de angústia.

2. Perfil Projetivo

Os resultados obtidos pelo *Rorschach* foram organizados em três eixos: a) dinâmica cognitiva, b) dinâmica afetiva e c) dinâmica de socialização.

a) Dinâmica cognitiva - A dinâmica cognitiva indica a base da lógica e da acuidade percetiva do indivíduo (Chabert, 1998). Estes aspetos do funcionamento individual foram aferidos através da percentagem dos modos de apreensão (G%, D%, Dd%, Dbl%), do número de respostas de conteúdo humano (K), e dos aspetos relacionados com o controlo lógico, tais como a percentagem de respostas com determinantes formais (F%) e a percentagem de respostas de boa qualidade formal (F+%).

Ao associar o número de respostas globais dentro do intervalo médio esperado (29,60%) e o baixo número de

respostas de grande detalhe (58,00%) verificaram-se, conforme apresentado na tabela 2, indícios de incompletude, ou seja, uma atitude defensiva que consiste em não se aplicar numa procura mais aprofundada ou mais pessoal, com falta de curiosidade de exploração perante detalhes (2,20%). A presença de respostas de interpretação de detalhe branco (9,50%) é sugestivo de carências afetivas ou mesmo sentimentos de abandono, de vazio e de falta.

O número de respostas de movimento humano dentro do intervalo médio esperado (1,20) dá conta do equilíbrio entre os mecanismos percetivos e a expressão do imaginário.

No referente ao controlo lógico, a elevada percentagem de respostas com determinantes formais (70,10%) em

detrimento do baixo número de respostas de boa qualidade formal (47,80%) revelam que, na aproximação à realidade, é

privilegiado o pensamento racional e socializado numa atitude objetiva com a realidade, apesar desta se apresentar insatisfatória, divulgando assim falhas na inserção socializante do real.

Tabela 2

Média de frequência e percentagem de indicadores obtidos pelo Rorschach relativos à dinâmica cognitiva

Variáveis	M ± DP	Mínimo – Máximo	Intervalo médio esperado	N
G%	29,60 ± 10,27	14,0 – 44,0	20 – 30	10
D%	58,00 ± 10,13 ↓	41,0 – 73,0	60 – 70	10
Dd%	2,20 ± 3,06 ↓	0,0 – 9,0	6 – 10	10
Dbl%	9,50 ± 7,43	0,0 – 27,0	6 – 10	10
K	1,20 ± 0,98	0,0 – 3,0	0 – 3	10
F%	70,10 ± 5,89 ↑	61,0 – 78,0	60 – 70	10
F+%	47,80 ± 23,10 ↓	25,0 – 100,0	75 – 95	10

b) Dinâmica afetiva – A análise dos resultados da tabela 3 permite observar a existência de conflitos no que respeita às vivências afetivas. Os resultados obtidos no TRI definem as vivências afetivas das participantes como extratensiva, visto que apresentam um maior número de respostas de cor, ainda que tenham alguma expressão de grandes cinestésias. Assim, os sujeitos com este tipo de ressonância são caracterizados pela sua impulsividade e excitabilidade, cuja utilização é frequentemente inadequada. Para além disso, falta-lhes perspetiva na

apreciação da realidade objetiva, tornando-se, por vezes, instáveis.

Dado o menor número de respostas de esbatimento, prevalecendo a expressão de pequenas cinestésias, a fórmula secundária é do tipo introversivo, variando no sentido inverso do TRI. Neste sentido, se a relação aparente das participantes com o mundo externo parece ser dominada pela extroversão, impulsividade e irritabilidade, a sua tendência interna parece ser dominada por maior inibição e introversão.

Tabela 3

Frequência de indicadores obtidos pelo Rorschach relativos à dinâmica afetiva

Variáveis	Introversivo	Extratensivo	Ambigüal	Coartado	N
TRI	1	7 ↑	2	0	10
TL	8 ↑	0	0	2	10

Nota: TRI = Tipo de ressonância íntima; TL = Tendências latentes.

A tabela 4 sistematiza os dados referentes aos indicadores de controlo afetivo. Em relação à proporção de respostas de cor associadas à forma e de respostas de esbatimento associadas à forma, observou-se predomínio de respostas de cor associadas à imprecisão formal (inadequadas) que indicam uma marcada dificuldade em manter uma coordenação adequada das vivências emocionais em função da intensidade das mesmas, em decorrência da imaturidade dos recursos internos de contenção, instabilidade emocional e dificuldade em postergar as escargas impulsivas (FC<C+CF) e prejuízo na capacidade

e de exercer o uso da razão de forma eficiente para o domínio da angústia e depressão (FE<E+EF). Já a relação entre as respostas de movimento humano (grandes cinestésias) e pequenas cinestésias assinala um predomínio das pequenas cinestésias, dando conta de uma dinâmica regressiva, em que perante a dificuldade em suportar o conflito, as participantes deslocam os movimentos pulsionais destrutivos para conteúdos não humanos ou partes humanas, o que traduz impossibilidade de contacto com o outro (K<k).

RIIS

Revista de Investigação & Inovação em Saúde

Tabela 4
Frequência de indicadores obtidos pelo Rorschach relativos ao controlo afetivo

Variáveis	Adequada	Inadequada	N
FC: C + CF	4	6 ↑	10
FE: E + EF	1	9 ↑	10
K: k	2	8 ↑	10

c) Dinâmica de socialização – Quanto à socialização em superfície verificou-se, como se pode ver na tabela 5, que os participantes apresentam um número de respostas de conteúdo animal dentro do intervalo médio esperado (49,30%). No entanto, o uso baixo de respostas banais (19,70%), poderá evidenciar alguma falta de contacto com a realidade objetiva e social, bem como desinteresse ou oposição sistematizada do meio social.

Em contrapartida, no que diz respeito à socialização em profundidade, o elevado número de respostas de conteúdo humano (24,40%) assinala a aptidão para reconhecer a própria identidade subjetiva e remete para a capacidade de estabelecimento de contactos com os outros.

Tabela 5
Média de percentagem de indicadores obtidos pelo Rorschach relativos à dinâmica de socialização

Variáveis	M ± DP	Mínimo – Máximo	Intervalo médio esperado	N
Ban%	19,70 ± 9,01 ↓	5,0 – 33,0	25 – 35	10
ΣA%	50,30 ± 16,51	23,0 – 78,0	30 – 50	10
ΣH%	24,40 ± 14,79 ↑	0,0 – 54,0	15 – 20	10

DISCUSSÃO

O objetivo deste trabalho de investigação foi verificar a extensão e importância da utilização do psicodiagnóstico de *Rorschach* na avaliação psicológica, em termos de aprofundamento da dinâmica intrapsíquica, prognóstico, previsibilidade de adesão ao tratamento e evolução terapêutica, comparativamente com a utilização de questionários de autorrelato.

Um dos primeiros resultados que importa discutir diz respeito às características sociodemográficas da amostra em estudo, sendo que esta se revelou exclusivamente feminina, o que indica serem as mulheres quem mais procura ajuda psicológica. Esta diferença pode ser explicada por variados fatores, entre eles a maior facilidade que a mulher apresenta em assumir o papel de doente, papel muitas vezes socializado, visto que a mulher

foi culturalmente olhada como o género mais fraco (Canetto, 1997).

Na faixa etária dos 30 aos 58 anos, na qual as doentes deste estudo se situam, considera-se um período no qual o indivíduo está em plena maturidade, definido profissionalmente e apto a associar-se a outras pessoas em condições de igualdade, numa fase em que é considerado bastante produtivo. O quadro de adoecimento mental nos indivíduos nesta faixa etária deve ser analisado como um quadro preocupante, face às suas implicações para a definição do projeto de vida individual, atendendo à sua integração e participação social, e às implicações sociais que esses comprometimentos representam (Neves, 2010).

Quanto ao estado civil, verificou-se que a maioria das doentes é maritalmente desvinculada, ou seja, solteiras e

divorciadas. Vários estudos também mostraram esta prevalência para os solteiros nos serviços de saúde mental. Segundo Braga, Borges, Iodes, e Freitas (2005), pessoas acometidas por perturbações mentais evidenciam grandes perdas pessoais e sociais à medida que a doença se instala, caracterizando assim dificuldades em estabelecer laços afetivos e relações interpessoais duradouras. Este facto pode ser verificado devido à grande proporção de pessoas sem vínculos afetivos nesta amostra.

A generalidade das doentes participantes no estudo possui formação superior. Outros estudos referem a escolaridade como variável protetora da saúde mental, na medida em que aumenta a possibilidade de escolhas na vida, além de influenciar aspirações, autoestima e aquisição de novos conhecimentos, que podem motivar atitudes e comportamentos mais saudáveis (Ludermir & Melo Filho, 2002). Se tivesse sido possível alargar a amostra, poderiam ter-se encontrado outras realidades académicas.

No que respeita à situação ocupacional, metade das participantes encontram-se desempregadas. Como revisto, o desemprego está associado à pobreza e à insegurança, sendo um fator de influência da doença mental (Patel & Kleinman, 2003), o que realça a importância de uma intervenção que inclua a integração e a reinserção profissional.

Os traços do perfil sintomatológico a ter em consideração poderão ser o facto da população em estudo apresentar elevados níveis de sensibilidade interpessoal e ideação paranoide, sintomas que se encontram nas perturbações da personalidade (American Psychological Association, 2002). Segundo Derogatis (2002), a sensibilidade interpessoal manifesta uma hipersensibilidade em relação a opiniões e atitudes alheias. Em referência aos resultados obtidos na dimensão sintomática da ideação paranoide, o autor indica que as participantes apresentam características próprias de um pensamento projetivo,

como desconfiança, centralismo autorreferencial e ideação delirante, hostilidade, grandiosidade, medo da perda de autonomia e necessidade de controlo.

Respeitante ao perfil projetivo da amostra, importa que se particularizem outros potenciais interpretações e ilações clínicas postas em evidência pelos desvios ao normativo. Neste sentido, a propósito das apreensões do estímulo feitas por meio do global se situarem no limiar superior dos valores de referência, parecem haver indícios de uma procura de não implicação subjetiva e submissão passiva comparativamente à realidade externa. Oneto, Marques e Pinheiro (2009) defendem que este é um tipo de dado que pontua a favor de uma certa ausência de vitalidade psíquica, patente na apreensão direta da mancha, sem que haja qualquer esforço pessoal de elaboração. Em posição homóloga, Chabert (1998, p. 120) defende que um padrão de respostas centrado na apreensão global do estímulo “pode ser sustentado por uma preguiça cognitiva, que consiste em se moldar ao material sem curiosidade nem procura”. Assim, o registado em G% não deixa de se insurgir como um potencial padrão defensivo, erguido, como que na tentativa de anular potenciais ingerências fantasmáticas, sentidas como ameaçadoras, bem como a existência de um pensamento algo condensado. Por outro lado, o processo psicológico subjacente à elaboração das respostas é essencialmente adaptativo (perceptivo) e pouco associativo (projetivo), contribuindo para um prognóstico favorável das perturbações da personalidade.

No que concerne à ligeira diminuição verificada em D% (apreensões em grande detalhe), existe algum reforço quanto às ilações tecidas a respeito da elevação em G%. Além disso, se esse decréscimo for coadunado ao decréscimo registado no número de banalidades e, sobretudo, no F+%, há evidências fortalecidas, quanto à prevalência de aspetos lacunares em termos de algum rigor e ajustamento das qualidades perceptivas do pensamento, face ao ambiente externo, pondo a

descoberto um modo de funcionamento com fragilidades na inserção à realidade objetiva. De igual modo, os decréscimos, nestas três variáveis, consubstanciam-se a favor de ilações quanto à existência de fragilidades na adaptação percetiva e socializante (Chabert, 1998).

A este respeito, será importante que não se percam de vista as múltiplas requisições que a doença implica, como sendo o caso da intensa e constante necessidade de monitorização médica e medicamentosa, com que os sujeitos se confrontam diariamente (Daigle, Pouliot, Chagnon, Greenfield, & Mishara, 2011). Para além disso, as preocupações que emergem do seio familiar (Borba, Schwartz, & Kantorski, 2008), podem concorrer para o alastrar das fragilidades já existentes e para que estes se vejam privados do alcance da autonomia, necessária à potenciação dos seus recursos mais saudáveis de funcionamento. Todas estas adjacências, em estreita ligação com as *nuanças* psíquicas anteriormente descritas, farão com que o relacionamento com o mundo externo se veja despojado de vínculos genuínos e gestos mais espontâneos e, por conseguinte, se consolidem os movimentos de retração face ao exterior. Será neste sentido que as pessoas que se encontrem envoltas nestes processos de doença apresentem dificuldades ao nível da adaptação social (Resende & Argimon, 2012).

No tocante às elevações registadas ao nível do F% e A%, há um fortalecimento das considerações anteriormente avançadas, relativas à prevalência de uma certa rigidez ao nível dos mecanismos de defesa, que se particularizam, no essencial, no enfoque da realidade externa, nos seus aspetos puramente objetivos e concretos, de forma a evitar a expressão pulsional e fantasmática. Neste contexto, parece que o recurso ao formal patente na elevação registada em F% assinala a prevalência de uma preocupação de controlo, corporizada na centração dos aspetos mais factuais e formais da realidade externa, numa espécie de escape à expressão da sensorialidade e

do afeto. Em aditamento, a percentagem de conteúdos animais no limiar superior dos valores normativos, é mais um dado que revigora a inferência relativa à primazia de um padrão defensivo bastante denso, que assinala uma espécie de carapaça social, valorizante dos aspetos mais concretos da realidade externa (Godinho, Marques, & Pinheiro, 2009).

Em auxílio a estes resultados e conclusões que deles decorrem, entra a dominância introversiva na fórmula secundária, caracterizada por recursos de posicionamento reflexivo frente às vivências emocionais, não plenamente desenvolvidos, para a elaboração dos afetos. Sabendo que a fórmula secundária, quando conjugada ao TRI, poderá ditar a existência de conflitos, caso cada uma aponte para modos distintos de funcionamento, fica posta em evidência a existência de conflitos internos subjacentes, tendo em conta que o TRI prevalente terá sido o extratensivo. Esta tendência impulsiva fez-se presente pelo facto das doentes terem apresentado predominância das respostas de cor, ditada pela extroversividade, contraposta à fórmula secundária introversiva (com predomínio de pequenas cinestésias), o que dita a existência de um padrão conflitual entre o que parece ser o anulamento das ingerências fantasmáticas (evidente na fraca existência de K's) e a manifestação pulsional que é posta a descoberto pelas pequenas cinestésias (Godinho, Marques, & Pinheiro, 2009). Dado que os conflitos interiores dos sujeitos se vão manifestar em interação com os outros, sendo isso uma consequência positiva da saída do estado mais centrado em si mesmos, é, em termos práticos, sinal de possível adesão ao tratamento, evolução terapêutica e justamente melhor prognóstico.

De acordo com o cruzamento dos resultados obtidos dos instrumentos suprarreferidos, salientam-se as interpretações e conclusões clínicas postas em evidência através do *Rorschach*, nomeadamente pelas dinâmicas afetiva e de socialização frente às pontuações elevadas na

depressão e ansiedade na amostra em estudo, em termos de aprofundamento da dinâmica intrapsíquica; pela dinâmica cognitiva, a respeito do prognóstico das perturbações mentais, especialmente das perturbações da personalidade; e pela dinâmica afetiva, no plano da previsibilidade de adesão ao tratamento e evolução terapêutica.

Conforme Chabert (1998), o psicodiagnóstico de *Rorschach* viabiliza a identificação de indicadores psicopatológicos discretos, que podem passar despercebidos numa entrevista clínica e/ou em questionários de autorrelato, e apontar uma descompensação em via de desenvolvimento. Ademais, possibilita o delineamento de recursos adaptativos latentes, sobre os quais se poderão apoiar intervenções multidisciplinares. Logo, pode propor-se que a utilização desta técnica projetiva no contexto da saúde mental tenda a ser potencialmente proveitosa, como, a propósito, apontam as pesquisas de Resende e Argimon (2012) e Vaz (2010), nas quais a mesma foi adotada.

Quanto às limitações do presente estudo destaca-se, em primeiro lugar, o facto do *Rorschach*, ainda que seja uma prova projetiva com estímulos visuais ambíguos e relativamente independente da matriz cultural, não estar aferido para a população portuguesa podendo, de algum modo, provocar um enviesamento dos dados, por divergências culturais, visto que se utilizou o sistema de cotação francês. Concomitantemente a este fator, salientam-se as limitações conferidas devido à amostra ser relativamente pequena, e apenas e exclusivamente do sexo feminino, para se poderem tirar ilações relativas à população.

CONCLUSÃO

Face aos resultados obtidos, constatou-se que as técnicas projetivas são indicadas para completar o processo de

psicodiagnóstico, fornecendo indicadores mais profundos do funcionamento da personalidade e dos seus recursos. O psicodiagnóstico de *Rorschach* permite que, ao serem colocados frente a um estímulo ambíguo, os indivíduos revelem conteúdos latentes que são verbalizados e podem ser interpretados, pelo psicólogo, a partir da avaliação quantitativa e qualitativa das respostas anotadas detalhadamente durante a aplicação e posterior análise simbólica dos conteúdos.

Quanto às limitações do presente estudo destaca-se, em primeiro lugar, o facto do *Rorschach*, ainda que seja uma prova projetiva com estímulos visuais ambíguos e relativamente independente da matriz cultural, não estar aferido para a população portuguesa podendo, de algum modo, provocar um enviesamento dos dados, por divergências culturais, visto que se utilizou o sistema de cotação francês. Concomitantemente a este fator, salientam-se as limitações conferidas devido à amostra ser relativamente pequena, e apenas e exclusivamente do sexo feminino, para se poderem tirar ilações relativas à população.

Ultimamente o interesse na clínica e na investigação pelas técnicas projetivas tem aumentado, o que parece ser promissor quanto à fertilidade de novos estudos de investigação. Independentemente do sentido positivo ou do sentido negativo das conclusões que se retirem em relação à prova, é certo que daí resultará uma progressiva análise do vasto campo (conceitual, metodológico) que é ainda necessário investigar. Posto isto, há necessidade de aumentar o universo de estudos que norteiam o tema, de forma a atualizar e ratificar as contribuições deste instrumento para o processo de avaliação psicológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

RIIS

Revista de Investigação & Inovação em Saúde

- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica* (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Beizmann, C. (1966). *Livret de cotation des formes dans le Rorschach*. Paris: Centre de Psychologie Appliquée.
- Borba, L. O., Schwartz, E., & Kantorski, L. P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), 588-594.
- Braga, D. S., Borges, K. D. M., Iodes, A. M. F., & Freitas, R. M. (2005). Estudo do uso racional medicamentos por usuários do centro de atenção psicossocial – CAPS VI. *Infarma*, 17(7/9), 74-77.
- Canetto, S. (1997). Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 27(4), 339-351.
- Chabert, C. (1998). *O Rorschach na clínica do adulto*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Daigle, M. S., Pouliot, L., Chagnon, F., Greenfield, B., & Mishara, B. (2011). Suicide attempts: prevention of repetition. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(10), 621-629.
- Derogatis, L. (2002). *SCL-90-R: cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: Tea Ediciones.
- Godinho, M. Q., Marques, M. E., & Pinheiro, C. B. (2009). A expressão no Rorschach dos fenómenos transitivos e do espaço potencial na personalidade borderline. *Análise Psicológica*, 27(3), 349-363.
- Ludermir, A. B., & Melo Filho, D. A. (2002). Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Revista de Saúde Pública*, 36(2), 213-221.
- Marques, M. E. (2001). *A psicologia clínica e o Rorschach* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Mihura, J. L., Meyer, G. J., Dumitrascu, N., & Bombel, G. (2015). Standards, accuracy, and questions of bias in Rorschach meta-analyses: reply to Wood, Garb, Nezworski, Lilienfeld, and Duke (2015). *Psychological Bulletin*, 141(1), 250-260. doi: 10.1037/a0038445.
- Neves, I. M. S. (2010). *A sintomatologia psiquiátrica de utentes em internamento parcial no Hospital de Dia em hospital psiquiátrico: estudo comparativo entre os momentos de admissão e alta* (Tese de mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Oneto, M. M., Marques, M. E., & Pinheiro, C. B. (2009). A natureza e especificidade do espaço mental através do Rorschach. Um espaço potencial? – Análise de um protocolo de uma paciente limite. *Análise Psicológica*, 27(3), 331-347.
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609-615.
- Piotrowski, C. (2015). Projective techniques usage worldwide: a review of applied settings 1995-2015. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 41(3), 9-19.
- Resende, A. C., & Argimon, I. I. L. (2012). A técnica de Rorschach e os critérios da CID-10 para o diagnóstico da esquizofrenia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 422-434.
- Vaz, S. B. (2010). *O método de Rorschach no estudo de casos de tentativa de suicídio clinicamente grave* (Tese de mestrado). Universidade de Brasília, Brasília.
- Youngstrom, E. A., Choukas-Bradley, S., & Calhoun, C. D. (2015). Clinical guide to the evidence-based assessment approach to diagnosis and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(1), 20-35. doi: 10.1016/j.cbpra.2013.12.00

ARTIGO DE REVISÃO

PERSPETIVAS DAS PESSOAS QUE RECEBEM MÁIS NOTÍCIAS EM CONTEXTO HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA

Perspectives of people who receive bad news in hospital context: integrative review

Perspectivas de las personas que recibe malas noticias en el contexto hospitalar: revisión integrada

Alice Apolónia*, Bruno Moreira**, Daniel Silva***, Filipa Castro****, Joana Oliveira**, Mário Emídio***, Liliana Mota*****

RESUMO

Enquadramento: a transmissão de más notícias é uma realidade incontornável na prática de enfermagem. O estabelecimento de um processo de comunicação eficaz implica disponibilidade, capacidade de escuta e de compreensão. **Objetivo:** conhecer as perspetivas das pessoas que recebem más notícias e compreender o impacto que estas notícias representam na vida das mesmas. **Metodologia:** revisão integrativa da literatura nas bases de dados Academic Search Complete, Medline with full text e CINAHL Plus with full text, selecionando um total de sete estudos publicados entre 2011 e 2016. **Resultados:** aquando o momento de transmissão de notícias desfavoráveis os profissionais de saúde devem considerar o contexto familiar e social do doente. A informação a ser partilhada, o momento e a responsabilidade da partilha, os métodos utilizados na comunicação e a reação dos doentes ao que lhes é comunicado deverão também constituir foco da sua atenção. **Conclusão:** é transversal a importância que a comunicação clara e eficaz tem na transmissão de más notícias para os doentes e suas famílias e o impacto que pode ter no decurso da doença.

Palavras chave: más notícias; perspetivas; pacientes, estratégias

ABSTRACT

Background: the transmission of bad news is an unavoidable reality in nursing practice. Establishing an effective communication process implies readiness, listening, and understanding. **Objective:** to know the perspectives of the people who receive bad news and understand the impact that this news represents in their lives. **Methodology:** the method used in this review article was PICO. Three databases were searched, selecting a total of seven studies published between 2011 and 2016. **Results:** an integrative review was developed with reference to three databases (Academic Search Complete, Medline with full text and CINAHL Plus with full text), selecting a total of seven studies published between 2011 and 2016. **Conclusion:** it's transversal the importance that clear and effective communication has in transmitting bad news to patients and their families and the impact it may have in the course of the disease.

Keywords: bad news; perspectives; patients; strategies.

RESUMEN

Marco contextual: la transmisión de malas noticias es una realidad inevitable en la práctica de enfermería. **Objetivo:** conocer las perspectivas de las personas que reciben malas noticias y comprender el impacto que estas noticias representan en la vida de las mismas. **Metodología:** una revisión integradora fue desarrollado con referencia a las tres bases de datos (Academic Search Complete, Medline con texto completo y CINAHL Plus con texto completo), la selección de un total de siete estudios publicados entre 2011 y 2016. **Resultados:** en el momento de transmisión de noticias desfavorables, los profesionales sanitarios deben considerar el contexto familiar y social del paciente. La información que será transmitida, el momento y la responsabilidad del intercambio de información, los métodos utilizados en la comunicación y la reacción de los pacientes, también deben ser foco de atención del profesional. **Conclusión:** es transversal la importancia de una comunicación clara y efectiva en la transmisión de malas noticias a los pacientes y sus familias y el impacto que esto puede tener durante la enfermedad

Palabras clave: malas noticias; perspectivas; pacientes; estrategias.

*Enfermeira no Serviço de Cirurgia do Instituto Português de Oncologia do Porto - Francisco Gentil, E.P.E.

**Enfermeiro no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E.

***Enfermeiro no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E.

****Enfermeira no Serviço de Obstetria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

*****Doutor em Ciências da Enfermagem; Professor Adjunto na ESSNorteCVP

Como Referenciar:

Apolónia, A., Moreira, B., Silva, D., Castro, F., Oliveira, J., Emídio, M., & Mota, L. (2018). Perspetivas das pessoas que recebem más notícias em contexto hospitalar: revisão integrativa. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(1), 109-118

INTRODUÇÃO

A transmissão de más notícias é uma realidade incontornável na prática de enfermagem bem como no âmbito da saúde em geral. É uma missão complexa e delicada para quem tem a árdua tarefa de a cumprir, mas é ainda mais penosa para quem a recebe.

Twycross (2003) entendeu o conceito de má notícia como um conjunto de informações que alteram desagradável e drasticamente a consciência que o doente tem do seu futuro. Associa-se, normalmente, a uma situação de perda, definida como a retirada ou a ausência de um objeto, capacidade ou sujeitos importantes na vida de um indivíduo.

Neste processo de relação de ajuda, a empatia assume um papel preponderante na comunicação que se estabelece entre os profissionais de enfermagem e o doente/família.

A comunicação de uma má notícia em contexto hospitalar assume a posição central na elaboração deste estudo, que pretende compreender o impacte das mesmas na perspetiva de quem as recebe aquando da vivência deste evento.

A fim de colmatar uma necessidade sentida na nossa prática clínica, no que concerne à gestão das más notícias em contexto hospitalar, tomando por referência a pessoa, que é o foco dos nossos cuidados, decidimos avançar numa revisão integrativa da literatura em resposta às nossas inquietações. Em resultado, foram formulados dois objetivos: conhecer as perspetivas das pessoas que recebem más notícias e compreender o impacte que estas notícias representam na vida das mesmas.

Desta forma, e como linha orientadora deste estudo ganha sentido lançar a seguinte questão de investigação: *“Quais as perspetivas das pessoas que recebem más notícias em contexto hospitalar?”*.

Compreendendo o impacte que a comunicação das más notícias exerce sobre o doente/família vai-nos permitir a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem no sentido de otimizar a melhor resposta às necessidades das pessoas alvo dos nossos cuidados.

ENQUADRAMENTO

A comunicação, enquanto característica inerente ao ser humano é o que lhe permite assumir uma dimensão exclusiva, genuína e única, na medida em que a forma como se comunica faz parte do património pessoal de cada um. O ato de comunicar é também uma forma de doar ao outro, pelo que poderá dizer-se que ajudar e comunicar são dois vértices do mesmo prisma e, enquanto profissional de saúde, esta deverá ser uma verdade inquestionável (Pereira, 2008).

Esta pode ser caracterizada não só pela complexidade, mas também pela exigência que é esperada de todos os intervenientes. O que é comunicado não se limita apenas à palavra, vai muito para além disso. É necessária uma conjugação de diferentes conceitos, tais como, atenção, disponibilidade, entrega, carisma, calma e altruísmo (Barbosa & Neto, 2006). Comunicar de forma eficiente exige do ser humano um conjunto de características ímpares que o mesmo tem de explorar ao máximo, para garantir uma perceção e um retorno feliz, quer do que lhe é transmitido, quer do que ele próprio transmite (Sousa, 2009).

O relacionamento com os outros obriga necessariamente a comunicar, ainda que não se queira e ainda que não se faça uso da palavra. A própria partilha de espaço obriga a comunicar com o outro, seja pela postura corporal, pelo olhar ou pela voz. Por mais estranho que pareça, não poderá negar-se que a tentativa de não estabelecer comunicação com alguém, já é por si só, uma forma de comunicar (Gineste & Pellissier, 2007).

Associar esta complexidade natural a uma interação entre o profissional de saúde, doente e família, em que várias partes se encontram num clima de fragilidade, complica ainda mais, todo o cenário (Barbosa & Neto, 2006).

Comunicar é um processo que não é passível de total controlo, com tudo o que isso poderá acarretar de benéfico ou não. O ato de comunicar é, não só uma característica indissociável do ser humano, como tremendamente identificativa (Sousa, 2009). Assim, enquanto ponte de relacionamento com os outros, o ato de comunicar, exige de qualquer profissional de saúde uma aprendizagem e treino constantes, determinada e abrangente que dê resposta às necessidades efetivas daqueles a quem os cuidados são dirigidos (Rebello, 2009).

Warnock *et al.* (2010) refere que a comunicação da má notícia pode ser entendida como um processo, ao incluir as interações que ocorrem antes, durante e após o momento em que esta é comunicada. Assim, as necessidades de informação e o apoio às pessoas doentes vão para além do momento de dar uma má notícia.

Cabe aos profissionais de saúde desenvolver competências no sentido de disponibilizar informação objetiva e correta, adequada ao grau de consciência e capacidade de entendimento e que considere a singularidade de cada ser humano, garantindo assim o direito à informação ao doente e família. Segundo Gonçalves (2013) os objetivos da comunicação entre os profissionais de saúde e o doente prendem-se com o ato de informar, convencer, fazer agir, expressar sentimentos, atuar sobre o equilíbrio emocional e a saúde psíquica e induzir sentimentos. Todo o processo de comunicação deve estar centrado no desenvolvimento de uma relação de ajuda e na redução de incerteza.

O estabelecimento da relação de ajuda implica a disponibilidade, capacidade de escuta e de compreensão; estar atento e preocupar-se com o outro, autenticidade, franqueza e empatia são componentes imprescindíveis ao

desenvolvimento da comunicação; escutar o outro, atendendo às preocupações verbalizadas e à linguagem corporal são também fundamentais (Gonçalves, 2013). De acordo com Gonçalves (2013), o enfermeiro está em posição privilegiada para perceber o momento certo de dar determinada informação; para perceber naquele momento qual a quantidade de informação que o doente é capaz de suportar; para perceber quando o doente não entendeu o verdadeiro significado da mensagem e o ajudar dando as explicações necessárias.

Se a informação carece de rigor, objetividade e verdade pode desenvolver no doente e/ou sua família um efeito mais nefasto do que a própria ausência de informação, suscitando dúvidas, receios e angústias daí que aquilo que é transmitido e a forma como é transmitido desenvolvam toda a diferença no estabelecimento de um processo terapêutico (Dias, 2005).

Os profissionais de saúde têm o dever ético e moral de acompanhar o doente após a transmissão de uma má notícia, ajudando a procurar o que é melhor para si, em termos futuros (Antunes, 2008). Segundo Rego (2009), qualquer intervenção desenvolvida pelo profissional de saúde implica que este tenha perfeito conhecimento do que é prioritário para o doente.

No contexto sociocultural, a família desempenha um papel fundamental no desenvolvimento e socialização dos seus membros. Independentemente da sua estrutura é na família que cada um dos seus elementos procura encontrar o equilíbrio. O indivíduo procura habitualmente o apoio necessário na família para ultrapassar as situações de crise que surgem ao longo da sua vida (Guarda, 2006).

O processo de doença de um familiar é uma experiência de vida que atinge de forma negativa todos os membros da família. A indefinição quanto ao futuro e a incerteza do prognóstico resulta na desestruturação psicológica que atinge doentes e familiares (Ribeiro, 2005).

A notícia só pode ser comunicada à família do doente com o consentimento deste. No entanto, muitas vezes são os familiares os primeiros a perceber que algo está

errado com o doente, pedindo que nada lhe seja dito, surgindo, então, a conspiração do silêncio, em que a família finge que nada sabe e que nada de mal está a acontecer, e o doente finge que está tudo bem e que nada sabe para não preocupar a família, impedindo, assim, que se casos sejam resolvidos (Leal, 2003).

A doença de um membro da família é também uma doença familiar. Todos sentem os efeitos do sofrimento e da dor, por isso, para a equipa multidisciplinar, o doente e a família constituem a unidade a tratar (Guarda, 2006).

Dessa forma, é importante encontrar um ponto de equilíbrio entre o dever de dizer a verdade e o de evitar causar mal ao doente. Isso exige por parte dos profissionais de saúde uma avaliação adequada de cada doente em particular, no sentido de saber se este quer ou não saber a verdade, procurando respeitar-lhe sempre a vontade. Segundo Querido (2006, p. 72) *“o diagnóstico da doença provoca um conjunto de mudanças e alterações quer nas rotinas, regras e rituais familiares, quer na redistribuição de papéis e no acréscimo de novas competências”*.

A má notícia não somente altera a ideia que a pessoa fazia do seu futuro, mas também a forma como ela é vista pela sociedade. A partir do momento em que o indivíduo é “rotulado” como portador de doença, as pessoas que o rodeiam mudam a atitude em relação a ele.

Dado o elevado número de pessoas com doenças crónicas e/ou terminais, cada vez mais famílias assumem a responsabilidade de acompanhar seus familiares, tornando-se eles, também, prestadores de cuidados.

Daí a necessidade de acompanhar não somente as necessidades específicas do doente, mas também, as da

família envolvida.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA REVISÃO DA LITERATURA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, o qual obedeceu à aplicação da metodologia PICO (Figura 1) para a formulação da sua pergunta.

Acronimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou problema	Pessoas que recebem más notícias
I	Intervenção	Perspetivas das pessoas que recebem más notícias
C	Controle ou comparação	Sem comparação
O	Desfecho (“outcomes”)	Impacto na vida

Figura 1. Quadro da metodologia PICO

Os critérios definidos para inclusão dos estudos foram: período compreendido entre 2011-2016, acessíveis em *full-text*, nos idiomas inglês e português, sendo as pessoas que recebem más notícias a população selecionada. Os critérios de exclusão dos estudos foram: estudos com pessoas em idade pediátrica; estudos publicados no formato editoriais; cartas ao editor; outros tipos de revisões; estudos em que a população alvo seja profissionais de saúde.

Foram excluídas teses, dissertações, monografias e estudos que, após leitura do resumo, não convergiam com o objeto de estudo proposto, além das publicações que se repetiram nas bases de dados.

A seleção dos estudos ocorreu no período de 02 a 10 de fevereiro de 2017, nas bases de dados *Academic Search Complete*, *Medline with Full Text* e *CINAHL Plus with Full Text*. Definiu-se, para o levantamento dos estudos nas bases de dados, os descritores: *“bad news”, “perspective”, “patients”, “strategies” e family*. Na sequência, realizou-se o cruzamento dos descritores da seguinte forma: *“bad news” [AND] “perspective” [OR] “strategies” [AND] “family” [OR] “patients”*.

RIIS

Revista de Investigação & Inovação em Saúde

Durante o processo de pesquisa encontramos 108 estudos (*AcademicSearch Complete* - 66; *Medline with Full Text* - 25; *CINAHL Plus with Full Text* - 18).

Após a exclusão de estudos por repetição e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão mediante a leitura do título e resumo de cada estudo, a amostra constituiu-se de

dezanove estudos, dos quais nove da *Academic Search Complete*, seis da *Medline with Full Text* e quatro da *CINAHL Plus with Full Text*.

Comparando os estudos obtidos entre si e após a exclusão de 4 estudos por repetição entre bases de dados, selecionamos 7 estudos após a sua leitura na íntegra, como se encontra esquematizado no fluxograma.

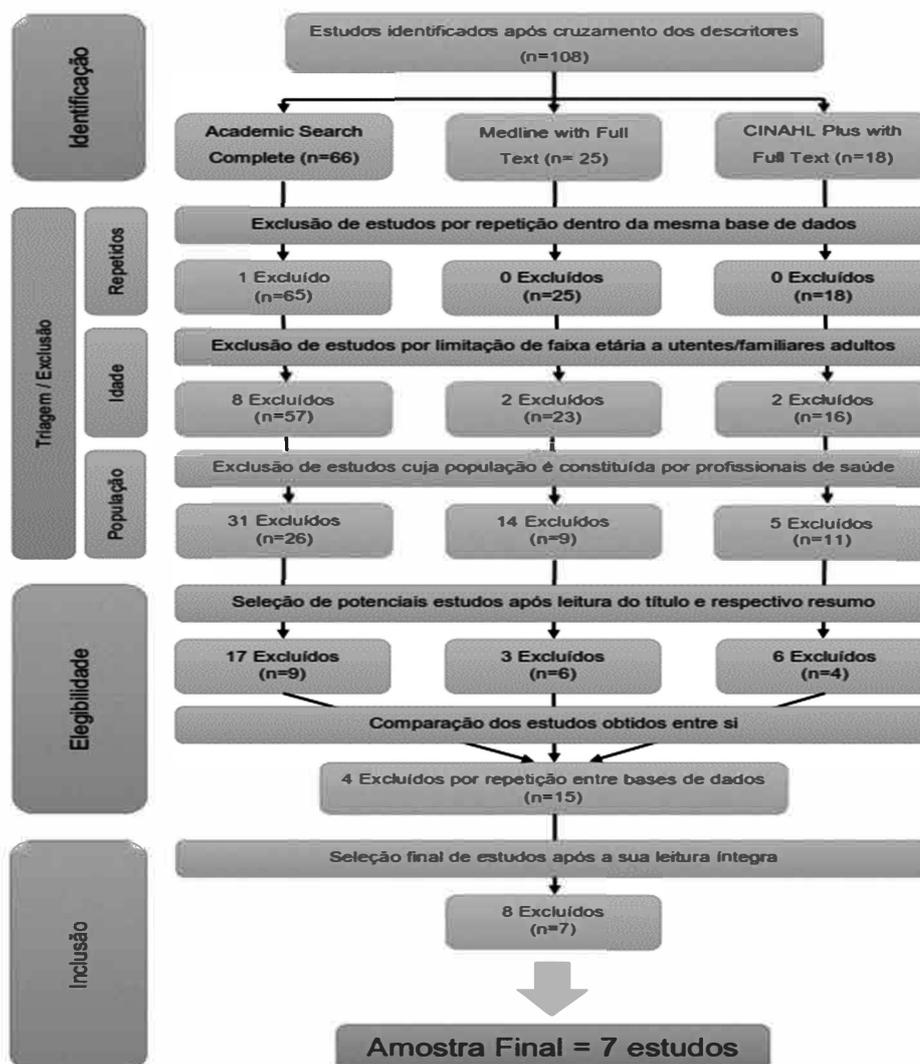


Figura 2. Fluxograma de seleção dos estudos

RESULTADOS

Os principais resultados provenientes da análise dos sete estudos selecionados foram agrupados na figura 3 de modo a tentar responder à questão de

investigação enunciada anteriormente. Nenhum dos estudos é realizado em Portugal, três deles são desenvolvidos no Reino Unido, outros três nos E.U.A e

um deles na Coreia do Sul. É enunciado o objetivo de cada um deles, a metodologia desenvolvida, a categoria profissional responsável pelo estudo, assim como os principais resultados que advêm de cada um. Alguns dos fatores referidos pelos doentes e sua família como determinantes no processo de transição saúde/doença foram a complexidade linguística utilizada pelo profissional no processo de comunicação, o grau de familiarização que este detém

sobre o processo clínico do doente, o grau de proximidade da relação terapêutica, o tipo de suporte providenciado pela equipa multidisciplinar ao doente e família após a transmissão da notícia, a representação social que o doente tem do diagnóstico e a diversidade de estratégias adaptativas que o doente e família detêm como recurso à aceitação da má notícia.

Autor/Ano/País	Objetivos	Amostra	Metodologia	Quem transmite a notícia	Área profissional do autor	Resultados
Ewing, G. et al. 2015 Inglaterra	Examinar as perspetivas dos doentes, seus acompanhantes e profissionais de saúde na partilha de más notícias e desenvolver um guia de intervenção, baseado na evidência, que suporte a partilha de más notícias	20 doentes com diagnóstico de neoplasia, 17 acompanhantes e 27 profissionais de saúde	Estudo qualitativo: entrevistas semiestruturadas	Médicos e enfermeiros	Não especificado	Existe um envolvimento mais próximo da parte dos enfermeiros especialistas comparativamente à classe médica, no que concerne, à explicação da doença e opções de tratamento. Foram identificados pelos doentes e acompanhantes alguns elementos que fornecem a estrutura para um potencial guia de suporte na partilha de más notícias: as pessoas a ser abordadas; a informação a ser partilhada a sua responsabilidade e o momento em que ocorre; os métodos utilizados na comunicação; a reação ao que lhes é comunicado. O processo de coping centrado no problema foi outra das estratégias adotadas.
Ko, E. et al. 2014 Coreia do Sul	Explorar as perspetivas dos doentes mais idosos quanto ao prognóstico da sua doença e quais as expectativas quando perante uma má notícia.	7 adultos com 65 anos ou mais membros de Centros Sénior na Coreia do Sul	Estudo qualitativo exploratório	Não especificado	Professores do serviço social	O modo de comunicação, as necessidades e preferências dos doentes que recebem a notícia varia de cultura para cultura. Por este motivo, várias estratégias utilizadas devem ser submetidas a adaptações culturais.
Arber, A. 2012 Reino Unido	Explorar as experiências vivenciadas pelos doentes nos três primeiros meses após o diagnóstico de Mesotelioma pleural maligno.	10 doentes diagnosticados com mesotelioma pleural maligno	Estudo qualitativo exploratório: entrevistas semiestruturadas	Médico	Enfermeira e Assistente social	A incerteza e a falta de controlo levam ao sofrimento emocional, físico e psicossocial. O encaminhamento precoce para cuidados paliativos representa um suporte adicional e fornece aos doentes estratégias de referência durante os 3 primeiros meses após o diagnóstico da doença.
Schaepe, K. 2011 E.U.A.	Compreender a percepção / reação do doente vs. Cuidador aquando a transmissão do diagnóstico	29 doentes com diagnóstico de neoplasia e 29 cuidadores informais	Estudo qualitativo exploratório	Médico	Médico	Os doentes e familiares que tiveram contacto com profissionais que transmitiram disponibilidade e apoio, negociando um plano terapêutico tiveram maior facilidade em aceitar o diagnóstico. O apoio providenciado pela

						equipa clínica ao demonstrar interesse e envolvimento na formulação do plano terapêutico transmitiu uma sensação de confiança e empenho que dissipou os sentimentos negativos inerentes ao momento do diagnóstico.
Maier, K. 2010 Reino Unido	Perceber quais as estratégias adotadas pelos doentes face à incerteza da evolução de uma doença crónica	8 doentes com diagnóstico de mieloma múltiplo	Estudo qualitativo exploratório	Médico	Enfermeira	A vivência com uma doença crónica altera a percepção que a pessoa tem do paradigma saúde/doença. As estratégias adotadas variam amplamente mediante a fase do ciclo vital em que a pessoa se encontra, vivências prévias e personalidade. Face à incerteza as pessoas adotam frequentemente como estratégias a manutenção das suas rotinas; a adaptação às novas limitações impostas pela doença; manutenção da esperança; Crença e apoio espiritual; confiança nos profissionais de saúde; perseverança face a adversidades inerentes à doença; aceitação dos efeitos secundários induzidos pela terapêutica.
Kirshblum, S. et al. 2015 E.U.A	Analisar a resposta de um conjunto de pacientes que sofreram uma lesão da espinal medula relativamente à transmissão desta má notícia.	60 doentes de três diferentes centros de reabilitação dos E.U.A.	Estudo misto: qualitativo e quantitativo.	Médico	Médico	A forma como o diagnóstico e prognóstico desta doença é transmitida tem consequências indubitáveis em todas as etapas subsequentes, nomeadamente na recuperação do doente. O amparo providenciado pela equipa multidisciplinar após o diagnóstico teve forte influência na aceitação do mesmo pelos doentes
Morris, D. et al. 2012 E.U.A	Analisar a resposta de doentes que padecem de uma doença grave à pergunta “qual a compreensão da sua doença”, inferindo, assim, a percepção/reacção que estes têm da sua situação e à doença concretamente.	209 doentes: 69 com cancro, 140 sem cancro (70 com patologia cardíaca e 70 com patologia respiratória).	Estudo de corte (longitudinal)	Médico	Médico	Neste estudo a descrição da fisiopatologia da doença; a história da doença; o prognóstico; os sintomas; e a causalidade são fatores determinantes na aceitação do diagnóstico. Os pacientes com cancro reportam-se frequentemente a pormenores do diagnóstico e prognóstico, enquanto os pacientes sem cancro, debruçam-se mais nas causas e sintomas que vivenciam. O apoio providenciado pela equipa clínica é um facto determinante na aceitação do diagnóstico

Figura 3. Quadro síntese dos estudos selecionados

DISCUSSÃO

Dos sete estudos selecionados, cinco fazem referência ao médico como sendo o único profissional que transmite a má notícia. Um dos estudos não especifica a categoria profissional de quem transmite o diagnóstico. Apenas para Ewing (2015) a comunicação das más notícias é feita, para além do médico, pelo enfermeiro, que é considerado como o profissional mais adequado para o fazer. A justificação prende-se com o envolvimento familiar proporcionado e o suporte fornecido, não só na comunicação da má notícia como na continuidade dos cuidados.

Outro aspeto de relevo e que é salientado nos estudos desenvolvidos por Schaepe (2011) e Maher (2010) diz respeito à influência que o domínio cultural tem na percepção da má notícia, tal como é defendido por Abazari e colaboradores (2016) que refere que o processo de transmissão de más notícias desenvolvido para uma cultura específica não deverá ser cegamente transposto para uma outra cultura carecendo previamente de um ajuste que vá de encontro às características desse grupo em específico.

Cinco dos sete estudos referenciam, ainda, o apoio contínuo da equipa multidisciplinar como uma mais-valia no processo de aceitação de diagnóstico e de adesão ao plano terapêutico.

Uma comunicação clara, cuidadosa e eficaz é um dado tido como crucial na transmissão de más notícias e transversal a todos os estudos. Demonstra-se importante não apenas no momento da comunicação de um acontecimento negativo mas ao longo de toda a vivência futura do processo. Esta ideia é sustentada por Antunes (2008) ao afirmar que a comunicação é considerada um instrumento básico pelo profissional de saúde, seja no cuidado ao doente, no atendimento à família ou nas relações com a equipa multidisciplinar.

É pertinente ressaltar de que forma a representação social da doença e a percepção que o doente tem da mesma, influenciam na interpretação que este faz sobre o seu estado clínico. Esta evidência é sustentada por Morris (2012), onde se refere que os doentes com cancro tendem a centrar-se no diagnóstico e prognóstico da doença, enquanto que doentes com outras patologias reportam-se aos sintomas e causas das suas doenças. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2015) a comunicação entende-se, como um comportamento interativo e complexo de dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais, sejam eles transmitidos face a face ou com o recurso a diferentes meios tecnológicos.

De acordo com Maher (2010), a vivência com a doença crónica altera a percepção que a pessoa tem do paradigma saúde/doença. A preparação prévia do momento em que é transmitida a má notícia tem influência na aceitação desta por parte do doente. Meleis (2000) advoga que os enfermeiros preparam os doentes para a vivência das transições, facilitando o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/doença.

A elaboração de um protocolo de intervenção, enquanto guia de suporte na comunicação das más notícias pelos profissionais de saúde, toma destaque em Ewing (2015) e Morris (2012). Tendo em conta a opinião dos doentes/familiares, os profissionais de saúde devem ter em conta um plano de intervenções específicas e estruturadas. Corey e Gwyn (2016) corroboram esta ideia com a apresentação de um protocolo específico de intervenção designado SPIKES (*Setting up, Perception of condition/seriousness, Invitation from the patient to give information, Knowledge: giving medical facts, Explore emotions and sympathize, Strategy and summary*) utilizado nas diferentes etapas de transmissão de más notícias a familiares e doentes e estruturado para que esta

informação potencie o diálogo, fortalecendo a relação terapêutica e que providencie um suporte centrado na pessoa que seja facilitador da tomada de decisão por parte doente.

CONCLUSÃO

Com a análise e discussão dos resultados obtidos alcançou-se assim resposta à nossa questão de investigação. Conclui-se que no processo de transição saúde/doença os doentes e respetivas famílias dão preferência a uma comunicação clara e eficaz, entregue por um profissional de referência e proximidade que dê suporte contínuo no período subsequente ao diagnóstico. A preferência pela presença de familiares nos momentos de contacto clínico foi evidenciada. O recurso a um protocolo semiestruturado no momento de diagnóstico mostrou-se vantajoso na aceitação do diagnóstico por parte dos doentes. A utilização de estratégias de adaptação centradas no problema foram também frequentes e a conotação social que a doença tem pode influenciar a aceitação diagnóstica.

Algumas das limitações sentidas debruçam-se sobre a escassez de evidência científica recente centrada na temática e a maioria dos artigos desenvolvidos terem apenas como amostra doentes oncológicos. Contudo, o processo de comunicação de más notícias abrange todos os fenómenos crónicos e agudos.

Com a elaboração deste estudo, realçou-se a importância que o profissional deve dar à adaptação do processo comunicacional às capacidades do doente. Deve, sempre que possível, haver uma familiarização do profissional com o processo clínico do doente, seguindo-se posteriormente um contacto preparado com bases protocoladas, contudo ajustadas às necessidades da pessoa.

Desde cedo que se tornou evidente a escassez de estudos desenvolvidos com a temática de transmissão de más

notícias centrada na perspetiva do doente e seus familiares. Esta verificação vem suportar a ideia que é necessário desenvolver estudos de investigação, que sirvam posteriormente de base para a readaptação do processo comunicacional, a fim de potenciar o processo de aceitação do doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arber, A., & Spencer, L. (2013). 'It's all bad news': the first 3 months following a diagnosis of malignant pleural mesothelioma. *Psychooncology*, 22(7):1528-33. doi: 10.1002/pon.3162.
- Abazari, P. (2016). *Exploring perceptions and preferences of patients, families, physicians, and nurses regarding cancer disclosure: a descriptive qualitative study*. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27296237>
- Antunes, N. L. (2008). *Sinto Muito*. Lisboa: Verso da Kapa.
- Barbosa, A., & Neto, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina.
- Corey, V., & Gwyn, P. (2016). Experiences of Nurse in Communicating Bad News to Cancer Patients. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 7(5), 485-494. Retirado de [https://www.advancedpractitioner.com/issues/volume-7,-number-5-\(julaug-2016\)/experiences-of-nurse-practitioners-in-communicating-badnews-to-cancer-patients.aspx](https://www.advancedpractitioner.com/issues/volume-7,-number-5-(julaug-2016)/experiences-of-nurse-practitioners-in-communicating-badnews-to-cancer-patients.aspx)
- Dias, M. (2005). *A esmeralda perdida: a informação prestada ao doente oncológico*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ewing, G., Ngwenya, N., Benson, J., Gilligan, D., Bailey, S., Seymour, J., & Farquhar, M. (2015). Sharing news of a lung cancer diagnosis with adult family members and friends: a qualitative study to inform a supportive

- intervention. *Patient Education & Counseling*, 99(3), 378-385
- Gineste, Y., & Pellissier, J. (2007). *Humanidade Cuidar e Compreender a Velhice*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gonçalves, A. (2013). *Comunicação de más notícias a pessoas com doença Oncológica: a necessidade de implementar a (bio)ética na Relação – um estudo exploratório*. (Tese de Mestrado). Lisboa: Universidade de Lisboa: Faculdade de Medicina.
- Guarda, H. et al. (2006). *Apoio à família. Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética, Núcleo de Cuidados Paliativos.
- ICN (2015). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Retirado de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>
- Leal, F. (2003). *Transmissão de más notícias*. *Revista Clínica Geral*, 18(1), 40-43
- Ko, E., Nelson-Becker, H., Shin, M. & Park, Y. (2014). Preferences and Expectations for Delivering Bad News Among Korean Older Adults. *Journal of Social Service Research*, 40(2), 462-414
- Maher, K., & Vries, K. (2010). An exploration of the lived experiences of individuals with relapsed Multiple Myeloma. *European Journal of Cancer Care*, 20, 267-275. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2010.01234.x>
- Meleis, et al. (2000). Experiencing transicions: an emerging middle-range theory. *Advance in Nursing Science*, 23(81), 12-28. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/12352146_Experiencing_Transitions_An_Emerging_Middle-Range_Theory
- Morris, D., Johnson, K., Ammarell, N., Arnold, R., Tulsy, J., & Steinhauser K., (2012). What is Your Understanding of Your Illness? A Communication Tool to Explore Patients' Perspectives of Living with Advanced Illness. *Journal of General Internal Medicine*, 27(11) 1460-1466
- Pereira, M. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
- Querido, A. et al. (2006). *Comunicação. Manual de Cuidados Paliativos*. Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética, Núcleo de Cuidados Paliativos: Lisboa.
- Rebelo, J. (2009). *Amor, Luto e Solidão*. Alfragide: Casa das Letras.
- Rego, A. (2009). *Um ramo de amendoeira*. Águeda: Paulinas.
- Ribeiro, G. et al. (2005). O paciente crítico em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão da literatura. REME. *Revista Mineira de Enfermagem*, 9(4), 371-377. Retirado de <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/487>
- Schaepe, K.S., (2011). Bad news and first impressions: patient and family caregiver accounts of learning the cancer diagnosis. *Soc Sci Med*, 73(6), 912-21. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.06.038.
- Sousa, J. (2009). *A Vida é um Minuto o poder e a imagem*. Alfragide: Oficina do livro.
- Kirshblum, S., Botticello A., DeSipio, G., Fichtenbaum, J., Shah, A., & Scelza, W.(2016). Breaking the news: A pilot study on patient perspectives of discussing prognosis after traumatic spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 39(2), 155-161 DOI: 10.1179/2045772315Y.0000000013
- Warnock, C. et al. (2010). *Breaking bad news in in patient clinical settings: role of the nurse*. *Journal of Adavanced Nursing*. Reino Unido, 66(7), 1543-55.



RIIS

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde

Normas de publicação da revista “RIIS”

A **Revista de Investigação & Inovação em Saúde (RIIS)** é uma revista científica divulgada em formato eletrónico que tem como objetivo divulgar o conhecimento científico produzido na área das ciências da saúde, educação e investigação. Exige-se que todos os artigos tenham profundidade científica, sejam originais, respeitem os princípios éticos e demonstrem clara relevância para o avanço científico da problemática em estudo.

É da exclusiva responsabilidade dos autores o conteúdo dos artigos, bem como o respeito pelos princípios éticos inerentes à investigação, cumprindo as normas e orientações da revista. A declaração única do autor de partilha dos direitos autorais, da originalidade do artigo, do cumprimento dos requisitos éticos e de potenciais conflitos de interesse encontra-se em anexo para preenchimento pelo primeiro autor (DA).

O processo de revisão por pares da RIIS é duplamente cego pelo que não deverá ser identificada a autoria do artigo no corpo do mesmo.

A RIIS tem uma periodicidade de publicação semestral.

Sugere-se que os apoios, financiamentos ou colaborações externas sejam mencionados na secção de agradecimentos.

ARTIGOS

A publicação dos artigos na RIIS pode ser sob a forma de artigo de investigação empírica, artigo de revisão, artigo teórico/ensaio. Estes deverão ser enviados em suporte informático para riis@essnortecvp.pt, acompanhados da Declaração do Autor, que se encontram na página <http://www.essnortecvp.pt>. Os artigos podem ser submetidos em português ou inglês. O título, o resumo e as palavras-chave têm de estar em português, inglês e espanhol. O texto deve ser datilografados, letra Calibri, tamanho 11, espaço 1,5, em formato word, justificado, páginas em formato A4, evitando negritos e sublinhados, variação de tipo de letra, fundos de cor. O artigo não deverá ultrapassar as 15 páginas incluindo referências, tabelas e figuras.

As tabelas e as figuras só devem ser incluídas se absolutamente necessárias para a compreensão do artigo. Têm de ser identificadas ao longo do texto com a numeração por ordem de inclusão. As tabelas têm de apresentar o número e título em cabeçalho. As figuras têm de apresentar a sua identificação no rodapé. No caso de conterem abreviaturas, devem ser apresentadas nos rodapés das mesmas.

Os artigos de investigação empírica deverão conter as seguintes secções: Título, Resumo, Palavras-chave,

Introdução, Enquadramento/Fundamentação Teórica, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências bibliográficas.

Os artigos de revisão deverão conter as seguintes secções: Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Procedimentos Metodológicos de Revisão, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências bibliográficas.

Os artigos teóricos/ensaios deverão conter as seguintes secções: Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Desenvolvimento/Dissertação, Conclusão, e Referências bibliográficas.

Título: máximo 12 palavras. Escrito em português, inglês e espanhol.

Resumo: máximo 200 palavras. Deve incluir a divisão pelas seguintes secções: enquadramento, objetivos, metodologia, resultados e conclusão.

Palavras-chave: máximo 4, escritas em português, inglês e espanhol. Devem estar transcritas de acordo com os descritores MeSH (disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> e/ou <http://decs.bvs.br/>).

Introdução: Enunciado do problema, argumentos de relevância de acordo com a literatura. Objetivos do estudo.

Enquadramento / Fundamentação Teórica: Apresentação do estado da arte relativa ao tema em estudo. Sugere-se a inclusão de trabalhos publicados nos últimos 5 anos, indexados em base de dados.

Metodologia: Amostra/Participantes/População/Tipo de estudo/ Desenho. Instrumentos de recolha de dados, procedimentos e considerações ético-legais. Técnicas de análise de dados utilizadas.

Resultados: Apresentação e análise de dados. Rigor da análise.

Discussão: Análise comparativa dos resultados com o conhecimento existente acerca do tema e relevância dos novos conhecimentos que emergem do estudo.

Conclusão: Conclusões relacionadas com os objetivos/questões/hipóteses de investigação. Os resultados devem suportar ou refutar a temática estudada e apresentada no artigo. Limitações do estudo. Implicações para as ciências da saúde, educação e investigação. Sugestões para investigações futuras.

Agradecimentos: (facultativo) Devem ser evidenciados todos os apoios, financeiros, técnicos ou institucionais, que contribuíram para o desenvolvimento do trabalho, mas que não têm peso de autoria.

Normas de referência bibliográfica: deve ser utilizada a norma da *American Psychological Association* (APA) 6ª Edição. As referências devem ser de fonte primária, incluídas no texto, cuja apresentação deve ser feita por ordem alfabética. Sugere-se a integração de uma referência publicada na RIIS.

(Exemplos para a elaboração das Referências bibliográficas)

ESPECIFICAÇÃO DE AUTOR

Com 1 Autores

Bolander, V. (1998)

Com 2 a 7 Autores:

Roper, N., Logan, W., & Tierney, J.

Com mais de 7 autores:

Cooper, I., Eagle, K., Home, L., Robertson, A., Taylor, D., Reims, H. ... Smith, W.A.

Editor como Autor:

Melo, M. C., & Lopes, J. M. (Eds).

Autor Coletivo:

Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis

Sem Autor Expresso:

Entrada pelo título se a obra é anónima no local do autor coloca-se Anónimo

PUBLICAÇÃO SEM ANO

Autor (s.d.).

LIVROS

Um autor

Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental*. (1ª ed). Lisboa: Lusodidacta.

Dois a sete autores

Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. J. (1995). *Modelo De enfermagem*. (3ª ed.) Alfragide: McGraw-Hill.

Oito ou mais autores, coloque os seis primeiros nomes dos autores, seguido de reticências e o último autor

Benavente, A., Silva, R., Gomes, P., Aníbal, A., Guerra, B., Santos, P.,... Simões, C. (1987). *Do outro lado da escola*. Lisboa. Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.

Editor literário

Akai, K., Hayashi, M., & Nishimatsu, Y. (Eds). (1981). *Weak rock: soft fractured and weathered rock:*

proceedings of the international symposium Tokyo, 1981. Rotterdam: A. A. Balkema,

Capítulo de livros

Napolitano, J. (2013). Development, sustainability and international politics. In L. Meuleman (Ed.), *Transgovernance: Advancing sustainability governance* (pp. 163-211). Berlin: Springer

Coletividade autor:

Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Direção Geral da Saúde

Teses, dissertações e outras provas académicas

Ferreira, P. (2004). *Melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde ao doente diabético tipo 2* (Tese de Mestrado). Instituto de Higiene e Medicina Social da Faculdade de Medicina.

Atas de congressos

Congresso Nacional de bibliotecários, arquivística e documentalista (1987). *Integração europeia: um desafio à informação: atas de conferência*. Coimbra: Minerva, 1987.

ARTIGOS DE PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS

(Nota: A nível de autores segue as regras do livro)

Gomes, R. M. (2012, Janeiro). Serra da Estrela. *Revista Fugas*, 152(4), 20-21.

DOCUMENTOS LEGISLATIVOS E JUDICIAIS

Decreto-Lei nº 192/89 de 08 de Junho (1989). *Diário da República nº 131/89. I Série*. Ministério, da agricultura pescas e alimentação. Lisboa, Portugal.

PORTARIA nº 1111/89 de 29 de Dezembro (1989) *Diário da República nº 298. I Série*. Ministérios das Finanças e da Indústria e Energia. Lisboa, Portugal.

DOCUMENTOS ELETRÓNICOS

Livros

Almodovar, A., & Cardoso, J. L. (1998). *A history of portuguese economic thought* London: Routledge. Retirado de URL:<http://www.ebrary.com/lib/mctbrasil>

Artigos de publicações periódicas

Nono, M. A. & Mizukami, N. (2002). Casos de ensino e processos de aprendizagem profissional docente. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 83 (203), 172. retirado de <http://site.ebrary.com/lib/mctbrasil/Doc?id=10055894&ppg=172>>. ISSN 0034-71803.

CHECKLIST DE AUTOVERIFICAÇÃO

Preencher e enviar à Revista, juntamente com o artigo e a declaração única do autor.

SECRETARIADO EDITORIAL

Código do artigo	
Título	

1. ESTRUTURA DO ARTIGO

Tipo

- É um artigo de revisão
- É um artigo de investigação empírica
- É um artigo teórico/ensaio

Informação dos autores

- A identificação dos autores com o respetivo nome, habilitações, categoria profissional, instituição onde trabalham.
- Máximo 7 autores.

Título

- Escrito em português, inglês e espanhol.
- Máximo 12 palavras.

Resumo

- Está apresentado em português, inglês e espanhol.
- Inclui descrição das secções: enquadramento, objetivos, metodologia, resultados e conclusão.
- Máximo 200 palavras.

Palavras-chave

- São apresentadas, no máximo, 4 palavras-chave em português, espanhol e inglês.
- Estão transcritas de acordo com os descritores MeSH (pesquisa em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> e/ou <http://decs.bvs.br/>)

Formatação do texto

- O texto apresenta uma estrutura com todas as secções, conforme está descrito na Revista, em função do tipo de artigo.
- Está em formato A4 Word, justificado, letra Calibri, tamanho 11, espaço 1,5.
- Está sem erros semânticos e morfológicos e em coerência com o acordo ortográfico.
- Sem negritos e sublinhados, nem variação de tipo de letra, fundos de cor.
- Tem no máximo 15 páginas.
- Sem notas de rodapé.

Tabelas e figuras

- São apenas os necessários para a compreensão do artigo.
- Tabelas com título em cabeçalho e figuras com o título em rodapé de acordo com o estilo APA 6ª edição.
- A apresentação dos dados, resultados e o formato dos símbolos da linguagem estatística devem ser claros.
- Estão numeradas por ordem de inclusão no texto, em função de cada tipo.
- As figuras são legíveis e com indicação da fonte (o formato deverá ser em JPG ou TIF e ter no mínimo 200 DPI de resolução).

Citações

- Todos os autores citados constam da lista de referências bibliográficas.
- Todas as citações literais e paráfrases cumprem as normas American Psychological Association (APA, 6ª edição, 2010).

Referências

- Foram elaboradas de acordo com a norma APA 6ª edição.
- Não deve ultrapassar 20 referências.
- Permitem colocar em evidência as publicações mais representativas do “estado da arte” do tema em estudo (preferencialmente dos últimos 5 anos).
- Referência de um artigo publicado na Revista *RIIS*.

2. PROCEDIMENTOS DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

- Efetuada a submissão do artigo via e-mail.

Enviei os seguintes documentos:

- Artigo integral*;
- CHECKLIST de autoverificação*;
- Declaração única do autor*.



JORNADAS

DE CUIDADOS INTENSIVOS E EMERGÊNCIA

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR
À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



Auditório da ESSNorteCVP

24 - 28 setembro 2018

@ www.essnortecvp.pt



IV CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

Na resposta ao mundo em mudança

www.essnortecvp.pt



10th - 12th

Abril | April

2019

10 de abril- Workshops

11 e 12 de abril- Conferência

IV International Conference of Health Research
Responding to the changing world

IV Conferencia Internacional de Investigación en Salud
En la respuesta al mundo en cambio

Entidade Organizadora



Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Email
sec.dir@esefcvpoa.eu | investigacao@esefcvpoa.eu

Contactos
Telf: (+351) 256 661 430 | Tm: (+351) 9169 612 565
Fax: (+351) 256 661 430

Morada:
Rua da Cruz Vermelha, Cidacos, Ap. 1002,
3720-126 Oliveira de Azeméis

