Semestral | Vol.2 Nº 2 | Dezembro 2019
ISSN : 2184-1578
e ISSN : 2184-3791

RIS

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde

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

RIS

Revista de Investigação & Inovação em Saúde

Vol. 2 N. 2 | Dezembro 2019

Ficha Técnica | Techical 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.: 256 661 435
Email: riis@essnortecvp.pt
URL: https://www.riis.essnortecvp.pt

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

ISSNe

2184-3791

Registo de Marca Nacional

INPI – 592211

Periodicidade

Semestral

Acesso livre e gratuito para autores, revisores e leitores | Free access to authors, rewiers 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

ESS+ Escola Superior de Saúde Norte CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

UD Unidade de Investigação & Desenvolvimento

OJS OPEN JOURNAL SYSTEMS

RIS

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde

Editorial

A relevância da teoria das representações sociais para a investigação no âmbito das ciências da saúde

Foi no âmbito da Psicologia Social que, numa fase inicial, os investigadores se dedicaram ao estudo das representações sociais. Esta área da psicologia encontra-se na fronteira com a sociologia e estuda a influência dos processos cognitivos e sociais nas relações interpessoais e o seu fundamento. O seu objeto, é a procura da descrição das interações entre os indivíduos em grupo ou em sociedade, ou o comportamento dos grupos e da sociedade em si mesmos.

Os seus contributos teóricos despertaram o interesse de outras áreas do conhecimento, nomeadamente das Ciências da Saúde e da Enfermagem e ampliam a aplicação desta teoria na investigação. Este interesse de diferentes áreas científicas fez com que a teoria se desenvolvesse com diferentes orientações conceptuais e com diferentes estratégias metodológicas contribuindo para uma vasta compreensão dos fenómenos sociais.

São as representações sociais que nos remetem para o conhecimento produzido pelo senso comum, porém, esse conhecimento deve assumir uma forma compartilhada e articulada entre os indivíduos de um grupo para ser considerada uma teoria leiga sobre um objeto social. Desta forma, podemos entender a teoria das representações sociais como um modelo teórico que permite compreender e explicar os modos de construção do conhecimento do senso comum. Verificamos que existe, desde o início da elaboração desta teoria, uma ligação entre representação social e os conceitos de saúde e de doença, nomeadamente no âmbito da saúde mental e a sua representação social. Este facto ocorre porque, no caso do domínio saúde/doença existe um confronto entre o saber dos profissionais de saúde identificado com o saber científico ou especializado e a experiência subjetiva de doença das pessoas que pode ser considerado um conhecimento leigo ou do senso comum. Este confronto entre o conhecimento científico e o conhecimento leigo no âmbito da representação da saúde, pode colocar em causa os saberes tradicionais ou o significado construído pela nova aquisição de saberes quotidianos. Neste contexto, também é necessário refletir e investigar sobre a relação existente entre a comunicação e as práticas de promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, nomeadamente no âmbito da educação para a saúde.

Se por um lado, podemos ver diferenças no significado atribuído à doença pelo profissional de saúde e o significado atribuído à doença pela pessoa doente. Por outro lado, sabemos que a teoria das representações sociais assenta no postulado de que toda a realidade é representada, isto é, «apropriada» pelo indivíduo ou grupo, reconstruída pelo seu sistema cognitivo e integrada no seu sistema de valores.

Estas ideias têm implicações quando pensamos na representação social de uma doença, uma vez que, mais do que a perspetiva de experiência pessoal, ela reflete uma ideia ou conceito de uma realidade

socialmente construída manifestando as opiniões, atitudes ou estereótipos de um grupo ou comunidade, confirmando que, as representações sociais não são o somatório das representações individuais, da mesma maneira que a representação individual não se reduz à atividade cerebral que a fundamenta. As representações sociais constituem uma realidade que se impõe ao indivíduo.

Quando pensamos na investigação das representações sociais no âmbito da saúde e da doença, notamos que não são apenas os psicólogos sociais a interessar-se pelo estudo destes fenómenos, também nas Ciências de Enfermagem esta teoria tem demonstrado relevo do ponto de vista da investigação.

Para a pessoa a representação da doença encontra-se imbuída de um contexto dinâmico, revestindo-se de significados e simbolismos originados na experiência quotidiana de vivência com a dolência e influencia e é influenciada por comportamentos e atitudes.

Neste sentido, quando estudamos as representações sociais da saúde e da doença estamos para além do campo das ciências médicas ou das ciências da saúde, e temos como finalidade reconhecer a natureza e os limites dessas representações e elaborar intervenções culturalmente sensíveis e adequadas nos diferentes níveis de prevenção.

Sónia Novais, PhD
Investigador integrado CINTESIS - NURSID

Sumário | Summary | Resumen

Editorial

ARTIGOS DE INVESTIGAÇÃO

7 Representação social da violência doméstica sobre as mulheres
Isabel Oliveira, Bárbara Figueiredo, Joana Nina, Xavier Oliveira, Sónia Novais

19 Efeitos de um programa de estimulação cognitiva no funcionamento cognitivo de idosos institucionalizados
Maribel Carvalhais, Tomás Almeida, João Azevedo, Tamára Sá, Iva Soares, Filipa Alves, Ana Duarte, Fabiana Paiva

29 Transporte inter-hospitalar do doente crítico: representação social dos enfermeiros
Cátia Ferreira, Cátia Lisboa, Débora Moreira, Gilda Sousa, Tânia Teixeira, Fernanda Príncipe, Liliana Mota

39 Fatores de isolamento social do idoso em meio rural
Oscar Lorenzo, Andreia Teixeira, Susana Santos, Delfina Teixeira, Helena Penaforte, Cristina Sequeira, Cristina Moura

47 Representação social do enfermeiro sobre a visita no pós-operatório em clientes cirúrgicos
Carla Silva, Luís Soares, Maria Adelaide Ferreira, Susana Jesus, Fernanda Príncipe, Liliana Mota

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA SOBRE AS MULHERES

Social representation of domestic violence on women

Representación social de la violencia doméstica contra las mujeres

Isabel Oliveira*, Bárbara Figueiredo**, Joana Nina**, Xavier Oliveira**, Sónia Novais*

RESUMO

Enquadramento: a violência doméstica é um problema de saúde pública que compreende um conjunto de abusos físicos, sexuais, psicológicos e sociais. A representação social da violência doméstica, enquanto construção social, é um aspeto pouco estudado e a sua compreensão pode mostrar-se significativa na construção de respostas para estas mulheres. **Objetivo**: conhecer a representação social da violência doméstica sobre as mulheres. **Metodologia**: desenho qualitativo, do tipo exploratório e descrito, numa amostra não probabilística da população de Oliveira de Azeméis. Para a recolha de dados foi usado um teste de associação livre de palavras com recurso a um questionário. Para tratamento dos dados recolhidos foi utilizado o *software* informático IRAMUTEQ. **Resultados**: quando os participantes refletem acerca da violência doméstica sobre as mulheres associam ao medo, sofrimento e dor. É de salientar a elevada frequência dos termos tristeza, vergonha e filhos. A autoestima e a discussão emergem também como relevantes na representação social da violência doméstica. Conclusão: a exploração da representação social da violência doméstica permitiu obter a interpretação dos participantes, evidenciando os aspetos negativos da mesma enquanto vivência penalizadora para as mulheres.

Palavras-chave: violência doméstica, representação social, mulheres

*Prof. Adjunta, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
*Enfermeiros

ABSTRACT

Background: domestic violence is a public health problem comprising a range of physical, sexual, psychological and social abuse. The social representation of domestic violence, as a social construction, is a less studied aspect and its understanding can be significant to create responses for these women. **Objective**: to know the social representation of domestic violence on women. **Methodology**: a qualitative, exploratory and descriptive research, in a non - probabilistic sample of the Oliveira de Azeméis population, was designed. For data collection, a word association test was used through a questionnaire. The IRAMUTEQ computer software was used to process the collected data. **Results**: when participants reflect on domestic violence about women, they associate fear, suffering and pain. It is noteworthy the high frequency of the terms sadness, shame and children. Self-esteem and discussion also emerge as relevant in the social representation of domestic violence. Conclusion: the exploration of the social representation of domestic violence allowed to obtain the interpretation of the, evidencing the negative aspects of the same as a penalizing experience for women.

Keywords: domestic violence, social representation, women

Como Referenciar:
Oliveira, I., Figueiredo, B., Nina, J., Oliveira, X., & Novais, S. (2019). Representação social da violência doméstica sobre as mulheres. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(2), 7-18

RESUMEN

Marco contextual: la violencia doméstica es un problema de salud pública que abarca una variedad de abusos físicos, sexuales, psicológicos y sociales. La representación social de la violencia doméstica, como construcción social, es un aspecto poco estudiado y su comprensión puede ser significativa en la construcción de respuestas para estas mujeres. **Objetivo**: conocer la representación social de la violencia doméstica sobre las mujeres. **Metodología**: diseño cualitativo, de tipo exploratorio y descrito, en una muestra no probabilística de la población de Oliveira de Azeméis. Para la recolección de datos, se utilizó una prueba de asociación de palabras a través de un cuestionario. El software informático IRAMUTEQ se utilizó para procesar los datos recopilados. **Resultados**: cuando los participantes reflexionan sobre la violencia doméstica contra las mujeres, asocian miedo, sufrimiento y dolor. Cabe destacar la alta frecuencia de los términos tristeza, vergüenza y niños. La autoestima y la discusión también emergen como relevantes en la representación social de la violencia doméstica. Conclusión: la exploración de la representación social de la violencia doméstica permitió obtener la interpretación de los participantes, evidenciando los aspectos negativos de la misma como una experiencia penalizadora para las mujeres.

Palabras clave: violencia doméstica, representación social, mujeres

Recebido para publicação em: 10/09/2019
Aceite para publicação em: 05/12/2019

ISSN:2184-1578
ISSNe: 2184-3791

INTRODUÇÃO

A violência doméstica contra as mulheres é um problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos das mulheres (World Health Organization [WHO], 2017). A representação social é "uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, com uma orientação própria e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social" (Neto, 2001, p.438). A violência doméstica é uma preocupação crescente em Portugal, sendo escassa a evidência produzida sobre a representação social da mesma (Broch, Gomes, Silva, Gomes, & Porto, 2016; Gomes, Silva, Oliveira, Acosta, & Amarijo, 2015; Honnef, Costa, Arboit, Silva, & Marques, 2017). A maior parte destes estudos debruçou-se sobre a representação social da violência doméstica para os profissionais de saúde. Não tendo sido identificado nenhum estudo desenvolvido em Portugal, torna-se relevante a pesquisa sobre este tema. Reconhece-se o potencial que os resultados obtidos poderão ter pela sua contribuição na construção de estratégias dirigidas a esta problemática, nomeadamente na adequação dos programas desenvolvidos na comunidade. Assim, o objetivo deste estudo é conhecer a representação social da violência doméstica sobre as mulheres.

ENQUADRAMENTO

A violência doméstica contra as mulheres refere-se a um vasto conjunto de abusos, tais como o abuso físico, sexual, emocional e financeiro, cometidos contra uma pessoa pelo seu parceiro íntimo, sejam estes casados ou não (World Health Organization [WHO], 2013a). Caracteriza-se por um padrão de ataques que o cônjuge ou ex-cônjuge usa para controlar a sua relação íntima (WHO, 2013a; World Health Organization [WHO], 2013b). A violência doméstica tem como consequência danos físicos, sociais e psicológicos, isolamento social forçado ou privação económica e faz com que a vítima viva constantemente com medo (WHO, 2013a). A Organização Mundial de Saúde acrescenta ainda que se enquadram no conceito de violência doméstica os atos de violência contra mulheres a partir dos 15 anos, balizando assim a idade a partir da qual pode ser considerada (WHO, 2013b).

Estatísticas globais apontam que cerca de um terço das mulheres que estiveram num relacionamento sofreram violência física e/ou sexual pelo seu parceiro íntimo e que 38% dos assassinatos de mulheres são cometidos pelos parceiros íntimos, sendo que os crimes de violência doméstica são cometidos maioritariamente por homens contra mulheres (WHO, 2017).

Em Portugal, segundo dados da Associação Portuguesa de Apoio a Vítima (APAV), entre 2013 e 2016, registaram-se 71 098 atos criminosos de violência doméstica, relacionados com 29 619 processos de apoio a vítimas de violência doméstica, sendo que 85,86% dos casos a vítima era do sexo feminino (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2017a). Cerca 16,6% das vítimas de violência doméstica tinham idades compreendidas entre os 36 e os 45 anos, 34,3% eram casadas e 42,8% pertenciam a uma família nuclear com filhos (APAV, 2017a). Os dados da APAV vão ao encontro dos dados internacionais nos quais se constata que em mais de 85% dos atos o autor do crime é sexo do masculino (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV],

2017b). Em Portugal, o tipo de vitimização mais comum é do tipo continuada, o que significa que as vítimas não relatam ou denunciam a situação de violência, prolongando a sua exposição à mesma (APAV, 2017b). No concelho de Oliveira de Azeméis a luta contra a violência doméstica foi considerada prioritária (Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis, 2017). Entre 2015 e 2016 verificou-se uma redução de 161 para 138 casos reportados no concelho, mas é reconhecida a necessidade de manter a intervenção de âmbito preventivo (Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis, 2017). Entre janeiro e julho de 2017 registaram-se 63 vítimas de violência doméstica, sendo que, em 82,5% dos casos, o ato de violência foi infligido pelo cônjuge ou companheiro e a força física foi a mais utilizada (Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis, 2017). Considerando a manifesta e reconhecida necessidade de intervenção nesta área e, no sentido de proporcionar elementos que permitam adequar as respostas sociais e de saúde, considerou-se importante conhecer a representação social que as pessoas elaboram da violência doméstica sobre as mulheres.

O conceito de representação social parte de um constructo socialmente concebido e partilhado, convergindo para a elaboração de uma realidade comum a um determinado grupo social (Neto, 2001), sendo vista como uma ferramenta teórica e prática ao mesmo tempo. A sociedade e a comunidade científica procuram meios de encontrar um sentido e entender transformações de vários aspetos que decorrem no meio em redor podendo, por isso, ser consideradas como matéria-prima para uma análise do social (Alexandre, 2004). A representação social não pode ser resumida à soma dos pensamentos individuais, é um conhecimento prático que se desenvolve nas relações do senso comum, é formada pelo conjunto de ideias da vida quotidiana, construída nas relações estabelecidas entre sujeitos ou através das interações dos grupos (Santos & Dias, 2015). A noção de representação social consegue que se faça uma passagem do meio de avaliação individual para uma avaliação social, sendo que a partir deste ponto entende-se como são produzidos os saberes sociais em determinados grupos e também como esses saberes influenciam as relações nesses grupos (Ferreira & Brum, 2000). Portanto, a definição de representação social está baseada sempre no modo como as pessoas ou grupo social constroem um saber ou um conjunto de saberes expressando uma identidade num dado momento, conseguindo sempre ter várias noções da realidade, sejam elas físicas, social, cultural, cognitiva ou afetiva (Ferreira & Brum, 2000).

METODOLOGIA

Para responder à questão de investigação foi desenvolvido um estudo exploratório descrito, com abordagem qualitativa. Este estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

A população em estudo foi a residente no concelho de Oliveira de Azeméis, sendo que a amostra foi constituída por um subgrupo de indivíduos provenientes da população e que consentiram a sua participação. A amostragem foi não probabilística acidental, considerando que não foi possível garantir a todos os elementos da população igual probabilidade de serem selecionados para participar

no estudo (Fortin, 2003). A recolha de dados foi feita na comunidade, através do contacto direto com os participantes em locais públicos. Foram definidos como critérios de inclusão ser residente em Oliveira de Azeméis, com idade superior aos 18 anos, com condições para dar consentimento informado para a recolha de dados.

Para a recolha de dados, a metodologia utilizada foi um teste de associação livre de palavras (TALP), através de um questionário de autopreenchimento. O TALP pode ser o utilizado como uma técnica de avaliação da perspetiva do mundo aos olhos de um individuo, pois este relaciona os processos mentais das pessoas que preencherão o questionário (Tavares, Brito, Córdula, Silva, & Neves, 2014). Este teste, segundo Merten (1992), solicita ao individuo que responda com a primeira palavra que se lembre e que associe a questão colocada, sem necessitar de pensar. O instrumento de recolha de dados foi composto por duas partes. A primeira parte continha questões sobre a caracterização sociodemográfica da amostra: a idade, o sexo, as habilitações académicas ou escolaridade e a profissão. A segunda parte foi composta por 5 questões utilizando sempre a representação social da violência doméstica no núcleo central das questões, em que foi pedido ao participante que dissesse as primeiras 5 palavras, por ordem de importância para o próprio, sobre as seguintes expressões: "quando penso em violência doméstica sobre as mulheres lembro-me de…"; "quando penso em prevenção da violência doméstica sobre as mulheres lembro-me de…"; "quando penso no impacte da violência doméstica na mulher lembro-me de…"; "quando penso na violência doméstica sobre as mulheres e na família lembro-me de…"; "quando penso na violência doméstica sobre as mulheres e na comunidade lembro-me de…".

A recolha dos dados foi realizada entre junho de 2018 e fevereiro de 2019, tendo sido entregues 184 questionários, dos quais 179 foram analisados e 5 foram inutilizados por preenchimento inadequado ou incompleto. Para o tratamento de dados recorreu-se ao IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), que consiste num programa informático que permite analisar os dados recolhidos através do seu rigor estatístico (Camargo & Justo, 2018).

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 179 participantes, sendo 70% do sexo feminino. A idade média dos participantes foi de 42,3 anos, com desvio padrão de 13,7, sendo que a maioria detinha uma escolaridade/grau académico de 12º ano e licenciatura, tal como evidenciado na (Tabela 1).

Tabela 1

Escolaridade/Grau académico dos participantes

Escolaridade/Grau académico	n	%
Até ao 4º Ano	22	13%
6º Ano	26	15%
9º Ano	18	10%
12º Ano	51	28%
Licenciado	51	28%
Mestre	9	5%
Doutorado	2	1%
Total	179	100%

Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes eram casados (67%), sendo que 23%

encontrava-se solteiro, 6% numa união de fato, 3% encontrava-se divorciado e 1% viúvo. Quanto à situação profissional, 10% dos participantes era estudante, 8% encontrava-se em situação de desemprego/reformado ou aposentado e 82% dos participantes encontrava-se em situação profissional ativa. Relativamente aos participantes com a situação profissional ativa, a maioria enquadra-se na Classificação Portuguesa de Profissões (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011) como trabalhadores não qualificados (Tabela 2).

Tabela 2

Grande grupo da classificação portuguesa das profissões

	n	%
Trabalhadores não qualificados	43	29,3%
Especialistas de atividades intelectuais e científicas	29	19,7%
Técnicos e profissões de nível intermédio	27	18,4%
Pessoal administrativo	18	12,2%
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	18	12,2%
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	6	4,1%
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	3	2,0%
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	2	1,4%
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	1	0,7%
Total	147	100

A análise dos dados recolhidos foi feita com recurso ao programa IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires).* Desta, originou a separação de corpus em 179 textos repartidos em 179 segmentos de texto. Nesses segmentos, foram reconhecidas 1022 formas e 4102 ocorrências. O número Hápax é 585, o que equivale a 14,2% das ocorrências e 57,2% das formas. A média das ocorrências por texto é de 22,9. Como análise inicial dos resultados foi utilizada uma análise prototípica de matriz (Figura 1). A partir desta foi possível visualizar as palavras agrupadas em 4 quadrantes conforme a sua utilização. As palavras foram organizadas de modo a formar um núcleo central, que aparece no 1º quadrante e que representa as palavras evocadas com maior frequência e ordem mais baixa de evocação (Abric, 2005). No 2º e 4º quadrante estão distribuídas a primeira e segunda periferia. A primeira periferia representa as palavras com maior frequência, mas menos evocadas, sendo por isso elementos secundários da representação e na segunda periferia

estão os elementos menos relevantes, pois inclui as palavras evocadas em último lugar e com menor frequência (Abric, 2005). Por fim no 3º quadrante onde se encontram-se palavras evocadas com menor frequência, mas evocadas em primeiro lugar, constituindo-se como a zona de contraste, podendo ser um complemento da primeira periferia e reforçar o núcleo central (Abric, 2005). Não foi possível a análise detalhada das respostas a cada uma das questões porque o corpus textual que compunha cada uma delas não permitiu a sua análise através do aplicativo informático.

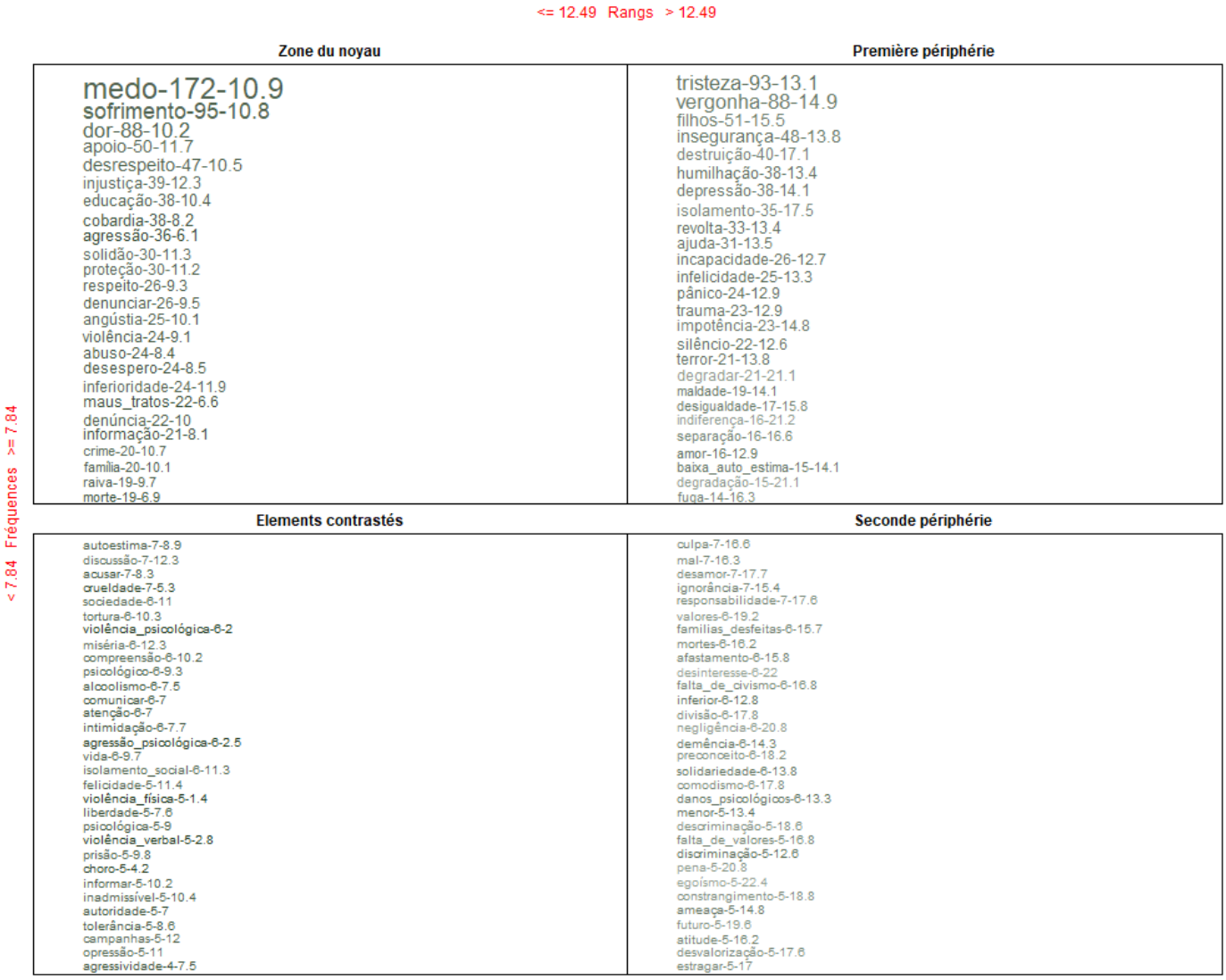

Figura 1

Análise Prototípica de Matriz

Da análise verifica-se que no núcleo central, onde se encontram as palavras utilizadas com mais frequência, ou seja, as primeiras palavras que os participantes identificam quando refletem sobre a representação social da violência doméstica, se encontram os termos medo, sofrimento, dor, apoio, desrespeito e injustiça.

Na zona da primeira periferia encontram-se com maior frequência as palavras tristeza, vergonha, filhos, insegurança, destruição e humilhação e na zona de segunda periferia encontram-se as palavras culpa, mal, desamor, ignorância, responsabilidade e valores. Por último, considerando a zona de contraste, as palavras encontradas foram autoestima, discussão, acusar, crueldade, sociedade e tortura. Para uma melhor visualização da disposição das representações sociais da violência doméstica sobre as mulheres no concelho de Oliveira de Azeméis, foi realizada uma análise de similitude ilustrando numa árvore que evidencia a centralidade das expressões e as relações entre as mesmas (Figura 2).

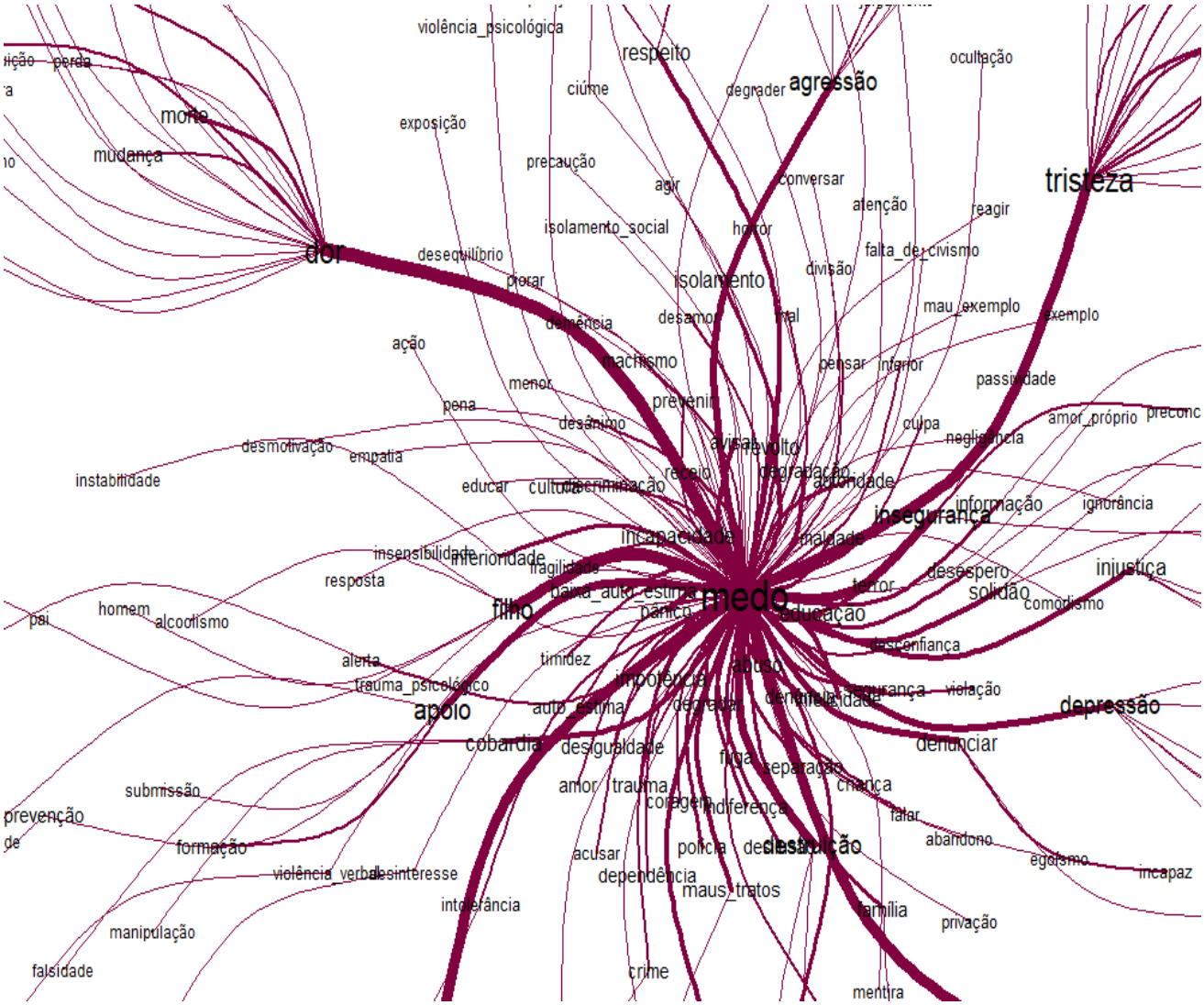

Figura 2

Análise de similitudes

Na figura 2 pode observar-se que a expressão central é medo e que está ligada por ramificações fortes com as expressões dor, vergonha, sofrimento, tristeza, filhos, insegurança e destruição. Pode verificar-se que a expressão dor tem fortes ligações com as expressões morte, mudança e perda. A expressão vergonha possui ligações fortes com as expressões humilhação e proteção. E, por último, a expressão tristeza está ligada a raiva, ódio e incompreensão. Desta análise salienta-se que a representação social da violência doméstica sobre as mulheres da amostra está centrada no sentimento de medo, reforçado pelas fortes ligações a outros sentimentos negativos, evidenciado os contornos negativos com que esta problemática está impregnada neste grupo social.

Como complemento a esta análise, é também apresentada a nuvem de palavras (Figura 3).

Figura 3

Nuvem de palavras

A nuvem de palavras agrupa e organiza, as expressões graficamente consoante a sua frequência, mostrando assim as expressões estruturadas em forma de nuvem, possuindo algumas delas algum enfase, nomeadamente tamanhos diferentes (Camargo &

Justo, 2018). As palavras que apresentam enfâse são aquelas que possuam uma maior importância, permitindo assim uma rápida identificação do core de corpus (Camargo & Justo, 2018). Na nuvem de palavras é possível identificar que se destacam as seguintes palavras: medo, sofrimento, vergonha, tristeza e dor. Pode-se também observar as palavras apoio, insegurança, desrespeito, humilhação, filho, cobardia, injustiça, destruição, depressão, educação e agressão. Através da análise da árvore e da nuvem, verifica-se que são reforçados os resultados encontrados na análise prototípica, dando assim enfase à representação social da violência doméstica sobre as mulheres construída a partir de sentimentos negativos, nos participantes deste estudo.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados revelam que os participantes associam a violência doméstica a sentimentos de medo, sofrimento e dor, focando-se na natureza penalizadora da mesma para as vítimas. Surgem também com elevada frequência os termos tristeza, vergonha e filhos, que remete para o impacte da mesma na esfera familiar. Contrastando com estes resultados, num estudo realizado por Broch e colaboradores, no Brasil, sobre a representação social da violência doméstica junto de profissionais de saúde, os termos mais usados para designar a violência doméstica foram agressão, agressão física, falta de respeito e cobardia, relevando maior representatividade da violência física, assim como o uso de drogas (Broch, et al., 2016). Em outro estudo desenvolvido no Brasil, também com profissionais de saúde, foram encontrados resultados sobreponíveis, com destaque para os termos agressão, agressão física, cobardia e falta de respeito (Gomes, et al., 2015). Estes resultados divergem igualmente dos agora encontrados, em que os termos com maior peso na representação social dos participantes enaltecem os aspetos emocionais relacionados com a vítima. As divergências nos resultados poderão estar relacionados com o facto de que os participantes eram profissionais de saúde, contactando mais com os aspetos físicos da violência doméstica e no estudo agora desenvolvido foi realizado junto na comunidade, o que sugere que a representação social da comunidade é diferente da dos profissionais de saúde, reforçando a relevância de se compreender como a população vê esta.

Num outro estudo realizado na população rural do interior do Brasil, cujas participantes eram maioritariamente mulheres (81%) é evidenciada a representação social da violência doméstica ancorada nas relações desiguais entre mulheres e homens e nas relações familiares e geracionais e caracteriza-se principalmente por ameaças, intimidações e impedimento da liberdade e autonomia feminina (Honnef, et al., 2017). Estes resultados vão ao encontro da representação social dos participantes deste estudo, representado pelos termos medo e sofrimento, reforçados pelos termos encontrados na primeira periferia de tristeza, vergonha e filhos que levam ao isolamento das vítimas e evidenciam o carater familiar e geracional desta problemática. A violência física é sempre acompanhada por violência não física, tendo como consequências o isolamento social, controlo e coerção (Honnef, et al., 2017).

Ainda segundo os mesmos autores (Honnef, et al., 2017) os casos de violência doméstica são dificilmente

denunciados pelas vítimas pois estas isolam-se, pelos sentimentos de medo e vergonha, levando a que os estudos sobre o tema da violência doméstica tenham muitas limitações. Estas questões estão entranhadas na nossa cultura, sendo muito evidentes na cultura oral portuguesa através de expressões e ditados como por exemplo *"entre marido e mulher não se mete a colher"* e que reforçam na mulher os sentimentos de medo e vergonha.

De acordo com um estudo desenvolvido por Sani & Carvalho (2018), os tipos de violência doméstica mais reportados nos autos de notícia e denúncia da polícia são os de violência psicológica. Os comportamentos mais assinalados são as ameaças contra a integridade física, ameaças de morte com ou sem o uso de armas, injúrias, humilhação, isolamento da vítima, chantagem emocional, pressão para que a vítima cometa suicídio e ainda comportamentos de assédio persistentes, concorrendo para a construção coletiva dos sentimentos expressos pelos participantes e retratada pelos termos medo, sofrimento, dor, tristeza e vergonha. É também salientada neste estudo (Sani & Carvalho, 2018) a exposição frequente das crianças e o impacte direto e indireto da violência doméstica sobre estas e que surge evocado com maior frequência na primeira periferia através do termo filhos, enquanto elemento secundário da representação social da violência doméstica, sugerindo que os participantes reconhecem o impacte negativo deste fenómeno nas crianças.

CONCLUSÃO

O estudo da representação social da violência doméstica sobre as mulheres facultou a visão da construção coletiva dos participantes sobre este tema, evidenciando os aspetos negativos da mesma enquanto vivência penalizadora para as mulheres. Os participantes associam a violência doméstica a termos como medo, sofrimento e dor, tendo como elementos secundários da representação social os termos tristeza, vergonha e filhos. Salientam-se igualmente como relevantes para a construção da representação social os termos autoestima e discussão.

Este estudo tem limitações, nomeadamente o facto desta amostra ser constituída maioritariamente por mulheres, facto resultante da maior adesão das mulheres à participação no estudo e que poderá enviesar os resultados da representação social, devendo por isso os mesmos ser interpretados com cautela. Como desenvolvimentos futuros, considera-se pertinente o estudo da representação social da violência doméstica na população com a constituição de uma amostra mais heterógena. Os resultados agora encontrados, confrontados com a evidência já produzida, sugerem que a representação social da violência doméstica é diferente entre populações e profissionais de saúde, facto este que poderá condicionar a construção de programas de intervenção comunitária.

Os resultados agora obtidos permitiram aceder ao pensamento coletivo, contribuindo para uma melhor compreensão desta problemática na ótica da população, sugerindo a necessidade de programas de intervenção em consonância com a representação social evidenciada com o objetivo de sensibilização e prevenção da violência doméstica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abric, J. (2005). La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. In J. Abric (Ed.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (59-80). Toulouse, France: ERES.

Alexandre, M. (2004). Representação social: uma genealogia do conceito. *Comum,* 10(23), 122-138. Retirado. de https://www.sinpro-rio.org.br/site/admin/assets/uploads/files/7e657-gomes_marcos-alexandre-de-souza-representacao-social_-uma-genealogia-do-conceito-comum-23.pdf

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2017a). *Estatísticas APAV: Vítimas de Violência Doméstica 2013-2016.* Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Retirado de https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Violencia_Domestica_2013-2016.pdf

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2017b). *Estatísticas da APAV - Relatório Anual 2016. Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima*. Retirado de https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2016.pdf

Broch, D., Gomes, V., Silva, C., Gomes, G., & Porto, D. (2016). Violência Doméstica Contra a Mulher: Representações Sociais de Agentes Comunitários de Saúde. *Revista de Enfermagem UFPE*, 10(10), pp. 3743-50. doi:10.5205/reuol.9667-87805-1-ED1010201604

Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis. (2017). *Violência doméstica diminuiu mas exige atenção permanente.* Retirado de https://www.cm-oaz.pt/noticias.6/acao_social.15/.a5357.html

Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2018). *Tutorial para uso do software IRaMuTeQ.* Retirado de IRaMuTeQ: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018

Ferreira, S., & Brum, J. (2000). As representações sociais e as suas contribuições no campo da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 20, 5-14. Retirado de http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4323/2282

Fortin, M.-F. (2003). *O Processo de investigação: da concepção à realização.* Loures: Lusociência.

Gomes, V. L., Silva, C. D., Oliveira, D., Acosta, D. F., & Amarijo, C. L. (2015). Domestic violence against women: representations of health professionals. *Revista Latino - Americana de Enfermagem*, 4(23), 718-24. doi:10.1590/0104-1169.0166.2608

Hochman, B., Nahas, F. X., Filho, R. S., & Filho, R. S. (2005). Desenhos de pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira,* 20(2), 2-9. doi:10.1590/S0102-86502005000800002

Honnef, F., Costa, M. C., Arboit, J., Silva, E. B., & Marques, K. A. (2017). Representações sociais da violência doméstica em cenários rurais para mulheres e homens. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(4), 368-374. doi:10.1590/1982-0194201700054.

Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões: 2010. Instituto Nacional de Estatística, IP*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Retirado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt

Merten, T. (1992). O Teste de Associação de Palavras na Psicologia e Psiquiatria. *Análise Psicológica*, 4(X), 531-541. Retirado de http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1883/1/1992_4_531.pdf

Neto, F. (2001). *Noção. Em Psicologia Social*. Lisboa: Universidade Aberta.

Sani, A. I., & Carvalho, C. (2018). Violência Doméstica e Crianças em Risco: Estudo Empírico com Autos da Polícia Portuguesa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34, e34417. doi:10.1590/0102.3772e34417

Santos, G., & Dias, J. (2015). Teoria das representações sociais: uma abordagem sociopsicológica. *Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP*, 8(1), 173-187. doi:10.18468/pracs

Tavares, D. W., Brito, R. C., Córdula, A. C., Silva, J. T., & Neves, D. A. (2014). Protocolo verbal e teste de associação livre de palavras. *Ponto de Acesso*, 8(3), 64-79. Retirado de https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaici

World Health Organization. (2013a). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women - WHO clinical and policy guidelines*. Geneve, Suiça. Retirado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf

World Health Organization. (2013b). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneve: World Health Organization. Retirado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1

World Health Organization. (2017). *Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women.* Retirado de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/

EFEITOS DE UM PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA NO FUNCIONAMENTO COGNITIVO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Effects of a cognitive stimulation program on the cognitive functioning of institutionalized elderly

Efectos de un programa de estimulación cognitiva en el funcionamiento cognitivo de ancianos institucionalizados

Maribel Carvalhais*, Tomás Almeida**, João Azevedo**, Tamára Sá**, Iva Soares**, Filipa Alves**, Ana Duarte**, Fabiana Paiva**

RESUMO

Enquadramento: devido ao envelhecimento populacional e ao declínio cognitivo associado à idade, torna-se necessário implementar programas de estimulação cognitiva que promovam o funcionamento cognitivo. A implementação deste tipo de programas pode prevenir o declínio cognitivo. **Objetivos:** avaliar os efeitos da implementação de um programa de estimulação cognitiva no funcionamento cognitivo de idosos institucionalizados. **Metodologia:** neste estudo participaram 9 idosos institucionalizados com idade média de 83,67 anos, sujeitos ao programa "Fazer a diferença" com 14 sessões de estimulação cognitiva, validado para a população portuguesa. Estudo com medidas repetidas de um grupo único recorrendo a questionário sociodemográfico e ao *Montreal Cognitive Assessment* (*MOCA*). **Resultados:** os resultados obtidos apresentam um aumento da média global do funcionamento cognitivo e, após a análise individual das avaliações, constata-se que 77,78% dos participantes apresentam uma melhoria dos resultados do *MOCA*. **Conclusão:** a implementação do programa demonstrou potencial de melhoria cognitiva sendo relevante para a aplicação em idosos institucionalizados, com vista à prevenção do declínio cognitivo. Os profissionais de saúde devem identificar alterações ao nível cognitivo, adequando as suas intervenções, promovendo assim o funcionamento cognitivo e a saúde.

Palavras-chave: cognição; envelhecimento; idoso

*PhD, Prof. Adjunta - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
*Enfermeiros

ABSTRACT

Background: due to aging and age-associated cognitive decline, it is necessary to implement Cognitive Stimulation Programs that promote the cognitive functioning. Implementing such programs can prevent cognitive decline. **Objectives:** to evaluate the effects of the implementation of a cognitive stimulation program on the cognitive functioning of institutionalized elderly. **Methodology:** in this study, 9 institutionalized elderly with an average age of 83.67 years old, participated in 14 cognitive stimulation sessions of the "Make a Difference" program, validated for the Portuguese population. Study with repeated measures of a single group using the sociodemographic questionnaire and the Montreal Cognitive Assessment (MOCA). **Results:** the results obtained show an increase in the global average of cognitive functioning, and after individual analysis of the evaluations, 77.78% of the participants show an improvement in MOCA results. **Conclusion:** the implementation of the program demonstrated potential for cognitive improvement, being relevant for its application in institutionalized elderly, in order to prevent cognitive decline. Health professionals should identify cognitive changes, tailoring their interventions, thus promoting cognitive functioning and health.

Keywords: cognition; aging; elderly

Como Referenciar:
Carvalhais, M., Almeida, T., Azevedo, J., Sá, T., Soares, I., Alves, F., Duarte, F., & Paiva, F. (2019). Efeitos de um programa de estimulação cognitiva no funcionamento cognitivo de idosos institucionalizados. *Revista de Investigação & Inovação em saúde*, 2(2), 19-28

RESUMEN

Marco contextual: debido al envejecimiento de la población y al deterioro cognitivo asociado con la edad, es necesario implementar programas de estimulación cognitiva que promuevan el funcionamiento cognitivo. La implementación de estos programas puede prevenir el deterioro cognitivo. **Objetivos:** evaluar los efectos de la implementación de un programa de estimulación cognitiva en el funcionamiento cognitivo de ancianos institucionalizados. **Metodología:** en este estudio, 9 personas mayores institucionalizados con una edad promedio de 83.67 años participaron en el programa "Make a Difference" con 14 sesiones de estimulación cognitiva, validado para la población portuguesa. Estudio con medidas repetidas de un solo grupo utilizando el cuestionario sociodemográfico y la Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA). **Resultados:** los resultados obtenidos muestran un aumento en el promedio global del funcionamiento cognitivo, y después del análisis individual de las evaluaciones, el 77.78% de los participantes muestran una mejora en los resultados de MOCA. **Conclusión:** la implementación del programa demostró potencial para la mejora cognitiva, siendo relevante para su aplicación en ancianos institucionalizados, con el fin de prevenir el deterioro cognitivo. Los profesionales de la salud deben identificar los cambios cognitivos, adaptando sus intervenciones, promoviendo así el funcionamiento cognitivo y la salud.

Palavras claves: cognición; envejecimento; anciano

Recebido para publicação em: 31/10/2019
Aceite para publicação em: 22/12/2019

ISSN: 2184-1578
ISSNe: 2184-3791

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico e o processo de envelhecimento e senescência verificados em Portugal e um pouco por todo o mundo, determinam novas necessidades em saúde, promotoras de um envelhecimento ativo e qualidade de vida dos idosos. A minimização destes fenómenos implica medidas preventivas de intervenção junto desta população (Almeida, 2012).

De acordo com Nobre (2016), envelhecimento ativo é aplicável quer a pessoas singulares, quer a grupos populacionais. Este visa preservar a participação contínua em questões económicas, culturais, espirituais e civis, bem como, manter a autonomia e independência do idoso. Desta forma, envelhecer ativamente é sinónimo de ter uma vida saudável com qualidade de vida.

O envelhecimento saudável depende do equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades individuais, mentais e físicas e a obtenção dos objetivos que se desejam (DGS, 2012). O declínio da função cognitiva (processo intelectual ou mental por meio do qual um organismo obtém conhecimento), associado à idade pode ser prevenido, ou mesmo retardado, pelo seu uso e treino adequado (Azevedo & Teles, 2011).

Segundo Marques (2014) a estimulação cognitiva é vital para reduzir as consequências do envelhecimento. Esta, idealmente, deve ser aplicada em grupo adequando-se aos vários indivíduos, tendo em conta os seus gostos e abranger aspetos relativos ao lazer e prazer. Os programas de estimulação cognitiva (PEC) incluem atividades e discussões em grupo a fim de obter uma melhoria global das capacidades cognitivas e sociais dos idosos. Desta forma, são vários os estudos que referem os benefícios de programas de estimulação cognitiva na melhoria das capacidades cognitivas (Apóstolo, Cardoso, Marta & Amaral, 2011; Sousa & Sequeira, 2012; Evangelista, 2013; Matimba, 2014; Lousa, 2016). Estes autores concluem que os programas de estimulação cognitiva conseguem maximizar as funções ainda intactas e diminuir o risco de declínio cognitivo. Assim, torna-se evidente que a estimulação cognitiva é significativa para a promoção de um envelhecimento saudável, possibilitando ao profissional de saúde intervir num amplo conjunto de domínios essenciais para o idoso viver esta etapa do ciclo vital com qualidade, mantendo-se ativo na sociedade. Este tipo de intervenção permite identificar as alterações no nível cognitivo dos idosos e construir um plano de cuidados adequado às necessidades individuais.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

Segundo Galinha (2016) considera-se envelhecimento o processo de crescimento e senescência que acontece com o passar dos anos.

O envelhecimento populacional, ou seja, a proporção crescente do número de idosos na população, a que se assiste nos dias de hoje, tem-se demonstrado um tema fundamental pela relevância do processo de envelhecimento, pois, em consequência, ocorre um crescimento proporcional na patologia relacionada com o envelhecimento (Nobre, 2016). O índice de envelhecimento em Portugal no ano de 2017 foi de 153,2%, verificando-se assim um aumento de 51,6% desde o ano de 2001 (Pordata, 2018). Devido ao crescente envelhecimento populacional surge a necessidade de centrar a atenção nas condições de vida e na promoção da qualidade de vida das pessoas idosas (Torres, 2008). Este aumento origina uma constante adaptação das políticas de saúde para que os cuidados

de saúde prestados sejam adequados às necessidades dos idosos, bem como promotores da qualidade de vida dos mesmos (SNS, 2017).

Como consequência do envelhecimento, o idoso altera as práticas do seu quotidiano dando lugar a atividades de menor exigência, o que pode ter repercussões na diminuição da capacidade de concentração, da autoestima, da reação-coordenação, da apatia, da autodesvalorização, da desmotivação, da solidão, do isolamento social e repressão (Fernandes, 2014). Assim, para prevenir estas consequências é crucial intervir precocemente estimulando o envelhecimento ativo de cada idoso.

Tal como referido anteriormente por Nobre (2016) o envelhecimento ativo visa manter uma vida saudável e qualidade de vida. Também a Organização Mundial de Saúde (2005, p.13) define o envelhecimento ativo como "o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas". Para esta entidade, o termo "ativo" não se limita apenas a um envelhecimento fisicamente ativo, mas a um aumento da esperança de uma vida saudável e com qualidade.

De acordo com Lousa (2016) a aplicação de programas de estimulação cognitiva em idosos é eficaz, uma vez que desenvolve competências cognitivas que permitem ao idoso controlar os seus pensamentos, emoções e ações.

Como já referido, a aplicação de programas de estimulação cognitiva apresenta diversos benefícios destacando-se a melhoria da orientação do doente, das funções executivas, da linguagem e da memória, do desempenho do doente nas atividades de vida diárias, da manutenção da autonomia, da diminuição da sobrecarga dos cuidadores e família, da facilitação da interação social e melhoria da qualidade de vida do idoso e família (Sousa & Sequeira, 2012).

As evidências comprovam a existência de uma relação positiva entre o desempenho cognitivo de um idoso e uma estimulação cognitiva continuada. Estudos efetuados nesta área comprovam que o treino diário da mente promove a vivacidade mental e previne o declínio cognitivo (Lousa, 2016).

De acordo com Matimba (2014) os PEC têm como objetivo manter as competências cognitivas, compensar as perdas e potenciar novas aprendizagens. Estes visam estimular o envelhecimento ativo de modo a prevenir a doença e as incapacidades associadas ao envelhecimento, assim como potencializar o funcionamento psicológico e cognitivo com o intuito de aumentar o compromisso com a vida.

Segundo Guerreiro (2005), citado por Evangelista (2013), a estimulação cognitiva não recupera as capacidades cognitivas perdidas, uma vez que as estruturas e os mecanismos cerebrais que suportam estas capacidades já estão inoperantes, no entanto, permite maximizar as funções ainda intactas e aumentar os recursos das funções, que apesar de diminuídas, ainda têm a possibilidade de melhorar, para que o doente consiga prolongar a sua independência funcional.

Segundo Apóstolo & colaboradores (2011) a estimulação cognitiva influência diretamente o risco de declínio cognitivo, o aparecimento de demências e de perturbações depressivas. Por outro lado, melhora a qualidade de vida e o cuidado do idoso. Apóstolo, Martins, Graça, Martins & Rodrigues (2013) testaram em Portugal um programa de estimulação cognitiva adaptado, ainda que não tenham conseguido obter

resultados conclusivos acerca da eficácia do mesmo.

Idealmente, as intervenções relacionadas com a atenção e a memória, devem ser implementadas em grupo, num determinado período de tempo, uma vez que apresentam efeitos positivos e duradouros (Almeida, 2012). É, ainda, de referir que quando se estabelece a implementação de um programa, deve-se considerar o tipo de estímulo que se pretende atingir, de acordo com a situação clínica de cada idoso (Fernandes, 2014).

Segundo a revisão de Lousa (2016) existem vários estudos que comprovam que a estimulação cognitiva é eficaz e que apresenta benefícios independentemente da idade e da presença de uma patologia associada, capacitando o idoso e a sua família para lidar com as perdas cognitivas e superar estas deficiências através deste tipo de programas. Programas de estimulação cognitiva têm demonstrado eficácia no funcionamento cognitivo de idosos institucionalizados em Portugal (e.g. Torres & Venâncio, 2016). Desta forma, conclui-se que a implementação de PEC em idosos demonstram potencial clínico, pois, com estes programas, os profissionais de saúde podem identificar alterações a nível cognitivo do idoso e, posteriormente, adequar as suas intervenções ao indivíduo, promovendo a saúde.

De forma a estabelecer uma interligação efetiva entre o fenómeno da função cognitiva e o processo de estimulação cognitiva, formulou-se a seguinte questão de investigação: "Qual os efeitos de um programa de estimulação cognitiva na função cognitiva de idosos?".

O presente estudo orientou-se no sentido de responder ao seguinte objetivo: avaliar os efeitos da implementação de um programa de estimulação cognitiva no funcionamento cognitivo de idosos institucionalizados.

METODOLOGIA

A amostra foi constituída por 9 idosos, com idade superior a 65 anos. Durante o estudo verificou-se que 3 dos idosos, por influência de fatores externos não controlados pelo grupo, não concluíram as fases do programa e avaliação, pelo que foram incluídos apenas 9 indivíduos no estudo. Destes, 3 são do género masculino (33,33%) e 6 do género feminino (66,67%). Verifica-se que a idade média dos participantes é de 83,67 anos (mínimo 74 e máximo 89), apresentando um desvio padrão de 5,59 anos. No que se refere aos diferentes níveis de escolaridade, 11,11% da amostra não apresenta nenhum nível de escolaridade, 77,78% apresenta quatro ou menos anos de escolaridade e os restantes 11,11% apresentam sete a nove anos de escolaridade. Utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 65 anos e integração na estrutura residencial para idosos de uma instituição da Santa Casa da Misericórdia da região centro do país; capacidade para participar em atividades de grupo pelo menos durante 60 minutos. Face à seleção dos critérios de inclusão foram estabelecidos como critérios de exclusão: patologias do foro mental e as restantes valências da Santa Casa da Misericórdia.

O presente estudo de investigação assenta nas caraterísticas de um estudo com pré e pós teste com medidas repetidas de um grupo único, com uma amostra por conveniência de 9 idosos institucionalizados.

Na recolha de dados teve-se em consideração a variável independente "Programa de Estimulação Cognitiva" e a variável dependente "funcionamento cognitivo", assim como as variáveis sociodemográficas, nomeadamente idade, género e habilitações académicas. De acordo com os objetivos de avaliação dos efeitos do

funcionamento cognitivo de idosos, utilizou-se o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), uma vez que se apresenta como um instrumento de avaliação de défices cognitivos ligeiros e avalia diferentes domínios cognitivos como a atenção e concentração, funções executivas, memória, linguagem, capacidade visuo-construtiva, capacidade de abstração, cálculos e orientação (Duro, Simões, Ponciano & Santana, 2010). A aplicação deste instrumento tem a duração de aproximadamente 10 minutos, apresentando uma pontuação total de 30 pontos, sendo que uma pontuação igual ou superior a 26 pontos é considerada com um funcionamento cognitivo preservado. Relativamente às habilitações literárias, indivíduos com 12 anos de escolaridade ou menos é acrescentado 1 ponto ao resultado final. A versão experimental da validação do MoCA na população portuguesa apresenta um alfa de Cronbach de 0,90 (Gomes, 2011), revelando assim, uma boa consistência interna.

O programa de estimulação cognitiva foi desenvolvido e testado em Portugal por Apóstolo & Cardoso (2012) adaptado do programa da autoria de Spector et al. (2003). O programa foi aplicado ao longo de sete semanas, com duas sessões semanais de cerca de 45 a 60 minutos cada. As sessões foram organizadas e geridas pelos investigadores do estudo em três grupos de três idosos. Os temas principais das 14 sessões foram: Jogos físicos; Sons; Infância; Alimentação; Questões atuais; Retratos/Cenários; Associação de palavras; Ser Criativo; Classificação de objetos; Orientação; Usar o dinheiro; Jogos com números; Jogos com palavras; Jogos de equipa (Quiz).

A colheita de dados foi efetuada entre maio de 2017 e agosto de 2017. A primeira aplicação do MoCA permitiu colher informações relevantes para a caracterização dos défices cognitivos da população-alvo e ainda avaliar a sua capacidade cognitiva. A partir desta colheita e consequente análise, implementou-se o PEC, no sentido de averiguar os efeitos deste programa na função cognitiva, através dos resultados obtidos no teste final.

Após um parecer positivo do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento e da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa e do cumprimento dos princípios éticos subjacentes, concretizou-se o desenvolvimento do presente estudo. No que concerne às considerações éticas, o estudo de investigação respeita o princípio da dignidade humana e o princípio da justiça e beneficência, garantindo-se o anonimato e confidencialidade na publicação dos resultados. A participação dos idosos foi voluntária e foi assinado o consentimento informado, sendo o instrumento de colheita de dados preenchido pelos próprios participantes com a assistência dos investigadores.

As medidas estatísticas utilizadas foram estatísticas descritivas (média e desvio padrão, frequências absolutas e relativas). Todas as estatísticas foram calculadas com recurso ao Statistical Package for the Social Sciences, versão 22.0.

RESULTADOS

No que concerne à avaliação do efeito do PEC, efetuada através da avaliação pré e pós-teste com o MoCA, verificamos: um aumento da média geral do funcionamento cognitivo avaliado pelo MoCA (Quadro 1); do total dos 9 idosos, 7 melhoraram os coeficientes médios do MoCA (77,78%); os que apresentaram melhoria do funcionamento cognitivo foram a totalidade dos idosos do género masculino e 4 do género feminino. Constata-se que o único elemento da amostra que apresentou um resultado inferior em

relação à aplicação do teste inicial é do género feminino e frequentou apenas o 1º ano de escolaridade. Da mesma forma foi possível verificar que somente 1 indivíduo não apresentou alteração no resultado do início para o final, sendo esta do género feminino e apresentando o quarto ano de escolaridade.

Tabela 1

Evolução do estado cognitivo dos idosos do $T_{este\ inicial}$ para $T_{este\ final}$, relativamente ao MoCA

Instrumento de Avaliação	Tempos							
	$T_{este\ inicial}$				$T_{este\ final}$			
	$\bar{X}$	σ	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	σ	Mínimo	Máximo
MoCA	20,89	4,676	14	28	24,0	4,637	14	31

Perante os objetivos delineados, a análise do instrumento de colheita de dados foi operacionalizada segundo os domínios do mesmo. Destacam-se os domínios da "Evocação Diferida" e da "Orientação", pelo aumento exponencial verificado em relação aos restantes domínios, observando-se melhoria em todos os domínios exceto na Nomeação (que se manteve constante), conforme exposto na Figura 1.

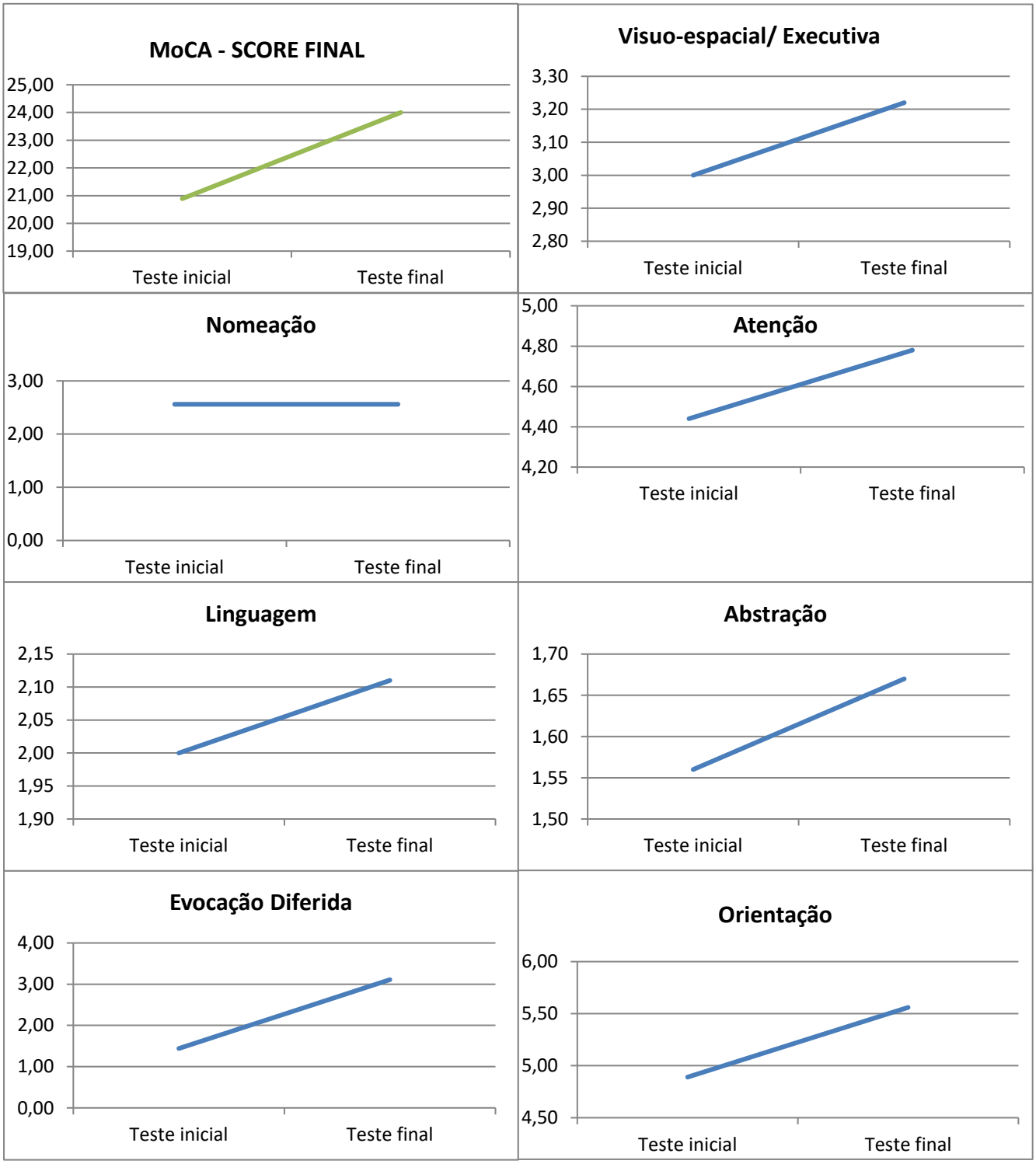

Figura 1.

Evolução do estado cognitivo face aos diferentes domínios do MoCA

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos demonstram uma tendência de melhoria do funcionamento cognitivo através da aplicação do programa de estimulação. Tendo por base a literatura, verifica-se que a estimulação cognitiva surge como forma de diminuição do risco de declínio cognitivo e melhoria da autonomia da população idosa, minimizando a incidência de quadros demenciais. Evidencia-se ainda que a estimulação cognitiva potencia as funções cognitivas intactas, bem como as que se encontram afetadas, por forma a prorrogar a independência e qualidade de vida. Estes resultados vêem corroborar outros estudos, nomeadamente nacionais que têm encontrado resultados de melhoria, como o de Torres & Venâncio (2016). Nomeadamente um estudo prévio, com o mesmo programa, encontrou tendência de melhoria, ainda que não tenha sido possível verificar diferenças estatisticamente significativas (Apóstolo et al., 2013). Neste estudo, os autores afirmam que estudos prévios, com objetivo idêntico, evidenciaram um efeito positivo na cognição de pessoas idosas portadoras de demência leve/moderada perante um PEC. Da mesma forma, o estudo de Evangelista (2013), com o intuito de estudar a influência da estimulação cognitiva nas capacidades funcional e cognitiva do idoso com demência e na qualidade de vida, constatou uma melhoria estatisticamente significativa no grupo de intervenção ao nível cognitivo e na qualidade de vida.

De acordo com o estudo de investigação desenvolvido por Gaspar em 2017 determinou-se que a aplicação de um PEC beneficiou as capacidades cognitivas da população em estudo. Na mesma linha de pensamento Gonçalves (2012) reflete na sua investigação um empoderamento do desempenho cognitivo da população idosa submetida a estimulação cognitiva.

Face ao tamanho da amostra e, embora esteja limitado a uma instituição, pode-se afirmar que o estudo contribui com o conhecimento de tendência de efeitos cognitivos de implementação de PEC, pelo que contribui também para implicações práticas, numa visão de intervenção local, bem como, para a orientação de novos projetos no campo em estudo podendo, ainda, servir para a reflexão para a prática clínica e em processos formativos de profissionais de saúde.

Qualquer trabalho de investigação ostenta potencialidades e algumas fragilidades. Desta forma, alguns fatores desencadearam fragilidade no estudo, nomeadamente uma amostra reduzida e a perda de 3 elementos da amostra que, por conduzirem a uma baixa sensibilidade, transportam uma incerteza considerável quanto ao tipo de análise de dados, às conclusões e à generalização dos resultados. As limitações identificadas acima poderão justificar alguns dos obstáculos que surgiram ao longo do processo de investigação. No entanto, esses mesmos obstáculos poderão ser superados em projetos futuros, com o intuito de maximizar os resultados.

CONCLUSÃO

Considerando os objetivos definidos, a questão de investigação e os resultados obtidos, constata-se que, pela análise de dados individual, 77,78% da população alvo evoluíram positivamente no MoCA e 11,11% mantiveram a mesma condição. Ainda que com análises pouco sólidas, as melhorias verificadas, assim como, a estabilização das funções cognitivas representam um relevante significado clínico.

Tendo em conta os ganhos em saúde da população interveniente, bem como os benefícios pessoais e profissionais adquiridos com o desenrolar do mesmo, verifica-se a necessidade de integrar estratégias de estimulação cognitiva dirigidas às pessoas idosas, com o intuito de empoderar as mesmas no que respeita à sua capacidade cognitiva e funcional.

Assim, o grupo de investigadores considera importante comparar a condição cognitiva dos idosos submetidos a um PEC com a dos idosos que não foram alvo do mesmo. Propõe-se também que futuros grupos de investigação elaborem estudos com amostras de maior dimensão, às quais seja aplicado um PEC que permita uma manutenção e follow-up da estimulação, no sentido de reforçar e clarificar os resultados a médio e longo prazo.

Considerando as limitações apresentadas anteriormente, a realização deste estudo permite o início da elaboração de estudos com novas vertentes de investigação relativamente a esta questão, sendo que esta ainda é pouco abordada em Portugal. Desta forma, é possível que os novos dados elucidem acerca da pertinência desta temática na prática clínica, tendo por base a evidência nacional e, ainda o confronto dos resultados obtidos em Portugal com os internacionais. É, ainda necessário, que o tempo de execução deste tipo de programas seja alargado, bem como, o tamanho amostral dos estudos, para que os resultados obtidos sejam mais elucidativos.

Com a aplicação deste estudo podemos concluir que o exercício profissional na área dos cuidados de saúde ao idoso exige constantemente competências de excelência para potenciar a maximização do funcionamento cognitivo. Para que da intervenção dos profissionais resultem ganhos em saúde, estes necessitam de se capacitar, avaliar e planear os seus cuidados de acordo com os interesses do idoso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, M. (2012). *Envelhecimento e Dinâmicas Sociais: Envelhecimento Ativo.* (Trabalho académico). Faculdade de Economia, Coimbra.

Apóstolo, J., Cardoso, D., Marta, L & Amaral, T. (2011). Efeito de estimulação cognitiva em Idosos. *Revista de Enfermagem Referência,* 3(5), 193-201.

Apóstolo, J., Martins, A., Graça, M., Martins, M., Rodrigues, S. & Cardoso, D. (2013). O efeito da Estimulação Cognitiva no Estado Cognivo do Idosos em Contexto Comunitário. *Actas de Gerontologia,* 1(1), 1-12.

Azevedo M.J. & Teles R. (2011). Revitalize a sua mente. In: Ribeiro O. & Paúl C. Manual de Envelhecimento Activo. Lisboa. p. 77-112.

DGS (2012). Direcção Geral de Saúde. Disponível em http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010170.pdf.

Evangelista, D. (2013). *Promoção de Saúde em Idosos: Projeto de Intervenção na Demência* (Tese de Mestrado não publicada). Escola Superior de Educação de Coimbra, Coimbra.

Fernandes, S. (2014*). Estimulação cognitiva em idosos institucionalizados*. (Tese de Mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Bragança da Escola Superior de Educação, Bragança.

Galinha, S. (2016). Bem - Estar e envelhecimento ativo: Para uma intervenção socioeducativa em idade avançada. *Quaderns Animacion,* 1 (23), 1-17.

Gomes, J. (2011). Contribuição para a Validação do OQCODE - Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly. (Tese de Mestrado não publicada). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

Duro, D., Simoes, M. R., Ponciano, E., & Santana, I. (2010). Validation studies of the Portuguese experimental version of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA): confirmatory factor analysis. *Journal of Neurology*, 257(5), 728-734.

Lousa, E. (2016). *Benefícios da Estimulação Cognitiva em Idoso: Um Estudo de Caso.* (Tese de Mestrado não publicada). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

Nobre, R. (2016). *Envelhecimento ativo no Idoso Institucionalizado.* (Tese de mestrado não publicada). Escola Superior de Educação e Comunicação, Algarve.

Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde* [PDF]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf;

Pordata. (2018). *Índice de envelhecimento* [Web Site]. Disponível em: https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458.

SNS. Sistema Nacional de Saúde. (2017). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. Lisboa: Sistema Nacional de Saúde. Retirado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf

Spector, A., Thorgrimsen., L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M. & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised Controlled Trial. *British Journal of Psychiatry*, 183: 248-254.

Sousa L. & Sequeira, C. (2012). Concepção de um Progrma de Intervenção na Memória para Idosos com DCL. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 8, 7-15.

Torres, A., & Venâncio, J. (2016). Effects of an innovative group program of multisensory stimulation of older adults. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*, 387-396.

Torres, P. A. (2008). Efeitos dos videojogos nas funções cognitivas da pessoa idosa. Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Disponível em: http://hdl.handle.net/10216/22139.

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DO DOENTE CRÍTICO: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS ENFERMEIROS

Inter-hospital transportation of the critical patient: nurses' social representation

Transporte inter-hospitalario del paciente crítico: representación social de la enfermeira

Cátia Ferreira*, Cátia Lisboa**, Débora Moreira***, Gilda Sousa**, Tânia Teixeira*, Fernanda Príncipe****, Liliana Mota*****

RESUMO

Enquadramento: a necessidade de cuidados diferenciados e realização de exames complementares de diagnóstico obriga a que se proceda ao transporte inter-hospitalar do doente em estado crítico. **Objetivo:** explorar a representação social dos enfermeiros experienciam sobre o transporte inter-hospitalar do doente crítico. **Metodologia:** estudo qualitativo, do tipo exploratório com uma amostra constituída por 110 enfermeiros. Recolha de dados com recuso a questionário online e análise de dados com a ferramenta IRAMUTEQ. **Resultados:** através da análise de similitude verificou-se que a medicação é o núcleo central da interpretação das vivências dos enfermeiros no transporte inter-hospitalar do doente crítico, ramificando-se em quatro: material, paragem cardiorrespiratória, monitorização e estabilidade. **Conclusão:** o transporte do doente crítico é suscetível de despoletar diversas vivências, por exigir do enfermeiro, no exercício da responsabilidade profissional, elevados níveis de conhecimento e confiança, promotores das escolhas mais adequadas à qualidade e eficiência dos cuidados prestados.

Palavras-chave: transporte de pacientes; cuidados críticos; enfermeiras e enfermeiros

*RN, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Centro Hospitalar Universitário de São João
**RN, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Centro Hospitalar do Porto
***RN, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho
****PhD, Professor Coordenador na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/ CINTESIS
*****PhD, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/ CINTESIS

Como Referenciar:
Ferreira, C., Lisboa, C., Moreira, D., Sousa, G., Teixeira, T., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: representação social dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(2), 29-38

Recebido para publicação em: 05/09/2019
Aceite para publicação em: 26/11/2019

ISSN: 2184-1578
ISSNe: 2184-3791

ABSTRACT

Background: the need for differentiated care and the completion of complementary diagnostic tests requires the interhospital transport of critically ill patients. **Aim:** to explore the social representation of nurses experience the interhospital transport of critical patients. **Methodology**: it was based on a qualitative study, of the exploratory type with a sample of 110 nurses. Data collection using online questionnaire and data analysis with the IRAMUTEQ tool. **Results**: through similitude analysis we verified that medication is a central nucleus, branching into: material, PCR, monitoring and stability. **Conclusion:** the transport of critically ill patients is likely to trigger various experiences, as it requires from nurses, in the exercise of professional responsibility, high levels of knowledge and confidence, promoters of the most appropriate choices for the quality and efficiency of care provided.

Keywords: transportation of patients; critical care; nurses

RESUMEN

Marco contextual: la necesidad de atención diferenciada y la realización de pruebas diagnósticas complementarias requiere el transporte interhospitalario de pacientes críticos. Por lo tanto, el presente estudio tuvo como objetivo analizar las experiencias de las enfermeras en el cuidado del paciente crítico durante este tipo de transporte. **Objetivo:** explorar la representación social de las enfermeras, experimentar el transporte interhospitalario de pacientes críticos. **Metodología**: se basó en un estudio cualitativo, del tipo exploratorio con una muestra constituida por 110 enfermeros. Recopilación de datos con cuestionarios en línea y análisis de datos con la herramienta IRAMUTEQ. **Resultados:** através del análisis de similitud se verificó que la medicación es el núcleo central, ramificándose en: material, PCR, monitorización y estabilidad. Conclusión: es probable que el transporte de pacientes en estado crítico desencadene diversas experiencias, como exige de las enfermeras, en el ejercicio de la responsabilidad profesional, altos niveles de conocimiento y confianza, promotores de las opciones más apropiadas para la calidad y eficiencia de la atención brindada.

Palabras clave: transporte de pacientes; cuidados críticos; enfermeiros

INTRODUÇÃO

Os cuidados apropriados ao estado de saúde são um direito do doente e um dever dos serviços de saúde. Estes devem ser acessíveis e, prestados em tempo útil, para que se assegurem cuidados técnicos e científicos que visem a melhoria da condição do doente (Ministério da Saúde, 2015). Todavia, mesmo esgotando os recursos disponíveis, as instituições de saúde nem sempre têm capacidade de resposta às diferentes necessidades dos doentes, sendo muitas vezes necessário recorrer ao transporte inter-hospitalar para instituições de saúde polivalentes. Este transporte pode ser efetuado por via terrestre ou aérea, com uma equipa mais ou menos diferenciada, de acordo com o estado clínico do doente, sendo que a decisão do transporte e da equipa necessária é uma decisão médica (SPCI & Ordem dos Médicos, 2008).

Perante a necessidade de efetuar um transporte inter-hospitalar de doente crítico são sentidas preocupações e dificuldades relativamente à intervenção adequada durante esse mesmo transporte. Surgem inquietações relacionadas com a questão de qual será o enfermeiro que irá realizar o transporte, se este possui as competências necessárias e quais as vivências significativas que esta experiência ao acompanhar o doente nestas situações. Pretendemos com este estudo explorar a representação social dos enfermeiros experienciam sobre o transporte inter-hospitalar do doente crítico.

O enfermeiro, enquanto elemento da equipa de transporte, deverá possuir determinadas competências e evidenciá-las na prática de cuidados, daí a importância de conhecer as vivências que estes experienciam, contribuindo para melhores resultados no transporte de doentes críticos em prol da qualidade da assistência.

ENQUADRAMENTO

Ao longo dos séculos, a necessidade de transportar doentes críticos surge inevitavelmente relacionada com os soldados gravemente feridos em combate. Estes eram evacuados com o auxílio de unidades móveis de transporte desde o campo de batalha até ao local específico para receber o tratamento adequado. Constata-se que o transporte de doentes críticos foi-se aperfeiçoando com as crescentes necessidades militares nesta área (Sheeley, 2011). Nos dias de hoje e com a evolução da prestação de cuidados e de conhecimentos, “efetuar o transporte de doentes em estado crítico requer planeamento, organização, método, material adequado e profissionais bem preparados” (Carvalho, 2009, p. 129).

Para melhor compreensão do conceito de doente crítico, a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e Ordem dos Médicos (2008, p. 9) definem doente crítico como aquele que “por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica”. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 1), o doente em situação crítica necessita de “cuidados altamente qualificados prestados de forma continua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.”

O transporte inter-hospitalar deste tipo de doentes pode envolver alguns riscos. A sua realização justifica-se pela inexistência de recursos humanos e/ou técnicos para dar continuidade ao tratamento iniciado ou para a realização de exames complementares de diagnóstico não disponíveis no hospital de origem (SPCI & Ordem dos Médicos, 2008). Constata-se que "é durante o transporte que todas as complicações acontecem!" (Carvalho, 2009, p. 134), daí a relevância de uma avaliação pormenorizada sobre tudo o que envolva o doente crítico, seguindo e cumprindo as distintas fases inerentes ao transporte: decisão, planeamento e efetivação.

Na fase de decisão devem ser analisados os riscos intrínsecos ao doente e ao processo de transporte bem como os benefícios para a sua realização. O planeamento é realizado pela equipa médica em conjunto com a equipa de enfermagem, onde é escolhido e contactado o serviço recetor bem como o meio de transporte e a equipa. Esta fase inclui também a seleção de monitorização e terapêutica a ser utilizada. De uma forma proactiva "deve ser equacionado o risco de possíveis acidentes e tomadas medidas para a respetiva prevenção, especialmente nas fases de maior risco: nos primeiros 5 minutos do transporte, na passagem do doente e no transporte prolongado (>30minutos)" (SPCI & Ordem dos Médicos, 2008, p. 10). Por último, a fase da efetivação, fica a cargo da equipa designada para o transporte e a sua responsabilidade cessa no momento da passagem do doente no serviço de destino.

As vivências são uma sequência de estados de espírito que podem ser sentimentos, sensações, recordações ou ideias. Martins & Martins (2010) referem que "as vivências de cada um correspondem ao percurso feito durante a sua vida e resultam de diversos fatores de natureza pessoal. Os enfermeiros, ao longo da sua vida profissional vão vivenciando situações que lhes deixam marcas profundas, quer positivas quer negativas." Estes, convivem diariamente, com doentes em situação instável que pode conduzir a situações de stress e ao desenvolvimento de estados de ansiedade (Martino & Misko, 2004).

Oliveira & Martins (2013) referem que a assistência a vítimas críticas provoca um desgaste físico e psicológico pela imprevisibilidade destas situações. Acrescentam ainda que, ao cuidar do doente crítico surgem várias emoções que podem ser positivas, tais como a confiança, a segurança, o alívio, a satisfação e a motivação, mas também surgem emoções negativas, como a aflição, a ansiedade, o stress, o nervosismo, o medo, a angústia, a impotência, a insegurança, a apreensão e a preocupação.

Martins & Martins (2010) descrevem que na transferência inter-hospitalar de doentes críticos, os enfermeiros vivenciam experiências marcantes positivas, como ajudar os doentes e experiências marcantes negativas, como medo, angústia, stress, sofrimento e frustração.

O que está preconizado para o transporte inter-hospitalar pressupõe que os elementos da equipa de transporte sejam capazes de garantir a segurança de todos os envolvidos, assim como de assegurar o mesmo nível de cuidados. A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi inicialmente desenvolvida por Moscovici em França, no decorrer da década de 50 visando compreender de que forma a Psicanálise era percecionada pela sociedade. A partir deste estudo, este autor foi considerado o mentor da TRS (Silva, Camargo, & Padilha, 2011).

A enfermagem apresenta uma diversidade de enfoques teóricos e metodológicos, onde se destaca a TRS, devido à possibilidade do investigador captar a interpretação dos próprios participantes da realidade em estudo, possibilitando a compreensão das atitudes e comportamentos de um determinado grupo social (Silva, Camargo, & Padilha, 2011).

Para uma melhor compreensão e estruturação de comportamentos e ações, a aplicação e utilização da TRS tem favorecido a identificação de conhecimentos e objetos de estudos em saúde. Possibilitando também a constatação da perceção de um grupo acerca de sua realidade, em determinado momento, quando inseridos num contexto social característico (Duarte, Mamede, & Andrade, 2009).

Na perspetiva de Novais, Mendes, & Zangão (2016, p. 730), ao analisar uma determinada representação social é "necessário estudar a estrutura cognitiva onde essa representação se encontra ancorada. Desta forma, e através do processamento da informação recebida de forma repetida, os indivíduos interpretam complementam e reorganizam-na diferentemente, de acordo com a comunidade onde se inserem, num acordo tácito". Ainda de acordo com os mesmos autores, "entender uma representação social, exige que mais do que se descrever exaustivamente as crenças e atitudes relacionadas com o objeto de representação, em virtude da complexidade de fatores que interferem na sua constituição" (p. 730).

METODOLOGIA

Estudo de natureza qualitativa, visto que pretendemos estudar vivências humanas que se caraterizam pela sua subjetividade. A prática da enfermagem, normalmente já trata de questões qualitativas ao cuidar da pessoa inserida no seu meio social, pois tenta apreender o seu modo de vida bem como as suas demandas para atingir um ótimo nível de qualidade de vida, tendo em conta as diversidades sociais e culturais. Assim, a pesquisa qualitativa é uma modalidade que responde a questões muito particulares, tanto individual quanto coletivamente.

A colheita de dados decorreu no período compreendido entre fevereiro a março de 2018, por meio de um teste de associação livre de palavras (TALP) composto por duas partes. A primeira parte é constituída por questões fechadas de carácter sociodemográfico e a segunda parte por questões abertas de resposta curta, nas quais era pedido que os participantes referissem as primeiras 4 palavras ou expressões que se lembram quando pensam na transferência inter-hospitalar de um doente crítico, quando pensam no transporte de um doente crítico, quando estão a efetuar o transporte de um doente crítico, quando pensam nas possíveis complicações durante o transporte de um doente crítico e quando pensam na passagem do doente crítico ao colega do hospital de destino. Este foi elaborado no programa Google Docs, e posteriormente enviado por e-mail e partilhado nas redes sociais, tendo participado no estudo 110 enfermeiros.

Para o tratamento e análise dos dados utilizou-se Software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), 0,6 alpha 3, desenvolvido por Pierre Ratinaud, que permite fazer análises estatísticas sobre palavras.

A garantia da confidencialidade das informações e o anonimato dos participantes foi preocupação neste estudo, pelo que, no processo de recolha e análise dos

dados, foi omisso qualquer elemento que permitisse identificar os participantes.

RESULTADOS

No que se refere à caracterização dos 110 enfermeiros que participaram no estudo verificamos que a maioria (79%) era do sexo feminino.

Relativamente à qualificação académica 87% (n=96) é licenciado, sendo os restantes mestres (13%, n=14). Constatamos que apenas 28% (n=31) dos participantes possuem curso de pós-licenciatura de especialização.

O tempo de exercício de funções varia entre os 1 e 43 anos de serviço, 41% (n=45) exercem funções entre os 6 a 10 anos, 27% (n=30) entre 1 a 5 anos, 21% (n=23) entre 11 a 20 anos, 10% (n=11) entre 21 e 30 anos e 1% (n=1) superior a 30 anos.

Evidencia-se que o serviço de urgência é dos mais representativo na nossa amostra (23%, n=25), seguido do internamento cirúrgico (21%, n=23), internamento médico (14%, n=15), cuidados intensivos e intermédios (9%, n=10), no entanto 33% correspondem a outros locais de trabalho, não especificados.

A análise de similitude ou de semelhanças permitiu visualizar a relação entre as palavras e a sua conectividade dentro de cada classe e por outro lado a ligação entre as várias classes (Marchand & Ratinaud, 2011).

Através da análise de similitude identifica-se o núcleo central e o sistema periférico da interpretação das vivências dos enfermeiros no transporte inter-hospitalar do doente crítico.

Verificou-se que a medicação é o núcleo central, ramificando-se em quatro: material, paragem cardiorrespiratória, monitorização e estabilidade. O material ramifica-se ainda, em informação e complicação e a estabilidade em segurança. Estas palavras são as mais referidas pelos participantes (Figura 1).

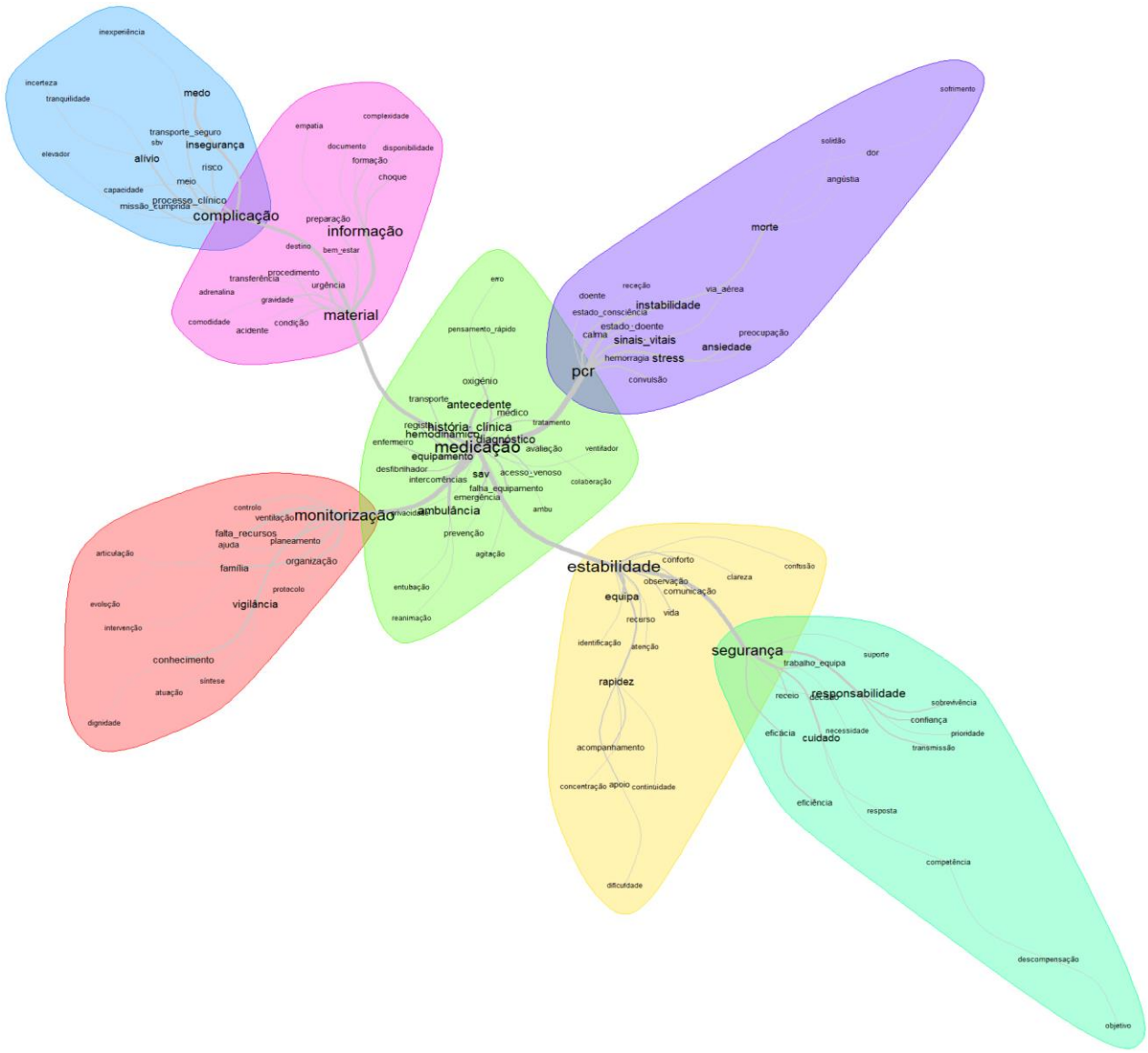

Figura 1

Árvore de similitudes

Pelo método de nuvem de palavras, que as agrupa e organiza graficamente em função da sua frequência, das palavras mais evocadas pelos enfermeiros destacam-se a segurança, estabilidade e medicação com maior frequência, seguida das palavras material, monitorização, PCR, informação, complicação, stress e responsabilidade (Figura 2).

Nota-se na figura, que as palavras são posicionadas aleatoriamente de tal forma que as palavras mais frequentes aparecem maiores que as outras, demonstrando assim, o seu destaque no *corpus* da análise da pesquisa (Marchand & Ratinaud, 2011).

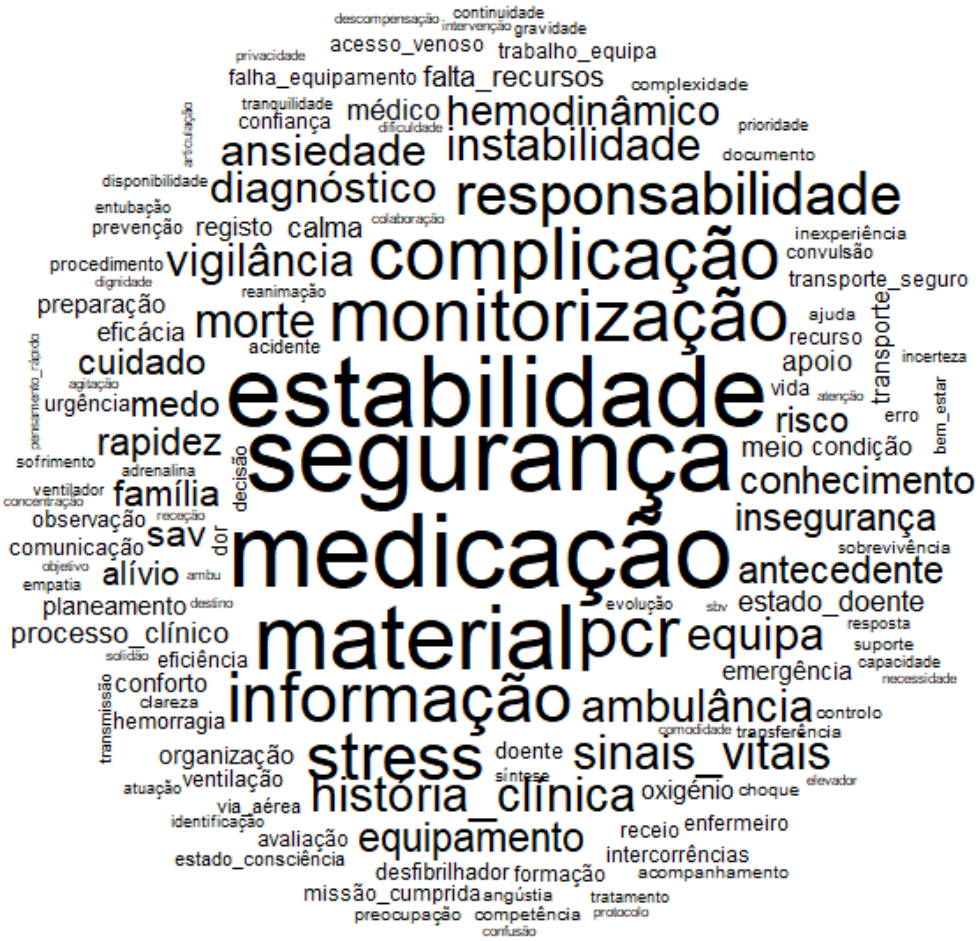

Figura 2

Nuvem de palavras

Pode-se constatar que a nuvem de palavras corrobora os resultados expostos anteriormente.

DISCUSSÃO

Após a obtenção dos resultados da análise pelo IRAMUTEQ, a árvore é apresentada no interface da similitude com a identificação das coocorrências entre as palavras e indicações de conexidade entre os termos: medicação, material, PCR, monitorização, estabilidade, segurança, informação e complicação, auxiliando na identificação da estrutura do campo representacional das vivências dos enfermeiros no transporte inter-hospitalar do doente crítico.

Constatamos que o núcleo central (medicação) interrelaciona-se com diversas constantes. Neste sentido, a SPCI & Ordem dos Médicos (2008) recomendam que devem ser utilizadas seringas pré-preparadas de acordo com as situações mais previsíveis, uma vez que a preparação de fármacos de urgência, durante o transporte, pode ser uma dificuldade adicional e inesperada. Percebemos assim, a necessidade que os enfermeiros têm de valorizar a medicação como um dos pontos fulcrais no transporte inter-hospitalar do doente crítico.

Uma das relações que se pôde aferir na árvore de similitudes foi entre a medicação, a estabilidade e a segurança. Sabendo que a gravidade da situação clínica e a estabilidade do doente interferem com a sua segurança quando é transferido, a SPCI & Ordem dos Médicos (2008) preconizam que antes do transporte, a estabilização hemodinâmica, é essencial na redução da mortalidade e morbilidade do doente crítico, uma vez que este encontra-se em risco devido à sua situação clínica, à terapêutica inerente e ao transporte em si. Lopes & Frias (2014, p.55) reforçam ainda que "existem múltiplos eventos que podem alterar a situação clínica do doente, já por si só, crítica. Estes vão desde a instabilidade do doente, passando pela numerosa terapêutica, monitorização necessária, (…)."

Podemos ainda verificar que a responsabilidade é considerada um fator essencial, juntamente com o trabalho em equipa, promovendo a segurança do doente e da equipa de transporte. Desta forma, a SPCI & Ordem dos Médicos (2008, p.23) expõe que "a segurança do doente e dos profissionais que o acompanham deve ser o principal objetivo em todas as fases do transporte".

Outra ligação que verificamos através da análise de similitudes relacionava a medicação com o material, a informação e as complicações. O facto de os enfermeiros não conseguirem ter todo o material, equipamento e medicação que pode vir a ser necessário durante o transporte, leva a que estes desenvolvam sentimentos de medo e insegurança. Martins & Martins (2010) reiteram que a possibilidade de avaria, insuficiência ou inadequação dos equipamentos, contribuem para propiciar sentimentos de ansiedade e angústia nos profissionais.

Se tivermos toda a informação disponível quer acerca do doente, quer acerca do transporte, conseguimos prevenir possíveis complicações que possam advir. Uma equipa formada e informada consegue prevenir e dar resposta às complicações. De acordo com Martins & Martins (2010, p. 117), "a formação e experiência profissional são essenciais para o sucesso das transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. São fatores que oferecem segurança (…)". Os mesmos autores referem ainda que "a experiência e a formação nesta área ajudam a prever e a resolver com mais segurança os imprevistos que possam surgir." A SPCI & Ordem dos Médicos (2008) mencionam também que a qualificação técnica, a experiência e a formação são aspetos importantes para a promoção e garantia da segurança durante o transporte.

A possibilidade de PCR foi um evento bastante abordado pelos nossos participantes. Estes referiram sentimentos de ansiedade e stress perante a instabilidade do doente, que pode levar à PCR e consequentemente à morte. Os enfermeiros consideram a PCR como grande motivo de preocupação, provocando angústia e sofrimento. Cristina, Dalri, Cyrillo, Saeki, & Veiga (2008) evidenciam no seu estudo que os enfermeiros vivenciam sentimentos e emoções como a angústia e o medo do desconhecido em situações de PCR.

Não menos relevante, apuramos que o planeamento e organização do transporte é fundamental para reunir todos os recursos necessários ao acompanhamento, monitorização e vigilância do doente. "Os enfermeiros referem que o planeamento, a organização e o conhecimento da situação clínica do doente, são fundamentais para evitar as complicações e os

imprevistos durante a transferência" (Martins & Martins, 2010).

Ao analisar as respostas obtidas através do TALP, podemos aferir que a maioria das mesmas centram-se numa abordagem técnica e instrumental, centralizadas nos processos corporais e desvalorizando a componente humana e social, acompanhando o modelo biomédico. De acordo com Marco (2006), este modelo reflete o referencial técnico-instrumental das biociências, excluindo o contexto psicossocial dos significados, fundamental para uma compreensão plena dos doentes.

CONCLUSÃO

As dificuldades sentidas neste tipo de estudo relacionaram-se com a natureza subjetiva da investigação, nomeadamente o facto de a nossa pesquisa ter tido como objeto de estudo as vivências, que é um tema amplo e ao mesmo tempo subjetivo e complexo, inerente à individualidade de cada ser humano. Verificamos que a representação social dos enfermeiros no transporte inter-hospitalar do doente crítico evidencia um sentido de responsabilidade profissional, que se encontra intimamente ligado à perícia e aos conhecimentos, salientando a vertente técnica. A medicação emerge como categoria central do estudo acrescida do material, da informação e das complicações, visto que a falta destes gera sentimentos de medo e insegurança.

Podemos concluir que o planeamento, a organização e a formação dos profissionais são cruciais para uma atuação atempada e preventiva, evitando complicações e imprevistos.

As vivências que os enfermeiros experimentam no seu quotidiano profissional estão frequentemente carregadas de emoções fortes, que influenciam e conduzem as escolhas e as decisões que tomam. O transporte do doente crítico é um dos momentos mais delicados dos cuidados de enfermagem, suscetível de despoletar diversas vivências, por exigir do enfermeiro, no exercício da responsabilidade profissional, elevados níveis de conhecimento e confiança, promotores das escolhas mais adequadas à qualidade e eficiência dos cuidados prestados.

Verificamos que existem poucos estudos, pelo que consideramos pertinente a investigação contínua nesta área, visto ser um tema bastante atual e de grande importância para desenvolvimentos futuros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carvalho, I. (2009). Transporte do traumatizado. Em F. Nunes, P. Meira, A. Martins, I. Carvalho, M. Saraiva, P. Silva, . . . S. C. Ribeiro, *Manual de trauma* (pp. 129-139). Loures: Lusociência.

Cristina, J. A., Dalri, M. C., Cyrillo, R. M., Saeki, T., & Veiga, E. V. (2008). Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimiento pré-hospitalar móvel em suporte avançado de vida na assistência ao adulto em situação de parada cardiorrespiratória. *Ciência e enfermaria,* 14(2), 97-105. Retirado de https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v14n2/art12.pdf

Duarte, S. J., Mamede, M. V., & Andrade, S. M. (2009). Opções Teórico-Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. *Saúde e Sociedade,* 18(4), 620-626. Retirado de http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/06.pdf

Lopes, H., & Frias, A. (2014). Eventos adversos no transporte do doente crítico: percepção dos enfermeiros de um hospital central. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(6), 54-58. Retirado de https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/13491/1/Artigo%20-%20Transporte%20do%20doente%20critico.pdf

Marchand, P., & Ratinaud, P. (2011). L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. *Universidade de Toulouse*. Retirado de http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Marchand,%20Pascal%20et%20al.%20-%20L%27analyse%20de%20similitude%20appliquee%20aux%20corpus%20textuels.pdf

Marco, M. A. (2006). Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica,* 30(1), 60-72. Retirado de http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n1/v30n1a10.pdf

Martino, M. M., & Misko, M. D. (2004). Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP,* 38(2), 161-167. Retirado de http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/107.pdf

Martins, R. M., & Martins, J. C. (Dezembro de 2010). Vivências dos enfermeiros nas transferências inter-hospitalares dos doentes críticos. *Revista de Enfermagem Referência,* III(2), 111-120. Retirado de http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn2/serIIIn2a12.pdf

Ministério da Saúde. (Março de 2015). Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS. *Diário da República, 1.ª série - N.º 57*. Retirado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/08/Portaria87_2015.pdf

Novais, S. A., Mendes, F. R., & Zangão, M. O. (2016). A Representação Social da Polineuropatia Amiloidótica Familiar na Comunidade. *Investigação Qualitativa em Saúde, 2*, 730.

Oliveira, A. S., & Martins, J. C. (2013). Ser enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. Revista de Enfermagem Referência, III(9), 115-124. Retirado de http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn9/serIIIn9a12.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Critica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Sheeley, S. (2011). *Enfermagem de Urgência - da teoria à prática* (6 ed.). Lisboa: Lusociência.

Silva, S. É., Camargo, B. V., & Padilha, M. I. (2011). A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem,* 64(5), 947-51. Retirado de http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a22v64n5.pdf

SPCI, & Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações.* Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

Tavares, D. W., Brito, R. C., Córdula, A. C., Silva, J. T., & Neves, D. A. (2014). Protocolo Verbal e teste de associação livre de palavras: perspectivas de instumentos de pesquisa introspectiva e projetiva na ciência da informação. *Ponto de Acesso,* 8 (3), 64-79.

FATORES DE ISOLAMENTO SOCIAL DO IDOSO EM MEIO RURAL

Social Isolation factors of the Elderly in Rural Environment

Factores de Aislamiento Social del Anciano en Medio Rural

Oscar Lorenzo*, Andreia Teixeira*, Susana Santos*, Delfina Teixeira*, Helena Penaforte*, Cristina Sequeira*, Cristina Moura*

RESUMO

Enquadramento: com a evolução demográfica, a urbanização dos espaços rurais e o aumento do uso das novas tecnologias, vivencia-se um aumento de queixas de isolamento social em meio rural. O idoso, vítima de estereótipos geradores de situações em que o ficar de lado, a desestima e o desamparo são fatores agravantes desse isolamento. **Objetivo:** identificar os fatores que contribuem para o isolamento social no meio rural. **Metodologia:** para o efeito escolhemos, uma abordagem qualitativa, descritiva e transversal, sendo participantes nove idosos da freguesia de Castrelo do Val (Espanha). Recorreu-se à uma entrevista semiestruturada, como instrumento de colheita de dados. **Resultados:** os fatores que contribuem para o isolamento social das pessoas idosas são: i) presença da doença, ii) a ausência/ afastamento de familiares e iii) falta de sensibilização da comunidade. **Conclusão:** o processo de envelhecimento é uma fase do ciclo vital, que reclama um estímulo permanente de forma a que a pessoa idosa desenvolva uma postura mais ativa, incutindo-lhes um papel relevante e socialmente útil no ambiente que as rodeia, familiar e social, minimizando sentimentos de abandono e solidão, desencadeados frequentemente pela presença de doenças crónicas e comorbilidade, afastamento dos familiares e falta de sensibilização da comunidade.

Palavras-chave: idoso; isolamento social; meio rural

*Escola Superior de Enfermagem Alto Tâmega da Cruz Vermelha Portuguesa

Como Referenciar:
Lorenzo.,O, Teixeira, A., Santos, S., Teixeira, D., Penaforte, H., Sequeira, C., & Moura, C. (2019). Fatores de isolamento social do idoso em meio rural. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(2), 39-46

Recebido para publicação em: 18/04/2019
Aceite para publicação em: 12/11/2019

ISSN: 2184-1578
ISSNe: 2184-3791

ABSTRACT

Background: with the demographic evolution, the urbanization of rural areas and the increase in the use of new technologies, there is an increase in complaints of social isolation in rural areas. The elderly, victim of stereotypes that generate situations in which standing on their side, disrespect and helplessness are aggravating factors of this isolation. **Objective**: to identify the factors that contribute to social isolation in rural areas**. Methodology**: for this purpose, we chose a qualitative, descriptive and transversal approach, with nine elderly participants from the parish of Castrelo do Val (Spain). A semi-structured interview was used as a data collection tool**. Results**: the factors that contribute to the social isolation of elderly people are: i) the presence of the disease, ii) the absence/removal of relatives and, iii) lack of awareness in the community. **Conclusion:** the aging process is a phase of the vital cycle, which calls for a permanent stimulus so that the elderly person develops a more active posture, inciting them to a relevant and socially useful role in the environment around them, familiar and social, minimizing feelings of abandonment and loneliness, often triggered by the presence of chronic diseases and comorbidity, removal of relatives and lack of awareness of the community.

Keywords: elderly; social isolation; rural areas

RESUMEN

Marco contextual: con la evolución demográfica, la urbanización de los dos espacios rurales y el aumento del uso de las nuevas tecnologías, hemos asistido a un aumento de quejas de aislamiento social en el medio rural. El anciano continúa siendo víctima de estereotipos, acabando en muchas ocasiones por quedar de lado, siendo despreciados, aislados y quedando desamparados. **Objetivo:** identificar los factores que contribuyen al aislamiento social en el medio rural. **Metodología:** Para el efecto elegimos, un abordaje cualitativo, descriptivo y transversal, siendo participantes nueve ancianos de la parroquia de Castrelo do Val (España). Se recurrió a una entrevista semiestructurada, como instrumento de recolección de datos. **Resultados:** los factores que contribuyen para el aislamiento social de los ancianos son: i) presencia de enfermedad, ii) la ausencia/ distanciamiento de familiares y, iii) falta de sensibilización de la comunidad. **Conclusión:** el proceso de envejecimiento es una fase del ciclo vital más avanzado, por lo que se vuelve importante estimular a los ancianos a tener una actitud de vida más activa, proporcionándoles un papel relevante e socialmente de utilidad en el ambiente que los rodea, familiar y social, atenuando el sentimiento de abandono y soledad, desencadenado frecuentemente por la presencia de enfermedades crónicas e comorbilidades, distanciamiento de los familiares y falta de sensibilización de la comunidad.

Palabras clave: anciano; aislamiento social; medio rural

INTRODUÇÃO

Até meados do século passado o idoso em meio rural detinha uma posição privilegiada durante todo o seu percurso de vida. Era o dono dos meios de produção, onde os filhos ocupavam um lugar de sucessão, mantendo o conceito de família e em que o isolamento não estava presente (Conceição, 2015).

Com a evolução demográfica, a urbanização dos espaços rurais e o aumento do uso das novas tecnologias, associados a outros fatores, temos assistido a um aumento de queixas de isolamento social no meio rural (Azeredo & Afonso, 2016).

O INE estima que, em 2068 existam em Espanha 14 milhões de pessoas idosas. Estas pessoas com 65 anos e mais representarão cerca de 29,4% da população total, sendo maioritariamente formados por mulheres (68%). Salienta-se ainda que, os indivíduos com idade superior aos 80 anos representarão mais do 6,1% do total da população. Estes dados são facilmente percetíveis na análise das pirâmides etárias de 1967, 2018 e 2068. Numa primeira fase, as diferenças mais significativas passam pelo estreitamento da base da pirâmide, como resposta da quebra de efetivos populacionais mais jovens, sendo esperado, numa segunda fase, a extensão ainda maior do topo da pirâmide, como repercussão do aumento efetivo dos mais idosos. (Abellán, Aceituno, Pérez, Ramiro, Ayala & Pujol, 2019).

O facto de as pessoas viverem cada vez mais anos, faz com que sobrevivam com incapacidades que as torna dependentes de uma terceira pessoa. Esta dependência contribui para a perda de autonomia na velhice e, se em tempos os idosos viviam em famílias alargadas, formadas por várias gerações, nas quais as mulheres cuidavam dos mais velhos, atualmente, com a entrada da mulher no mundo laboral e com a crescente valorização da sua carreira profissional e as novas formas de relacionamento familiar, esta situação alterou-se de forma crescente (Silva, 2013). Dissipou-se este conjunto de trocas interpessoais, bem como, de recursos fornecidos ou percebidos entre indivíduos, cujo objetivo se centrava em melhorar o bem-estar de quem as recebe (Marino, 2010).

Na atualidade, quer as sociedades quer as famílias, organizam-se não contemplando os seus idosos no seio familiar fruto de sociedades individualistas e consumistas, com valores culturais que dão prioridade aos grupos das gerações jovens (Conceição, 2015).

Os idosos deixaram assim, de estar inseridos no meio social, no ambiente familiar, no grupo de amigos ou de pares. De acordo com Sorensen & Wang (2009) o isolamento social acontece quando a rede social de uma pessoa é constituída por três pessoas ou menos. Segundo Elias citado por Pais (2007, p. 4) “se uma pessoa sentir que está a morrer, embora ainda viva, deixando de ter significado para os outros, essa pessoa está verdadeiramente só”.

A pertinência do presente estudo, é justificada pela evolução do índice de envelhecimento que se tem vindo a agravar ao longo dos tempos, assim como a nossa própria motivação, questionando-nos sobre: quais os fatores que contribuem para o isolamento social da pessoa idosa no meio rural?

Esta investigação teve como objetivo identificar os fatores que contribuem para o isolamento social dos idosos em meio rural.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Em Espanha observa-se um aumento da longevidade associado a uma redução da população ativa e de jovens, o que se traduz num elevado índice de

envelhecimento, justificando a criação de redes sociais e de saúde que visem a promoção da autonomia e manutenção dos idosos na sua comunidade de origem, o maior número de anos possível (Abellán et al., 2019).

De referir que, o processo de envelhecimento, propicia um declínio funcional e de fragilidade à pessoa idosa, tanto de ordem física, como psicológica e mesmo emocional, transformando-o num ser mais vulnerável, suscetível de acontecimentos imprevisíveis (Conceição, 2015). Este, encontra-se ainda associado a alterações negativas da saúde tais como a doença mental e física, das quais se destaca o processo demencial, doença de Alzheimer e depressão, conduzindo a um aumento da vulnerabilidade emocional do idoso e consequentemente à solidão prolongada, ao isolamento social e á estigmatização, encontrando-se mais vulnerável face à saúde e aos afetos. Estima-se que 30 a 65% da população idosa apresente sintomatologia depressiva, um em cada sete doentes, acaba com a sua própria vida (Reichel, 2014).

Assim, a carga funcional e emocional da doença como fatores redutores do bem-estar que afetam a pessoa idosa e também as suas famílias, aumenta o grau de dependência reclamando mais cuidados por parte da família, das instituições, dos serviços de saúde e da comunidade (World Health Organization, 2014).

Como resposta a esta preocupação com os idosos e ao seu isolamento, uma Resolução do Boletim Oficial do Estado Espanhol (233), recomendou segundo a Lei Orgânica 12/2016, de 12 de dezembro, para atenção e proteção das pessoas idosas "(…) 1 – Dinamizar e incentivar a melhoria física, psíquica e social dos idosos. 2 – Procurar a integração dos idosos nos âmbitos da vida social através da sua participação em atividades culturais e de convívio. 3 – Adotar as medidas necessárias com o fim de difundir a importância da função social desempenhada pelos idosos. 4 – Avançar para o desenvolvimento do voluntariado dos idosos como forma de participação em diversos campos, assim como em grupos de ajuda mútua. 5 – Promover a saúde e prevenir os problemas de saúde através de programas de educação para a saúde, dirigidos para a adquisição de hábitos saudáveis, prevenção de doenças (…)".

No meio rural o isolamento social do idoso constitui-se assim uma realidade, tendo sofrido ao longo dos anos diversas transformações como resultado de circunstâncias de ordem familiar, social, económica, jurídica e cultural de cada sociedade, fatores que dificultam muitas vezes um pedido de ajuda ou o acesso a cuidados mais específicos e que nos levam a refletir sobre esta realidade e o porquê desta transformação (Conceição, 2015).

METODOLOGIA

Para descrever os fatores que contribuem para o isolamento social do idoso no meio rural, recorremos ao método qualitativo, transversal do tipo descritivo, pois pretendemos identificar as principais causas de isolamento, enquanto a experiência humana (Fortin, 2009).

O estudo foi desenvolvido na freguesia rural de Castrelo do Val (Espanha). A amostra intencional é constituída por 9 idosos, número este definido após saturação teórica. Foram excluídos os idosos que apresentavam estados de demência ou incapazes de responder com autonomia às questões.

Considerou-se pertinente recorrer a este método, por se desejar escolher os participantes em função de traços próprios, por forma a enriquecer os dados do estudo (Streubert & Carpenter, 2013).

Para a colheita de dados, recorremos a entrevista semiestruturada, por ser um método que se adequa a um instrumento que responde ao método qualitativo, permitindo obter particularidades profundas da vivência dos participantes e experiência sobre o fenómeno de interesse de forma a identificar os fatores que contribuem para o isolamento social (Streubert & Carpenter, 2013)

As entrevistas foram realizadas presencialmente junto dos inquiridos, transcritas em papel sendo as mesmas efetuadas nas suas residências.

A entrevista utilizada para a colheita de dados, foi elaborada com o objetivo de obter informação que incidisse sobre determinadas dimensões de análise: i) caracterização sociodemográfica; ii) questões abertas orientadas para o dia- a- dia do idoso no meio rural; iii) perceção do idoso sobre o conceito de isolamento em meio rural. As entrevistas foram identificadas de E1 a E9.

Para a concretização do estudo de investigação foram tidos em atenção os procedimentos éticos segundo a Declaração de Helsínquia.

No início do mês de outubro de 2018, foi proporcionado o termo de consentimento informado, assegurando a sua livre participação, clarificando o âmbito, natureza e os objetivos do mesmo, com o fim de estabelecer uma relação mais próxima e confortável.

A recolha de dados foi realizada nos dias 11 e 12 do mês de outubro de 2018. As entrevistas tiveram uma duração média de 25 minutos, tendo oscilado entre os 20 e os 30 minutos. O momento da mesma foi gerido face a disponibilidade de ambas as partes, sendo realizadas 9 entrevistas. Para o tratamento da informação foi feita a análise de conteúdo segundo Bardin (2006). A informação foi registada em suporte de papel, documento realizado para o efeito, a fim de facilitar a análise posterior.

RESULTADOS

A evidência dos resultados é visível nas categorias que emergiram dos discursos das pessoas idosas destacando-se: i) presença da doença, fator limitador na realização das atividades de vida diárias e na dificuldade de acesso a meios de transporte traduzido na residência em zonas pobres e desertificadas; ii) ausência/ afastamento de familiares, aludindo o pouco contato com a família, sendo raríssimas as vezes que conversam ou os visitam, transmitindo assim, grande falta de apoio familiar e mesmo social e por último, iii) falta de sensibilização da comunidade, aspeto percecionado pelo abandono e manifesta ausência de preocupação da sociedade em minimizar as suas necessidades de saúde, relações familiares e atividades lúdicas, revelando sentimentos de abandono e tristeza.

Tabela 1.

Categoria: Presença de doença

Unidades de Análise
"A doença da minha mulher faz que viva nesta casa como um preso (…)" (E1; E4);
"A minha doença limita-me e não me deixa sair dar um passeio pela aldeia (…)" (E3);
"É duro ver que uma doença pode afastar-te assim tanto do mundo (…)" (E5);
"Esta doença que cada dia me tira mais as forças (…)" (E8);
"Estar doentes faz com que estejamos metidos em casa e não possamos conviver (…)" (E7);
"O meu coração faz-me estar aqui enfiado neste buraco (…)" (E6);

Tabela 2.

Categoria: Ausência de família

Unidades de Análise
"Os filhos foram trabalhar para fora e ainda cá não voltaram (…)" (E1; E8);
"Penso que a ausência dos filhos" (…) (E1; E2; E5; E6; E8;);
"O falecimento da minha mulher, fazíamos tanta companhia um o outro (…)" (E2);
"Os filhos vão atrás dum futuro melhor e acabam por esquecer-se dos pais na aldeia (…)" (E2; E5; E9); "Ficamos abandonados pela família (…)" (E3); "Falta de convívio com a família (...)" (E3; E7);
"O afastamento dos filhos, que vão, mas não voltam (…)" (E4;E9;);
"Para min, que fiquei sem a minha mulher faz muito tempo (…)" (E6);
"Os filhos la para fora, que não querem tomar conta de nos (…)" (E6); "Os próprios filhos passam anos sem vir visitar os pais (…)" (E7);
"Quando chegas a velho, os filhos não querem saber da tua vida (…)" (E8);
"O meu marido fazia-me falta e agora estou aqui sem ninguém (…)" (E8);

Tabela 3.

Categoria: Falta de sensibilização da comunidade

Unidades de Análise
"Nesta aldeia quase não há vizinhos (…)" (E1; E2; E4; E9);
"Ninguém pensa em nós, idosos (…)" (E2; E7; E4; E9);
"A freguesia não se importa, não oferece ajudas os que mais precisam (…)" (E4);
"Somos um peso na sociedade (…)" (E5);
"De nós ninguém quer saber (…)" (E6);
"Estou sozinha nesta casa sem ajuda de ninguém (…)" (E7);
"Ficamos num canto sem ninguém se importar como estamos (…)" (E9);

DISCUSSÃO

Sendo um dos grandes objetivos deste estudo identificar os fatores que contribuem para o isolamento social da pessoa idosa no meio rural, destacamos a presença da doença, o insuficiente contato habitual com família/ amigos e a falta de sensibilização da comunidade sobressaem como as principais causas de isolamento.

Conforme uma pessoa envelhece há uma maior suscetibilidade à doença, levando a alterações no quotidiano do idoso, reclamando cuidados mais específicos (Lebrão & Laurenti, 2005), resultados que vão de encontro ao presente estudo.

Os participantes mencionam que os problemas de saúde e sequencialmente a presença da doença, compromete a sua autonomia, corroborando o estudo desenvolvido por Rodrigues (2009) ao concluir que, quando as atividades de vida diária são reduzidas consequentes de doença, potenciam uma baixa da autoestima, do bem-estar psíquico e físico, conduzindo em sequência, a uma diminuição na realização de "(…) atividades culturais e de ócio do que o resto da população (…)" (Osório & Pinto, 2007).

Com a evolução da doença, a pessoa idosa atinge uma etapa cuja dependência de cuidados contínuos se torna imperativa, a família fica envolvida em sentimentos difíceis de gerir, propiciando o isolamento social (Oliveira & Caldana, 2012), o que vai de encontro à segunda categoria, ao relatarem uma diminuição no contacto habitual com família/ amigos, sendo que, são raríssimas as vezes que falam com eles ou os visitam, originando falta de apoio familiar e social. Paul, Fonseca, Martin & Amado (2005) referem ainda que, quando o apoio prestado pela família é de carater "não voluntario" este, tem por vezes efeitos adversos e mesmo negativos na qualidade de vida dos idosos, o que não vi de encontro ao alvitrado por Rodrigues (2009), ao evidenciar que o apoio emocional da família e amigos beneficia a saúde mental dos idosos e uma maior qualidade de vida.

A maioria dos participantes relata também a falta de sensibilização da comunidade, como o abandono e a não preocupação, que levaria a um colmatar as suas necessidades. Alguns idosos apresentam discursos em que, reconhecem que a perda de funções profissionais que outrora desempenhavam, provoca sentimentos expressos pela ausência da população que os rodeia, tristeza e com o único sentimento de que são uma sobrecarga para a sociedade. Face a este desidrato, a compreensão da comunidade populacional é centrada por (Beard et al., 2016) no seu estudo, ao referir que devido à diminuição de funcionalidade do idoso, estes carecem de intervenções que possibilitarão a construção de um conjunto de habilidades específicas e a desenvolver pela comunidade e que lhe permitirá vivenciar o envelhecimento da melhor forma possível.

Carneiro, Chau, Soares, Fialho & Sacadura (2012), cujo estudo sustenta e remete para um entrosar das categorias emergentes no presente estudo, ao indicarem que os fatores que estimulam o isolamento social são: ter uma doença física ou mental; viver sozinho; falta de comunicação, ter dificuldades de acesso a meios de transporte e residir em zonas pobres, incitam a sentimentos de isolamento, tornando as pessoas idosas mais frágeis e desprotegidas, aumentando a sua vulnerabilidade.

CONCLUSÃO

Tendo em conta os resultados é importante concluir que o isolamento social da pessoa idosa em meio rural reclama uma mudança que parte das relações familiares e sociais, comprometidas por vários fatores, nomeadamente, a presença de doenças crónicas e comorbilidade, incitando ao afastamento dos familiares e amigos, bem como, a falta de sensibilização da comunidade na qual estão inseridos.

Assim e em sequência, a diminuição de capacidades funcionais, naturalmente presentes nesta fase avançada de vida e consequente aumento dos níveis de dependência, traduzem-se em situações peculiarmente complexas, nos atuais contextos familiares e sociais, em que, os valores tradicionais ao nível da convivência e da solidariedade se encontram alterados.

Neste sentido, torna-se necessário repensar estratégias que minimizem o isolamento destas pessoas, proporcionando-lhes um papel relevante e socialmente útil no ambiente que as rodeia, de forma a atenuar os sentimentos de abandono e solidão, contra um inimigo silencioso que nos assombra a todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abellán, G. A., Aceituno, N. P., Pérez, D. J., Ramiro, F. D., Ayala, G. A. & Pujol, R. R. (2019). *Un perfil de las personas mayores en España. Madrid: Informes envejecimiento em red*. (22), 2-38.

Azeredo, S. Z. A. & Afonso, N. M. A. (2016). Solidão na perspectivado idoso. *Rev. Brasileira de Geriatría e Gerontología.* 19(2). Retirado de: http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085

Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Beard, J., Officer, A., Carvalho, I., Sadana, R., Pot, A.M., Michel, J.P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J., Peeters, G., Mahanani, W., Thiyagarajan, J. & Chatterji, S. (2016). The world report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet.* 387(10033), 2145–2154.

Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. A. & Sacadura, M. J. (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Activação e Qualidade.* Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa.

Conceição, I. (2015). *Idosos, Vulnerabilidade, Risco e Violência: Que medidas de proteção?.* Porto: Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

Elias, N. In Pais, J. M. (2007). *Análise Sociológica da Solidão na Pessoa Idosa*. 1-9.

Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação: Da conceção à realização.* (5ª Ed.). (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.

Lebrão, M.L. & Laurenti, R. (2005). Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol [Online],* 8(2), 127-141. Retirado de: http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200005.

Lei Orgânica 6/1999, de 7 de julho, de Atenção e proteção as pessoas idosas. *Boletin Oficial del Estado*, 233, de 29 de setembro de 1999. Actualizado Lei Complementar de 29 de dezembro de 2016. 8-13.

Marino, P. (2008). Impacto do apoio social e auto-eficácia em funcionamento em deprimidos idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Revista internacional de doença pulmonar obstrutiva crônica,* 3(4); 713-718.

Osório, A. R. & Pinto, F. C. (2007). *As pessoas Idosas*. Lisboa: Intituto Piaget.

Paul, C., Fonseca, A. M., Martin, I. & Amado, J. (2005). *A Satisfação e a qualidade de vida: um estudo em idosos Portugueses*. Lisboa: Climepsi.

Oliveira, A.P.P. & Caldana, R.H.L. (2012). As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com Demência de Alzheimer. *Saúde Soc.*, 21(3), 675-85.

Reichel., J. (2014). O isolamento social afeta a saúde, especialmente dos idosos. *Epoch Times.*

Rodrigues, R. (2009). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços.* Coimbra: Mar da Palavra.

Rodrigues, R., Silva, C., Loureiro, L., Silva, S., Crespo, S., & Zaida, A. (2015). Os muito idosos: Avaliação funcional

multidimensional. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(5), 65-74.

Silva., L. (2013). *Depressão em Idosos.* Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Sorensen, E & Wang, A. (2009). Suporte do ventilador - Social, depressão, estado funcional e as diferenças de gênero em idosos submetidos à cirurgia de bypass coronário pela primeira vez. *Heart & Lung,* 38(4), 306-317.

Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem.* (5ªEd.). Loures: Lusociência.

World Health Organization. (2014). World Health Statistics 2014. Itália: Autor.

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO ENFERMEIRO SOBRE A VISITA NO PÓS-OPERATÓRIO EM CLIENTES CIRÚRGICOS

Nurse`s social representation about postoperative visitation in surgical patients

Representación social de la enfermera sobre la visita postoperatoria en pacientes quirúrgicos

Carla Silva*, Luís Soares*, Maria Adelaide Ferreira*, Susana Jesus*, Fernanda Príncipe**, Liliana Mota***

RESUMO

Enquadramento: a dor aguda do pós-operatório define-se como a dor existente num cliente após ter sido submetido a um procedimento cirúrgico. Com o intuito de diminuir ou eliminar a dor pós-operatória recomenda-se que o seu controlo aconteça antes, durante e após um procedimento cirúrgico e que a sua reavaliação faça parte integrante deste processo. **Objetivo:** explorar a representação social do enfermeiro sobre a visita no pós-operatório em clientes cirúrgicos com dor aguda. **Metodologia:** estudo qualitativo exploratório, orientado pela teoria das representações sociais. Participaram no estudo 73 enfermeiros. O instrumento de recolha de dados foi um questionário (*googledocs*) com um Teste de Associação Livre de Palavras e análise de dados com recurso ao Iramuteq. **Resultados:** os enfermeiros de anestesia e os dos serviços cirúrgicos quando pensam na visita no pós-operatório, em clientes com dor aguda, remetem para o trabalho em equipa. Estes profissionais valorizam a dor, a vigilância, o controlo e o alívio da dor. **Conclusão:** a representação social do enfermeiro na visita do pós-operatório tem a equipa como núcleo central, salientando a importância da vigilância e do controlo da dor, para promover o seu alívio.

Palavras-chave: enfermeiro; dor aguda; representação social; visita pós-operatória.

*Enfermeiros no bloco operatório do centro Hospitalar de Leiria

** PhD, Professor Coordenador na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/ CINTESIS

*** PhD, Professor Adjunta na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/ CINTESIS

Como Referenciar:
Silva, C., Soares, l., Ferreira, M.A.., Jesus, S., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Representação social do enfermeiro sobre a visita no pós-operatório em clientes cirúrgicos. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(2), 47-57

Recebido para publicação em: 31/10/2019
Aceite para publicação em: 17/12/2019

ISSN: 2184-1578
ISSNe: 2184-3791

ABSTRACT

Background: acute postoperative pain is defined as the existing pain in a surgical patient, after being submitted to a surgical procedure. In order to reduce or eliminate postoperative pain, it is recommended that it be controlled before, during and after a surgical procedure and that its re-evaluation be an integral part of this procedure. **Objective:** to explore the social representation of nurses about postoperative visits to surgical clients with acute pain. **Methodology:** exploratory qualitative study, guided by the theory of social representations. 73 nurses participated in the study. The data collection instrument was a questionnaire (googledocs) with a Free Word Association Test and data analysis using Iramuteq. **Results:** anesthesia and surgical nurses, when they think of the postoperative visit, in clients with acute pain, refer to teamwork. These professionals value pain, vigilance, control and pain relief. These professionals value pain, vigilance, control and pain relief. **Conclusion:** the social representation of nurses during the postoperative visit has the team as their central core, stressing the importance of pain surveillance and control to promote their relief.

Keywords: nurse; acute pain; social representation; postoperative visit.

RESUMEN

Marco contextual: el dolor postoperatorio agudo se define como el dolor que existe en un cliente después de someterse a un procedimiento quirúrgico. Para reducir o eliminar el dolor postoperatorio, se recomienda que se controle antes, durante y después de un procedimiento quirúrgico y que su reevaluación sea una parte integral de este procedimiento. **Objetivo**: explorar la representación social de las enfermeras sobre las visitas postoperatorias a clientes quirúrgicos con dolor agudo. **Metodología:** estudio cualitativo y exploratorio orientado por la teoría de las representaciones sociales. Participaron en el estudio 73 enfermeros. El instrumento de recogida de datos fue una encuesta (googledocs) con un Test de Asociación Libre de Palabras y análisis de datos con recurso a Iramuteq. **Resultados:** anestesia y enfermeras quirúrgicas, cuando piensan en la visita postoperatoria, en clientes con dolor agudo, se refieren al trabajo en equipo. Estos profesionales valoran el dolor, la vigilancia, el control y el alivio del dolor. **Conclusión:** la representación social de las enfermeras durante la visita postoperatoria tiene al equipo como núcleo central, destacando la importancia de la vigilancia y el control del dolor para promover su alivio.

Palabras clave: enfermero; dolor agudo; representación social; visita postoperatoria.

INTRODUÇÃO

A dor é um tipo de perceção, enquanto processo do sistema nervoso, que se define por "(…) aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite" (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p. 54). Existem três categorias básicas de dor geralmente reconhecidas: dor aguda, dor crónica (persistente, não-maligna) e dor relacionada com a neoplasia (Queiróz, et al., 2015).

A dor aguda do pós-operatório define-se como a dor existente num cliente após ter sido submetido a um procedimento cirúrgico. O seu controlo refere-se às atitudes terapêuticas efetuadas antes, durante e após um procedimento cirúrgico, com o objetivo de reduzir ou eliminar a dor pós-operatória (Quadros & Borges, 2016). Esta, quando tratada precocemente, torna-se mais fácil de ser controlada do que quando a dor já esteja estabelecida (Souza & Corgozinho, 2016).

O controlo da dor no período pós-operatório é um problema complexo na prática clínica. O controle insuficiente ou inadequado da dor em clientes cirúrgicos acontece devido, em grande parte, à insuficiência de conhecimento, às atitudes, formação e défice de comunicação a vários níveis (Garcia, et al., 2017).

De acordo com Quadros & Borges (2016) a reavaliação da dor é parte integrante do processo efetivo do seu controlo, sendo que a sua frequência vai depender das condições clínicas do cliente.

Na dinâmica de alguns centros hospitalares surge no pós-operatório a visita pela equipa da dor aguda com intuito de promover uma gestão mais eficaz da dor do cliente cirúrgico.

A visita aos clientes cirúrgicos com dor aguda é realizada pelo enfermeiro de anestesia, tendo o apoio do anestesista de urgência. Este procedimento está de acordo com as Recomendações Portuguesas para as Unidades de Dor Aguda (SPA, 2018), que refere que a equipa da Unidade de Dor Aguda deve ser multidisciplinar e liderada por um anestesiologista. Esta equipa fornece orientações para desenvolver e gerir políticas de tratamento da dor aguda, além de garantir a acessibilidade assim como equipamentos necessários.

Importa assim explorar a representação social do enfermeiro sobre a visita no pós-operatório em clientes cirúrgicos com dor aguda.

ENQUADRAMENTO

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável que, associada ao dano tecidual real ou potencial, envolve mecanismos culturais, psíquicos e físicos. A dor é uma das principais causas do sofrimento humano, ocasionando incapacidades, comprometendo a qualidade de vida e originando repercussões económicas e psicossociais. Diante destes factos, a experiência dolorosa apresenta uma complexa interação de fatores neurológicos, emocionais, cognitivos, sociais e culturais (Queiróz, et al., 2015).

Em 2003 foi reconhecido, em Portugal a dor como 5º

sinal vital, inserido no Plano Nacional de Luta Contra a Dor - Circular Normativa n.º 09/D.G.C.G. de 14/06/2003 (Direção Geral de Saúde, 2003). Salientamos a importância da avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, de forma contínua e regular, à semelhança dos restantes sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do cliente. O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos clientes e um passo fundamental para a efetiva humanização das Unidades de Saúde.

O enfermeiro assume-se como um elemento fundamental da equipa multidisciplinar no controlo da dor como 5º sinal vital, uma vez que as suas atividades permitem influenciar todo o trabalho da equipa. Torna-se assim fundamental que exista a consciencialização de toda a equipa da importância do seu comprometimento, para que, juntamente com a restante equipa multidisciplinar, se possa trabalhar por forma a controlar a dor no nosso cliente (Fontes & Jaques, 2007).

O controlo da dor aguda no pós-operatório refere-se às medidas terapêuticas colocadas em prática antes, durante e após um procedimento cirúrgico. A principal preocupação dos clientes no período pré-operatório é relativa à dor do pós-operatório. O inadequado controlo da dor afeta negativamente a qualidade de vida, condiciona a reabilitação funcional, prolonga o tempo de hospitalização e aumenta a taxa de reinternamento, o risco de complicações pós-cirúrgicas e de dor crónica pós-cirúrgica (Shug, 2011). Assim o controlo da dor faz parte de um planeamento integrado dos cuidados peri-operatórios. Esta integração baseia-se na reconhecida vantagem da escolha de técnicas analgésicas que se possam associar e/ou complementar nos períodos pré e intraoperatórios e que possibilitem a sua continuação no pós-operatório, assegurando um adequado e eficaz alívio da dor aos clientes cirúrgicos (Quadros & Borges, 2016).

Na gestão da dor aguda no pós-operatório os enfermeiros prestadores de cuidados diretos são responsáveis por avaliar regularmente a intensidade da dor (em repouso e em movimento), fornecer a medicação analgésica (a horas fixas e de resgate), monitorizar a eficácia analgésica, os efeitos laterais e as complicações que possam decorrer.

Os enfermeiros que integram as equipas de vista a clientes com dor aguda pós-operatória desempenham um papel importante na coordenação, monitorização e avaliação dos cuidados prestados e atuam como elo de ligação entre os vários membros da equipa da Unidade de Dor Aguda do pós-operatório (SPA, 2018). Para melhor compreendermos o papel do enfermeiro e darmos resposta ao nosso objetivo é importante explorar a representação do enfermeiro acerca da visita no pós-operatório em clientes cirúrgicos com dor aguda. Neste sentido, de acordo com a Teoria das Representações Sociais a representação surge como uma construção coletiva, em que a perspetiva do grupo recria as representações já existentes substituindo-as, determinado as ações a tomar (Moscovici, 2003).

De acordo com Ferreira (2016) permite-nos compreender melhor as pessoas e os processos que executam para desenvolverem um plano terapêutico que seja o mais adequado a cada indivíduo. Assim, esta sustenta a nossa prática e, por sua vez, conduz à sua formação numa relação de reciprocidade,

auxiliando-nos a compreender a ligação entre os saberes médicos e científicos com os saberes tradicionais.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Qual é a representação que os enfermeiros dos Serviços Cirúrgicos e do Bloco Operatório têm acerca da visita no pós-operatório em clientes cirúrgicos com dor aguda?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório que se fundamenta numa metodologia de cariz qualitativa, que se desenvolveu num hospital da zona centro de Portugal.

A nossa população alvo foram os enfermeiros da equipa anestésica do Bloco Operatório e dos Serviços Cirúrgicos que consentiram a sua participação no estudo de forma voluntária, preenchendo o instrumento de recolha de dados. Foram excluídos os enfermeiros dos Serviços de Medicina Intensiva, Cirurgia de Ambulatório e Pediatria. A amostra é não probabilística por conveniência, tendo participado no estudo 73 Enfermeiros.

Para a recolha de dados foi construído um questionário online (Googledocs) composto por duas partes que teve uma taxa de retorno de 53%. A primeira parte do questionário permite a caraterização sociodemográfica dos participantes e a segunda parte a recolha de dados pela técnica da múltipla associação livre de palavras com a elaboração de quatro perguntas indutoras de estímulo e o pedido que o participante responda com cinco palavras ou expressões sem restrição de resposta (Dany, Urdapilleta, & Lo Monaco, 2015). O Teste de Associação Livre de Palavras permite representar cognitivamente a nossa amostra. Os quatro estímulos indutores utilizados no Teste de Associação Livre de Palavras são: enfermeiro da visita da dor aguda, intervenção do enfermeiro, resultados das intervenções dos enfermeiros, relação/comunicação entre pares através da apresentação de variações da expressão: “quando penso em… lembro de…”.

O questionário foi aplicado de julho a setembro de 2019. As respostas foram transcritas para um ficheiro de texto e analisadas com recurso ao software Iramuteq® 0.7 alpha 2 (Interface de R pour les Analyses Mutidimensionnelles de Testes et de Questionnaires).

Quando se fala em trabalhos de investigação torna-se relevante a reflexão crítica sobre o assunto em estudo desde que se respeite os direitos das pessoas e seja nosso objetivo promover o bem-estar na mesma (Fortin, Côtê, & Filion, 2009). Com o objetivo de cumprir os requisitos formais e éticos necessários, a análise e informação decorrente da aplicação do instrumento de colheita de dados foi efetuada de forma a garantir o anonimato e confidencialidade das informações, sendo os exemplares aplicados guardados na posse do investigador responsável até à conclusão do estudo. Podemos garantir que todos os aspetos éticos foram respeitados neste projeto, bem como os direitos fundamentais dos participantes.

Este estudo só foi implementado após aprovação do Conselho de Administração e Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Leiria, EPE (Ref. CE – Nº 29/19).

RESULTADOS

Em relação à caraterização sociodemográfica dos participantes (73 enfermeiros), 41% (30) pertencem à equipa anestésica do bloco operatório e 59% (43) aos serviços cirúrgicos (20 da cirurgia, 14 da ortopedia, 5 da obstetrícia e 4 das especialidades cirúrgicas). Verificou-se que estes são, na sua maioria, do sexo feminino (79,45%), com idade média de 42,12 anos (±9,25), variando entre 26 e 61 anos. Dos participantes do estudo, 79,4% têm mais de 10 anos de serviço. Relativamente à qualificação académica, a maioria dos participantes são licenciados (90,1%) e 12,3% são enfermeiros especialistas. Da análise dos resultados verificamos que o *corpus* textual é constituído por 73 (amostra) com 100% dos segmentos analisados.

O número de ocorrências (número total de palavras inclusas no *corpus*) foi 891, sendo 211 números de formas (palavras diferentes) e 111 o número de *hapax*, correspondente ao número de palavras que aparecem apenas uma vez em todo o *corpus*. Da análise de dados obtivemos um dendograma de similitudes onde são ilustradas as palavras mais frequentes, bem como a relação entre elas.

A análise de similitudes consiste num modelo matemático utilizado pelo software Iramuteq® 0.7 Alpha 2, com o objetivo de estudar as relações entre objetos discretos de qualquer tipo, possibilitando identificar as concorrências entre as palavras e o seu resultado, bem como a conexão entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura da representação, diferenciando também as partes comuns e as especificidades (Marchand & Ratinaud, 2011).

Através desta análise pode-se identificar a estrutura, o núcleo central, sistema periférico da interpretação e a forma como as palavras referidas pelos enfermeiros se relacionam na descrição da representação dos enfermeiros dos serviços cirúrgicos e bloco operatório na visita de dor aguda no pós-operatório.

É possível visualizar o delineamento do núcleo central onde se encontram as palavras com maior frequência de utilização mais referidas pelos participantes, ou seja, aquelas a que os enfermeiros atribuem uma maior relevância.

O dendograma de similitudes dos enfermeiros do bloco operatório (figura1) apresenta um núcleo central que é representado pela palavra equipa, do qual surgem ramificações que descendem. Os ramos que apresentam maior grau de conexão com o núcleo são: dor, vigilância e alívio dor.

Outros núcleos igualmente relevantes são: controlo, empatia e analgesia.

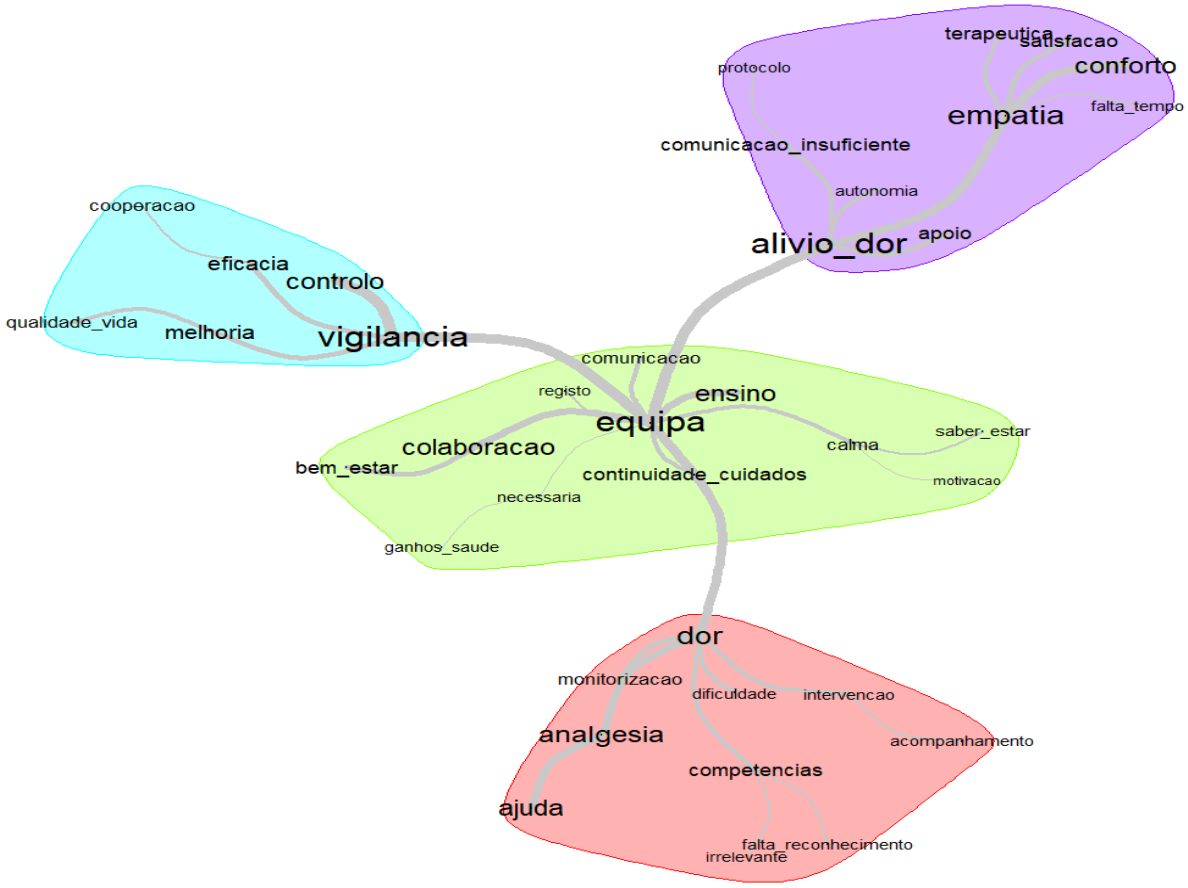

Figura 1

Dendograma de similitudes dos enfermeiros do bloco operatório (Iramuteq® 0.7 Alpha 2)

Do dendograma de similitudes dos enfermeiros dos Serviços Cirúrgicos (figura 2) destacam-se dois núcleos centrais representados pelas palavras equipa e dor. Do núcleo equipa há uma forte ligação coma a palavra alivio_dor, apresentando uma ligação menos forte com a palavra colaboração. Do núcleo dor emerge uma ramificação menos forte com a palavra analgesia, evidencia-se uma ramificação descendente forte com a palavra controlo. Desta, evidenciam-se elementos de contraste (dados marginais) com as palavras: irrelevante, desnecessária e falta de reconhecimento.

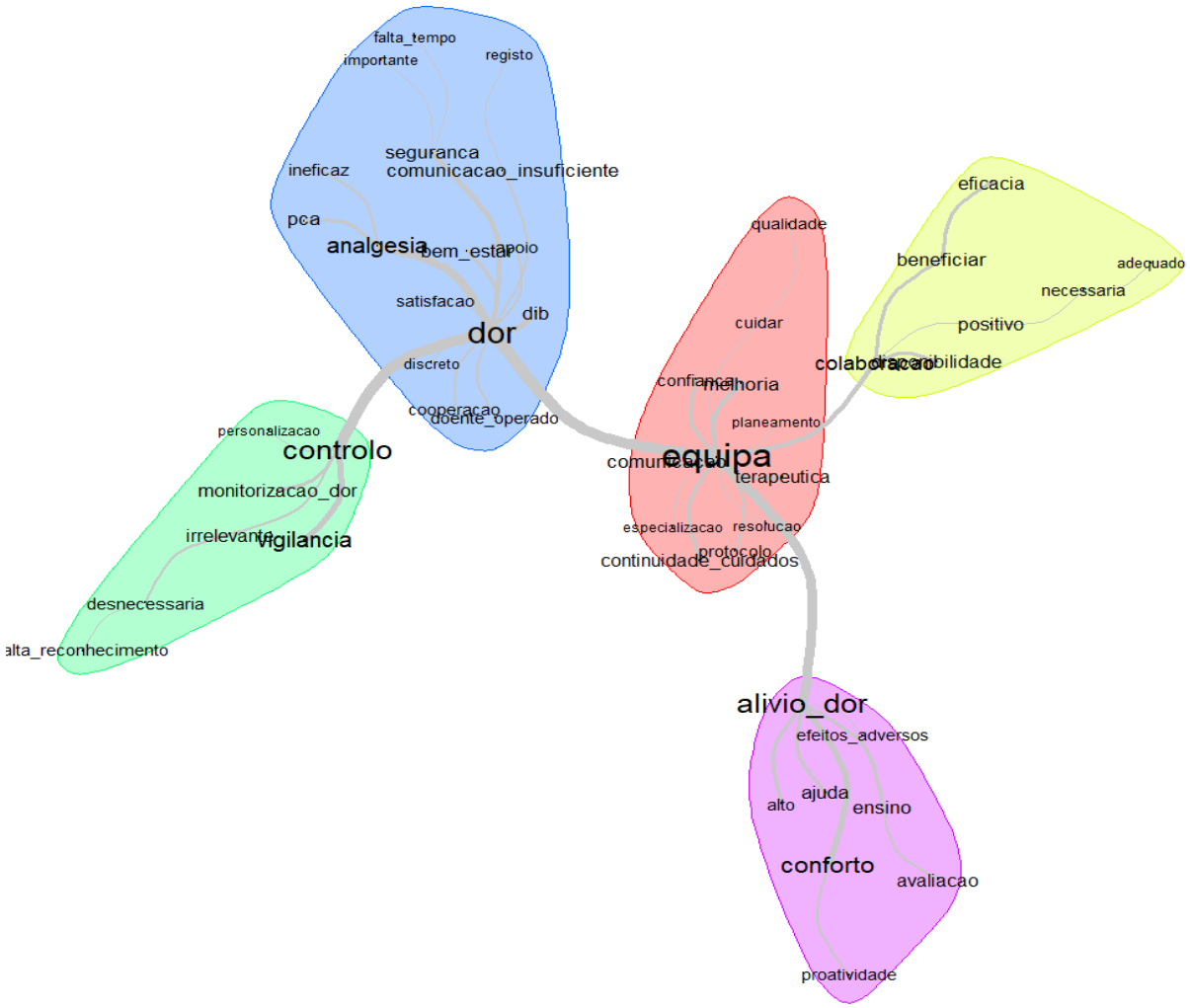

Figura 2

Dendograma de similitudes dos enfermeiros dos serviços cirúrgicos (Iramuteq® 0.7 Alpha 2)

A nuvem de palavras associa e organiza as palavras graficamente em função da sua frequência, estruturando-as em forma de nuvem, com tamanhos diferentes, sendo as palavras maiores as que apresentam maior importância para os enfermeiros.

Na nuvem de palavras obtida através da análise do nosso corpus textual (figura 3) destacam-se as seguintes palavras: equipa, dor, alívio_dor, controlo e vigilância. Podem também ser observadas palavras com menor frequência tais como: conforto, analgesia, colaboração, ajuda e ensino. De referir ainda alguma importância para as palavras: melhoria, empatia, PCA, comunicação, comunicação_insuficiente, continuidade_cuidados, protocolo, eficácia, segurança, terapêutica e bem-estar.

Figura 3

Nuvem de palavras relativa às respostas de todos os participantes (Iramuteq® 0.7 Alpha 2)

É importante referir que, dos enfermeiros que responderam ao questionário, 30,13% não tinham conhecimento dos protocolos existentes no hospital referentes à dor aguda nos pós-operatório.

DISCUSSÃO

A representação social do enfermeiro acerca da visita no pós-operatório em clientes cirúrgicos com dor aguda é exibida na nuvem de palavras pela palavra "equipa". Recorrendo-se à metodologia Teste de Associação Livre de Palavras e ao nosso estímulo indutor "enfermeiro da visita da dor aguda", quando os inquiridos pensam no enfermeiro e no seu papel durante a visita da dor aguda automaticamente são remetidos para o trabalho em "equipa". O enfermeiro assume-se como um elemento fundamental da equipa multidisciplinar no controlo da dor, como 5º sinal vital, uma vez que as suas atividades permitem influenciar o trabalho da mesma, tornando-se assim fundamental que exista a consciencialização de todos os profissionais para a importância do seu comprometimento no sentido de um maior controlo da dor do cliente (Fontes & Jaques, 2007).

A análise dos dados pela metodologia Teste de Associação Livre de Palavras demonstra que a equipa é o núcleo central na vigilância e controlo da dor no sentido do seu alívio (alívio_dor). Estas são as expressões que os enfermeiros associam quando

pensam no estímulo indutor "resultados das intervenções do enfermeiro".

Desta forma, segundo as recomendações da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA, 2018), os enfermeiros de ligação desempenham um papel importante na coordenação, monitorização e avaliação dos cuidados prestados e atuam como um elo de ligação entre os vários membros da equipa das Unidades de Dor Aguda.

O enfermeiro é o profissional responsável pelo cuidado direto, porque permanece mais tempo próximo ao cliente, devendo assumir a monitorização da dor, tendo em vista o alívio do sofrimento e melhoria da qualidade de vida do cliente (Araujo & Romero, 2015).

Estas autoras referem ainda que o enfermeiro precisa de um conhecimento abrangente sobre quando ocorre a dor e como ela afeta o cliente, para o poder ajudar. Torna-se fundamental a utilização de técnicas de comunicação para o estabelecimento de uma relação empática de forma a que seja possível uma maior eficiente no processo de diagnóstico, que se traduza, numa maior eficácia do plano de intervenção a adotar (Colquhoun, Shepherd, & Neil, 2019). A avaliação adequada da dor permite a implementação de ações que superem os danos causados pela dor (Xavier, Lima & Burgos, 2018).

Mais uma vez, quando recorremos ao Teste de Associação Livre de Palavras para o estímulo indutor "intervenção do enfermeiro", as palavras das quais os enfermeiros se lembram são "vigilância" e "controlo". A avaliação e documentação da intensidade da dor de forma contínua e regular, assim como o controlo eficaz da dor são estratégias referenciadas na Circular Normativa n.º 09/D.G.C.G. de 14/06/2003 que institui em Portugal a dor como 5º sinal vital (Direção Geral de Saúde, 2003).

Reforçando ainda esta ideia, a International Association for the Study of Pain (2009) refere que a avaliação e controlo da dor deve ser multidisciplinar, procurando: i) envolver os especialistas necessários de forma a assegurar o melhor controlo dos aspetos fisiológicos e psicológicos da dor: ii) procurando melhorar o estado clínico do utente, vida ativa e papel social. Para além disso, é também referido a necessidade de os profissionais incluírem uma "rotina" na recolha de dados, que inclui a avaliação das características da dor, a sua intensidade, afeções na qualidade de vida, funcionalidade e stress psicológico associado.

Por fim, quando os inquiridos pensam na "relação / comunicação do enfermeiro" associam as palavras "comunicação", "colaboração" e "ensino".

Neste sentido, existe um guia orientador de boas práticas criado pela Ordem dos Enfermeiros (2008) que tenta colmatar algumas das barreiras existentes na monitorização da dor como 5º sinal vital. Algumas das intervenções aconselhadas a colocar em prática, para eliminar barreiras relativas aos clientes, passam pelo ensino acerca de medidas de controlo da dor, da utilização da medicação e a instrução sobre a necessidade de alertar precocemente os profissionais de saúde para o agravamento da dor, as mudanças no seu padrão, novas fontes e tipos de dor.

De acordo com Xavier, Lima & Burgos (2018) é recomendável um treino adequado dos enfermeiros em resposta às reais necessidades dos clientes alvo dos seus cuidados.

Este guia faz também referência à importância da formação dos enfermeiros no âmbito da dor. Sugere-se, assim, que haja um planeamento e formação

contínua por parte dos enfermeiros, de forma a garantir a atualização dos conhecimentos, habilidades, atitudes e crenças acerca da avaliação e controlo da dor e a incorporação de novas práticas de cuidados.

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2008) vem salientar que a aquisição e atualização de conhecimentos sobre a dor é uma responsabilidade a ser assumida e partilhada pelas instituições de ensino, pelas unidades de prestação de cuidados e pelos próprios enfermeiros.

CONCLUSÃO

A análise dos resultados obtidos permitiu-nos conhecer a representação social dos enfermeiros do bloco operatório e dos serviços cirúrgicos acerca da visita no pós-operatório em clientes cirúrgicos com dor aguda. Todos os enfermeiros destacam a equipa como núcleo central, surgindo nas ramificações a sua importância para a vigilância da dor, seu controlo e promoção do alívio da dor.

Como principal limitação ao estudo salientamos o tamanho da amostra, o que nos coloca mediante sérios constrangimentos quanto à sua representabilidade.

Uma vez que os estudos de investigação nesta área são escassos, este vem abrir portas para o desenvolvimento e realização de novos estudos, ainda que noutras vertentes, o que permitirá aprofundar conhecimentos acerca deste tema, conduzindo os enfermeiros para uma prática de enfermagem cada vez mais próxima da mestria. Para além disso, este estudo vem revelar a necessidade de uma participação crítica e reflexiva dos enfermeiros acerca das representações sociais que os mesmos possuem acerca das pessoas a quem prestam cuidados, no seu próprio contexto de trabalho, permitindo uma melhor adequação das intervenções de enfermagem.

Pretendemos, com este estudo, sensibilizar os enfermeiros para uma reflexão mais profunda do trabalho em equipa, para que os enfermeiros do bloco operatório possam trabalhar em parceria com os enfermeiros dos serviços cirúrgicos. Para tal torna-se fundamental que exista formação acerca do tema para os vários serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIGRÁFICAS

Araujo, L., & Romero, B. (2015). Dor: Avaliação do 5º sinal vital. Uma reflexão teórica. *Revista Dor Pesquisa Clínica e Terapêutica,* 16(4), 291-296

Colquhoun, L., Shepherd, V., & Neil, M. (2019). Pain management in new amputees: a nursing perspective. *British Journal of Nursing,* 28(10), 638-646. https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.10.638

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.* Loures: Lusodidata

Dany, L., Urdapilleta, I., & Lo Monaco, G. (2015). Free associations and social representations: some reflections on rank-frequency and importance-frequency methods. *Quality and Quantity*, 49, 489-507

Direção Geral de Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.* Circular Normativa *Nº9/DGCG.* Lisboa: Ministério da Saúde.

Ferreira, M. D. (2016). Teoria das Representações Sociais e Contribuições para as Pesquisas do Cuidado em Saúde e de Enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem,* 20(2), 214-215.

Fontes, K., & Jaques, A. (2007). O papel da Enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. *Ciência, Cuidado e Saúde,* 6(Suplem.2), 481-487.

Fortin, M.F., Cótê, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures: Lusodidata.

Garcia, J. B., Bonilla, P., Kraychete, D. C., Flores, F. C., Valtolina, E. P., & Guerrero, C. (2017). Aprimorar o controle da dor no pós-operatório na América Latina. R*evista Brasileira de Anestesiologia*, 67, 395-403.

International Association for the Study of Pain - IASP. (2009). *Diretrizes da IASP 2009.* Retirado de https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1381

Marchand, P., & Ratinaud, P. (2011). *L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française.* Toulouse: Université de Toulouse.

Moscovici, S. (2003). O fenómeno das representações sociais. In S. Moscovici (Ed.), *Representações sociais: investigações empsicologia social* (pp. 29-109). Petrópolis: Vozes.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia orientador de boa prática* . Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Quadros, L., & Borges, R. (2016). Dor pós-operatória. In C. H. Vouga, C. H. Leiria, C. H. Viseu, & C. H. Coimbra, *Manual de Cuidados Pós-Anestésicos* (pp. 120-131). Coimbra.

Queiróz, D. T., Carvalho, M. A., Carvalho, G. D., Santos, S. R., Moreira, A. S., & Silveira, M. (2015). Dor – 5º sinal vital: conhecimento de enfermeiros. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 9(4), 7186-92. Retirado de https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/downlood/10477/11322

Shug, S. A. (2011). The global year against acute pain. *Anaesthesia and Intensive Care*, 39, 1-14

Souza, V., & Corgozinho, M. (2016). A enfermagem na avaliação e controle da dor pós-operatória. *Revista Científica Sena Aires,* 5(1), 70-78.

SPA. (2018). Conselhos da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia - SPA. *Recomendações Portuguesas para as Unidades de Dor Aguda*. Porto, Portugal.

Xavier, A. T., Lima, M. K., Rodrigues, B. T. M., Cavalcanti, M. C., & Queiroga S. S. (2018). Evaluation of Postoperative Pain under the Nurse's Point of View. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 12(9), 2436–2441. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i9a234730p2436-2441-2018

RIS

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 periocidade 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 submetidos na plantaforma/ página https://www.riis.essnortecvp.pt preenchida. 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 datilografado, 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 bjetivos/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 referenciação 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, l., 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.

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 internacional 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 thougth* London: Routledge. Retirado de URL:http://www.ebrary.com/lib/mctbrasilia

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/mctbrasilia/Doc?id=10055 894&ppg=172>. ISSN 0034-71803.

CHECKLIST DE AUTOVERIFICAÇÃO

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 e contacto telefónico.
☐ Máximo 7 autores.

Título

☐ Escrito em português, inglês e espanhol.
☐ Máximo 12 palavras.

Resumo

☐ Está apresentado em português, inglês 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, 6º 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 o registo na plataforma da Revista RIIS https://www.riis.essnortecvp.pt

Enviei os seguintes documentos:

☐ Artigo integral;
☐ CHECKLIST de autoverificação;
☐ Declaração única do autor.

O melhor
presente para o
investigador é o **CONHECIMENTO**

RIIS

Contacto

Revista de Investigação & Inovação em Saúde
Rua da Cruz Vermelha Cidacos - 3720-126 Oliveira de Azeméis
Tel: +351 256 661 435
email: riis@essnortecvp.pt
URL: www.riis.essnortecvp.pt

RIIS EM 2020

INOVAÇÃO: Open Journal Systems
URL:www.riis.essnortecvp.pt

INDEXAÇÃO: em processo

Caro,

AUTOR

Submeta: www. riis.essnortecvp.pt

REVISOR

Torne-se: riis@essnotecvp.pt

Contacto

Revista de Investigação & Inovação em Saúde
Rua da Cruz Vermelha Cidacos - 3720-126 Oliveira de Azeméis
Tel: +351 256 661 435
email: riis@essnortecvp.pt
URL:www.riis.essnortecvp.pt

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, PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Secretariado Editorial
Odete Silva
Manuela Castro

Conselho Editorial
Alice Brito - PhD
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Ana Paula Macedo - PhD
Universidade do Minho

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

Celeste Dias - PhD
Centro Hosptalar Universitário de São João

Cláudia Maria Gomes de Sousa - PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

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

Cristina Araújo Martins - PhD
Universidade do Minho

Elsa Maria Oliveira Pinheiro de Melo - PhD
Escola Superior de Saúde da Universidade Aveiro

Ester Goutan Roura - PhD
Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya

Fernanda Bastos - PhD
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Fernando Alberto Soares Petronilho - PhD
Universidade do Minho

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

José Vilelas - PhD
Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

Maria Goreti Silva Ramos Mendes - PhD
Universidade do Minho

Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo - PhD
Escola Superior de Enfermagem do Porto

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

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

Miguel Padilha - PhD
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro - PhD
Escola Superior de Saúde de Santa Maria

Paula Encarnação - PhD
Universidade do Minho

Rafaela Schaefer - PhD
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Raquel Simões de Almeida - PhD
Escola Superior de Saúde-IPP/ANARP

Rui Miguel Freitas Gonçalves – PhD

Sónia Novais- PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
ACES Baixo Tâmega

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

Veronica Rita Dias Coutinho - PhD
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra