

SUPLEMENTO AO Nº 3 SÉRIE IV

1º CONGRESSO INTERNACIONAL DE
SAÚDE FAMILIAR E COMUNITÁRIA

**COMUNICAÇÕES ORAIS
PÓSTERES
CONFERÊNCIAS**

REVISTA DE ENFERMAGEM REFERÊNCIA
A PEER-REVIEWED INTERNATIONAL JOURNAL

REVISTA CIENTÍFICA DA UNIDADE
DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS
DA SAÚDE: **ENFERMAGEM**

SCIENTIFIC JOURNAL OF
THE HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT: **NURSING**

ESCOLA SUPERIOR
DE ENFERMAGEM
DE COIMBRA

NURSING SCHOOL
OF COIMBRA

Referência
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

MAIO 2015

Editor/Editor

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem / Health Sciences Research Unit: Nursing
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra / Nursing School of Coimbra

Editor Chefe / Editor in Chief

Manuel Alves Rodrigues, Pd.D., Agregação. Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem / Scientific Coordinator of the Health Sciences Research Unit: Nursing

Editor Adjunto/Deputy Editor

Teresa Barroso, Ph.D. – *Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Editor Sénior / Senior Editor

Aida Cruz Mendes, Ph.D., Coordenadora Adjunta da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem / Deputy Coordinator of the Health Sciences Research Unit: Nursing

Conselho Editorial / Editorial Board

Arménio Cruz, Ph.D. – *Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
António Fernando Salgueiro Amaral, MS – *Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
Anabela Pereira, Ph.D. – *Agregação - Professora Auxiliar com Agregação, Universidade de Aveiro*
Ananda Maria Fernandes, Ph.D. – *Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
Clara Ventura, MS – *Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
Fernando Ramos, Ph.D. – *Professor, Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra*
João Luís Alves Apóstolo, Ph.D. – *Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
João O. Malva, Ph.D. – *Investigador Principal com Agregação, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*
José Carlos Santos, Ph.D. – *Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
Manuel José Lopes, Ph.D. – *Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora*
Maria dos Anjos Dixe, Ph.D. – *Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Leiria*
Paulo Queirós, Ph.D. – *Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
Vitor Rodrigues, Ph.D. – *Professor Coordenador da ESEVR, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro*

Conselho Editorial Internacional / International Board

Alacoque Lorenzini Herdemann, RN, Ph.D. – *Professora Titular, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil*
Alan Pearson, RN, Ph.D. – *Professor of Evidence Based Health Care, University of Adelaide, Australia; Editor of the Journal of Nursing Practice*
Carl von Beyer, Ph.D. – *Professor Emeritus, Saskatchewan University - Canada*
Christine Webb, RN, Ph.D. – *Professor of Health Studies, University of Plymouth, UK*
Dalmo Valério Machado de Lima, Ph.D. – *Professor Adjunto, Universidade Federal Fluminense, Brasil*
Eufemia Jacobs, Ph.D, RN – *Assistant Professor, School of Nursing, University of California, Los Angeles – USA*
Isabel Amélia Costa Mendes, Ph.D. – *Directora do Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil*
F. Javier Barca Durán, Ph.D. – *Professor Titular, Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional, Universidad de Extremadura, España*
Manuel Amezcua, RN – *Chefe de B. de Docência e de Investigação, Presidente da Fundação Index, Granada, España*
Rodrigo Chácon Ferrera, MS – *Professor Titular, Escuela Universitaria, Fac. de Ciências de la Salud Las Palmas de Gran Canaria, España*
Zoe Jordan, Ph.D. – *Associate Professor, University of Adelaide, Australia*

Conselho Consultivo / Consultive Board

Comissão Administrativa, Comissão Externa de Aconselhamento e Comissão de Ética da Unidade de Investigação / Administrative Commission, External Advisory Committee and Ethics Committee of the Research Unit

A Revista de Enfermagem Referência apresenta-se em versão impressa (ISSNp:0874.0283) e em versão eletrónica (ISSNe:2182.2883). Todo o processo de gestão, da submissão à publicação realiza-se em plataforma web: <http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=articleSubmission>, por forma a garantir o controlo de qualidade em todas as fases.

Os artigos publicados neste número foram traduzidos para versão inglesa por Técnicos Especializados do Gabinete de Projetos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Antes da publicação, a versão inglesa foi validada pelos autores.

O Corpo de Revisores Pares e Apoio Técnico e de Redacção está acessível na página

web:<http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=page&tid=11672>

<http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=page&id=11673>

Contactos/Contacts

Escola Superior de Enfermagem / Nursing School of Coimbra

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem / Health Sciences Research Unit: Nursing

Avenida Bissaya Barreto – 3001-901 Coimbra/PORTUGAL

Tel. 239 487 255 / 239 487 200 (ext. 2077)

E.mail: referencia@esenfc.pt (Revista de Enfermagem Referência / Referência Journal of Nursing)

investiga@esenfc.pt (Unidade de Investigação / Research Unit)

URL: <http://www.esenfc.pt/rr/> (Revista de Enfermagem Referência – disponível em texto integral / Referência Nursing Journal – available in full text)

<http://www.esenfc.pt/ui/> (Unidade de Investigação / Research Unit)

SUPLEMENTO AO Nº3 DA SÉRIE IV DA
REVISTA DE ENFERMAGEM REFERÊNCIA

A **Revista de Enfermagem Referência** é uma revista científica, *peer reviewed*, editada pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. Esta Unidade de Investigação é acolhida pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e acreditada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

O **objetivo** da revista é divulgar conhecimento científico produzido no campo específico das ciências da enfermagem, com uma abordagem interdisciplinar englobando a educação, as ciências da vida e as ciências da saúde. É requisito que todos os **artigos** sejam cientificamente relevantes e originais e de um claro interesse para o progresso científico, a promoção da saúde, a educação em saúde, a eficácia dos cuidados de saúde e tomada de decisão dos profissionais de saúde. Cerca de 80% dos artigos são publicados como artigos científicos originais e cerca de 20% dos artigos são artigos de revisão (revisão sistemática), artigos teóricos e ensaios.

O **processo de revisão por pares, double blind**, inclui 10 fases, da submissão à disseminação (Pré-análise; Checklist; Revisão por pares; Gestão de artigo; Tratamento técnico e documental; Revisão final; Tradução; Maquetização e atribuição de DOI; HTML; Divulgação pelas bases de dados). Os seguintes documentos estão disponíveis aos autores: checklist, termo único e tópicos de análise crítica para ajudar a escrita de artigos científicos de acordo com o seu tipo específico. Os revisores podem aceder a estruturas sistemáticas de avaliação.

A **gestão do processo de revisão** é totalmente automatizada. Isto permite uma ação efetiva de controlo, regulação e avaliação (gestão de autores, revisores e artigo).

A revista tem uma **extensão internacional** e é publicada em **formato bilingue** (é obrigatória a versão em Inglês). É dirigido a estudantes, investigadores e profissionais das ciências da vida, ciências da saúde e área da educação.

Políticas editoriais definidas de acordo com os critérios do Directory of Open Access Journals – DOAJ. Acessível em *open access* em www.esenfc.pt/rr

Publicação regular, com periodicidade trimestral, divulgação em formato impresso e digital.

Nossa missão:
**COMPARTILHAR ONDAS
DE CONHECIMENTOS**



INDEXAÇÃO

A **Revista de Enfermagem Referência** está atualmente integrada em Cuiden Plus/Cantárida; BVS; CINAHL; Latindex; Proquest; SciELO; SciELO Citation Index - Web of Science/Thomson Reuters. É divulgada internacionalmente em versão impressa e acessível em política de Open Access em versão digital em

<http://www.esenfc.pt/site/index.php?module=rr&target=showPublications>

A Revista é indexada nas bases de dados:



Membro de:

SUPPLEMENT TO Nº 3 OF JOURNAL OF
NURSING REFERÊNCIA – IV SERIES

The Journal of Nursing *Referência* is a peer-reviewed scientific journal published by the Health Sciences Research Unit: Nursing. This Research Unit is hosted by the Nursing School of Coimbra and accredited by the Foundation for Science and Technology.

The objective of the journal is to disseminate scientific knowledge produced in the specific field of nursing science with an interdisciplinary approach covering the areas of education, life sciences and health sciences.

All **papers** are required to be scientifically relevant and original and to show a clear significance for the scientific progress, health promotion, health education, health care effectiveness and health professionals' decision-making. Around 80% of the **articles** published are scientific and original articles, and around 20% of the articles are review papers (systematic review), theoretical papers and essays.

The **double-blind review process** includes 10 stages from submission to dissemination (Pre-analysis; Checklist; Peer review; Article management; Technical and documentary support; Final review; Translation; Layout and DOI Assignment; HTML; Database dissemination). The following documents are available to authors: checklist, author's statement, and critical analysis topics to help prepare the scientific papers according to its specific type. Reviewers can access systematic assessment structures.

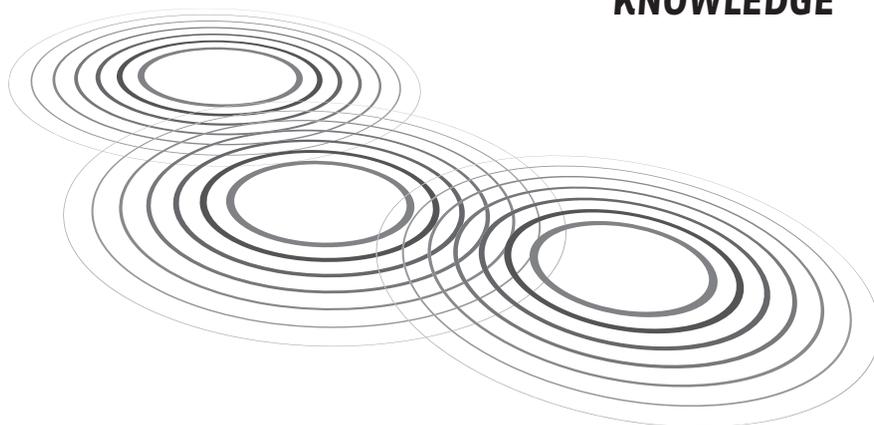
The **management of the review process** is fully automated. This allows for an effective control, regulation and evaluation (authors, reviewers and article management).

The Journal has an **international dissemination** and is published in a **bilingual version** (the English version is mandatory). It is directed at students, researchers and professionals from the areas of life sciences, health sciences and education.

Editorial policies defined according to criteria of Directory of Open Access Journals – DOAJ. Available in open access at www.esenfc.pt/rr

Regular publication, quarterly, print and digital dissemination.

Our mission:
**SHARING RIPPLES OF
KNOWLEDGE**

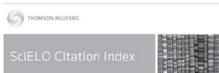


INDEXING

The Journal of Nursing Referência is currently indexed in Cuiden Plus/Cantária; BVS; CINAHL; Latindex; Proquest; SciELO; SciELO Citation Index - Web of Science/Thomson Reuters. It is internationally disseminated in a paper format and available online in open-access at

<http://www.esenfc.pt/site/index.php?module=rr&target=showPublications>

The Journal is indexed in:



Member of:



SUPLEMENTO AL N° 3 DE LA IV SERIE DE LA
REVISTA DE ENFERMAGEM REFERÊNCIA

La **Revista de Enfermería Referência** es una revista científica, con revisión por pares, editada por la Unidad de Investigación en Ciencias de la Salud: Enfermería. Esta unidad de investigación se encuentra dentro de la Escuela Superior de Enfermería de Coímbra y está acreditada por la Fundación para la Ciencia y la Tecnología.

El objetivo de la revista es divulgar el conocimiento científico producido en el campo específico de las ciencias de la enfermería con un enfoque interdisciplinar que engloba la educación, las ciencias de la vida y las ciencias de la salud. Es un requisito que todos **los artículos** sean científicamente relevantes y originales y que tengan un claro interés para el progreso científico, la promoción de la salud, la educación para la salud, la eficacia de los cuidados de la salud y la toma de decisiones de los profesionales de la salud. Cerca del 80 % de los artículos se publican como artículos científicos originales y cerca del 20 % son artículos de revisión (revisión sistemática), artículos teóricos y ensayos.

El **proceso de revisión por pares, double blind**, incluye 10 fases, del envío a la divulgación (preanálisis; lista de control; revisión por pares; gestión del artículo; tratamiento técnico y documental; revisión final; traducción; maquetación y atribución del DOI; HTML; divulgación por las bases de datos). Los siguientes documentos están disponibles para los autores: lista de control, término único y temas de análisis crítico para ayudar a la escritura de artículos científicos de acuerdo con su tipo específico. Los revisores pueden acceder a estructuras sistemáticas de evaluación.

La **gestión del proceso de revisión** está totalmente automatizada. Esto permite una acción efectiva de control, regulación y evaluación (gestión de autores, revisores y artículos).

La revista tiene una **extensión internacional** y se publica en **formato bilingüe** (es obligatoria la versión en inglés). Está dirigida a estudiantes, investigadores y profesionales de las ciencias de la vida, ciencias de la salud y del área de la educación.

Políticas editoriales definidas en conformidad con los criterios del Directory of Open Access Journals – DOAJ. Disponible en *open access* en www.esenfc.pt/rr

Publicación regular, con periodicidad trimestral, divulgación en formato impreso y digital.

Nuestra misión:
**COMPARTIR ONDAS DE
CONOCIMIENTO**



INDEXACIÓN

La Revista de Enfermería Referência está actualmente integrada en Cuiden Plus/Cantárida; BVS; CINAHL; Latindex; Proquest; SciELO; SciELO Citation Index - Web of Science/Thomson Reuters. Se divulga a nivel internacional y los usuarios pueden acceder a ella por política de Open Access en versión digital en

<http://www.esenfc.pt/site/index.php?module=rr&target=showPublications>

La Revista está indexada en:



Miembro de:



SUMÁRIO



1	EDITORIAL
7	I CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE FAMILIAR E COMUNITÁRIA
9	COMUNICAÇÕES ORAIS
11	Determinantes da saúde
17	Educação para a saúde
29	Intervenção Comunitária
37	Promoção da saúde
53	Saúde Escolar
61	Saúde familiar
77	Saúde Ocupacional
87	PÓSTERES
89	Determinantes da saúde
95	Educação para a saúde
99	Intervenção Comunitária
109	Promoção da saúde
119	Saúde familiar
133	Saúde Ocupacional
141	CONFERÊNCIAS
157	CONGRESSO REATIVA - REFORMA ATIVA: ESTUDO DE UM PROGRAMA PROMOTOR DE UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL
159	PREÂMBULO

165	COMUNICAÇÕES ORAIS
167	Envelhecimento Ativo
171	PÓSTERES
173	Envelhecimento Ativo
177	CONFERÊNCIAS

SUMMARY



3	EDITORIAL
7	1 ST INTERNATIONAL CONGRESS ON FAMILY AND COMMUNITY HEALTH NURSING
9	ORAL COMMUNICATIONS
11	Health determinants
17	Health education
29	Community intervention
37	Health promotion
53	School health
61	Family health
77	Occupational health
87	POSTERS
89	Health determinants
95	Health education
99	Community intervention
109	Health promotion
119	Family health
133	Occupational health
141	CONFERENCES
157	REATIVA, ACTIVE RETIREMENT: STUDY OF A HEALTHY AGEING PROMOTOR PROGRAM
161	PREAMBLE

165	ORAL COMMUNICATIONS
167	Active aging
171	POSTERS
173	Active aging
177	CONFERENCES

ÍNDICE



5	EDITORIAL
7	I CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA
9	PONENCIAS ORALES
11	Determinantes de la salud
17	Educación para la salud
29	Intervención comunitaria
37	Promoción de la salud
53	Salud escolar
61	Salud familiar
77	Salud ocupacional
87	PÓSTERES
89	Determinantes de la salud
95	Educación para la salud
99	Intervención comunitaria
109	Promoción de la salud
119	Salud familiar
133	Salud ocupacional
141	CONFERENCIAS
157	REATIVA, REFORMA ATIVA: STUDIO DE UN PROGRAMA QUE PROMUEVE UN ENVEJECIMIENTO SANO
163	PREÁMBULO

165	PONENCIAS ORALES
167	Envejecimiento activo
171	PÓSTERES
173	Envejecimiento activo
177	CONFERENCIAS



EDITORIAL

A enfermagem centrada no trabalho com as famílias tem vindo a desenvolver-se desde a definição das Metas de Saúde para o Sec. XXI, mas foi a Declaração de Munique em 2000 que enfatizou a figura do “enfermeiro de família” enquanto elemento de uma equipa multiprofissional e corresponsável pelo contínuo de cuidados durante o ciclo vital das famílias, aos diferentes níveis de prevenção, em particular nas famílias de maior vulnerabilidade. Este conceito tem vindo a adquirir relevo no contexto da reforma dos cuidados de saúde primários (CSP), com a criação de modelos de organização de cuidados, em equipa nuclear de saúde familiar (médico, enfermeiro e secretário clínico) e a corresponsabilidade pela qualidade do trabalho desenvolvido e resultados atingidos (Ministério da Saúde, 2012).

Os Planos Nacionais de Saúde 2004/2010 e 2012/2016 destacam a família como alvo dos cuidados numa crescente centralidade nos sistemas e cuidados de saúde e também a Ordem dos Enfermeiros expressa este conceito no Enquadramento Conceptual e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A família entendida como unidade básica da sociedade e como foco dos cuidados de enfermagem tem vindo a sofrer alterações ao longo do tempo aos níveis da sua estrutura e dinâmica relacional. Estas alterações são determinantes da saúde familiar e da comunidade onde se insere. É esperado hoje que os enfermeiros acompanhem e facilitem as transições saúde/doença, vivenciadas pelos indivíduos e suas famílias numa perspectiva de intervenção em rede e rumo a uma prática colaborativa.

O trabalho com as famílias e comunidades constitui um verdadeiro desafio... Afinal o que são as boas práticas com a família e comunidade? Que conhecimentos necessitamos para responder a estas práticas?

A intervenção comunitária é um processo único e diferenciado em cada região de acordo com a população, com as suas características, exigindo uma ação constante e cujos resultados serão sempre incertos. A formação especializada em enfermagem de saúde familiar e comunitária constitui-se como um imprescindível contributo na construção e consolidação de um futuro modelo de intervenção. Neste sentido, o Mestrado em Enfermagem de Família fornece as competências especializadas para uma intervenção avançada no âmbito da saúde familiar.

A articulação entre Formação, Investigação e Intervenção mas também a divulgação de exemplos de boas práticas de saúde familiar e comunitária foi o propósito alcançado deste I Congresso Internacional de Saúde Familiar e Comunitária. Este documento traduz o resultado das comunicações nacionais e internacionais propostas para discussão.

Cordiais saudações aos autores dos estudos incluídos neste livro de atas, na certeza que estes suscitarão o interesse da comunidade científica.

Clarinda Maria dos Prazeres Ferreira da Silva da Rocha Cruzeiro

Professora Coordenadora da Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária da ESEnfC

Referências bibliográficas

Ministério da Saúde, Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. (2012). *Papel do enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP. Pressupostos para a sua implementação: Documento de trabalho*. Recuperado de www.acss.minsaude.pt/.../22papeldoenfermeirodesaudefamiliarinoscsp

Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: Autor.



EDITORIAL

The focus of Nursing on working with families has been growing since the establishment of the Health Targets for the 21st Century, but it was the Munich Declaration in 2000 that underlined the figure of the “family nurse” as member of a multidisciplinary team and co-responsible for the continuum of care during the families’ life cycle at different levels of prevention, particularly in the most vulnerable families. This concept is gaining importance in the context of the reform of primary health care (PHC), with the creation of care organisation models within family health teams (physician, nurse, and clinical secretary) and co-responsibility for the quality of their work and results achieved (Ministério da Saúde, 2012).

The National Health Plans 2004-2010 and 2012/2016 highlight the family as target of care within a growing centrality in health systems and care. The Portuguese Nurses’ Association also expressed this notion in the *Enquadramento Conceptual e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* (Conceptual Framework and Quality Standards of Nursing Care) (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

The family as a basic unit of society and as a focus of nursing care has been suffering changes over time in its structure and relational dynamics. These changes are determinants of the health of the family and the community where it belongs. Nurses are now expected to monitor and facilitate the health/disease transitions experienced by individuals and their families from a perspective of network intervention towards a collaborative practice.

Working with families and communities is a real challenge. So what are the best practices to intervene in the family and the community? What is the body of knowledge needed to respond to these practices?

Community intervention is a unique and differentiated process in each region according to the population and its characteristics, which requires a constant action and whose results are always uncertain. The specialised training in family health and community nursing is a key contribution to designing and consolidating a future intervention model. Therefore, the Master’s Degree in Family Nursing provides the necessary expertise for an advanced intervention within the scope of family health.

The linkage between Training, Research, and Intervention, but also the dissemination of examples of best practices of family and community health, were the successfully achieved goals of this 1st International Congress on Family and Community Health. This document reflects the results of the national and international papers proposed for discussion.

My most cordial greetings to the authors of the studies included in the Congress Proceedings. I am certain that they will attract the interest of the scientific community.

Clarinda Maria dos Prazeres Ferreira da Silva da Rocha Cruzeiro

Coordinating Professor of the Scientific-Pedagogical Unit of Public, Family and Community Health Nursing of the ESEnfC

References

Ministério da Saúde, Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. (2012). *Papel do enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP: Pressupostos para a sua implementação: Documento de trabalho*. Recuperado de www.acss.minsaude.pt/.../22papeldoenfermeirodesaudefamiliarinoscsp

Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: Autor.



EDITORIAL

La enfermería centrada en el trabajo con las familias ha venido desarrollándose desde la definición de las Metas de la Salud para el siglo XXI. No obstante, fue la Declaración de Múnich, en el 2000, la que enfatizó la figura del “enfermero de familia” como elemento de un equipo multiprofesional y corresponsable del continuo de cuidados durante el ciclo vital de las familias a los diferentes niveles de prevención, en particular, en las que dan lugar a situaciones de mayor vulnerabilidad. Este concepto ha adquirido una mayor importancia en el contexto de la reforma de la atención de salud primaria (CSP, por sus siglas en portugués), con la creación de modelos de organización de cuidados en un equipo nuclear de salud familiar (médico, enfermero y secretario clínico) y la corresponsabilidad de la calidad del trabajo desarrollado y los resultados conseguidos (Ministerio de Sanidad, 2012). Los Planes Nacionales de Salud 2004/2010 y 2012/2016 destacan a la familia como objetivo de los cuidados en una creciente centralidad en los sistemas y cuidados de salud. Asimismo, el Colegio de Enfermería incluye este concepto en el Marco Conceptual y Patrones de Calidad de los Cuidados de Enfermería (Colegio de Enfermería, 2001).

La familia, entendida como unidad básica de la sociedad y como foco de los cuidados de enfermería, ha sufrido algunos cambios a lo largo del tiempo en su estructura y dinámica relacional que han sido determinantes en la salud familiar y de la comunidad donde se insiere. Actualmente se espera que los enfermeros acompañen y faciliten las transiciones de la salud/enfermedad vividas por los individuos y sus familias en una perspectiva de intervención en red y rumbo a una práctica colaborativa.

El trabajo con las familias y las comunidades constituye un verdadero desafío... ¿Al final, qué son las buenas prácticas con la familia y la comunidad? ¿Qué conocimientos necesitamos para responder a estas prácticas?

La intervención comunitaria es un proceso único y diferenciado en cada región de acuerdo con la población y con sus características, lo que exige una acción constante y unos resultados que serán siempre inciertos. La formación especializada en enfermería de salud familiar y comunitaria se constituye como una contribución imprescindible en la construcción y consolidación de un futuro modelo de intervención. En este sentido, el Máster en Enfermería de Familia proporciona las competencias especializadas para una intervención avanzada en el ámbito de la salud familiar.

La articulación entre formación, investigación e intervención y, además, la divulgación de ejemplos de buenas prácticas de salud familiar y comunitaria fue el propósito alcanzado en este I Congreso Internacional de Salud Familiar y Comunitaria. Este documento traduce el resultado de las comunicaciones nacionales e internacionales propuestas para la discusión.

Saludos cordiales a los autores de los estudios incluidos en este libro de actas por el interés que, seguro, suscitaron en la comunidad científica.

Clarinda Maria dos Prazeres Ferreira da Silva da Rocha Cruzeiro

Profesora coordinadora de la Unidad Científico-Pedagógica de Enfermería de Salud Pública, Familiar y Comunitaria de la ESEnFC

Referencias bibliográficas

Ministério da Saúde, Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. (2012). *Papel do enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP. Pressupostos para a sua implementação: Documento de trabalho*. Recuperado de www.acss.minsaude.pt/.../22papeldoenfermeirodesaudefamiliarinoscsp

Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: Autor.



1º Congresso Internacional de
Saúde Familiar e Comunitária

COMUNICAÇÕES ORAIS
ORAL COMMUNICATIONS
PONENCIAS ORALES

DETERMINANTES DA SAÚDE

HEALTH DETERMINANTS

DETERMINANTES DE LA SALUD

A independência/dependência funcional da pessoa residente em uma IPSS da região centro

Sara Patrícia Nunes Coelho*

Manuel Augusto Duarte Mariz**

Andreia Cristina do Nascimento e Silva

Introdução: Viver o máximo de tempo de forma independente deve ser, não só um objetivo individual mas uma responsabilidade coletiva, quer da comunidade, quer das instituições prestadoras de cuidados, IPSS's. Neste sentido torna-se pertinente refletir sobre a realidade no próprio contexto, estabelecendo um diagnóstico de situação sobre o grau de independência funcional da pessoa institucionalizada, e qual a necessidade de intervenção de enfermeiros especializados. Perante este facto, surge a necessidade de uma avaliação precoce por parte da equipa de enfermagem.

Objetivos: A finalidade deste estudo é estabelecer um diagnóstico de independência/dependência funcional da pessoa residente em uma IPSS da região centro do País e perceber a necessidade de implementação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Assim os objetivos prendem-se por: identificar o grau de independência funcional da pessoa residente em uma IPSS da região centro; identificar quais as subcategorias com menor grau de independência funcional com necessidade de cuidados especializados.

Metodologia: Estudo de natureza quantitativo, descritivo-correlacional e transversal, com um tipo de amostragem não-probabilística de conveniência, constituída por 57 pessoas residentes em uma IPSS da região centro do País. Foi aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica e a Escala de medida de independência funcional (MIF) entre o mês de Setembro e Novembro de 2014. Definiram-se como critérios de inclusão, ser institucionalizado residente e aceitar participar no estudo, e como critério de exclusão indivíduos com idade inferior a 65 anos. Os dados foram tratados com base no programa IBM.SPSS.21 utilizando-se a estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Verificamos que a amostra em estudo é predominantemente composta por idosos de sexo feminino, sendo a média de idade aproximadamente 84 anos. Com o recurso à análise do score total da escala MIF, verifica-se que a pessoa residente nesta instituição necessita de assistência em 25% das atividades, apresentando maior grau de independência no controlo de esfínteres. A subcategoria locomoção detém score mais baixo de independência, seguida pela subcategoria mobilidade e comunicação. Quanto às categorias denota-se que o score da MIF cognitiva é superior à motora, sendo que 33,3% da amostra apresenta um nível de independência total, 43,9% apresentam dependência modificada, com necessidade de assistência até 25%, e apenas 22,8% apresenta dependência modificada, com necessidade de assistência até 50%. Não existem casos na amostra de dependência total.

Conclusões: Os idosos residentes nesta IPSS, em média apresentaram necessidade de assistência nas atividades desenvolvidas em 25%, ou seja necessidade de uma ajuda mínima de uma terceira pessoa. Sendo a subcategoria controlo de esfínteres a que apresenta valor de independência mais elevado, e a locomoção a que apresenta valor de independência mais baixo. Nesta dinâmica as IPSS's devem atuar de forma a irem ao encontro da manutenção da independência da pessoa idosa, sendo crucial a implementação de enfermeiros de reabilitação que estabeleçam um plano de intervenção individual, dado resposta às necessidades de cada pessoa.

Palavras-chave: idoso; IPSS; independência funcional.

Referências bibliográficas: Conselho Internacional de Enfermeiros. (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*: Versão Beta 2. Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa, Portugal, Autor.

Neri, A. L. (2001). *Palavras-chave em gerontologia* (4ª ed.). Campinas, Brasil: Alínea.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa, Portugal: Lidel.

* Santa Casa da Misericórdia de Castanheira de Pera, Enfermagem [sara_coelho@ymail.com]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP - Reabilitação, Docente

A satisfação com os Cuidados de Saúde Primários Portugueses, na perspetiva de imigrantes Chineses

Maria Antonieta Ribas da C. e S. de Carvalho*

Introdução: Os cuidados de saúde primários representam na sociedade portuguesa, a primeira forma de contacto dos cidadãos com o sistema de saúde. São a porta de entrada, o primeiro meio de acesso aos cuidados de saúde. Portugal, país tradicional de imigração tem vindo ao longo dos anos a transformar-se também num país de acolhimento de imigrantes. A saúde dos imigrantes passa a ser um dos aspetos mais importantes da imigração, merecendo por parte dos profissionais de saúde toda a atenção.

Objetivos: O principal objetivo desta investigação foi determinar a satisfação dos imigrantes com os serviços de saúde portugueses, nomeadamente da população chinesa migrante e residente em Portugal, com respeito à utilização dos Cuidados de Saúde Primários.

Metodologia: Estudo de carácter descritivo correlacional e de corte transversal, com uma abordagem quantitativa, numa amostra de 35 utentes chineses inscritos no Centro de Saúde Fernão Magalhães (ACES Baixo Mondego I/ARSC).

Resultados: Os resultados permitiram concluir que os inquiridos, na sua grande maioria (74,3%), se encontravam satisfeitos com os cuidados de enfermagem, dado ter sido esse o nível encontrado em todas as dimensões do SUCCECS26. Ainda assim, nesta área, revelaram-se mais satisfeitos com *Qualidade na assistência* e menos satisfeitos com as dimensões referentes à *Promoção do elo de ligação* e *Formalização da informação*. No que respeita à satisfação com o seu médico de família e o seu centro de saúde, também se verificou que a grande maioria (71,4%) dos inquiridos se encontrava globalmente satisfeita; tendo esse nível sido mais evidente na dimensão *Relação e comunicação*, onde se revelaram mais satisfeitos (77,2%) e menos evidente na dimensão *Organização dos serviços*, onde se manifestaram menos satisfeitos (48,6%).

Conclusões: Consideramos que os resultados auferidos enfatizam a importância da comunicação/informação e relacionamento interpessoal, acessibilidade aos cuidados de saúde primários (organização dos serviços) e competência técnica e relacional dos enfermeiros na satisfação dos utentes com os cuidados recebidos e devem ser objeto de reflexão de forma a alterar procedimentos/intervenções futuras de modo a encontrar soluções para as necessidades identificadas de forma sistemática, dando corpo às expectativas dos utentes na melhoria dos cuidados de saúde primários prestados. Dos resultados do presente estudo, e da nossa experiência profissional, confirmaram que há grande dificuldade na comunicação, tanto da língua, como pelas diferenças culturais

Palavras-chave: cuidados de saúde primários; satisfação; utentes imigrantes chineses; enfermagem.

Referências bibliográficas: Abreu, W. C. (2008). *Transições e contextos multiculturais: Contributo para a anamnese e recurso aos cuidados informais*. Coimbra, Portugal: Formasau.

Amaro, A. M. (2005) A comunidade chinesa em Portugal: Uma integração silenciosa, laboriosa e quase sempre de sucesso. *Boletim Informativo: ACIME*, 30.

Beaton, D., Bombardier C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-91.

Campinha-Bacote, J. (2002). Cultural competence in psychiatric nursing. *Journal of the American Psychiatric Association*, 8(16), 183-187.

* Centro de Saúde de Cantanhede, Enfermeira [mantonieta14@hotmail.com]

Diagnóstico de situação sobre necessidades formativas em Primeiros Socorros de cuidadores de idosos institucionalizados

Maria da Conceição Alves Rainho*

Isabel M^a Antunes R. Costa Barroso**

Joaquim Dinis Pinto Freitas, Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro***

Introdução: No Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (PNPA, 2010), os locais mais frequentes de ocorrência de acidentes são o domicílio (50%), seguindo-se as instituições de acolhimento (21%). O mecanismo de lesão mais frequente foi a queda (65%), constituindo a causa principal de morte acidental acima dos 65 anos, além das queimaduras e feridas incisivas. Os idosos vítimas de acidentes frequentemente têm internamentos prolongados, onerosos e com mortalidade elevada associada (PNPA, 2010).

Objetivos: Realizar o diagnóstico de situação relativo às necessidades formativas de cuidadores de idosos de dois lares, na área geodemográfica da UCC Vila Real 1, no âmbito de prevenção de acidentes e primeiros socorros; avaliar conhecimentos dos cuidadores de idosos de dois lares em prevenção de acidentes e em primeiros socorros; identificar quais os fatores de risco dos acidentes mais frequentes, segundo a perceção dos cuidadores de idosos de dois lares.

Metodologia: É um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa. A recolha ocorreu nos respetivos lares de 16 a 30 de maio de 2014, através de um questionário constituído por questões de resposta múltipla sobre prevenção de acidentes por quedas, intoxicações, queimaduras e asfixia, sobre suporte básico de vida (desobstrução da via aérea, posição lateral de segurança) e sobre os fatores de risco de acidentes mais frequentes em idosos. Previamente à aplicação foi obtido o consentimento informado esclarecido dos inquiridos e assegurados os procedimentos associados à participação voluntária e confidencialidade da informação.

Resultados: Amostra constituída por 38 cuidadoras: ajudantes de lar ou auxiliares de serviços gerais, com uma média de idades de 41,6 anos e maioritariamente (59,5%) casadas. Verificou-se que 78,9% tem escolaridade igual ou superior ao 2º ciclo, destas 50% são detentoras do ensino secundário. Responderam maioritariamente, não conhecer as medidas de prevenção de acidentes no que respeita a: quedas (54,1%), intoxicações medicamentosas (64,9%) e asfixia (68,4%). Quando questionadas sobre procedimentos de primeiros socorros: em caso de asfixia, 55,2% das cuidadoras não respondeu corretamente; perante um idoso inconsciente e com respiração espontânea, embora a maioria (57,9%) tenha respondido corretamente, uma percentagem considerável (42,1%), respondeu erradamente; já no caso de uma queimadura por líquido a temperatura elevada, 81,6% respondeu corretamente. Quanto às causas mais frequentes de quedas 67,6%, afirmaram conhecê-las. Quando inquiridas, se frequentaram formação em primeiros socorros, após início de funções na instituição, 44,7% respondeu negativamente e 77,1% atribui elevada importância a formação sobre prevenção de quedas.

Conclusões: Os resultados permitem afirmar que existe défice de conhecimentos sobre prevenção de acidentes e sobre os procedimentos em primeiros socorros e que uma percentagem considerável das ajudantes de lar ou auxiliares de serviços gerais não frequentou formação em primeiros socorros e atribuem elevada importância a formação sobre prevenção de quedas. As necessidades formativas avaliadas são também objeto de recomendação na Informação técnica nº 03/12 da Direcção-Geral da Saúde (2014). Também a Lei n.º 102/2009, que regulamenta o regime jurídico da promoção e prevenção de segurança e saúde no trabalho, define que os trabalhadores devem dispor de formação atualizada.

Palavras-chave: diagnóstico situação; formação educação; cuidadores de idosos; prevenção de acidentes; primeiros socorros; quedas; queimaduras; asfixia.

Referências bibliográficas: Direcção-Geral da Saúde. (2014). *Formação em emergência e primeiros socorros no local de trabalho: Informação técnica 03/2012*. Lisboa, Portugal: Autor.

Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro. *Diário da República nº 176 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

Direcção-Geral da Saúde. (2010). *Programa nacional de prevenção de acidentes 201-2016*. Lisboa: Autor.

* Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Departamento de Enfermagem de Saúde Mental e Comunitária, Professora Coordenadora

** Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Enfermagem de Saúde Mental e Comunitária, Professora Adjunta

*** Escola Superior de Enfermagem de Vila Real-UTAD, Saúde Mental e Comunitária, Presidente de Escola

Satisfação dos profissionais de reabilitação psicossocial

Diana Gonçalves*

Carlos Manuel Monteiro Ferreira**

Maria Margarida Silva Vieira Ferreira***

Introdução: A fundamentação teórica discorre sobre a reabilitação psicossocial, o trabalho em equipa e a satisfação no trabalho. Desta forma, este estudo visa contribuir para análise e discussão desta temática, justificando-se pela relevante influência que a satisfação no trabalho parece exercer sobre os trabalhadores. Para o utente é importante o processo de reabilitação e promoção de saúde. Para tal, é imprescindível que os profissionais se sintam satisfeitos, na medida em que a satisfação, resulta na avaliação positiva do trabalho do indivíduo.

Objetivos: O estudo teve como objetivos conhecer a satisfação no trabalho dos profissionais de um serviço de reabilitação psicossocial (Espaço T – Porto), do ponto de vista dos próprios sujeitos e identificar os fatores que interferem neste fenómeno.

Metodologia: Adotando um estudo descritivo com uma abordagem qualitativa, a pesquisa teve a participação de dez trabalhadores do referido serviço, tratando-se portanto de uma amostra intencional e por saturação das informações, os quais foram ouvidos através de uma entrevista semiestruturada, durante os meses de fevereiro e março de 2013, sendo que os dados foram tratados através da análise de conteúdos.

Resultados: Os resultados permitiram afirmar que os profissionais demonstraram satisfação ao desenvolverem o seu trabalho no âmbito da reabilitação psicossocial. Os fatores considerados essenciais para a satisfação no trabalho foram: diversificação das tarefas e flexibilidade das ações; novos desafios; trabalho em equipa e relacionamento interpessoal com os utentes. Outros aspetos interrelacionados foram destacados, como a importância da motivação e os aspetos financeiros.

Conclusões: Verificou-se que para os profissionais, a satisfação em reabilitação é dotada de características singulares, nomeadamente, o bom ambiente na equipa, relacionamento interpessoal com utentes, realização profissional, motivação, flexibilidade e diversificação e aspetos financeiros. Considerou-se ainda, que os profissionais têm um papel importante na reabilitação de utentes, porque acreditam que todos têm capacidade de aprender e crescer, por esta razão, atuam no sentido de ensiná-los a viver com menor sofrimento possível. Ainda assim, é necessário que as instituições reflitam e atuem de forma a encontrarem estratégias para aumentar a satisfação no trabalho, que, consequentemente, elevará a qualidade da assistência prestada.

Palavras-chave: reabilitação psicossocial; satisfação dos profissionais; saúde mental.

Referências bibliográficas: Bernardes, J., Barcellos, P., & Camargo, M. (2010). *Motivação do trabalhador: Estudo de caso em um Hospital Filantrópico*. Recuperado de http://www.aeclb.br/seget/artigos10/237_0%20que%20motiva%20os%20trabalhadores%20SEGET.pdf >

Hesbeen, W. A (2003). *Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures, Portugal: Lusociência.

Hirdes, A., & Kantorski, L. P. (2004). Reabilitação psicossocial: Objetivos, princípios e valores. *Revista Enfermagem da UERJ*, 12(2), 217-221. Recuperado de [HTTP://www.facenf.uerj.br/v12n2/v12n2a15.pdf](http://www.facenf.uerj.br/v12n2/v12n2a15.pdf)

Silva, M. R. (2012). *Satisfação profissional* (Tese de mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.

* Enfermeira Lar Santos Passos, Guimarães [diana.g.alves@gmail.com]

** Hospital de Magalhães Lemos – Porto, Enfermeiro Chefe

*** Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, Enfermagem Médico-cirúrgica, Professor Adjunto

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

HEALTH EDUCATION

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

A educação terapêutica ao utente com diabetes em Cuidados de Saúde Primários

Eva Menino*

Maria dos Anjos Coelho Rodrigues Dixe**

Maria Clarisse Carvalho Martins Louro***

Introdução: A diabetes é uma doença cujos números tomam proporções epidémicas (International Diabetes Federation, 2012). Várias intervenções têm demonstrado ser efetivas no sentido de minimizar o impacto negativo documentado, sendo a educação terapêutica uma destas intervenções. As intervenções de enfermagem no âmbito da educação terapêutica têm revelado desempenhar um papel importante (Campos, Saturno, & Carneiro, 2010; Trehearne, Fishman, & Lin, 2014). Não obstante, tem sido reportada uma variedade de práticas e de programas implementados, nem sempre sujeitos a avaliação.

Objetivos: Identificar as práticas educativas dos enfermeiros ao utente com diabetes mellitus tipo 2 na comunidade.

Metodologia: Estudo descritivo e transversal realizado num Agrupamento de Centros de Saúde em Portugal. A população do estudo foi constituída por 49 enfermeiros que desenvolvem consulta de enfermagem a utentes com diabetes tipo 2. A técnica de amostragem utilizada foi a não probabilística intencional e acidental. Mobilizaram-se duas escalas, com questões de resposta tipo *likert*, que avaliam a frequência com que os enfermeiros reportam desenvolver determinadas intervenções, variando de 1 a 5. O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 21.0.

Resultados: Das dimensões constituintes da escala ETCA (alimentação, manter-se ativo, monitorização, toma de medicação, redução de riscos, resolução de problemas e *coping* saudável), a educação sobre a *Redução de Riscos* é aquela em que se verificam, em média, valores mais elevados (4,22, SD=0,52); por outro lado, a dimensão com um score médio mais baixo foi aquela relativa às intervenções sobre a toma de medicação (3,59;SD=0,66). Das áreas, integrantes da PETCD (colheita de dados, avaliação, cuidados centrados no cliente e continuidade de cuidados), a dimensão relativa à colheita de dados foi aquela em que se obteve um valor, em média mais baixo (3,20; SD=0,70), representando que os enfermeiros desenvolvem este conjunto de intervenções menos frequentemente do que o preconizado. A continuidade de cuidados obteve um valor médio elevado (3,80; SD=0,79), relacionando-se esta dimensão com o suporte oferecido de forma contínua e de acordo com as necessidades do utente e família no sentido da aquisição e desenvolvimento de competências na área da diabetes.

Conclusões: A diabetes é uma doença crónica que está a tomar proporções epidémicas em que a educação terapêutica assume um papel central. Os enfermeiros realizam educação terapêutica ao utente com diabetes, mobilizando mais frequentemente as intervenções relacionadas com a continuidade de cuidados e com os cuidados centrados no cliente e, quanto aos comportamentos para o autocuidado, as intervenções relativas à redução de riscos e de monitorização. A mensuração da qualidade dos cuidados prestados é fundamental numa ótica de gestão dos serviços e de análise dos resultados.

Palavras-chave: educação terapêutica; diabetes tipo 2; enfermagem.

Referências bibliográficas: Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. (2010). *A Qualidade dos cuidados e dos serviços: Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Recuperado de <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>
International Diabetes Federation. (2012). *IDF Diabetes Atlas*. Recuperado de <http://www.idf.org/diabetesatlas/download-book>

Trehearne, B., Fishman, P., & Lin, E. H. (2014). Role of the nurse in chronic illness management: making the medical home more effective. *Nursing Economics*, 32(4), 178-184.

* Escola Superior de saúde de Leiria, Enfermagem, Docente

** Escola Superior de Saúde de Leiria

*** Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde de Leiria, Docente

A separação do(s) grupo(s) e a entrada no ensino superior: a separação e a perda do grupo de adolescentes em estudantes de enfermagem

José Manuel de Matos Pinto*

Introdução: A entrada no ensino superior implica uma alteração do padrão de relação com o grupo adolescente. Esta mudança coincide com a transição da adolescência - idade adulta jovem (Andrade, 2012). Este período de exploração e mudança de habitação, educação, trabalho e de relações íntimas (Hawkins et al., 2012), instalando uma mudança testa a separação-indivuação, a capacidade de estar separado do grupo adolescente e de realizar o luto pelo próprio grupo.

Objetivos: Importa perceber: 1) como é que os jovens vivem e sentem esta separação; 2) destacar as categorias de respostas ao processo de separação em curso; 3) perceber como o conceito de perda do próprio grupo se exprime; 4) quais são as facetas protectoras e as que são de risco potencial maior para o desenvolvimento harmonioso dos jovens em transição para a idade adulta emergente (Arnett, 2000).

Metodologia: Estudo qualitativo que utilizou uma amostra de 30 questionários semiestruturados tendente à compreensão do fenómeno e à criação de categorias e subcategorias decorrentes dos indicadores obtidos nas respostas dadas pelos estudantes do 1º ano do curso de licenciatura em enfermagem.

Resultados: Os resultados permitem-nos compreender que existem quatro grandes categorias de respostas ou categorias: 1) a *Separação Segura*, que comporta dois tipos de subcategorias, o Sentimento de Adaptação e o Sentimento de Integração grupal; 2) *Separação Insegura* que comporta o Sentimento de solidão/Desamparo, o Sentimento de angústia/Medo e o Sentimento de saudade/Desorientação; 3) *Separação Elaborada* que inclui o Sentimento de aceitação da perda, o Sentimento de alteração do padrão de relação e o Sentimento de resignação/focalização na tarefa; 4) a *Separação Negada* que envolve a Negação da falta. Estes resultados indicam-nos dois padrões elaborativos da separação e da perda do grupo adolescente como ele existia (separação segura e separação elaborada). Indicam também que existem dois padrões de risco face à separação do grupo adolescente (separação insegura e separação negada). Esta última envolve o mecanismo de negação da falta e tem um potencial de risco de aumento de comportamentos de risco destes jovens.

Conclusões: Parece confirmar-se a existência de um processo de luto pelo grupo adolescente iniciado com a separação que o adolescente faz do seu grupo. Este pode fazer-se de forma segura/elaborativa, preservando o sentimento de integridade ou instalar-se um processo ansioso/de negação que se mostram de maior risco para a integridade pessoal do jovem e que merecem um estudo mais atento que relacione estes elementos com o padrão de vinculação e com o tipo de personalidade dos jovens. A separação pode então fazer-se de forma integrativa ou pode ser potenciadora de risco de um luto patológico.

Palavras-chave: grupos; separação-indivuação; perda; adolescência; idade adulta emergente.

Referências bibliográficas: Andrade, C. (2012) Transição para a idade adulta: Das condições sociais às implicações psicológicas. *Análise Psicológica*, 2(28), 255-267

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.

Hawkins, M, Villagonzalo, K, Sanson, A., Toumbourou, J., Letcher, P., & Olsson, C. (2012). Associations between positive development in late adolescence and social, health, and behavioral outcomes in young adulthood. *Journal of Adult Development*, 19, 88-99

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCPEPFC, Professor Coordenador [jpinto@esenfc.pt]

Conhecendo e problematizando o trabalho em equipa em uma unidade da estratégia saúde da família de Campina Grande-PB, Brasil

Gisetti Corina Gomes Brandão*

Maria Amélia Campos de Oliveira**

Lysianne Pereira Alves***

Introdução: Na atual Constituição brasileira, formulada em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) assegura acesso universal e gratuito da população a serviços de saúde. Em 1994 foi instituída a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como uma forma de organizar o trabalho na Atenção Primária e promover um novo modelo assistencial. A ESF está embasada no trabalho em equipa, em que a comunicação interprofissional e com os usuários permite realizar ações articuladas para responder a necessidades e problemas de saúde.

Objetivos: Caracterizar e problematizar o processo de trabalho de equipas da ESF.

Metodologia: Pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, realizada no município de Campina Grande, no Estado da Paraíba, região nordeste do Brasil, em uma unidade ESF que contava com duas equipas, 17 profissionais participaram do estudo. Os dados foram colhidos em uma oficina de trabalho, como questão disparadora da discussão utilizou-se: - Como vocês trabalham em equipa? Cada equipa debateu e elaborou uma resposta, apresentada em plenária. Os depoimentos foram gravados e transcritos na íntegra e posteriormente submetidos à análise de conteúdo.

Resultados: O debate possibilitou discussões sobre os processos de trabalho das duas equipas, que relataram não contar com espaços coletivos para reflexão. Referiram utilizar o planeamento para organizar o trabalho, envolvendo todos os profissionais que atuam na ESF. Entretanto, também afirmaram que a falta de diálogo e comunicação é um nó crítico que afeta o trabalho. Constatou-se a vontade e a necessidade dos trabalhadores de saúde em serem escutados e valorizados. As equipas consideram que é a perseverança e o compromisso com o trabalho que as leva a realizar ações focadas na prevenção, prioritárias na ESF.

Conclusões: O estudo permitiu conhecer e problematizar o processo de trabalho das equipas, com o desafio de contribuir para sua transformação. Os trabalhadores envolvidos puderam refletir sobre modos de ressignificar suas práticas para conciliar a normatização instituída e o que precisa ser realizado. Já foram iniciados novos modos de agir quotidiano do trabalho em que o processo de comunicação vem se abrindo à problematização e à negociação, visando à produção do entendimento e ao respeito das diferenças.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; educação permanente em saúde; estratégia saúde da família.

Referências bibliográficas: Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo, Brasil: Edições 70.

Ministério da Saúde. (2015). *Sistema único de Saúde - SUS*. Recuperado de <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>

Peduzzi, M., Carvalho, B. G., Mandú, E. N., Souza, G. C., & Silva, J. A. (2011). Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: Instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(2), 629-46.

Ribeiro, E. M., Pires, D., & Blank, V. L. (2004). A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos Saúde Pública*, 20(2), 438-46.

* Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, Unidade de Ciências da Saúde -UACS, Professora

** Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Enfermagem em Saúde Coletiva, Professora titular [macampos@usp.br]

*** Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde -UACS, Acadêmica de Enfermagem

Conhecimentos das mães que frequentam um Centro de Saúde Reprodutiva da Praia, Cabo Verde, sobre a alimentação no primeiro ano de vida.

Jorge Manuel Amado Apóstolo*
Samira Mendes Furtado**

Introdução: A alimentação da criança é um dos fatores mais importantes na saúde infantil. Nos primeiros meses, o leite materno é o modelo de alimento completo e equilibrado. No entanto, chega a um momento em que já não consegue suprir exclusivamente as necessidades crescentes do lactente, assim, inicia-se a fase da diversificação alimentar. Os novos alimentos devem ser introduzidos de forma gradual, até à integração na dieta familiar, e serem ajustados termos quantitativos, qualitativos, oportunos, inócuos e administrados de forma adequada.

Objetivos: Foi definido como objetivo principal descrever o conhecimento das mães, utentes que frequentam um Centro de Saúde Reprodutiva da Praia, Cabo Verde, relativo à alimentação no primeiro ano de vida, nomeadamente sobre: amamentação exclusiva; início da diversificação alimentar e sua definição; modo de administrar inicialmente os novos alimentos.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa quantitativa-descritiva-exploratória. A amostra foi constituída por sessenta mães que frequentavam as consultas de saúde infantil na referida instituição. É não probabilística e foi obtida de modo consecutivo. O instrumento de colheita de dados foi um questionário elaborado para o efeito.

Resultados: Podemos evidenciar o seguinte: o conhecimento relativo à recomendação do Ministério da Saúde sobre a amamentação exclusiva é razoável, embora 35% não saibam responder a esta questão. Acerca da idade recomendada pelo ministério da saúde sobre o início da diversificação alimentar, 75% responderam a partir dos 6 meses e 23,3% não souberam responder a questão. No que respeita à definição da diversificação alimentar a partir das recomendações da OMS, 60% responderam que é introduzir novos alimentos na dieta da criança em complemento do leite materno, 25% responderam que é interromper o leite materno e introduzir novos alimentos a partir dos 6 meses de idade e 15% não sabem a resposta a esta questão. Como deve ser iniciada a administração de alimento complementar, 1,7% responderam que deve ser dada em pedaços, 23,3% responderam que deve ser dada bem amassada com garfo, 71,7% responderam que deve ser batida no liquidificador, 1,7% responderam que deve ser passada na peneira e 1,7% não souberam responder à questão.

Conclusões: Os resultados indiciam que uma significativa parte da população não conhece adequadamente as normas emanadas pelo ministério da saúde de Cabo Verde acerca da alimentação no primeiro ano de vida. Se o *timing* da introdução é um problema a ser trabalhado pelos profissionais de saúde com a população, é importante observar que há uma preocupação significativa sobre a consistência do alimento sendo pouco relevante o número de mães que iniciavam a diversificação da alimentação complementar *com pedaços*. Sabemos que isto poderia ser um fator de engasgamento e obstrução da via aérea por corpo estranho, uma situação potencialmente muito perigosa.

Palavras-chave: diversificação alimentar; lactente; conhecimento materno; Cabo Verde.

Referências bibliográficas: American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. (2004). Complementary feeding. In R. E. Kleinman (ed.), *Pediatric Nutrition Handbook* (pp. 103-115). Elk Grove Village, IL: American Academy.
Moreira, A. R. (2005). *Diversificação alimentar; O início da aprendizagem para uma vida saudável* (Tese de Licenciatura). Universidade do Porto, Faculdade de Ciências de Nutrição e Alimentação da Universidade, Portugal.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde da Criança e do Adolescente, Professor Coordenador [japostolo@esenfc.pt]

** Universidade de Cabo Verde, Ciências e Tecnologias

Educación diabetológica en niños con diabetes mellitus tipo I: experiencia en una colonia infantil

Laura Carretero Cortes*

Ana Pardo Rojas**

Introducción: La diabetes mellitus se define como un trastorno metabólico que tiene causas diversas; caracterizado por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas; consecuencia de anomalías de secreción o efecto de la insulina (Liese et al., 2006). Casanueva, García, y Suárez (2002) observaron una tendencia ascendente de esta afección en los últimos tiempos: en 1985, más de 30 millones de personas la padecían, pero se ha pronosticado que habrá 300 millones en el 2025.

Objetivos: El objetivo principal del estudio es evaluar la efectividad de una intervención educativa enfermera sobre los conocimientos en Diabetes Mellitus de un grupo de niños que acuden a una colonia de verano.

Metodología: Se trata de un estudio cuasiexperimental, tipo ensayo clínico no controlado (antes-después). La intervención realizada se ha basado en 6 clases teórico-prácticas (pre-test, charla teórica, dinámica/juego de integración, post-test). El total de la población que participó en el estudio fue de 37 niños, con edades comprendidas entre los 7-12 años. La herramienta para medir los cambios en el nivel de conocimientos fue un cuestionario ad-hoc, tipo test, con solo una respuesta correcta.

Resultados: Sobre la puntuación máxima posible, de 60 pts., el nivel de conocimientos global, posterior a la intervención educativa, con media 54,59 (máximo 59, mínimo 38, DT 4,65), es mayor que el nivel de conocimientos global, previo a la intervención, con media 43,59 (máximo 53, mínimo 33, DT 5,04), con un nivel de significación $p < 0,001$ ($Z = -5,24$). El incremento relativo obtenido en los conocimientos globales sobre el manejo de la diabetes, antes-después de la intervención, fue del 26,31%, y el incremento medio absoluto de un 33,52%. Se identifican tendencias en la media de conocimientos globales, previos a la intervención, por sexo, siendo en niños de 42,10 (DT 4,96) y en niñas de 45,16 (DT 4,76). Existe correlación débil y positiva (0,27 Pearson) entre el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad y el nivel de conocimientos globales previos a la intervención, sin significación estadística.

Conclusiones: El presente estudio nos permite responder a la pregunta de si *una intervención en Educación para la Salud* en niños con una enfermedad metabólica crónica como es la Diabetes Mellitus, es efectiva. Estos hallazgos podrían presentar implicaciones clínicas de gran interés, ya que si queda demostrado que las intervenciones educativas realizadas de forma sistemática aumentan el nivel de conocimientos de los pacientes, y estos influyen sobre sus habilidades y actitudes ante la enfermedad, podríamos contribuir de manera positiva en su autonomía para detectar los primeros signos y síntomas asociados a la enfermedad o control metabólico, entre otros.

Palabras clave: diabetes mellitus; educación en salud; calidad de Vida.

Referencias bibliográficas: Casanueva, R. M., García, R., & Suárez, R. (2002). Resultados de un seguimiento educativo en personas con diabetes. *Revista Cubana Endocrinología*, 13(Supl.), 83-4.

Liese, A. D., D'Agostino, R. B., Hamman, R. F., Lawrence, J. M., Liu, L. L., Loots, B., ... Williams, D. E. (2006). The burden of diabetes mellitus among US youth: Prevalence estimates from the SEARCH for Diabetes in Youth Study. *Pediatrics*, 118(4), 1510-1518.

* Hospital Universitario Severo Ochoa, Unidad de Pediatría, Residente de Enfermería Pediátrica [lauracarreteroc@hotmail.com]

** Hospital infanta Cristina, Pediatría, Enfermera residente en pediatría

Educación para la salud en el puerperio: desarrollo de sesiones clínicas preparto

Jesús María Amores Ampuero*

Elisa Trillo Imbernon**

Introducción: Desde la creación del Sistema Nacional de Salud la educación para la salud, y en concreto la educación maternal, ha sido y es una herramienta de prevención y promoción de la salud durante el embarazo, parto y puerperio; estableciendo estas áreas como prioritarias. Teniendo en cuenta que la educación maternal es un programa muy amplio, el presente proyecto se limita al desarrollo de un programa dirigido a la preparación de las mujeres gestantes para afrontar el proceso del puerperio.

Objetivos: Dotar a las mujeres que participen, de las competencias que se consideran necesarias para superar la etapa del puerperio sin complicaciones; concretamente el desarrollo de habilidades, conocimientos, y conductas positivas para ellas, su bebé y su familia, evitando riesgos y factores potencialmente peligrosos para su salud mental, social y biológica.

Metodología: La estrategia es la realización de tres sesiones de carácter educativo. Tendrán una duración de 1 hora y 45 minutos, con 15 minutos de descanso, con frecuencia semanal.

Basándose en la revisión bibliográfica, se han seleccionado como áreas de trabajo las complicaciones más frecuentes en el puerperio: mastitis, tristeza postparto, dolor e infección de la episiotomía.

Se ha elegido la población de Leganés (Madrid, España) como población diana, dado que existe un porcentaje de mujeres en edad fértil del 40%.

Resultados: La Educación para la Salud es una herramienta eficaz para proteger y recuperar la salud en los momentos de transición vital de las personas, y en la maternidad concretamente.

La mastitis tiene una incidencia entre el 3 y el 33% de las lactantes. El problema reside en la ausencia de acciones preventivas. La tristeza postparto alcanza hasta a un 80% de las mujeres. La educación reduciría la falta de adaptación a la maternidad. El dolor perineal como consecuencia del parto vaginal puede influir negativamente en el estado físico y psíquico de la mujer. Se mejorará la adhesión al tratamiento para disminuir el dolor. La infección de la episiotomía en la mayor parte el problema radica en la falta de habilidades y conocimientos para el desarrollo del cuidado adecuado de la higiene en la zona genital. Por todo lo anterior, se dividirá el proceso de aprendizaje en tres áreas: cognitiva, de habilidades y de entorno social.

Conclusiones: La educación para la salud en gestantes es un recurso para preparar el puerperio y para reducir ansiedad, miedo y dolor, especialmente a través de la desmitificación de prejuicios, la resolución de dudas y el aprendizaje de nuevos conocimientos relacionados con el autocuidado.

Llevar a cabo este proyecto de educación para la salud en el puerperio permitiría determinar si existen cambios de conductas y beneficios para las mujeres participantes, así como identificar otras necesidades que orienten a futuros proyectos.

Palabras clave: educación en salud; período de postparto; educación en enfermería; salud de la mujer.

Referencias bibliográficas: Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing research*, 50(5), 275-285.

Cabero i Roura, L., Cabrillo Rodríguez, E., & Bajo Arenas, J. M. (2012). *Tratado de ginecología y obstetricia* (2a ed.). Madrid, España: Médica Panamericana.

Cassella, C., Gómez, V., & Mайдana-Roa, J. (2000). Puerperio normal. *Revista de posgrado de la Catedra Via Medicina*, 100, 2-6.

Pérez, M. J., Echauri, M., Ancizu, E., & Chocarro, J. (2006). *Manual de educación para la salud*. Pamplona, España: Gobierno de Navarra.

* Universidad Europea de Madrid, Enfermería

** Universidad Europea de Madrid

Educación sexual e implicación docente: formación en enfermería

Sagrario Gomez Cantarino*

Ana Maria Carrobles Garcia**, Minerva Velasco Abellán***

Joana Alice da Silva Amaro de Oliveira Fabião****

José Manuel de Matos Pinto*****

Introducción: Los cambios sociales, sus demandas y los avances científicos hacen necesaria formación de enfermeras que, con actitud científica y responsable, sean capaces de desarrollar la importante tarea del asesoramiento y la educación sexual para el mantenimiento de la salud. Este trabajo debe incluir educación en salud sexual y/o reproductiva, diferenciando ambas. En este campo, se puede considerar a la profesión enfermera como una disciplina de carácter social, se centra en la mujer, la familia y la comunidad (Gómez Cantarino, 2012).

Objetivos: Conocer la formación de los estudiantes de 2º y 4º de Enfermería en sexualidad, salud sexual y salud reproductiva, en los planes de estudio, así como describir la implicación de docentes en la formación de discentes en dichas materias. Identificar los conocimientos que poseen las/os estudiantes de Enfermería acerca de sus currículo, relacionados con las competencias de sexualidad, salud sexual y reproducción dentro de su año formativo.

Metodología: Estudio cualitativo, usando la Etnografía como método de investigación y comprensión de un ámbito sociocultural concreto, al tratarse de una comunidad humana con identidad propia. La información se obtendrá a través de entrevistas en profundidad y de encuestas semiestructuradas elaboradas, previo consentimiento informado. Se determinarán las principales fuentes de información sobre educación sexual de adolescentes. Las variables a estudiar en un principio serán: fuentes de información sobre educación sexual; fuentes de preferencia para recibir educación sexual; frecuencia de la comunicación con los padres sobre temas de sexualidad.

Resultados: La Enfermería por su presencia, atención y disponibilidad favorece el desarrollo del potencial de la persona que vive experiencias de salud. La ausencia de un tratamiento adecuado de la educación sexual implica la imposibilidad de transformar las bases sociales y culturales que generan actualmente la discriminación entre sexos e impiden una vivencia integrada y equilibrada de la sexualidad humana (Montoya Montoya, 2007). La educación y la orientación de la enfermería debe ser hacia las necesidades de salud de la población, y debería fundamentarse en los nuevos modelos integrales de atención basados en conceptos y prácticas de salud pública y atención primaria de salud (Ibarra y Siles, 2006). La promoción de la salud debe ser parte de la formación universitaria de las enfermeras, reto muy positivo para la ordenación de los estudios de enfermería, siendo una oportunidad para considerar a los jóvenes como ciudadanos con derechos y también como nuevos clientes con consumos específicos en salud (Viveros-Vigoya, Hernandez, 2006).

Conclusiones: Las alumnas/os deberían aprender formas de indagación que las enfermeras usan cuando se hallan inmersas en las situaciones inestables, ambiguas poco claras de la práctica cotidiana. En los casos prácticos en aula que se centran en temas de sexualidad y mujer, se llegan a dar situaciones en las cuales el afrontamiento de estos temas por parte del estudiante, es claramente ineficaz, evidenciando que no sabe cómo actuar en estas situaciones: con respuestas evasivas, sonrisas, e incluso aspavientos. Todo esto es un ejemplo de la realidad cotidiana a la que se enfrentará en su futuro profesional como sanitarios.

Palabras clave: docente; discente; profesional sanitario; salud; educación para la salud; competencias sexuales.

Referencias bibliográficas: Gómez Cantarino, S. (2012). *La expresión de la sexualidad en la mujer gestante y puerpera* (Tesis doctoral). Universidad Europea de Madrid, España.

Ibarra Mendoza, T. X., & Siles Gonzalez J. (2006). Competencia cultural. Una forma humanizada de ofrecer cuidados de enfermería. *Index Enfermería*, 15(45). Tomado de <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962006000300010>

Montoya Montoya, G. J. (2007). La ética del cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva. *Acta de bioética*, 13(2), 168-175.

Viveros-Vigoya, M., & Hernandez Franklin, G. (2006). Educadores, orientadores, terapeutas? Juventud, sexualidad e intervención social. *Cadernos Saúde Pública*, 22(1), 201-208. Tomado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100022>.

* UCLM. Campus Toledo, Escuela Enfermería y Fisioterapia. Campus Toledo, Profesora [sagrario.gomez@uclm.es]

** Facultad de Ciencias Sociales de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería, Enfermería, Profesor Asociado de Enfermería Comunitaria

*** UCLM, Enfermería y Fisioterapia, Enfermería [minervava@hotmail.com]

**** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Professor-Adjunto [jfabiao@esenfc.pt]

***** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCPEPFC, Prof. Coordenador [jpinto@esenfc.pt]

Estudio sobre confianza percibida del paciente Renal en Atención Primaria

Miriam Garcia Fernandez*

Julian De La Cuerda Del Olmo**

Introducción: En España, la prevalencia de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se estima en más de 48.000 personas con tratamiento renal sustitutivo. Actualmente, el tratamiento más demandado es la hemodiálisis intrahospitalaria. El paciente renal en hemodiálisis acude tres veces por semana al hospital, una media de 3-4 horas por sesión, existiendo una estrecha relación con el profesional de Enfermería y el Nefrólogo. Por ello, no suele acudir a su Centro de Salud (CS).

Objetivos: Determinar la confianza que tiene el paciente con IRC en hemodiálisis en su médico y enfermera del CS. Conocer si estaría dispuesto a acudir a recibir Educación para la Salud (EpS) al CS y sobre qué temas.

Metodología: Estudio epidemiológico descriptivo transversal, mediante encuesta, en la unidad de Diálisis del Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles, Madrid. Muestra 43 personas.

Resultados: El 79,1% son mujeres y el 20,9% hombres. Tiempo medio en hemodiálisis 92 meses (DE 38 meses). El 100% conoce a su médico del CS y el 71,1% conoce a su enfermera del CS. Únicamente el 16,3% percibe conocimientos adecuados sobre IRC en su CS. Existe relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre ser mujer, conocer el nombre de su enfermera del CS y número elevado de visitas al CS en el último año con la percepción de conocimientos adecuados sobre IRC en su CS. Al 46,5% le gustaría recibir EpS en su CS, principalmente sobre alimentación.

Conclusiones: Los pacientes en hemodiálisis no tienen, en general, un nivel alto de confianza en su médico y enfermera de Atención Primaria, prefiriendo acudir a su nefrólogo o enfermera en el hospital para cualquier duda referente a su enfermedad. Aquellos que conocen a su enfermera tienen mayor confianza. No obstante, un porcentaje importante estaría interesado en recibir EpS en su CS. Se han de establecer estrategias que permitan coordinar la atención al paciente renal entre Hospital y Atención Primaria, no solo para detectar pacientes con IRC oculta, sino para ser atendidos con asiduidad, realizar promoción y prevención y recibir EpS.

Palabras clave: insuficiencia renal crónica; hemodiálisis; EpS; atención primaria.

Referencias bibliográficas: Alcázar, R., & De Francisco, A. (2006). Acción estratégica de la SEN frente a la enfermedad renal. *Nefrología*, 26, 1-4

Arrabal Téllez, A. B., Rasero Díaz, D., Marín Montañez, A., Trujillo, C., & Martín Martínez, J. (2010). Líneas de mejora en la coordinación entre atención primaria y especializada en la continuidad de cuidados en pacientes renales. *Paraninfo digital*, 10.

Francisco, A. L. (2011). Sostenibilidad y equidad del tratamiento sustitutivo de la función renal en España. *Nefrología*, 31(3), 241-246

* Universidad Europea de Madrid, Facultad de Ciencias de la Salud, Estudiante

** Universidad Europea de Madrid, Ciencias de la Salud, Estudiante

Programa de Educación para la Salud en Las Escuelas, para la mejora de la alimentación

Ana Maria Carrobles Garcia*

Minerva Velasco Abellán**

Sagrario Gomez Cantarino***

Introducción: Los cambios en el estilo de vida han alterado los hábitos alimentarios de la población infantil de nuestro país. Esas modificaciones han provocado un aumento de enfermedades en niños relacionadas con los hábitos dietéticos como: diabetes tipo II, obesidad, caries, anorexia, bulimia. Una alimentación y nutrición adecuadas son importantes en todas las etapas de la vida, pero particularmente durante la infancia, ya que conductas inadecuadas repercuten de manera negativa en la salud de la persona cuando llegue a la adultez.

Objetivos: Enseñar a los escolares, padres y profesores que una correcta alimentación es fundamental para conseguir un buen estado de salud. Objetivos secundarios: fomentar un patrón adecuado de distribución de las comidas, donde la frecuencia sea cinco comidas al día; dar información objetiva sobre los posibles riesgos que conlleva una mala alimentación; identificar actividades/experiencias que se están llevando a cabo para mejorar la salud mediante la alimentación; promover la actividad física.

Metodología: Programa Educación para la salud en las escuelas, para la mejora de la alimentación, a través de este trabajo en el que se dieron 6 sesiones una por semana se pretende mejorar los hábitos que la comunidad escolar. A través del conocimiento se pretende que cambie considerablemente la alimentación de los más pequeños para evitar problemas de salud. Las sesiones se dieron tanto a alumnos como a profesores y padres, sobre los temas: número de comidas, importancia del desayuno, la rueda de alimentos, hábitos de higiene, importancia del ejercicio físico.

Resultados: La evaluación de cada actividad se abordará a lo largo de las diferentes sesiones. El educador evaluará el nivel de conocimientos de los niños, y sobre todo y más importante, las capacidades y habilidades adquiridas para así tener una mejor visión de una buena alimentación saludable tras este programa. Todo esto puede realizarse a través de una observación profunda y detallada, tomando nota de si es correcta la consecución de los objetivos a lo largo de las actividades que componen el programa y las diferentes sesiones. El observador evaluará con todo detalle: el ambiente, el clima del aula, los materiales disponibles, los tiempos de las actividades o si han sido bien moderadas, entre otros factores. A la vez, los niños como participantes en este grupo de educación para la salud evaluarán el nivel de satisfacción con el taller; qué les ha parecido el material, el educador, y también si el taller ha cumplido las expectativas que ellos esperaban del mismo.

Conclusiones: En España, los escolares y preescolares presentan un desequilibrio nutricional: la ingesta de lípidos (40%) es superior a los valores recomendados junto con la ingesta de proteínas, y no hay suficiente aporte de hidratos de carbono, minerales y vitaminas. La dieta de los niños y adolescentes españoles se caracteriza por un exceso de alimentos con alta densidad energética, como productos de bollería y bebidas carbonatadas (ricos en grasas y azúcares refinados) y por un déficit en la ingesta de frutas, verduras y cereales. Con estas intervenciones en salud sabemos que los hábitos alimentarios van a mejorar.

Palabras clave: alimentación saludable; educación para la salud; escuelas; padres; profesores; alumnos; Enfermeras; comunidad.

Referencias bibliográficas: Aured, M. L., Martínez, M. L., Maeso, A. D., & Olson, C. T. (2008). La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario: Teoría y práctica. *Nutrición Clínica Dietética Hospitalaria*, 28(3), 9-19.

Borja Carrillo, A. (2013). Proyecto de educación nutricional para el fomento de un desayuno saludable en estudiantes de secundaria (Trabajo fin de Máster). Universitat Oberta de Catalunya, España.

Dirección General de Salud Pública, Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. (2009). Guía de educación para la salud en el ámbito de la enseñanza. Castilla-La Mancha, España; Autor.

Torres Fermán, I. A., Beltrán Guzmán, F. J., Beltrán Torres, A. A., Velázquez Ahumada, C., & García Díaz, F. (2004). Estrategia para modificar conocimientos y actitudes en niños escolares: Un programa de educación para la salud. *Psicología y Salud*, 14(1), 14135-142. Tomado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29114114>.

* Facultad de Ciencias Sociales de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería, Enfermería, Profesor Asociado De Enfermería Comunitaria

** UCLM, Enfermería y Fisioterapia, Enfermería [minervava@hotmail.com]

*** UCLM, Campus Toledo, Escuela Enfermería y Fisioterapia. Campus Toledo, Profesora [sagrario.gomez@uclm.es]

Projeto alimentação saudável nas escolas do concelho de Portalegre

Maria Margarida Malcata*

Fernando António Trindade Rebola**

Ana Helena Matos Pinto***

Introdução: O Projeto é promovido pela Coordenação Interdisciplinar para a Investigação e Inovação do IPP (C3i), envolve diversas unidades orgânicas do Instituto Politécnico de Portalegre - ESSP, ESEP, ESTGP, ESAE e SAS, com a principal finalidade de ajudar a mudar as atitudes e os comportamentos em relação aos hábitos alimentares das crianças e jovens das escolas do Concelho de Portalegre e, em simultâneo, sensibilizar as suas famílias, de forma a maximizar a sustentabilidade das mudanças propostas.

Objetivos: Diagnosticar a situação e avaliar a intervenção através da realização de estudos nos agrupamentos de escolas que integram o projeto; definir e desenvolver estratégias, em conjunto com a comunidade escolar, que contribuam para favorecer escolhas alimentares saudáveis; sensibilizar e capacitar os profissionais envolvidos na oferta alimentar da escola, promovendo boas práticas nos locais de fornecimento de refeições; produzir e divulgar conhecimento, experiência proporcionada pelo projeto e nos seus resultados.

Metodologia: O projeto abrange os Agrupamentos de Escolas José Régio e do Bonfim, 2500 crianças e jovens dos 3 aos 17 anos. A intervenção estrutura-se, de forma articulada e sistemática, em torno de três dimensões: na sala de aula, reforça-se a abordagem da promoção da saúde e de alimentação saudável nas atividades curriculares; na escola, o projeto tenta definir estratégias em conjunto com a comunidade escolar, para favorecer escolhas alimentares saudáveis; na comunidade, sensibiliza-se os pais e parceiros, para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, enfatizando a sua responsabilidade.

Resultados: Após a intervenção as alterações registadas incluem: aumento do consumo de fruta (3,5%) e produtos hortícolas (13,4%), e redução de alimentos de maior valor energético – refrigerantes (9,3%); bolos (12,4%); batatas fritas/salgados (7,7%). A par das mudanças nas dietas alimentares, verificou-se uma diminuição dos valores de excesso de peso e obesidade de 0,5% nas raparigas e 0,6% nos rapazes (dados relativos aos alunos do Agrup. de Esc. do Bonfim, onde o projeto iniciou a sua intervenção). Aumento do número de refeições por dia, no valor de 0,148% (dados dos alunos do Agrup. Bonfim). As crianças do Agrup. Bonfim tem valores médios de exercício fora de casa superiores às crianças do Agrup. José Régio. A nível da doença dos dentes, no Agrup. Bonfim houve uma melhoria de doença baixa (valor 2,10) para muito baixa (valor 0,72).

Conclusões: A avaliação da intervenção realizada pelo projeto aponta para resultados positivos, tanto em termos de hábitos alimentares de crianças e jovens, como em termos de indicadores de excesso de peso e obesidade. Apesar destes promissores resultados, ainda encontramos algumas crianças e jovens com excesso de peso e obesidade, revelando necessidade de medidas que promovam mudança no seu estilo de vida: nutrição adequada e aumento da prática de atividade física, em termos de frequência e de duração. A intervenção do projeto tem sido positiva, pelo que propomos iniciativas semelhantes como estratégia para mudar os comportamentos alimentares das crianças e jovens.

Palavras-chave: alimentação saudável; educação alimentar; obesidade; estilos de vida saudáveis.

Referências bibliográficas: International Diabetes Federation. (2007). The IDF consensus definition of Metabolic Syndrome in Childrens and Adolescents Symposium conducted at the meeting of the IDF Task Force on Epidemiology and Prevention. Brussels, Belgium: Author.

Instituto Nacional de Estatística. (2000). *Inquérito nacional de saúde 1998/1999*. Lisboa, Portuga: Autor.

Ministério da Educação. (2007). *Circular nº 14/DGIDC/2007*. Lisboa, Portugal: Autor.

Verde, S. M., & Olinda, Q. B. (2010). Educação nutricional: Uma ferramenta para alimentação saudável. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 23(3).

* Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Portalegre, Departamento de Ciências e Tecnologias da Saúde, Docente

** NEISES, C3i, Instituto Politécnico de Portalegre, Docente

*** Instituto Politécnico de Portalegre, Serviço de Ação Social, Técnica de Nutrição

Sexualidad en el puerperio

Margalida Comas Matas*

José Manuel de Matos Pinto**

Introducción: La sexualidad conforma a la persona y marca su identidad (Andrés Domingo, 2000). Además, nuestra cultura es coitocéntrica (Fernández de Quero, 1996). Una vida sexual sana exige programas de educación con una participación directa de la enfermería. Durante la gestación las parejas suelen experimentar alteraciones en sus patrones sexuales debido a creencias erróneas en torno a la sexualidad (Marina Alonso et al., 2003), que pueden ser solventadas.

Objetivos: La sexualidad conforma a la persona y marca su identidad. (Andrés Domingo, 2000). Además, nuestra cultura es coitocéntrica. (Fernández de Quero, 1996). Una vida sexual sana exige programas de educación con una participación directa de la enfermería. Durante la gestación las parejas suelen experimentar alteraciones en sus patrones sexuales debido a creencias erróneas en torno a la sexualidad (Marina Alonso et al., 2003), que pueden ser solventadas.

Metodología: Cualitativa asociada a estudios antropológicos como acontecimiento cultural, desde el relato de la experiencia de las propias actoras. La información se recaba a través de entrevistas en profundidad y encuestas semiestructuradas previo consentimiento informado. Se determinarán las principales fuentes de información sobre educación sexual de parte del profesional. Para asegurar el rigor se cuenta con criterios de credibilidad (fidelidad de los datos obtenidos), auditabilidad (confrontación de las interpretaciones) y transferibilidad (descripción detallada del diseño y marco de análisis para que otros investigadores repliquen el estudio en otras poblaciones y contextos culturales).

Resultados: Verbalizar la sexualidad es muy costoso por inhibición cultural. Aunque los prejuicios sociales están muy marcados, la liberación de la mujer y su educación han contribuido a que obtenga mayor satisfacción en sus relaciones, no exclusivamente destinadas a la reproducción. Se están consiguiendo eliminar falsos mitos gracias a las charlas de profesionales y a las reuniones que realizan las propias mujeres en el centro de salud, que varía según la ubicación del centro (zonas urbana y rural; Ressel, 2003), así como de la formación de cada profesional sanitario. El léxico de los profesionales varía dependiendo de la formación del grupo de gestantes. Es importante conocer las características de su población, así la formación será individual o grupal. En la zona urbana la educación sexual es mayor.

El profesional se tiene que hacer entender con el uso de un lenguaje sencillo, claro y profesional. De esta manera, no habrá barreras de comunicación.

Conclusiones: La ausencia de un tratamiento adecuado de la educación sexual impide una vivencia integrada y equilibrada de la sexualidad humana. La educación y la orientación de la enfermería debe ser hacia las necesidades de salud de la población. La promoción de la salud debe ser parte de la formación universitaria de las enfermeras y los cuidados profesionales se encaminan a la protección del hijo por nacer y al disfrute. Así, indagar sobre el significado de la sexualidad en estas condiciones es indispensable para ampliar el cuidado con el transcurso del desarrollo fetal.

Palabras clave: sexualidad; gestante; matrona; sanitario; puérpera; información; salud; promoción; formación.

Referencias bibliográficas: Andrés Domingo, A. (2000). Salud sexual y reproductora. In *Salud pública y enfermería comunitaria* (2ª ed.) (pp. 1461-1490). Madrid, España.

Castillo E., & Vásquez M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3), 164-166.

Fernández de Quero, J. (1996). *Guía práctica de la sexualidad masculina*. Madrid, España: Ediciones Temas de Hoy.

Marina Alonso, L., A. Pérez, M., Arias, C., Figueroa, N., Gamarra, C., Martínez, A. ... Toscano, A. (2003). Características biopsicosociales y frecuencia de relaciones sexuales de las embarazadas en la ese Prudencio Padilla Clínica Sur. Barranquilla (Colombia). *Revista Científica Salud Uninorte*, 13, 8-19.

* Universidad Europea de Madrid

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCPEPFC, Prof. Coordenador [jpinto@esenfc.pt]

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

COMMUNITY INTERVENTION

INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Antes que te Queimes: perfil dos estudantes-alvo de aconselhamento par-a-par de 2007 a 2013

Irma da Silva Brito*, Fernando Mendes**

Filipa de Brito Homem***, Verónica Rita Dias Coutinho****

Maria da Alegria Simões*****, Armando Manuel Marques Silva*****

Introdução: Desde 2007 o projeto *Antes que te Queimes* atua nas noites das festas académicas de Coimbra, dado que os contextos recreativos são espaços onde estudantes adotam comportamentos de risco. Os educadores de pares avaliam a alcoólémia (Al600) e realizam aconselhamento personalizado aos participantes das noites de festas, utilizando formulários como guiões para o aconselhamento par-a-par. Os educadores participam num curso de formação de 30h. Analisaram-se as respostas obtidas pelo aconselhamento par-a-par de 2007-2013 nas Festas das Latas e Queima das Fitas.

Objetivos: Este estudo tem como finalidade identificar os comportamentos de risco adotados pelos estudantes-alvo de aconselhamento par-a-par, durante festas académicas no período 2007-2013. Os objetivos são: analisar se os consumos de bebidas alcoólicas (medidos por Unidade de Bebida Padrão ingeridas-UBP) são diferentes ao longo dos anos de intervenção e verificar se o perfil de comportamentos em contexto recreativo é diferente segundo nível de consumos de bebidas alcoólicas e segundo o sexo.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo e correlacional que analisa as respostas registadas nos guiões para o aconselhamento par-a-par Antes que te Queimes, entre 2007 e 2013. Amostragem por conveniência ou accidental, selecionadas por se terem voluntariado a ser aconselhados acerca do consumo de álcool e sexualidade segura. Para este estudo todos consentiram formalmente na utilização dos dados registados na entrevista. Abrangeu 5481 jovens [37,9% raparigas (n=2053), 62,1% rapazes (n=3359)], com idade média de 21,28±2,80anos. A maioria das questões baseia-se no estudo do Instituto Europeu para o Estudo dos Factores de Risco em Crianças e Adolescentes (IREFREA) sobre comportamento em contexto recreativo e avaliação de alcoólémia (Al600).

Resultados: A participação dos homens nas 12 intervenções Antes Que Te Queimes é maior (56,9%-66,4%) mas o perfil de comportamentos de risco é diferente segundo o sexo. Nos 7 anos de intervenção o consumo de bebidas alcoólicas (UBP) reportado diminuiu 47,9% (1580) homens beberam≤8UBP e 49,1% (994) mulheres beberam≤5UBP no dia em que foram aconselhados, variando 61,6% para 48,8% e 65,0% para 51,5% (p=0,377). Com alcoólémia ≥0,8 mg/dl foram ♂ 59,7% e ♀ 50,4%, maior nos homens (♂ 1,1±0,9g/l; ♀ 0,8±0,8g/l; p=0,000). A principal razão de ir à festa é a diversão (52,6%), mas os homens argumentam mais para *beber e conhecer pessoas*. Os homens reportam que se embriagaram mais (♂ 68,1±34,3%; 55,5±35,8%; p=0,000). Deslocam-se preferencialmente a pé ou autocarro (51,6%), mas os homens preferem o carro próprio e as mulheres táxi/carro amigo. A maioria tem relacionamentos amorosos até 6 meses, ♂ 60,6% e ♀ 84,1% teve até 1 parceiro sexual e consideram o seu comportamento sexual seguro: ♂ 87,2%; ♀ 91,0%. Os homens declaram mais usar o preservativo (60,0%) mas 50,8% aceitariam ter sexo ocasional e 20,0% mesmo sem preservativo. Já necessitaram de cuidados médicos por embriaguez (10,5%) mas não alteraram os consumos (♂ 60,0%; ♀ 50,8%; p=0,211), já conduziram sob o efeito de consumo de álcool (61,6%) e já tiveram acidentes de trânsito (5,9%).

Conclusões: O perfil de comportamentos em contexto recreativo é diferente segundo o género: os homens assumem consumos mais excessivos e com mais embriaguez, mais comportamentos de risco e têm mais risco sexual. Mas as mulheres, pela sua vulnerabilidade biológica ao álcool e ao sexo não consentido, são o alvo primordial nas intervenções. O aconselhamento visa conscientizar os participantes para o autocuidado, através do cálculo da alcoólémia e que adiram a medidas de prevenção da embriaguez e de comportamento de risco. Para proteção sexual, durante as intervenções educativas, são feitas demonstrações da utilidade e aplicabilidade do uso do preservativo, sobretudo o feminino.

Palavras-chave: intervenção em contexto recreativo; consumo de álcool; comportamentos de risco; aconselhamento par-a-par

Referências bibliográficas: Brito, I., Mendes, F., Santos, M., & Homem, F. (2009). Antes que te queimes: Educação pelos pares com tradição coimbrã. *Revista Dependências*, 35-37.

Brito, I., Mendes, F., Santos, M., & Homem, F. (2010). Antes que te queimes: Eles e elas em contexto académico recreativo. *Revista de Psicologia*, 3, 665-679.

Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Anttila, A., Arias, R., Bellis, M., ... Zavatti, P. (2014). *Enjoying the nightlife in europe: The role of moderation*. Palma de Mallorca, Espanha: IREFREA.

Pedroso, R., & Brito, I. (2014). *Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: Estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária e PEER, Prof Adjunta [irmabrito@esenfc.pt]

** IREFREA, Presidente [irefrea.pt@gmail.com]

*** Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra/EPE, Unidade de Cuidados Intensivos Coronários, Enfermeira [filipahomem@gmail.com]

**** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP Enfermagem Médico-cirúrgica, Professora Adjunta [vcoutinho@esenfc.pt]

***** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, docente

***** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa - ICS Porto [armandos@esenfc.pt]

Caraterização dos familiares cuidadores e das famílias que integram dependentes acompanhados por equipas de cuidados continuados integrados

Fernando Petronilho^{*}, Elsa Manuela Carvalho^{**}
 Teresa Coelho^{***}, Maria José Cardoso^{****}
 Maria Graça Sousa^{*****}, Cidália Coutinho Pereira^{*****}

Introdução: As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) constituem uma das tipologias dos prestadores de cuidados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Estas equipas multidisciplinares constituem um modelo assistencial de saúde e apoio social às famílias que integram dependentes no autocuidado e a sua ação circunscreve-se ao contexto domiciliário. Em Portugal, até ao final do 1º semestre de 2014, existiam 272 ECCI dando cobertura a 6.982 lugares das 13.624 vagas disponíveis na RNCCI a nível nacional.

Objetivos: 1) conhecer o suporte formal disponível aos dependentes e famílias após a alta clínica das ECCI, 2) avaliar o potencial dos familiares cuidadores (FC) para tomar conta dos dependentes, 3) avaliar o potencial das famílias para integrar o dependente no domicílio, 4) explorar possíveis relações entre as principais variáveis do estudo.

Metodologia: Estudo descritivo, exploratório e perfil quantitativo. A amostra inclui 97 familiares cuidadores/famílias acompanhados pelas 4 ECCI da área de abrangência de uma Equipa Coordenadora Local de um Agrupamento de Centros de Saúde da região Norte de Portugal. A recolha de dados foi efetuada entre 1 de março de 2014 e 28 de fevereiro de 2015. Aplicado, no momento da admissão e no momento da alta, o formulário *Perfil de saúde dos dependentes e famílias integrados nos prestadores de cuidados da RNCCI*. Assegurados os pressupostos éticos inerentes ao processo de investigação.

Resultados: Os FC apresentam média de idades de 56,2 anos. A maioria: sexo feminino (87,6%); 1º ciclo de escolaridade (59,8%); casada (76,3%); pensionista/reformada (33%), doméstica (25,8%) ou desempregada (20,6%); coabita com dependente (82,5%); cuidadora pela 1ª vez (74,2%); filha (47,5%) ou cônjuge (27,8%). Quanto ao suporte formal disponível aos dependentes e famílias após a alta clínica das ECCI: 1) serviço de apoio domiciliário (7,1%), 2) agendamento de domicílio de enfermagem (74,7%), 3) agendamento de domicílio médico (60,6%), 4) agendamento de consulta de enfermagem (18,2%), 5) agendamento de consulta médica (17,2%) e, 6) centro de dia (2%). Na alta clínica: 1) score médio global do Potencial do FC para tomar conta (inclui 17 critérios diagnóstico) foi de 39,1 (entre moderado e elevado; Alfa Cronbach 0,784; N=97); 2) score médio global do Potencial da família para integrar o dependente (inclui 6 critérios diagnóstico) foi de 18,4 (entre moderado e elevado; Alfa Cronbach 0,851; N=97). Confirmou-se associações, estatisticamente significativas, entre as principais variáveis do estudo.

Conclusões: Após a alta clínica das ECCI, no global, os dependentes e famílias usufruem de algum tipo de suporte da rede formal. No entanto, apesar dos resultados do estudo demonstrarem que os FC e as famílias apresentam um potencial muito positivo para tomar conta dos dependentes, este suporte formal disponível parece-nos insuficiente, visto tratar-se maioritariamente de uma população de *grandes dependentes*, o que resulta numa grande intensidade e complexidade de cuidados a prestar pelos FC. Neste sentido emerge a seguinte questão: serão os critérios de alta clínica das ECCI adequados às necessidades dos dependentes e dos familiares cuidadores?

Palavras-chave: família; familiar cuidador; cuidados de enfermagem; equipa cuidados continuados integrados.

Referências bibliográficas: Administração Central do Sistema de Saúde. (2014). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da rede nacional de cuidados continuados integrados: 1º Semestre de 2014*.

Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20do%20desenvolvimento%20e%20da%20atividade%20da%20RNCCI_1%C2%BA%20semestre%202014.pdf

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho. *Diário da República n.º 109/2006-1ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Petronilho, F. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: Decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos: Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador* (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa, Portugal.

Shyu, Y., Chen, M., Chen, S., Wang, H., & Shao, J. (2008). A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2497 - 2508.

* Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Professor [fpetronilho@ese.uminho.pt]

** ACES Alto Ave, ECCI Fafe, Enfermeira

*** ACES Alto Ave, ECCI Guimarães, Enfermeira

**** ACES Alto Ave, ECCI Vizela, Enfermeira

***** ACES Alto Ave, ECCI Basto, Enfermeira

***** ACES Alto Ave, UCC Cabeceiras Basto, Enfermeira

Cuidar com a família no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Baixo Mondego: relato de projeto

Idálio Estanislau*, Ana Paula Morais**

Maria Madalena Pessoa Maia***, Eugénia Mesquita****

Lina da Silva Castanho*****

Introdução: O envelhecimento progressivo da população, a gestão criteriosa dos recursos da saúde e a redução dos tempos de permanência dos idosos/utentes dependentes nos hospitais exigem novas respostas dos serviços domiciliários, humanizadas, abrangentes e com maior sofisticação de recursos. O enfermeiro de família é agente facilitador no processo de transição familiar no acolhimento domiciliário do utente após internamento com alteração do estado de saúde. Promove a independência das Atividades de Vida Diária (AVD), a aceitação do estado de doença dos utentes e cuida do cuidador.

Objetivos: Por ser um projeto de relevância social e pela experiência enriquecedora que o mesmo está a proporcionar a todos os elos de ligação nas unidades de saúde, relatamos de que forma se está a assegurar a continuidade da prestação de cuidados de enfermagem em segurança aos utentes no domicílio; prevenir complicações e diminuir o número de agudizações; e cuidar do cuidador.

Metodologia: Relato de experiência que envolve 6 enfermeiros especialistas que coordenam o projeto e 27 enfermeiros *elos de ligação* de 16 centros de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Baixo Mondego: 9 Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). A recolha de informação foi feita aquando de uma reunião para redefinição de estratégias com introdução de medidas correctivas. Os 27 enfermeiros foram mobilizados para disponibilizarem informação qualitativa acerca das atividades já realizadas.

Resultados: Após identificação de enfermeiros *elos de ligação* nas unidades de saúde e da construção de grelha de registo de indicadores dos utentes referenciados, foi feita a formação de enfermeiros facilitadores do processo. Para assegurar a continuidade de cuidados em segurança aos utentes no domicílio, os enfermeiros devem avaliar o potencial de autonomia do utente de forma a planear intervenções para aumentar os ganhos em independência em pelo menos um autocuidado do utente dependente, promovendo a articulação com os recursos sociais e de saúde locais. A intervenção inclui também avaliar as necessidades do cuidador/família assim como as suas condições pessoais, sociais e comunitárias, por forma a proporcionar conhecimentos e ensinar técnicas que permitam prestar os cuidados necessários e cuidar do cuidador. Esta intervenção permite prevenir complicações e diminuir o número de agudizações, promovendo o bem-estar e qualidade de vida do utente e cuidador/família. Por outro lado garante a melhoria dos registos de enfermagem tendo em vista a produção de indicadores.

Conclusões: Este projeto surgiu pela necessidade de sistematizar práticas clínicas que fomentem e assegurem a continuidade de cuidados de enfermagem seguros no domicílio ao utente após internamento em unidade saúde hospitalar. Vários são os fatores percecionados pelos enfermeiros que dificultam/atrasam/impedem a operacionalização deste projeto: desconhecimento dos utentes internados e respetivas altas; dificuldade em desenvolver o plano de intervenção adequado em tempo útil; défice de recursos humanos e materiais e articulação com recursos da comunidade; cuidadores sem preparação adequada; falta de formação; duplicação de registos de enfermagem. Contudo a satisfação dos enfermeiros é elevada o que proporciona mobilização para os superar.

Palavras-chave: enfermagem; continuidade de cuidados; segurança; domicílio; prevenir complicações; diminuir agudizações; cuidar do cuidador.

Referências bibliográficas: Lage, M. I. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: Estudo do impacte do cuidado no cuidador informal* (Dissertação de doutoramento). Universidade do Porto, Portugal.

Ministério da Saúde. (2011). *A reforma e o desenvolvimento organizacional dos cuidados de saúde primários numa perspectiva sistémica integrada*. Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/gape_do_ms_proposta_201120042027.pdf

Ministério da Saúde. (2011). *Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/gape_do_ms_proposta_201120042027.pdf

Rede Nacional de Cuidados Continuados. (2014). *Legislação e documentação*. Recuperado de <http://www.acss.min-saude.pt/>

* ARS Centro - ACES Baixo Mondego, Enfermagem

** Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo, UCC São Martinho, Enfermeira Especialista de Reabilitação [prada.morais@gmail.com]

*** ARS Centro - ACES Baixo Mondego. Centro de Saúde de Cantanhede, UCC Cantanhede, Enfermeira especialista

**** ARS Centro - ACES Baixo Mondego, USF Rainha Sta. Isabel, Enfermeira [genymmarques@gmail.com]

***** ARS Centro - ACES Baixo Mondego, UCSP Figueira Sul, Enfermeira

Estilo de vida e risco de doenças cardiovasculares

Paulo Alexandre Carvalho Ferreira*, Joana Patrícia Torres Costa**
 Inês Simões Grilo***, Armando Manuel Marques Silva****
 Marina Montezuma Carvalho Mendes Vaquinhas*****
 Rui Carlos Negrão Baptista*****

Introdução: As doenças cardíacas isquémicas e os acidentes vasculares cerebrais são, segundo a organização mundial de saúde, as duas causas de morte com impacto mais significativo a nível mundial. Consciencializar a população para Estilos de Vida Saudáveis (EVS) é cada vez mais importante, podendo prevenir Doenças Cardiovasculares (DCV's). Cabe aos enfermeiros, enquanto agentes de educação em saúde, promover EVS e prevenir e controlar DCV's.

Objetivos: Caracterizar o perfil de Estilo de Vida (EV) e o perfil sociodemográfico; identificar fatores de risco tendo em conta os resultados da avaliação de parâmetros clínicos; analisar as relações estatisticamente significativas entre os EV, os parâmetros clínicos e caracterização sociodemográfica; promover comportamentos promotores da saúde e estilos/hábitos de vida saudáveis.

Metodologia: Inserido no projeto Viver Com Coração (VCC) 4, realizou-se um estudo exploratório descritivo correlacional, de âmbito quantitativo numa amostra de 74 habitantes de Condeixa (adultos), sendo 41 do sexo feminino e 33 do sexo masculino, com idade média de $56,74 \pm 15,473$, compreendidas entre os 18 e os 82 anos. Foi aplicado um instrumento de recolha de informação composto por uma caracterização sociodemográfica; antecedentes pessoais; a escala *Estilo de Vida Fantástico* de Silva, Brito, & Amado (2013); e uma avaliação clínica (IMC 5, PA 6, TA 7, FC 8, Glicémia e Colesterol Total).

Resultados: Os participantes maioritariamente vivem no meio rural (98,6%) e 81,1% possui o 4ºano, 8,1% o ensino secundário e a licenciatura. A média global do EV avaliada pela escala *Estilo de Vida Fantástico* foi $89,55 \pm 9,399$, com score mínimo de 68 e máximo 110 pontos, considerado um estilo de vida *Bom*. Dos participantes no estudo a maioria não tem diabetes (93,2%) e não são hipertensos (60,8%), apresentando um valor médio de glicémia de $110,64 \pm 26,492$ mg/dL, e um valor médio de tensão arterial de TAS5 de $133,36 \pm 16,059$ mmHg e de TAD6 de $78,24 \pm 9,985$ mmHg. Quanto ao Colesterol, os participantes apresentaram uma média de $173,28 \pm 74,252$, considerado baixo risco para o desenvolvimento de DCV's, relativamente ao IMC a média foi de $28,11 \pm 4,859$, considerada de sobrepeso. Foram encontradas correlações significativas entre: EV e TA; entre IMC e PA, TA e Glicémia. Não se verificaram relações estatisticamente significativas entre as características sociodemográficas e os EV dos participantes no estudo.

Conclusões: Estes resultados evidenciam que a população alvo encontra-se com um EV *Bom* e que existe uma relação estatisticamente positiva entre o EV e os parâmetros clínicos estudados, mas não existe relação estatística entre as características sociodemográficas e os EV. Assim, devemos continuar a investir na reeducação das populações através da consulta de enfermagem, ensinamentos e aconselhamentos individualizados relativamente aos fatores supracitados, para existir uma diminuição das DCV's. Este estudo que insere-se no projeto VCC contribuirá para o planeamento de novos programas em saúde, nomeadamente prevenção e promoção de saúde cardiovascular, através de rastreios e intervenções educativas.

Palavras-chave: estilo de vida; IMC; hipertensão arterial; diabetes; colesterol; doenças cardiovasculares; perímetro abdominal.

Referências bibliográficas: Ferreira, P. (2011). *Enfermagem em cardiologia: Contributos sociopsicológicos e profissionais para a melhoria dos cuidados* (Tese de doutoramento). Badajoz, Espanha.

Magalhães, C. P. (2013). *Acessibilidade e utilização das fontes de informação sobre doenças cardiovasculares: Percepção de doentes e profissionais de saúde* (Tese de mestrado). Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Portugal.

Silva, A., Brito, I. & Amado, J. (2011). Adaptação e validação do questionário "Estilo de Vida Fantástico": Resultados psicométricos preliminares. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(2), 650.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP Enfermagem Médico-Cirúrgica, Docente

** Enfermeira [a21001401@esenfc.pt]

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa - ICS Porto [armandos@esenfc.pt]

***** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Docente [montezuma@esenfc.pt]

***** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP Enfermagem Médico-Cirúrgica, Docente

Evolução da condição de saúde dos dependentes acompanhados por equipas de Cuidados Continuados Integrados

Fernando Petronilho*, Ana Márcia Pinto**
 Hélder Barbosa***, Eduarda Paula Marinho****
 Ana Isabel Maçaira*****, Ana Isabel Costa Magalhaes*****

Introdução: Em Portugal, no âmbito da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) surgem as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). No final do 1º semestre de 2014, as vagas disponíveis para as 272 ECCI existentes a nível nacional, contabilizavam 6.982 lugares dos 13.624 totais distribuídos pelas diferentes tipologias da RNCCI. As ECCI constituem um suporte muito útil às famílias que integram dependentes no autocuidado, quer nas respostas às necessidades destes, quer no desenvolvimento de mestria aos familiares cuidadores.

Objetivos: 1) explorar a evolução da condição de saúde dos dependentes acompanhados por ECCI, entre a admissão e a alta clínica; 2) explorar possíveis relações entre as principais variáveis do estudo: potencial de reconstrução de autonomia do dependente; nível de dependência no autocuidado; compromisso nos processos corporais; idade do dependente; número dias de acompanhamento pela ECCI; número episódios de agudização com recurso à urgência hospitalar.

Metodologia: Estudo descritivo, exploratório e de perfil quantitativo. A amostra inclui 224 dependentes acompanhados pelas 4 ECCI da área de abrangência de uma Equipa Coordenadora Local de um Agrupamento de Centros de Saúde da região Norte de Portugal. A recolha de dados foi efetuada entre 1 de março de 2014 e 28 de fevereiro de 2015. Aplicado no momento da admissão e no momento da alta, o formulário *Perfil de saúde dos dependentes e famílias integrados nos prestadores de cuidados da RNCCI*. Assegurados os pressupostos éticos inerentes ao processo de investigação.

Resultados: Os dependentes apresentam uma média de idades de 79,4 anos e um tempo médio de acompanhamento das ECCI de 87,5 dias. A maioria: sexo feminino (53,1%), analfabeta (53,1%), casada (54,4%), dependência de instalação gradual (54,9%), referenciada pelas equipas referenciadoras do centro de saúde (54%). Os diagnósticos médicos (ICD9) com maior incidência na admissão foram: pneumonia (24,1%) e AVC (20,5%). Verifica-se uma evolução positiva no nível de dependência global no autocuidado (score médio admissão: 18,4; Alfa Cronbach 0,957, N=224; score médio alta clínica: 23,2; Alfa Cronbach 0,970, N=101). Foi possível avaliar em 137 casos a evolução no nível de dependência entre a admissão e a alta clínica (avaliação intra-sujeitos): 58 melhoraram; 26 sem evolução e 14 pioraram. O score médio global do Potencial de reconstrução de autonomia do dependente foi de 15,7 (Alfa Cronbach 0,957; N=224). Os resultados mostram ainda uma evolução positiva do compromisso nos processos corporais durante o acompanhamento da ECCI. Verificaram-se associações, estatisticamente significativas, entre as principais variáveis do estudo.

Conclusões: Neste estudo, no global, verificou-se que os dependentes apresentam grande vulnerabilidade na sua condição de saúde, com níveis elevados de dependência no autocuidado e do compromisso nos processos corporais. Deste modo, trata-se de uma amostra com baixo potencial de reconstrução de autonomia. No entanto, este estudo mostra-nos que o suporte prestado pelas ECCI revela-se de grande utilidade clínica, na medida em que, no global, verificou-se uma evolução positiva na condição de saúde dos dependentes durante o período de acompanhamento destas equipas multiprofissionais.

Palavras-chave: autocuidado; potencial reconstrução autonomia; compromisso processos corporais; cuidados de enfermagem; equipa cuidados continuados integrados.

Referências bibliográficas: Administração Central do Sistema de Saúde. (2014). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da rede nacional de cuidados continuados integrados: 1º Semestre de 2014*. Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20do%20desenvolvimento%20e%20da%20atividade%20da%20RNCCI_1%C2%BA%20semestre%202014.pdf

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho. *Diário da República nº 109/2006-1ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem*. Coimbra, Portugal: Formasau.

Petronilho, F. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: Decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos: Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador* (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa, Portugal.

* Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Professor [fpetronilho@ese.uminho.pt]

** Aces Alto Ave, ECCI Fafe, Enfermeira

*** Aces Alto Ave, ECCI Guimarães, Enfermeiro

**** ACES Alto Ave, ECCI Vizela, Enfermeira

***** ACES Alto Ave, ECCI Basto, Enfermeira

***** ACES Alto Ave - Centro de Saúde De Cabeceiras de Basto, Equipa Coordenadora Local da RNCCI, Enfermeira Coordenadora

Impacto de las intervenciones enfermeras en la adherencia al tratamiento con fármacos antituberculosos en la población pediátrica

Eva-Maria Guix-Comellas*, Librada Rozas Quesada**

Joan Maria Estrada Masllorens***, Jordi Galimany Masclans****

Enriqueta Force Sanmartín*****, Antoni Noguera Julian*****

Introducción: La tuberculosis sigue siendo una de las principales causas de morbimortalidad en muchos países, comportando un grave problema de Salud Pública. La tuberculosis tiene tratamiento pero la adherencia correcta a éste es fundamental para el control de la enfermedad. Los factores de riesgo de mala adherencia al tratamiento antituberculoso deben ser identificados para optimizar el éxito del mismo en la infección y enfermedad tuberculosa. El riesgo de enfermar y la gravedad de la enfermedad tuberculosa son mayores en el niño.

Objetivos: Evaluar la eficacia de las intervenciones enfermeras en el nivel de adherencia a la medicación antituberculosa de la población pediátrica en tratamiento ambulatorio en Consultas Externas de un Hospital de Referencia de Tuberculosis Infantil en España, y diseñar un Programa de Seguimiento Enfermero que, basándose en los marcadores previamente identificados en el estudio (epidemiológicos, clínicos o sociales), permita un mejor cumplimiento del tratamiento antituberculoso.

Metodología: Estudio dividido en 2 fases. Fase 1: análisis retrospectivo descriptivo; Fase 2: estudio cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo. Se compararán resultados de ambas fases. En Fase 1 se analizará el nivel de adherencia de los pacientes de los últimos 3 años (grupo sin intervención), y de las variables asociadas a dicha adherencia. En Fase 2: se introducirán intervenciones enfermeras de carácter formativo (entrega de información escrita en la lengua materna del paciente y familia, y visitas telefónicas) y de monitorización (técnica de Eidus-Hamilton y la cumplimentación de un cuestionario de seguimiento).

Resultados: Los datos retrospectivos en la Fase 1 se recogieron a partir de la revisión de las historias clínicas (n=261). Los datos del grupo cuasi-experimental (Fase 2) se están registrando en el marco de las visitas programadas. El presente estudio todavía no ha completado su segunda fase, pero los resultados iniciales indicarían que un 25,3% de los pacientes no completaron el tratamiento. Los pacientes y sus familias provenían de 22 países de origen distintos y en un 8,4% de los casos se presentaba barrera idiomática. El hecho de haber nacido en el extranjero, presentar barrera idiomática y desarrollar efectos secundarios destacaron como factores de riesgo significativos para la no adherencia al tratamiento antituberculoso.

Conclusiones: La aplicación simultánea de varios métodos para aumentar la adherencia por parte de las enfermeras, buscará mejorar el cumplimiento del tratamiento antituberculoso de los pacientes no hospitalizados y controlados a nivel ambulatorio, tras haberse identificado los factores de riesgo de una mala adherencia. Existe muy poca trayectoria de investigación en este ámbito por parte de la profesión enfermera.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, Educación Sanitaria, Enfermería, Infección tuberculosa latente, Pediatría, Salud Pública, Tuberculosis.

Referencias bibliográficas: Ailinger, R. L., Martyn, D., Lasus, H., & Lima, N. (2010). The effect of a cultural intervention on adherence to latent tuberculosis infection therapy in latino immigrants. *Public Health Nursing*, 27, 115-120. doi: 10.1111/j.1525-1446.2010.00834.x
Chang, S. H., Eitzman, S. R., Nahid, P. & Finely, M. L. (2014). Factors associated with failure to complete isoniazida therapy for latent tuberculosis infection in children and adolescents. *Journal of Infection and Public Health*, 7, 145-152. doi: 10.1016/j.jiph.2013.11.001
Cruz, A. T. & Starke, J. R. (2012). Increasing adherence for latent tuberculosis infection therapy with health department-administered therapy. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 31, 193-195. doi: 10.1097/INF.0b013e318236984f
M'Imunya, J. M., Kredt, T., & Volmink, J. (2012). Patient education and counselling for promoting adherence to treatment for tuberculosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD006591. doi: 10.1002/14651858.CD006591.pub2

Entidad(es) financiadora(s): Proyecto de Investigación Financiado por el Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona (España) en el marco de sus Ayudas a la Investigación 2013 (PR 1819-13).

* Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona, Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica, Profesora de Grado y de Máster [evaguix@ub.edu]

** Hospital Sant Joan de Déu (Esplugues de Llobregat, Barcelona, España), Unidad de Tuberculosis Infantil, Enfermera de Consultas Externas

*** Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona, Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica, Profesor Doctor

**** Universidad de Barcelona, Enfermería Salud Pública Salud Mental y Materno-infantil, Profesor

***** Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona, Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica, Profesora Doctora

***** Hospital Sant Joan de Déu (Esplugues de Llobregat, Barcelona, España), Departamento de Pediatría. Unidad de Tuberculosis Infantil, Médico Pediatra y Profesor Doctor

Implicación del profesional sanitario en educación sexual a mujeres gestantes y puérperas: zona urbana y zona rural

Sagrario Gomez Cantarino*, Ana Maria Carrobles Garcia**
 Minerva Velasco Abellán***, Joana Alice da Silva Amaro de Oliveira Fabião****
 Carmen Torres Valdivieso*****, Manuel Moreno Preciado*****

Introducción: La labor de escuchar y de apoyo sobre comportamiento sexual exige integridad, tolerancia, comprensión. Muchas mujeres gestantes solicitan ayuda del personal sanitario. Las matronas, deben incidir de forma clara, explícita y sistemática, en la sexualidad como conducta saludable (Gómez Cantarino, 2012). Durante el embarazo producen transformaciones respecto al erotismo. Se originan modificaciones corporales, disminuyen los momentos de intimidad erótico sexual. En ocasiones el médico prohíbe relaciones sexuales, en otras, se mantienen contactos sexuales por deseos masculinos (González Labrador, 2001)

Objetivos: 1) Valorar la implicación de los profesionales sanitarios respecto a la educación sexual en las mujeres gestantes y puérperas. 2) Analizar la relación de los profesionales sanitarios/mujer gestante, en centros de salud urbano y rural, así como el entorno social y cultural. 3) Conocer y analizar los significados, ideas y valores respecto a la sexualidad durante la gestación. 4) Analizar las interacciones durante la educación maternal, en los talleres de apoyo entre profesional/mujer.

Metodología: Estudio cualitativo, usando la Etnografía como método de investigación y comprensión de un ámbito sociocultural concreto, al tratarse de una comunidad humana con identidad propia. El método etnográfico, proporciona apoyo al estudio del comportamiento humano, en este caso al grupo profesional de mujeres como de gestantes y puérperas, presta atención a los acontecimientos en la vida diaria que se desarrolla en los diferentes centros de salud, urbano como rural. Los datos de este estudio provienen de entrevistas, observación y observación directa de documentos públicos, para recomponer una visión de conjunto.

Resultados: El seguimiento del protocolo de atención a la gestante se inicia desde la primera consulta de la matrona con una historia obstétrica. La labor de escucha y apoyo sobre cuestiones relativas al comportamiento sexual exige integridad, tolerancia y comprensión. Muchas mujeres en este periodo de su vida solicitan ayuda del personal sanitario. Ser mujer ha estado asociado al potencial de fertilidad (Moreno Rodríguez, 1995), a su capacidad biológica, su cuerpo ha sido definido a partir de este potencial (Esteban, 1994), se conforman y mantienen las relaciones de género. La matrona ha educado a la mujer a lo largo de los siglos. En el año 1992 el Ministerio de Sanidad publicó un libro para matronas sobre educación maternal, se contemplan el número de charlas, durante la gestación y el puerperio. Queda exenta la educación sexual, la adaptación fisiológica a las prácticas sexuales, posturas adecuadas dependiendo del trimestre de gestación, momentos en los que son necesarios los encuentros amorosos de la pareja.

Conclusiones: Los profesionales dedicados al cuidado de la salud de la mujer, deberían incidir de forma clara, explícita y sistemática, en los controles durante la gestación, en el ejercicio de la sexualidad como conducta saludable. Sería conveniente incluir charlas educativas a nivel sexual inmersas en las sesiones de educación maternal, podría ayudar a resolver dudas, interrogantes, hablar del tema de forma abierta, clara y sencilla. Puede llevar a que la mujer salga fortalecida y renovada en aspectos de su vida sexual. Si se logra se conseguirá que la sexualidad en la mujer gestante y puérpera, esté rodeada de armonía y bienestar.

Palabras clave: profesional sanitario; enfermeira; matrona/partera; mujer gestante; mujer puérpera; equipo multidisciplinar; centro de salud; médico.

Referencias bibliográficas: Esteban, M. I. (1994). La salud de las mujeres: Relecturas y revisiones necesarias. *Salud 2000*, 8(45), 5-8. Gómez Cantarino, S. (2012). *La expresión de la sexualidad en la mujer gestante y puérpera* (Tesis doctoral). Universidad Europea de Madrid, España.

González Labrador, I. (2001). El proceso reproductivo: Algunas consideraciones sobre el maternaje. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 479-482.

Moreno Rodríguez, R. M. (1995). La ideación científica del ser mujer: Uso metafórico de la doctrina galénica. *Dinamís*, 15, 107-149.

* UCLM. Campus Toledo, Escuela Enfermería y Fisioterapia. Campus Toledo, Profesora [sagrario.gomez@uclm.es]

** Facultad de Ciencias Sociales de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería, Enfermería, Profesor Asociado de Enfermería Comunitaria

*** UCLM, Enfermería y Fisioterapia, Enfermería [minervava@hotmail.com]

**** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Professor-Adjunto [jfabiao@esenfc.pt]

***** Universidad de Castilla-La Mancha. Campus Toledo, Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, Profesora Titular y Coordinadora de Grado de 1º Enfermería

***** Universidad Europea de Madrid, Enfermería, Profesor



Referência
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

PROMOÇÃO DA SAÚDE

HEALTH PROMOTION

PROMOCIÓN DE LA SALUD

A sexualidade do casal na gravidez: fatores que influenciam a relação sexual

Julia Maria das Neves Carvalho*

Sandra Roldão**

Introdução: Da infância à velhice, o ser humano tem interesses sexuais e expressa a sua sexualidade, de diferentes formas, consoante as experiências e convicções individuais. A sexualidade na gravidez envolve um conjunto de alterações psicológicas, físicas e sociofamiliares, que afetam quer a mulher quer o casal. A gestação é vista como um período de adaptações, que podem levar à diminuição do desejo sexual, do interesse e da atividade sexual, pelo que importa conhecer os fatores que influenciam a sua vivência.

Objetivos: Com este estudo pretendemos: identificar os fatores que influenciam a relação sexual do casal na gravidez; compreender de que forma os fatores influenciam a relação sexual na gravidez; refletir sobre as práticas no âmbito da educação em saúde, de acordo com os estudos selecionados.

Metodologia: Utilizamos como metodologia a revisão integrativa da literatura. O percurso metodológico iniciou-se com a definição dos objetivos e questão norteadora, seguindo-se determinação dos critérios de inclusão e exclusão, pesquisa nas bases de dados, apresentação e análise dos resultados. Recorremos ao método PI[C]OD, para formulámos a questão de investigação: Quais os fatores que influenciam a relação sexual do casal na gravidez?. Na pesquisa efetuada em bases de dados/motor de busca, utilizámos como filtro a disponibilidade do artigo em texto completo e como janela temporal selecionámos artigos publicados entre 2003 e 2014.

Resultados: Na presente revisão os estudos desenvolvidos por Queirós et al. (2011) e por Barbosa et al. (2011) mencionaram alguns receios sentidos pelos casais, como o medo de magoar o feto como o fator mais evidente, sendo que no estudo de Queirós et al. (2011) esta preocupação era manifestada pelos companheiros, enquanto em Barbosa et al. (2011) pelas grávidas, no qual acreditavam que a atividade sexual poderia causar aborto. Já Bento et al. (1997) realizou um estudo em cem mulheres que responderam ter receio de manter relações sexuais durante a gravidez devido ao medo de prejudicar o feto, da ocorrência de um parto prematuro, de rotura prematura das membranas. Para Soifer (1992), citado por Lech & Martins (2003), o ato sexual não prejudica a gravidez, se esta for saudável, nem o estado de saúde do feto. Desta forma, torna-se imprescindível o papel do enfermeiro no esclarecimento de dúvidas para desmistificar estes mitos que influenciam negativamente a relação sexual entre o casal.

Conclusões: Estamos convictos de que cada gravidez e cada casal são únicos e a forma como vivenciam as relações sexuais durante a gestação assume um cariz muito particular e muito individual, sendo influenciada por receios, dor, desconforto, náuseas, vômitos, fadiga, edema, imagem corporal, proeminência do abdómen, percepção dos movimentos fetais, satisfação e desejo sexual. Concluímos que todos os fatores anteriormente descritos influenciam negativamente a relação sexual do casal, causando assim impacto na sua vida sexual. No geral, e na maioria dos estudos consultados, verificou-se uma diminuição na frequência da atividade sexual em relação ao estado não-grávidico.

Palavras-chave: relação sexual; gravidez; sexualidade; fatores.

Referências bibliográficas: Barbosa, B. A., Gondim, A. N., Pacheco, J. S., Pitombeira, H.C., Gomes, L. F., Vieira, L. F., ... Damasceno, A. K. (2011). Sexualidade vivenciada na gestação: Conhecendo essa realidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(3), 463-474.

Bento (1997). *Gravidez e sexualidade* (Trabalho de investigação). Coimbra, Portugal: Maternidade Bissaya Barreto.

Lech, M. & Martins, P. (2003). Oscilações do desejo sexual no período gestacional. *Estudos de Psicologia*, 20(3), 37-46.

Queirós, A., Conde, P., Cunha, V., Ambrósio, P., Marques, F. j. & Serrano, F. (2011). Sexualidade no terceiro trimestre de gravidez. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(5), 434-443.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP - Enf. Saúde Materna e Ginecológica [juliacarvalho@esenfc.pt]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Acidentes infantis domiciliares no município de Bauru: conhecer para promover a saúde

Marcia Regina Alves Rocha*
Ana Júlia Manguiera Cacciola**

Introdução: Os acidentes infantis domiciliares constituem importantes fatores de morbimortalidade infantil, considerados um problema de saúde pública, trazendo prejuízos à família, comunidade e socioeconômicos. Faz-se relevante o aprofundamento de estudos sobre as suas características e magnitude para adotar medidas de promoção à saúde entendida como um processo de capacitação da população para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, pelo oferecimento de conhecimentos sobre a prevenção aos agravos e incluindo a maior participação no controle deste processo.

Objetivos: Caracterizar os acidentes infantis domiciliares atendidos no Pronto Socorro Municipal Infantil (PSMI) de Bauru no ano de 2010 para nortear ações de promoção à saúde na comunidade.

Metodologia: Realizado no Pronto Socorro Municipal Infantil de Bauru após aprovação pelo comitê de ética da USC. A colheita de dados foi realizada de 16 de abril a 31 de dezembro de 2010 através das anotações em prontuários de crianças entre 0 e 12 anos e 11 meses em relação a: sexo, idade, tipo e local de ocorrência, procedência, horário do acidente, quem presenciou e o tempo transcorrido entre o acidente e a procura pelos serviços médicos. Foram excluídos prontuários ilegíveis, com ausência de hipótese diagnóstica ou de diagnóstico de acidente domiciliar.

Resultados: Na análise dos dados verificou-se que o total de acidentes (exceto os automobilísticos e os que ocorreram nas escolas) documentados no pronto-socorro municipal infantil de Bauru no período foi de 2.950 acidentes e desses 921 diagnosticados como acidentes domiciliares. O sexo masculino prevaleceu com 54,7%, as quedas foram a causa predominante (58,6%) seguida por lesões (19,2%), a faixa etária mais acometida ficou entre 0 e 4 e 11 meses anos com 62,5% e quanto a procedência 96,7% eram de Bauru. Somente 5,3% informaram a ocorrência do acidente na presença dos pais ou responsáveis e 91,2% das anotações não informavam. Maio e Julho com 14%, seguido do mês de Agosto com 13% e Junho com 11,2% foram os mais incidentes. 37,5% não revelam em que local do domicílio ocorreu o acidente, 21,3% aconteceram no quarto e 13,8% na sala. Quanto ao tempo transcorrido entre o acidente e procura do PSMI não foi possível análise por falta de informações nos prontuários.

Conclusões: Concluiu-se que os acidentes domiciliares ocorrem numa proporção significativa. Fica evidente que é necessário incorporar atitudes de promoção à saúde direcionadas aos responsáveis a fim de diminuir os riscos de queda e as consequências geradas. O objetivo desta foi atingido e ficou evidenciado a falta de formulário adequado o que gera anotações incompletas as quais comprometem a qualidade da assistência e dados para pesquisa. A promoção da saúde deve iniciar no pré-natal e ter seguimento durante todo o processo de puericultura nas instituições de saúde. Deve ser um trabalho multidisciplinar e o enfermeiro é um dos profissionais apto a realizar.

Palavras-chave: acidentes infantis domiciliares; pronto-socorro infantil; anotações em prontuários; promoção a saúde.

Referências bibliográficas: Amaral, E. M., Silva, C. L., Pereira, E. R., Garnieri, G., Brito, G. S., & Oliveira, L. M. (2009). Incidência de acidentes com crianças em um pronto-socorro infantil. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, 27(4), 313-317.

Recuperado de http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2009/04_out_dez/V27_n4_2009_p313-317.pdf
Ciampo, A., Ferraz, I. S., Tazima, M. F., Bachellet, L. G., Ishikawa, K. & Paixão, R. (2011) Características clínicas e epidemiológicas de crianças acidentadas atendidas em um serviço de pronto-atendimento. *Pediatria*, 33(1), 29-34. Recuperado de <http://www.pediatriasopaolo.usp.br/upload/pdf/1374.pdf>

Lima, R. P., Barbosa Ximenes, L., Silva Joventino, E., Vieira, L. J., & Oriá, M. O. (2009). Acidentes na infância: Local de ocorrência e condutas dos familiares no âmbito domiciliar. *Enfermeria Global*, 15. Tomado de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100011&lng=es&nrm=iso>

Pestana, A. I., Gulini, J. E., Senna, M. H., Nascimento, E. R., & Heidemann, I. T. (2013). Estratégias de promoção á saúde e a prevenção de acidentes no ambiente domiciliar: Uma análise reflexiva. *Revista Enfermagem UFPE on line*, 7(11), 6524-6532. doi: 10.5205/reuol.3794-32322-1-ED.0711201327

* Universidade do Sagrado Coração, Enfermagem, professora [marciarocha@uol.com.br]

** Universidade do Sagrado Coração, Enfermagem, aluna

Conhecimento das mães sobre a anemia ferropriva nas crianças menores de seis anos

Jorge Manuel Amado Apóstolo*

Carla Manuela Ferreira Carvalho de Melo**

Introdução: A anemia ferropriva é uma condição em que o nível de hemoglobina no sangue está abaixo dos valores considerados normais para a idade e o sexo, e atinge pessoas de todas as idades, sendo muito prevalente nas crianças cabo-verdianas. A ingestão inadequada de ferro na alimentação e as perdas sanguíneas devidas a doenças parasitárias e gastrointestinais estão associadas a esta situação. Apresenta maior prevalência nos países em desenvolvimento, onde inúmeros fatores a favorecem, podendo considerar-se um problema de saúde pública.

Objetivos: O principal objetivo deste estudo foi analisar os conhecimentos das mães sobre o conceito, a prevenção, o tratamento, os sinais e sintomas mais frequentes da anemia nas crianças.

Metodologia: A investigação foi de caráter exploratório. As participantes foram mães que frequentavam a consulta de saúde infantil num centro de saúde da Praia, Cabo Verde. Privilegiou-se uma abordagem qualitativa e a entrevista semiestruturada foi o método de colheita de dados selecionado. Para a colheita de dados, foram feitas entrevistas semiestruturadas a dez mulheres. Os dados foram submetidos a análise de conteúdo.

Resultados: As mães possuíam, fundamentalmente, conhecimentos derivados do senso comum: “A anemia é falta de ferro ... sangue fraco” E1. “Anemia é falta de alimentação, sangue fraco” E3. “Ferro é um remédio, uma substância que combate a anemia”; “A anemia apanha-se quando não ingerimos alimentos dos diversos grupos da roda alimentar” E10. Aparece “quando não nos alimentamos a horas certas” E2. “Eu acho que a cor pálida da pele e dos olhos é um dos sintomas (...)” E4. No entanto, evidenciam-se expressões que denotam conhecimento mais científico e estruturado: “Um dos primeiros sintomas que podemos observar é o cansaço, (...) falta de vontade de fazer algo, brincar no caso das crianças e também podemos ver nos olhos que podem estar mais branco do que o normal e também os lábios que ficam mais esbranquiçados e também as crianças e até mesmo os adultos demonstram vontade de estar sempre sentados ou deitados”. “Anemia... não deixa que a inteligência da criança se desenvolva” E5.

Conclusões: O baixo nível socioeconómico e cultural, as condições precárias de saneamento básico, o consumo reduzido de alimentos ricos em ferro biodisponível e excesso de alimentos inibidores da sua absorção, a curta duração do aleitamento materno exclusivo, a introdução tardia de alimentos ricos em ferro e as infeções parasitárias estão entre os fatores presentes nesta situação clínica. Não deixa de ser significativo o facto de as mães terem um vasto conhecimento derivado do senso comum. Devidamente enquadrado pelos profissionais de saúde, e dirigido a uma alimentação saudável, pode ajudar a reduzir a prevalência da anemia infantil neste país africano.

Palavras-chave: anemia ferropriva; conhecimentos; pais; crianças, Cabo Verde.

Referências bibliográficas: Ministério da Saúde. (2002). *Guia alimentar para crianças menores de 2 anos*. Brasília, Brasil: Autor.

Moreira, A. R. (2005). *Diversificação alimentar: O início da aprendizagem para uma vida saudável*. Universidade do Porto, Faculdade de Ciências de Nutrição e Alimentação, Portugal.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde da Criança e do Adolescente, Professor Coordenador [japostolo@esenfc.pt]

** Universidade de Cabo Verde, Ciências e Tecnologias, Estudante

Contato pele a pele no recém-nascido: benefícios

Ana Isabel Henriques Correia*

Julia Maria das Neves Carvalho**

Andreia Sofia Nobre Bolito***

Introdução: As primeiras horas de vida são momentos cruciais para a interação mãe-filho, deste modo a promoção do contacto pele a pele (CPP) deve ser uma aposta dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica (ESMO). O CPP é uma prática segura de baixo custo que pode ser aplicado nas Salas de Partos das maternidades tendo associados vários benefícios quer para o recém-nascido (RN) quer maternos. Esta prática diminui significativamente os mecanismos de perda de calor do RN, potenciando a sua adaptação à vida extrauterina.

Objetivos: Este estudo teve como objetivos: identificar os benefícios maternos da realização do CPP na primeira hora pós-parto; identificar os benefícios para o RN da realização do CPP na primeira hora pós-parto.

Metodologia: A metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho foi a revisão da literatura, tendo por base a pesquisa em bases de dados científicas como Medline, EBSCO, CINAHL, B-on, Scielo, e também nos motores de pesquisa Google e Google académico. Como critérios de inclusão selecionamos os seguintes estudos: tratassem os benefícios da realização do CPP para um, ou ambos elementos do casal; com mulheres de baixo risco gravídico (gravidez de termo); com recém-nascido de termo, isento de complicações; com parto por via vaginal ou cesariana.

Resultados: Os estudos consultados demonstram que a ligação mãe-filho é estimulada sendo este vínculo estabelecido mais facilmente. A mulher sente-se mais realizada e menos ansiosa e stressada, quando pratica o CPP. Esta prática leva a que o RN interaja mais facilmente com a mãe e que a primeira mamada ocorra mais precocemente e com menos complicações. Além disso, a investigação mostra-nos que as mães amamentam exclusivamente durante mais tempo. A nível hormonal, este contacto influencia a produção de hormonas como a ocitocina e a prolactina necessárias no pós-parto imediato e mediato. A prática do CPP pode ser efetuada quer no decorrer do parto vaginal, quer nos casos de cesariana com algesia epidural, onde a mãe permanece acordada, podendo usufruir deste contacto com o seu bebé. O pai que muitas vezes está presente durante o parto, também pode realizar CPP, quando a situação clínica da mãe não permite.

Conclusões: A evidência científica sobre o exercício das boas práticas em sala de partos, onde incluímos o CPP existe e deve ser considerada pelos profissionais de saúde. Sugere-se por isso que esta sensibilização seja alargada a toda a equipa multidisciplinar promovendo o diálogo entre todos os profissionais que assistem a parturiente e o recém-nascido, nesta fase particular de suas vidas. O CPP é uma prática que requer dedicação da equipa para a implementar. Há necessidade do reconhecimento do potencial destas práticas de forma a poder realizá-las, promovendo desta forma ganhos em saúde importantes para os pais e para o recém-nascido.

Palavras-chave: recém-nascido; contato pele a pele.

Referências bibliográficas: Bystrova, K., Widström, A. M., Matthiesen, A. S., Ransjö-Arvidson, A. B., Welles-Nyström, B., Wassberg, C., ... Uvnäs-Moberg, K. (2003). Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": A study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatrica*, 92(3), 320-326.

Nahidi, F., Tavafian, S. S., Haidarzade, M., & Hajizadeh, E. (2014). Opinions of the Midwives about enabling factors of skin-to-skin contact immediately after birth: A descriptive study. *Journal Of Family & Reproductive Health*, 3(3), 107-112.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP - Enf. Saúde Materna e Ginecológica [juliacarvalho@esenfc.pt]

*** Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Cirurgia A, Enfermeira

Crack e mídia: uma revisão sistemática da literatura

Fatima Buchele*

Larissa de Abreu Queiroz**

Introdução: O crack vem sendo frequentemente abordado pela mídia e comumente associado a casos dramáticos de dependência, violência e crescimento do consumo. Apesar dos meios de comunicação serem um instrumento auxiliar das políticas públicas, poucos esforços têm sido feitos para compreender essa questão especificamente no contexto do uso de drogas. Nesse sentido, os recursos da mídia estão sendo pouco estudados e explorados como instrumentos de prevenção, resultando na necessidade de pesquisas que estimulem a qualidade das matérias sobre drogas no Brasil.

Objetivos: Desenvolver uma revisão sistemática da literatura científica sobre crack e mídia

Metodologia: Estudo de cunho qualitativo, utilizando método da revisão sistemática da literatura, visando identificar publicações ao nível mundial sobre crack e mídia. As buscas foram realizadas nas bases de dados MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online).

Resultados: Após a leitura dos artigos selecionados, os dados foram separados em três temas centrais a respeito da abordagem da mídia sobre: o tratamento do uso de crack; prevenção do uso de crack; relação do uso de crack com a violência. Os estudos apontam que o usuário de crack é frequentemente estigmatizado pela mídia e relacionado à loucura, doença e com o crime, contribuindo para que as políticas de cuidado e prevenção permaneçam em segundo plano.

Conclusões: As ações de prevenção ao uso de drogas atuam em diversas áreas como saúde, justiça, educação e devem atentar-se para os contextos históricos, socioculturais e econômico dos indivíduos, bem como à realidade do consumo de substâncias e suas motivações. Por isso ressalta-se a importância dos meios de comunicação na divulgação das políticas públicas e de estratégias de prevenção compatíveis com a atual Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas.

Palavras-chave: revisão; crack cocaína; meios de comunicação.

Referências bibliográficas: Ciarlo, T. B. & Mastroianni, F. C. (2010). Considerações sobre a influência dos meios de comunicação no consumo de bebidas alcoólicas e sua relação com as políticas de saúde pública. *Revista Uniara*, 13(1), 149-157.

Noto, A. R. (2003). Drogas e saúde na imprensa brasileira: Uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 69-79.

Romanini, M., & Roso, A. (2012) Mídia e crack: Promovendo saúde ou reforçando relações de dominação?. *Psicologia, Ciência e Profissão*. Brasília, 32(1), 82-97.

Santos, M. F., Neto, M.L., & Sousa, Y. S. (2012). Representações sociais do crack na imprensa pernambucana. *Estudos de Psicologia*, 29(3), 379-386.

* Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Saúde Pública, Professora Associada

** Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Saúde Pública, Mestranda

Desenvolvimento de um programa de intervenção para famílias com membros com depressão

Maria do Carmo Lemos Vieira Gouveia*

Maria Adriana Pereira Henriques**

Eydís Kristin Sveinbjarnardottir

Introdução: A Depressão é um grave problema de saúde pública, com impacto significativo no funcionamento expressivo da família. A carência de protocolos orientadores da intervenção dos enfermeiros de saúde mental neste domínio do funcionamento familiar, justifica o desenvolvimento de um programa de Intervenção para promoção do funcionamento expressivo em famílias com membros com depressão, fundamentado nos quadros conceituais dos modelos de Avaliação e Intervenção na família de Calgary, no modelo de Crenças na doença e na teoria do Stress Familiar.

Objetivos: São objetivos gerais do estudo: avaliar o funcionamento expressivo nas famílias com membros adultos com depressão; desenvolver e implementar um programa de intervenção para promoção do funcionamento expressivo nas famílias com membros adultos com depressão; avaliar a efetividade de um programa de intervenção para promoção do funcionamento expressivo nas famílias com membros adultos com depressão.

Metodologia: O estudo segue o quadro de referência para o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas do Medical Research Council (MRC) utilizando métodos mistos ao longo das fases de desenvolvimento e viabilidade e pilotagem. O estudo piloto (quasi-experimental) será aplicado nos centros de saúde a uma amostra aleatória representativa das famílias participantes no estudo de caracterização. Os componentes do programa incluem: psicoeducação, resolução de problemas, comunicação circular e cartas terapêuticas. Instrumentos de avaliação: formulário de caracterização; IACLIDE; QFEF; QPSF; Guião de *Focus Group*. Análise de dados: qualitativos/análise de conteúdo-Nvivo10; quantitativos/análise estatística-SPSS18.

Resultados: Está a decorrer a colheita de dados de caracterização das famílias com membros adultos com depressão, no período Abril-Agosto de 2015. Os dados obtidos do estudo de caracterização serão aplicados na modelação do programa de intervenção, com aplicação em campo prevista para Outubro de 2015. Foi efetuada a colheita de dados por *Focus Group* para um estudo de caracterização da intervenção habitual dos enfermeiros especialistas de saúde mental nas famílias com membros com depressão. Os resultados deste estudo serão igualmente aplicados na modelação do programa de intervenção e posteriormente comparados com os dados obtidos dos dois grupos de famílias do estudo piloto (grupo de famílias de intervenção e Grupo de famílias de controlo). Os dados obtidos nos vários estudos que compõem o estudo principal, serão aplicados, avaliados e relatados sistematicamente e irão determinar a aceitabilidade, viabilidade e efetividade do programa, assim como todas as modificações necessárias à continuidade do mesmo pelas etapas de avaliação e implementação propostas pelo MRC.

Conclusões: É apresentado um projeto para desenvolvimento de um programa de intervenção de enfermagem de saúde mental, com a finalidade de promover o funcionamento expressivo em famílias com membros adultos com depressão. Segundo as orientações do M.R.C, as intervenções serão desenhadas, avaliadas e implementadas de forma sistematizada, com implementação simultânea e/ou sequencial de vários estudos, ao longo das fases de desenvolvimento e viabilidade e pilotagem previstas para o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas. O projeto será aplicado a famílias com membros adultos com depressão, pelos enfermeiros especialistas de saúde mental dos cuidados de saúde primários da Região Autónoma da Madeira.

Palavras-chave: família; depressão; funcionamento expressivo; enfermagem dos sistemas familiares; programa de intervenção.

Referências bibliográficas: Craig, P., Nuffield, P. D., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). *Developing and evaluating complex interventions: New guidance*. Recuperado de www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance
Marshall, A. J., & Harper-Jacques, S. (2008). Depression and family relationships: Ideas for healing. *Journal Of Family Nursing*, 14(1), 56-73.

Sveinbjarnardottir, E. K., Svavarsdottir, E. K., & Hrafnkelsson, B. (2012). Psychometric development of the Iceland-Expressive Family Functioning Questionnaire. *Journal of family Nursing*, 18(3), 353-377.

Wright, M. L., & Leahy, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: Um guia para a avaliação e intervenção na família* (4ª ed.). São Paulo, Brasil: Roca.

* Universidade da Madeira, Centro de Competência de Tecnologias da Saúde, Professor Adjunto

** Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Professor Coordenador

Disciplina parental e o autocuidado de saúde dos filhos

Maria da Conceição G. M. Alegre de Sá*
 Margarida Maria da Silva Vieira**
 Bárbara Fernandes Carvalho Figueiredo***

Introdução: A família é a principal responsável pela prestação de cuidados, na saúde e na doença e representa um modelo a seguir no que respeita à adoção de comportamentos saudáveis, ensina o autocuidado e presta cuidados aos seus membros ao longo do ciclo de vida e durante as diversas transições familiares (OMS, 2009). No entanto, algumas formas de disciplina parental podem originar problemas no desenvolvimento da criança, impedindo-as de chegar à idade adulta na plenitude das suas funções (Straus, 2007).

Objetivos: Este estudo examinou os efeitos da educação parental sobre o autocuidado de saúde dos jovens adultos com os seguintes objetivos: caracterizar o auto cuidado de saúde dos jovens adultos; analisar a associação de género e a responsabilidade na disciplina parental; analisar a associação entre a disciplina parental e o autocuidado de saúde dos jovens adultos.

Metodologia: Realizou-se um estudo transversal, descritivo, correlacional numa amostra estratificada de 1168 jovens de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 18 e 24 anos, a frequentarem todos os tipos de ensino na zona centro de Portugal. Os instrumentos utilizados foram: *Denyes Self Care Practice Instrument* (DSCPI-90; Mary Jean Denyes, 1990); *Dimensions of Discipline Inventory* (DDI; Murray A. Strauss & Angèle Fauchier, 2005-2007, Family Research Laboratory, University of New Hampshire). Recorreu-se a estatística descritiva, análise fatorial exploratória e correlacional.

Resultados: Dos 1168 jovens adultos com idades entre os 18 e os 24 anos; 69,4% são do sexo feminino e 31,6%, são do sexo masculino, 97,5% eram solteiros; 82,0% tinham irmãos; 77,9% dos jovens adultos frequentavam o ensino superior. Relativamente aos resultados do autocuidado de saúde, os homens obtiveram scores de autocuidado de saúde mais baixos comparativamente às mulheres. Relativamente à responsabilidade na disciplina dos filhos, a mãe teve mais responsabilidade pela disciplina, do que o pai. Quanto à associação entre a disciplina parental e o autocuidado de saúde dos filhos, observa-se uma associação estatisticamente significativa da afetividade/apoio do pai ($B=3,65; p<0,05$) e da disciplina punitiva do pai ($B=-0,01; p<0,05$) com o autocuidado de saúde proactivo dos filhos e observa-se ainda uma associação estatisticamente significativa da afetividade/apoio da mãe ($B=5,15; p<0,05$) com o autocuidado geral dos filhos.

Conclusões: Este estudo permitiu concluir que as mães têm mais responsabilidade na educação e na disciplina do que os pais. As mulheres têm níveis mais elevados de autocuidados de saúde comparativamente com os homens. A disciplina punitiva exercida pelo pai está associada a menor nível de autocuidado de saúde dos filhos, homens. A Afetividade/Apoio dos pais está associada positivamente ao autocuidado de saúde dos filhos. A impulsividade da mãe está associada negativamente ao autocuidado de saúde das filhas. Este estudo reforça a importância da educação parental para a promoção do autocuidado de saúde.

Palavras-chave: promoção do autocuidado; disciplina parental; disciplina parental e autocuidado; autocuidado e género; disciplina e género.

Referências bibliográficas: Denyes, M. J., Orem, D. E., & Bekel, G. (2001). Self-care: A foundational science. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 48-54.

Organização Mundial da Saúde. (2009). Milestones in health promotion: Statements from global conferences. Geneva, Switzerland: Author.

Straus, M. A., & Fauchier, A. (2007). Manual for the dimensions of discipline inventory. Durham, England: University of New Hampshire.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Fundamentos de Enfermagem, professora adjunta

** Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Professor Associado [mmvieira@porto.ucp.pt]

*** Universidade do Minho

Drogas e mídia: Revisão Sistemática

Fatima Buchele*

Introdução: O consumo de drogas no nosso país reflete-se cada vez mais em problemas de ordem social e física, resultando em questões que necessitam intervenções e políticas. O governo brasileiro tem investido na tentativa de procurar alternativas de intervenção integrada, que incluam ações relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de doenças. Esta questão é transmitida de maneira alarmista pelos meios de comunicação. O Estado tem procurado soluções com iniciativas para prevenir e enfrentar este problema.

Objetivos: Identificar a abordagem realizada pelos artigos científicos sobre drogas e mídia no período de 2000 a 2010. Procurar nos artigos científicos o papel da mídia na transmissão da informação sobre drogas; analisar as evidências, limitações, perspectivas, contribuições e aspectos importantes sobre drogas e mídia; refletir no material pesquisado a contribuição da mídia para a prevenção do uso de drogas.

Metodologia: Estudo de cunho qualitativo que utilizou o método da revisão sistemática da literatura, visando identificar publicações em nível mundial sobre drogas e mídia entre o período de 2000 à 2010. As buscas foram feitas no final do ano de 2011 nas bases de dados MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), PSYCINFO (American Psychological Association), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Eletronic Library Online).

Resultados: Nossos resultados apontaram para estudos sobre drogas e mídia proporcionando um olhar panorâmico e uma visibilidade ampliada acerca do tema. Depois de realizada a leitura dos textos, os dados foram separados em três temas centrais e em seguida realizada a discussão. Os temas ficaram assim constituídos: *uso da mídia para prevenção e/ou tratamento do uso e abuso de drogas; relação da mídia com o comportamento e o consumo de drogas; mídia e qualidade da informação sobre drogas*. Pesquisas sobre uso da mídia para prevenção e tratamento do uso de drogas são importantes, mas deve-se considerar a relevância e utilidade destas informações, pois entre os estudos pode haver resultados de baixa qualidade. Os estudos sobre drogas e mídia pesquisados mostram que os jovens também desenvolvem problemas relacionados ao uso e abuso de substâncias, ressaltando a importância da prevenção antes que o consumo se torne problemático.

Conclusões: A abordagem da mídia em relação ao uso de drogas é uma questão complexa e não tivemos a pretensão de abordá-la de forma conclusiva com esta revisão. É evidente que ao mesmo tempo onde prevalecem propagandas de drogas lícitas, que de certa forma ajudam a *sustentar* os meios de comunicação, visualizamos nestes mesmos meios as campanhas de prevenção ao uso e abuso de substâncias psicoativas.

Palavras-chave: revisão; meios de comunicação; transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Referências bibliográficas: Guazina, L. O. (2007). Conceito de mídia na comunicação e na ciência política: Desafios interdisciplinares. *Revista Debates*, 1(1), 49-64.

Lima, M. S., Soares, B.G., & Bacaltchuk, J. (2000). Psiquiatria baseada em evidências. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 142-146.

Noto, A. R., Baptista, M. C., Faria, S. T., Nappo, S. A., Galdurós, J. C., & Carlini, E. A. (2003). Drogas e saúde na imprensa brasileira: Uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 69-79.

Noto, A. R., & Mastroiani, F. C. (2006). *As drogas psicotrópicas e o jornalismo brasileiro: Análise do ponto de vista dos profissionais e da sua produção jornalística*. CEBRID.

* Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Saúde Pública, Professora Associada

Namoro – *Look in the mirror!*: relações de namoro em estudantes de enfermagem

Pedro Nuno Seco Lopes Rodrigues*, Armando Manuel Marques Silva**

Cátia Sofia Sousa Sirgado, Maria da Conceição G. M. Alegre de Sá***

Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira****

Miguel Ângelo Brazão Neves

Introdução: Os jovens consideram que o namoro se inicia num relacionamento caracterizado pela liberdade de ação e que, com o tempo e permissão de ambos, adquire contornos de maior compromisso, oficialidade perante a família e grupo social. Classificam a relação de namoro, pelo grau de liberdade que ela apresenta (Oliveira et al., 2007). Estudos realizados nas últimas décadas sugerem que a violência no namoro afeta uma proporção substancial dos jovens e mantém-se como um fenómeno comum e transversal a nível mundial.

Objetivos: Caracterizar o tipo de relação de namoro das/os estudantes; avaliar quais os fatores que influenciam a relação de namoro; identificar as características atribuídas à/ao namorada/o para a construção de relações saudáveis.

Metodologia: Desenvolveu-se um estudo denominado *NAMORO – Look in the mirror!*, descritivo-correlacional, através de questionário online elaborado para o estudo e aplicado aos estudantes matriculados na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra/CLE, no ano letivo de 2013/2014. Amostra não probabilística, baseada na voluntariedade de resposta dos estudantes, constituída por 687 estudantes, 19,8% do sexo masculino e 80,2% sexo feminino, com média de idades de 20,99. A todos os/as estudantes foi dada informação sobre a natureza do estudo e participação que lhes foi solicitada, garantindo o anonimato e confidencialidade.

Resultados: Dos respondentes, 91,3% responderam que estavam ou já tinham estado numa relação de namoro. Destes, a média de idades com que iniciaram a primeira relação de namoro, situa-se nos 15,83 anos. Quanto à duração da relação de namoro, a maioria menciona ser superior a 3 anos. Os participantes descrevem uma relação de namoro, como *Estar comprometido* (58,6%), logo seguido de *Estar com alguém* e *Estar comprometido com alguém* (12,9%). Maioritariamente os participantes referem ter uma relação com ações abusivas (94,5%). Quando analisada a distribuição entre o sexo e o tipo de relação, verificamos que tanto os estudantes do sexo masculino como os estudantes do sexo feminino se encontram maioritariamente numa relação com ações abusivas, 94,7% e 94,4%, respetivamente. No que diz respeito ao tipo de namoro e ao tipo de relação existentes, o que se observa é que dos jovens que estão numa relação com ações abusivas, a maioria (29%) encontra-se numa relação com mais de 3 anos.

Conclusões: Conclui-se que os estudantes estão maioritariamente em relações abusivas, não havendo diferenças significativas entre o sexo, a idade e o tipo de relação. Entende-se assim, que os jovens devem ser alvo de intervenção, como agentes ativos de mudança capazes de: interiorizarem novos conhecimentos; desconstruírem mitos; adquirirem competências e de as utilizarem eficazmente. Justifica-se assim a importância das ações preventivas, sustentando-as na forma como estes iniciam a construção de relações de intimidade e na(s) vulnerabilidade(s) que esta etapa do desenvolvimento apresenta para a ocorrência de VRI. Sugere-se a implementação de conteúdos curriculares sobre a temática no curso de licenciatura de enfermagem.

Palavras-chave: relações de namoro; estudantes de enfermagem; violência no namoro; promoção de relações saudáveis.

Referências bibliográficas: Bierhoff, H. W., Klein, R., & Kramp, P. (1991). Evidence for the altruistic personality from data on accident. *Research Journal of Personality*, 59, 263-280.

Hatfield, E., Sprecher, S., Pillemer, J. T., Greenberger, D., & Wexler, P. (1988). Gender differences in what is desired in the sexual. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 1, 39-52.

Oliveira, D. C., Gomes, A. M., Marques, S. C., & Thiengo, M. A. (2007). “Pegar” “ficar” e “namorar”: Representações sociais de relacionamentos entre adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60, 472-510.

Veríssimo, C. M., Catarino, H. C., Fabião, J. A., Ventura, M. C., Sá, M. C., Dixe, M. A., ... Custódio, S. M. (2013). *Prevenir a violência no namoro: N(amoro) (im)perfeito: Fazer diferente para fazer a diferença*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa - ICS Porto [armandos@esenfc.pt]

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Fundamentos de Enfermagem, professora adjunta

**** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP EMC, Professora Adjunta

Prevenção secundária da doença cardiovascular: importância da consulta de enfermagem no controlo do índice de massa corporal e perímetro abdominal

Anaísa Ferreira Reveles,
Isabel Maria Henriques Simões*
Paulo Alexandre Carvalho Ferreira**

Introdução: As doenças cardiovasculares são a mais importante causa de mortalidade no nosso país. Sendo uma doença associada ao estilo de vida, existe um enorme potencial de intervenção para os enfermeiros enquanto agentes promotores de estilos de vida saudáveis, atuando na sua promoção e prevenção da doença. Uma vez instalada a doença cardiovascular, continua a ser imperioso o controlo dos fatores de risco cardiovascular e a adesão à terapêutica, pois na prática verifica-se que os doentes mantêm comportamentos de risco cardiovascular.

Objetivos: O objetivo geral deste trabalho é analisar os efeitos de um programa de prevenção secundária da doença cardiovascular nos doentes a quem foi diagnosticada Síndrome Coronária Aguda (SCA); e o objetivo específico é analisar as diferenças entre os diferentes momentos do programa de ensino sobre o Índice de Massa Corporal (IMC) e o perímetro abdominal (PA).

Metodologia: Estudo antes-após com grupo testemunho, randomizado, de âmbito quantitativo. A amostra é constituída por 24 participantes: 13 no grupo experimental (GE) e 11 no grupo de controlo (GC). Os participantes foram repartidos aleatoriamente pelos grupos e a avaliação efetuou-se duas vezes: no início (antes do programa de consultas) e no final. Os sujeitos do GE foram ainda sujeitos a uma avaliação intermédia. O GE foi acompanhado durante seis meses, com uma consulta de enfermagem por mês. Para a avaliação do IMC e PA seguiram-se as recomendações da Direção Geral da Saúde.

Resultados: No GE verificou-se uma redução ponderal média de 1,01kg e consequente impacto no IMC e PA. O IMC inicial era 26,73kg/m², depois 26,47kg/m² e no final 26,36kg/m². Em relação ao PA, inicialmente era 102,31 cm, depois 97,38 cm e no final 94,38 cm. No GC, a média do peso era 84,09 kg e no final 85,83 kg. O IMC inicial era 30,15kg/m² e no final 30,82kg/m² e o PA inicial era 104,17 cm e no final 104,09 cm. No GE houve uma redução dos parâmetros avaliados durante o acompanhamento efetuado. No GC, em relação ao peso e ao IMC, para além de não ter havido redução, verificou-se um ligeiro aumento. A exceção foi o PA que reduziu 0,08 cm. Estes resultados corroboram o que é referido por vários autores, em que o grupo de doentes submetidos ao programa de intervenção apresentou maior redução de peso, IMC e PA, comparativamente com os doentes que receberam os cuidados habituais.

Conclusões: Considera-se a abordagem da prevenção secundária da doença cardiovascular, mais precisamente em pessoas a quem foi diagnosticada SCA, uma temática bastante pertinente pelo impacto que apresenta na vida dos doentes. Para além disso, a implementação de programas de ensino, focando o papel crucial do enfermeiro na promoção da saúde e prevenção da doença (ou do seu agravamento) é um aspeto pouco estudado no nosso país e que deve ser valorizado. Com este estudo demonstrou-se que foi possível contribuir para a redução do peso corporal, do IMC e do PA nos doentes que tiveram um acompanhamento de enfermagem durante seis meses.

Palavras-chave: doença cardiovascular; prevenção secundária; consulta de enfermagem.

Referências bibliográficas: Ijzelenberg, W., Hellems, I., Tulder, M., Heymans, M., Rauwerda, J., Rossum, A., & Seidell, J. (2012). The effect of a comprehensive lifestyle intervention on cardiovascular risk factors in pharmacologically treated patients with stable cardiovascular disease compared to usual care: A randomized controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders*, 12(71), 1-12. doi: 10.1186/1471-2261-12-71

Leemrijse, C., Dijk, L., Jorstad, H., Peters, R. & Veenhof, C. (2012). The effects of Hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: A randomized trial. *BMC Cardiovascular Disorders*, 12(47), 1-7. doi: 10.1186/1471-2261-12-47

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade Científica de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Professora Adjunta

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP - Médico-Cirúrgica, Docência

Promoção da adesão à vacinação: revisão sistemática

Isabel Torres da Costa*

Maria Irene Mendes Pedro Santos**

Isabel Maria Rodrigues Ribeiro Barroso Silva***

Andreia Jorge Silva****

Introdução: Nos países desenvolvidos, as doenças evitáveis pela vacinação têm sido reduzidas ou até mesmo eliminadas, devido aos programas de vacinação. Apesar deste sucesso, muitos pais questionam, e alguns deles ainda recusam a vacinação aos seus filhos. As crenças dos pais, atitudes e ambiente (normas sociais, acessibilidade a serviços) podem desempenhar um papel importante na vacinação. Para a vacinação de sucesso, os pais devem: estar cientes como, onde e quando ter acesso, entender por que as vacinas são necessárias e estar motivados.

Objetivos: Identificar a evidência científica atual e disponível sobre as intervenções promotoras da vacinação em pessoas que não demonstram intenção de se vacinar ou recusem a vacinação.

Metodologia: Revisão sistemática de literatura segundo o método PI[C]OD a partir da questão: Que intervenções efetivas promovem a vacinação nas pessoas que recusam a vacinação? Pesquisa efetuada em português e inglês, em bases de dados eletrônicas através da plataforma EBSCOhost, em Março de 2015; restrita ao período de 2010-2015, a artigos publicados em periódicos, com texto completo. Descritores: *Health education, Interventions, Vaccination*. Resultaram 41 artigos, sendo a amostra final de 3 após a aplicação de critérios de inclusão e exclusão, leitura do abstract e artigo.

Resultados: As intervenções identificadas são classificadas quanto ao grau de complexidade (intervenções complexas) e quanto ao alvo (face a face – alvo pais ou grupos de pais, comunitárias – dirigidas à comunidade, ou de massas se utilizados meios de comunicação). Uma das causas da variação da cobertura vacinal nos países desenvolvidos é a recusa de vacinar pelos pais. Os autores encontraram evidência limitada, o que sugere que as intervenções face a face para promover a vacinação infantil têm pouco impacto sobre o estado de imunização, conhecimento ou compreensão da vacinação, e que algumas intervenções, tais como reuniões comunitárias ou o uso dos meios de comunicação, podem ser recurso intensivo quando necessário intervir em grande escala, mas devem ser utilizados com precaução. Dada a ampla intervenção nas comunidades para promoção da vacinação, os autores referem ser surpreendente as poucas avaliações realizadas. Os responsáveis políticos e outros decisores necessitam de avaliações rigorosas sobre os efeitos das intervenções para delinear políticas baseadas na evidência.

Conclusões: A não adesão às vacinas é tão antiga como a própria vacinação e os profissionais envolvidos devem encarar cada acontecimento como uma oportunidade de fazer educação para a saúde, com o objetivo de aumentar a capacitação da população, contribuindo para a melhoria do seu nível de saúde. A tomada de consciência da população das responsabilidades face ao seu estado de saúde torna-se uma vantagem para o processo de mudança, pois a participação consciente e informada é aliada do sucesso de uma intervenção na comunidade. Os estudos indicam a necessidade de serem desenvolvidas, validadas e avaliadas intervenções que promovam a vacinação.

Palavras-chave: educação para a saúde; intervenção; vacinação.

Referências bibliográficas: Kaufman, J., Synnot, A., Ryan, R.; Hill, S., Horey, D., Willis, N., Lin, V., & Robinson, P. (2013).

Face to face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination. Retrieved from <http://www.update-software.com/BCP/WileyPDF/EN/CD010038.pdf>

Krawczyk, A., Lau, E., Perez, S., Delisle, V., Amsel, R., & Rosberger, Z. (2012). How to inform: Comparing written and video education interventions to increase human papillomavirus knowledge and vaccination intentions in young adults.

Journal of American College Health, 60(4), 316-322.

Saeterdal, I., Lewin, S., Austvoll-Dahlgren, A., Glenton, C. & Munabi-Babigumira, S. (2014). *Interventions aimed at communities to inform and/or educate about early childhood vaccination.* John Wiley & Sons.

* CHMT EPE - Unidade Torres Novas, Serviço de Consulta Externa, Enfermeira

** Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde, Docente [marirene_mps@hotmail.com]

*** Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém, Diretora da ESSH [isabel.barroso@essaude.ipsantarém.pt]

**** Direção-Geral da Saúde, Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, Diretora de Serviços

Promoção do funcionamento expressivo nas famílias com membros adultos com depressão: Que intervenções? - Uma revisão sistemática de literatura

Maria do Carmo Lemos Vieira Gouveia*

Maria Antónia Botelho,

Maria Adriana Pereira Henriques**

Introdução: A depressão é uma perturbação psiquiátrica comum, geradora de grande sofrimento nas famílias afetadas pela doença. Comunicação pobre, aumento dos conflitos, diminuição da interação familiar, falta de apoio familiar e diminuição da intimidade, são sintomas frequentes nestas famílias. Ajudar a família a efetuar a mudança, é a finalidade da enfermagem de família. Contudo, não existem programas de intervenção que orientem os enfermeiros neste processo, sendo propósito deste estudo, identificar intervenções/práticas com resultados sensíveis no domínio do funcionamento expressivo da família.

Objetivos: Identificar intervenções promotoras do funcionamento expressivo nas famílias com membros adultos com Depressão; Identificar resultados sensíveis a essas intervenções, nos vários domínios do funcionamento familiar.

Metodologia: Efetuada revisão sistemática da literatura (Joanna Briggs Institute), no período Abril-Maio 2013, com método PICO, no motor de busca EBSCO (Cinahl, Medline, Cochrane central register of controlled trials, Cochrane database of systematic reviews, Database of abstracts of reviews of effects, Mediclatina, Psychology and behavioral sciences collection, Academic search complete, Eric). A pesquisa inicial produziu 665 artigos, sendo reduzida para 204 artigos após aplicação dos limitadores: texto completo; Ano 2003-2013; revisto por especialistas; pacientes externos. Pela leitura dos títulos e resumos selecionaram-se 18 artigos, dos quais 8 foram incluídos no estudo.

Resultados: Identificaram-se seis tipos de intervenções/programas com resultados sensíveis no funcionamento expressivo das famílias: Psicoeducação, Terapia de casal, Terapia Familiar, *Keeping Families Strong*, Terapia Cognitiva Comportamental e *Check-UP* Familiar. Os componentes da intervenção aplicados por enfermeiros incluíram a psicoeducação, resolução de problemas, diagrama de padrões circulares e as cartas terapêuticas. As intervenções identificadas produziram mudanças de comportamento e padrões de interação mais construtivos nas famílias, facilitando a comunicação, a proximidade e o estreitamento dos laços afetivos nas famílias e promovendo o seu funcionamento global. Estas intervenções também permitiram uma nova compreensão da pessoa doente e da sua doença, que associada às novas formas de comunicar, teve um efeito positivo na diminuição do sofrimento e sobrecarga da família, na melhoria dos sintomas depressivos e na estabilização da doença.

Conclusões: A evidência dos dados resultantes da aplicação das intervenções identificadas nas famílias em estudo salienta os resultados positivos no domínio do funcionamento expressivo da família, reforçando a pertinência da sua aplicação em contexto clínico. Os resultados obtidos neste estudo serão aplicados no desenvolvimento de um programa de intervenção para promoção do funcionamento expressivo em famílias com membros adultos com depressão.

Palavras-chave: família; funcionamento expressivo; emoção expressa; depressão; enfermagem de família; intervenção na família.

Referências bibliográficas: Katsuki, F., Takeuchi, H., Konishi, M. S., Sasaki, M., Murase, A. N., Toyoda, H., ... Furukawa, T. A. (2011). Pre-post changes in psychosocial functioning among relatives of patients with depressive disorders after brief multifamily psychoeducation: A pilot study. *BMC Psychiatry*, 11(1), 56-62.

Keitner, G. I., Archambault, R., Ryan, C. E., & Miller, I. W. (2003). Family therapy and chronic depression. *Journal Of Clinical Psychology*, 59(8), 873-884.

Marshall, A. J., & Harper-Jacques, S. (2008). Depression and family relationships: Ideas for healing. *Journal Of Family Nursing*, 14(1), 56-73.

Uebelacker, L. A., Hecht, J., & Miller, I. W. (2006). The family check-up: A pilot study of a brief intervention to improve family functioning in adults. *Family Process*, 45(2), 223-236.

* Universidade da Madeira, Centro de Competência de Tecnologias da Saúde, Professor Adjunto

** Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Professor Coordenador

Revisión bibliográfica de las mujeres climatericas en atención primaria

Ana Maria Carrobles Garcia *

Minerva Velasco Abellán **

Sagrario Gomez Cantarino ***

Introducción: El climaterio es una etapa caracterizada por la pérdida gradual y progresiva de la función ovárica que implica una serie de cambios hormonales que ocasionan síntomas muy variables de unas mujeres a otras, en cuanto a diversidad, intensidad y duración. Mientras unas lo viven como un reto y un momento de máxima realización otras lo ven como algo patológico, necesitando ayuda del personal de enfermería. Esto hace del climaterio un problema sociodemográfico, sanitario y económico de primer orden.

Objetivos: Objetivo principal: identificar el significado del climaterio en la mujer. Objetivos secundarios: describir el climaterio, y sus efectos sobre la calidad de vida y salud de las mujeres; conocer las diferentes manifestaciones físicas y psicológicas del climaterio y su sexualidad; identificar los problemas de salud de la mujer en la menopausia y el climaterio; analizar la práctica asistencial de la mujer menopáusica y climaterica.

Metodología: Revisión bibliográfica descriptiva, Estudio detallado, selectivo y crítico que integra información esencial sobre la mujer climaterica. En el que se resume, detalla, identifica, conoce, proporciona y muestra la exploración de la naturaleza de un fenómeno social concreto, como es la mujer en el climaterio. La búsqueda se realizó en Bases de datos de ciencias de la salud como PubMed, medline, y google académico. Pubmed: Los descriptores son las palabras claves que he utilizado para la búsqueda – *Climaterio o menopausia; Síndrome climaterico; Síndrome climaterico y ansiedad o depresión.*

Resultados: Tras la revisión realizada queda claro que en general las mujeres al desaparecer la menstruación por un lado perciben una pérdida de feminidad, quizás porque la sociedad relaciona la menstruación con la capacidad de reproducción y la falta de ella sea relacionada con la vejez. Pero en la revisión realizada también hay un gran número de mujeres que ven esta etapa como una liberación, desaparece el riesgo de quedar embarazadas, y les proporciona una mayor seguridad en ellas mismas siendo el momento de mayor realización de la mujer. En la revisión realizada se afirma que el nivel de formación también influye y tienen una mejor actitud para afrontar esta etapa de sus vidas las que tienen mayor formación. Igualmente se puede comprobar que las mujeres que viven en el campo en zonas rurales llegan antes al climaterio que las que viven en las ciudades y no tienen la misma información.

Conclusiones: La demanda sanitaria femenina, referida a *problemas* o cambios surgidos en el climaterio ha sufrido un importante incremento. Mucha de la literatura consultada habrá del desconocimiento que refieren las mujeres en este periodo, tanto desde el punto de vista fisiológico y psicológico. Esto conduce a prácticas poco saludables, ansiedad y miedo. Lo que desemboca en posibles enfermedades con mayor prevalencia en la población de estudio. La información sanitaria, es muy positiva porque disminuye la percepción de sus problemas manifestados por las protagonistas, debemos actuar. Como responsables de la salud integral de la mujer, desarrollemos una función fundamental en la asistencia.

Palabras clave: promoción de la salud; atención de enfermería; menopausia; climaterio; vejez; educación para la salud; ansiedad; depresión; calidad de vida; síndrome climaterico.

Referencias bibliográficas: Balboa, M., Pérez, M. & Sarasola, J. L. (2012). Propuestas saludables para el envejecimiento activo. *Revista de Educación Hekademos*. 11(5), 29-36.

Francés Ribera, L. (2003). *Análisis modelos culturales de la menopausia* (Tese de doctorado). Universidad de Barcelona, España.

Gómez Cantarino, S., Duque Teomiro, C., & Sukkariéh Noria, S. (2015). *Principios de educación médica: Desde el grado hasta el desarrollo profesional*. Panamericana.

Thomas Ann, G. (1999). *Esa mujer en que nos convertimos: Mitos, cuentos y leyendas sobre las enseñanzas de la edad*. Barcelona, España, Barcelona.

* Facultad de Ciencias Sociales de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería, Enfermería, Profesor Asociado de Enfermería Comunitaria

** UCLM, Enfermería y Fisioterapia, Enfermería [minervava@hotmail.com]

*** UCLM, Campus Toledo, Escuela Enfermería y Fisioterapia. Campus Toledo, Profesora [sagrario.gomez@uclm.es]

Un problema emergente de salud y su respectiva actuación enfermera: obesidad infantil

Minerva Velasco Abellán*
 Sagrario Gomez Cantarino**
 Ana Maria Carrobles Garcia***

Introducción: La obesidad se ha incrementado de forma alarmante en los países desarrollados y en desarrollo, constituye el principal problema de malnutrición del adulto y es una enfermedad que se ha visto aumentada notoriamente en la población infantil. El propósito principal de esta investigación será describir este fenómeno a fin de demostrar la necesidad de elaborar intervenciones específicas posteriores, de tipo preventivo, con el objetivo último de mejorar la calidad asistencial y la salud comunitaria.

Objetivos: Describir las actuaciones enfermeras necesarias para disminuir el impacto de la obesidad en la infancia. Objetivos secundarios: enumerar las políticas de prevención infantil desarrolladas a diferentes niveles; identificar factores de éxito y fracaso de las intervenciones de prevención de la obesidad infantil; conocer los datos epidemiológicos más recientes sobre la prevalencia de ésta, así como las últimas aportaciones sobre la conceptualización de este fenómeno.

Metodología: Se realizó la búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos y posteriormente se elaboró la revisión. La base de datos más utilizada fue Medline, con el tesoro MeSH. La estrategia de búsqueda ha comprendido los términos childhood obesity, prevention, nutrition and complication solos o en combinación. Criterios de inclusión: Artículos, y publicaciones de los últimos 10 años. Tema el estudio de Sobrepeso y Obesidad en Pediatría. Humanos de ambos sexos, población de 0-18 años.

Criterios de exclusión: Estudios con resultados sin significancia estadística. Estudios que incluyen a poblaciones de adultos.

Resultados: En comparación con el resto de países de Europa, España se sitúa en una posición intermedia en el porcentaje de adultos obesos. En los niños españoles de 10 años la prevalencia de obesidad es sólo superada en Europa por los niños de Italia, Malta y Grecia. La obesidad en la población infantil, se sitúa en el 13,9%, y la de sobrepeso, en el 12,4%. Siendo superior en varones que en mujeres. Las mayores cifras se detectan en el grupo de edad de 6-12 años. En función del riesgo de desarrollar la enfermedad, las estrategias de prevención se dividen en: prevención universal - dirigida a todos los niños; prevención selectiva - niños con mayor riesgo de desarrollar obesidad; prevención diana - niños con sobrepeso, para evitar que sean obesos. Para el tratamiento es necesario un compromiso político sostenido y la colaboración de muchas partes interesadas, tanto públicas como privadas. Asimismo la familia y el entorno escolar son los eslabones más directos.

Conclusiones: La implementación adecuada de las cartillas de crecimiento y desarrollo son una herramienta de detección importante para la detección de problemas durante la infancia. Un diagnóstico precoz de la tendencia del aumento de peso por encima de lo esperado nos ayudaría a implementar estrategias que nos permitan evitar la obesidad. Varios estudios ponen de manifiesto que, para revertir la situación, se necesitan acciones integrales que involucren a agentes en red, de los ámbitos social, sanitario y educativo.

Palabras clave: obesidad infantil; prevención; nutrición y complicaciones.

Referencias bibliográficas: Jackson-Leach, R., & Lobstein, T. (2006). "Estimated burden of pediatric obesity and comorbidities in Europe: Part 1: The increase in the prevalence of child obesity in Europe is itself increasing". *International Journal of Pediatric Obesity*, 1(1), 26-32.

World Health Organization. (1998). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Geneva, Suisse: Author.

World Health Organization. (2007). *The challenge of obesity in the european region and the strategies for response*. Copenhagen, Denmark: Author.

Yanovski, S. Z., & Yanovski, J. A. (2002). Obesity. *The New England Journal Medicine*, 346, 591-602.

* UCLM, Enfermería y Fisioterapia, Enfermería [minervava@hotmail.com]

** UCLM, Campus Toledo, Escuela Enfermería y Fisioterapia, Campus Toledo, Profesora [sagrario.gomez@uclm.es]

*** Facultad de Ciencias Sociales de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería, Enfermería, Profesor Asociado de Enfermería Comunitaria

Valores de vida em estudantes do ensino superior envolvidos em educação pelos pares

Agostinha Esteves Melo Corte*
Irma da Silva Brito**

Introdução: O Inventário de Valores de vida possui 14 dimensões. Realização-novos desafios e trabalho árduo; Pertença-ser aceite pelos outros; Preocupação com ambiente-protéger o ambiente; Preocupação com outros-ajudar outros; Criatividade; Prosperidade económica; Saúde e atividade física; Humildade; Independência-fazer as coisas à sua maneira; Lealdade família ou grupo-seguir tradições e expectativas da família/grupo; Privacidade-ter tempo/espaco para si; Responsabilidade-honesto e digno de confiança; Compreensão científica-resolver problemas usando a lógica; Espiritualidade (Almeida, 2005). O voluntariado jovem pode promover valores de vida e cidadania ativa.

Objetivos: Caracterizar a importância atribuída aos valores de vida, o sentido de coerência, a autoestima e os estilos de vida (padrão de consumo de álcool e comportamentos de adesão à proteção sexual) dos jovens que se envolvem em intervenções de Educação pelos Pares, segundo a sua experiência prévia em voluntariado.

Metodologia: Estudo exploratório/descritivo focado na autoperceção dos estudantes do ensino superior que se envolvem em intervenções de Educação pelos Pares da rede *Peer-education Engagement and Evaluation Research*. Utilizaram-se as escalas: o Inventário dos Valores da Vida-IVI (Almeida, 2002), Graffar adaptada para Portugal (Amaro, 1990), Escala de Sentido de Coerência-SCO (Geada em 1990), Escala AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) (Cunha, 2002), o questionário CAGE (*Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*), de Ewing, (2010)

Resultados: Para jovens com experiência de voluntariado o mais importante é Realização. As mulheres apresentam maior diferença na média da atribuição de importância Preocupação com outros, Lealdade família ou grupo e Responsabilidade. Quem vive com família atribui importância Pertença, Prosperidade económica, Saúde e atividade física, Lealdade família ou grupo, Privacidade. Com o nível socioeconómico melhor valoram Pertença, Saúde e atividade física. Nos estilos de vida os que não bebem pontuam Preocupação com outros, os que bebem valoram Prosperidade económica, Saúde e atividade física e Privacidade. Os que não se envolveram em sexo desprotegido sob efeito do álcool valoram Preocupação com outros, Lealdade família ou grupo e Compreensão científica. Quem afirma não ter risco sexual pontuam Responsabilidade. Se fizeram teste VIH referem Prosperidade económica, Saúde e atividade física, Humildade, Independência e Privacidade e se não fizeram atribuem importância à Compreensão científica. Com menor pontuação no AUDIT e CAGE valoram Preocupação com outros, Independência, Lealdade família ou grupo, Responsabilidade, Compreensão científica e Espiritualidade.

Conclusões: A importância atribuída aos valores de vida correlaciona-se com o sentido de coerência, a autoestima e os estilos de vida em especial com o padrão de consumo de álcool e comportamentos de adesão à proteção sexual. Contudo não se verifica diferença entre os jovens que já estão envolvidos em atividades de voluntariado e os jovens que se envolvem pela primeira vez em intervenções de Educação pelos Pares, contudo a Preocupação com os outros correlaciona-se com não beber, embriagar-se e ter sexo desprotegido, enquanto a Responsabilidade é mais evidente nas mulheres e em quem refere não ter risco sexual.

Palavras-chave: valores de vida; voluntariado; educação pelos pares.

Referências bibliográficas: Almeida, J. R. (2011). *O voluntariado na adolescência: Um estudo exploratório sobre o impacto na auto-eficácia e na concepção positiva de si*. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Portugal. Recuperado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/4871>

Almeida, M. L. (2006). *Inventário dos valores de vida*. Lisboa, Portugal: Autor.

Brito, I. & Mendes, F. (2012). *PEER: Avaliação de projectos de Educação pelos Pares*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Recuperado de <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=100021&code=132641739>

Homem, F. B. (2012) *Supervisão de jovens educadores de pares: Desenvolvimento de uma teoria explicativa*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Recuperado de <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24058&code=262>

* Escola Superior de Saúde de Guarda, UTC de Enfermagem, Professora Adjunta [agostinhac@gmail.com]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCPESPFC e PEER, Prof Adjunta [irmabrito@esenfc.pt]



Referência
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

SAÚDE ESCOLAR

SCHOOL HEALTH

SALUD ESCOLAR

Estilos de vida e consumo de álcool e outras drogas em estudantes de enfermagem

Ana Filipa Couceiro Virginio

Irma da Silva Brito*

Armando Manuel Marques Silva**

Introdução: O ambiente universitário facilita o acesso ao álcool e outras drogas. Estudos demonstram que o consumo aumenta após a inserção neste meio. Os índices de uso e abuso chegam a ser mais elevados na população universitária do que em geral. O contexto académico é rico em rituais e tradições que se têm adaptado aos novos tempos, sobretudo à pressão da indústria recreativa. Por isso engloba uma multiplicidade de comportamentos, de rituais, de simbologias, de eventos musicais e de saídas noturnas.

Objetivos: Caracterizar estilos de vida e os consumos de álcool e outras drogas em estudantes de enfermagem recém-ingressados no curso. Perceber de que forma os consumos de álcool e outras drogas se relacionam com o estilo de vida, em estudantes de enfermagem recém-ingressados no curso.

Metodologia: Estudo epidemiológico transversal, descritivo e correlacional, cujos instrumentos de recolha de dados consistiram no questionário *Estilo de Vida Fantástico* (Silva, Brito, & Amado, 2014), Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), traduzida e validada para a população portuguesa por Santos e Maia, (2003), versão abreviada do Questionário de Bem-Estar Psicológico (QBEP; Rainho, 2012) e a Escala de Silhuetas de Stunkard et al. (1983). Após consentimento, foi aplicado a todos os estudantes presentes em sala de aula, na primeira semana de integração ao curso de enfermagem.

Resultados: Inquiriram-se 309 estudantes do 1º ano de enfermagem: 72 homens e 237 mulheres; média idade 19,1±3,9 anos; 97,8% solteiros; 88,3% têm 1 matrícula no ensino superior; 43,0% vivem com colegas/amigos; média IMC 22,2±3,4Kg/m²; 71,2% satisfeitos com imagem corporal; média autoestima 32,9±4,7 pontos; média Bem-estar psicológico 20,2±4,4 pontos. Saem em média 1,4±0,9 noites/semana e gastam em média 8,7±5,3€. Fumam diariamente 23,9% (74) e desses 74,3% fuma até 10 cigarros e 12,2% mais de 10 cigarros. A maioria (95,8%) bebe álcool e 4,4% (13) refere ingestão de mais de 8 bebidas por semana. Usam substâncias ilegais 38,8%, 4,5% (14) admitem uso excessivo de medicamentos sem prescrição e 12,3% (38) bebe mais de 3 vezes por dia bebidas energéticas. As mulheres revelam consumos de tabaco e álcool e outras drogas mais acentuado e correlaciona-se negativamente com autoestima e bem-estar psicológico. Há correlação negativa entre estilo de vida e IMC. Têm estilo de vida mais baixo os que fumam diariamente, bebem mais de 7 bebidas/semana, fazem *binge drinking*, fazem policonsumo. Os que têm ≥2 matrículas no ensino superior fumam mais, ingerem mais álcool e outras drogas e conduzem mais sob efeito do álcool.

Conclusões: Para muitos estudantes a frequência do ensino superior pode constituir a última oportunidade para viverem transformações significativas, antes de assumirem maiores responsabilidades na sua vida social, familiar e profissional. Por isso o tipo de consumo mais frequente é o festivo e recreativo, onde se procura o efeito euforizante das substâncias. Normalmente realiza-se em pequenos grupos os consumos nocivos de drogas lícitas (tabaco e álcool), passando, posteriormente, para o consumo de drogas ilícitas. Consolidam-se dependências com impacto na saúde e, por isso, o projeto PEER (Brito & Mendes, 2009) implementa ações de conscientização para o autocuidado no sentido de se promover estilos de vida saudável.

Palavras-chave: estilos de vida; consumo de álcool e outras drogas; ensino superior; estudantes de enfermagem.

Referências bibliográficas: Brito, I., & Mendes, F. (2009). *PEER-IESS: Instituições de ensino superior salutogénica*. Recuperado de http://www.esenfc.pt/site/?module=esenfc&target=outreach-projects&id_projeto=236&id_aps=9&tipo=APS
Brito, I., Silva, M., Simões, M., Nóbrega, M. & Ferreira, F. (2014). Diálogos sobre pesquisa-ação participativa em saúde. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(Supl. 2), 890-896.

Pedroso, R., & Brito, I. (2014). *Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: Estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Silva, A., Brito, I., & Amado, J. (2014). Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1901-1909. doi: 10.1590/1413-81232014196.04822013

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCPESPFC e PEER, Prof Adjunta [irmabrito@esenfc.pt]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa - ICS Porto [armandos@esenfc.pt]

Estudo sobre o consumo de Álcool nos jovens do 12º ano de uma escola da Figueira da Foz

Maria de Fátima Serafim Soares*, Maria de Fátima Santos Claro**,
Carlos João Bernardes Gomes***, José Hermínio Gonçalves Gomes****

Introdução: Pretendemos monitorizar alguns aspetos relacionados com o estilo de vida dos jovens, com vista a estabelecer prioridades para uma futura intervenção. O consumo de álcool no nosso país tem sido alvo de vários estudos. O último relatório da ESPAD revela um aumento no consumo esporádico excessivo (22%), relativamente ao estudo anterior (2007). O estudo PINGA revela que 69,5% dos jovens apresentam consumos mensais e 27,7% praticam *binge drink*. Quisemos perceber se esta seria uma prioridade de intervenção no concelho.

Objetivos: Avaliar a prevalência do consumo de álcool e identificar o padrão de consumo de álcool dos estudantes do 12º ano de uma escola secundária da Figueira da Foz. Avaliar se a prática de exercício físico influencia o consumo de álcool.

Metodologia: Estudo descritivo, quantitativo, realizado a população alvo composta por 127 alunos do 12º ano. A colheita de dados foi realizada através de um questionário de autopreenchimento, sobre estilos de vida saudáveis, incluindo o consumo de álcool.

Resultados: A população é constituída por 127 estudantes do 12º ano, sendo 54 do sexo masculino e 73 do sexo feminino. A média de idades da população é de 17,37 anos com um desvio padrão de 0,8. A prevalência de consumo de álcool nesta população é de 59,8%. A maioria 27,6% refere ter iniciado o consumo aos 16 anos, 23,7% iniciaram aos 15 anos e 19,7% iniciaram aos 14 anos. Quanto ao contexto de consumo a maioria 39,5% referem *saídas à noite*, seguido de 25% que refere *festas* e 15,8% *saídas à noite e festas*. A maioria refere consumir *bebidas destiladas e fermentadas* (46,05%), seguido de 28,95% que referem consumir *bebidas destiladas*. Relativamente à quantidade, a maioria (18,4%) *não responde*, seguido de 15,8% que referem consumir *5 bebidas* e 10,5% que referem *4 bebidas*. 78,9% referiram já terem ficado embriagados. A maioria dos jovens que pratica exercício também consome álcool 35,79%.

Conclusões: A prevalência de consumo de álcool nesta população é de 59,8%. A maioria consome bebidas destiladas e no contexto de *saídas à noite*. A prática de exercício físico não revelou ser um fator protetor relativamente ao consumo de álcool. Tendo em conta os nossos resultados acerca da idade de início do consumo de álcool, consideramos importante iniciar a abordagem ao tema em contexto escolar no 6º e 7º anos. Tendo em conta o contexto do consumo de álcool é importante delinear, em simultâneo, estratégias de intervenção comunitária nos locais de *saídas à noite e festas*.

Palavras-chave: álcool; jovens; meio escolar; saídas à noite.

Referências bibliográficas: Mello, M. L., Barrias, J. C., & Breda, J. J. (2001). Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2014). *Programa nacional de saúde escolar*. Lisboa, Portugal: Autor.

Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência. (2012). *Resumo: Relatório ESPAD 2011: Consumo de substâncias entre os alunos de 36 países europeus*. Luxemburgo, Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.

Reis, A., Barros, J., Fonseca, C., Parreira, L., Gomes, M., Figueiredo, I., & Matapa, S. (2011). Prevalência da ingestão de álcool nos adolescentes: Estudo PINGA. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(4), 338-346. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpcg/v27n4/v27n4a04.pdf>

* EsenfC, Docente [fatimaserasofes@esenfc.pt]

** ACES Baixo Mondego, UCC Farol do Mondego, Enfermeira [claro.fatima@gmail.com]

*** Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, Reabilitação de Vertebro Medulares, Enfermeiro

**** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Docente [herminio@esenfc.pt]

Obesidade em meio escolar

Vanessa dos Santos Cardoso Monteiro*

Jóni André Borges Madureira**

Carlos Alberto Simão Alves***

Introdução: O presente estudo debruça-se sobre a problemática da obesidade infantil em alunos do 2º ciclo do ensino básico. A obesidade é uma doença crónica, multifatorial e multissistémica (Ramos & Barros, 2007), um sério desafio de saúde pública com proporções epidémicas, sendo a doença pediátrica mais comum a nível mundial (Antunes & Moreira, 2011). Visa servir de suporte à gestão dos cuidados de saúde, mais especificamente na definição de objetivos operacionais a estabelecer no âmbito da Unidade de Cuidados na Comunidade.

Objetivos: Avaliar o estado nutricional das crianças do 5º e 6º anos; classificar o estado nutricional das crianças; determinar a taxa de prevalência de excesso de peso e obesidade na amostra; caracterizar os hábitos alimentares das crianças do 5º e 6º anos; caracterizar a atividade física das crianças do 5º e 6º ano.

Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo, de natureza descritiva e transversal. Foi pedido o consentimento livre e esclarecido aos Encarregados de Educação para a participação dos alunos do 2º ciclo de uma escola de Vila Real. Recorreu-se à aplicação de um questionário para avaliar hábitos alimentares, atividade física e parâmetros antropométricos (classificação do estado ponderal). Participaram 199 alunos, que correspondem a uma amostra de 33,7% da população. Para tratamento dos dados recorreu-se ao Programa SPSS 17.0. Recorremos à estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Relativamente ao consumo de porções diárias de alimentos destaca-se que: 26,1% consome quatro a onze porções de cereais, derivados e tubérculos; 21% três a seis porções de hortícolas; 34,7% três a cinco porções de fruta; 55,9% duas a três porções de laticínios; 78,5% 1,5 a 4,5 porções de carne, pescado e ovos; 65,3% uma a duas porções de leguminosas; 76,4% uma a três porções de gorduras e óleos; 61,3% bebem água às refeições. Relativamente à prática de atividade física, 82,5% praticam atividades físicas leves; 71,4% moderadas e 50,3% intensas. 56,3% praticam modalidades desportivas extraescola, com diferenças estatisticamente significativas entre sexos (χ^2 : $p=0,038$), com os rapazes a praticarem mais do que as raparigas. Quanto ao Percentil de IMC: 6,5% apresenta magreza, 76,4% normal, 13,1% excesso de peso e 4,0% obesidade. Sem diferenças estatisticamente significativas (MW: $p=0,392$) entre a média das posições das classes de IMC percentilado dos dois sexos.

Conclusões: Salientam-se os consumos alimentares inadequados, nomeadamente ao nível da ingestão de: cereais, derivados e tubérculos (apenas 26,1% consome 4 a 11 porções); hortícolas (apenas 21% consome 3 a 6 porções); fruta (apenas 34,7% consome 3 a 5 porções) e consumo de alimentos não saudáveis (hambúrgueres, gomas e rebuçados). A grande maioria dos alunos 82,5% pratica atividades físicas. A prevalência da pré-obesidade situa-se em 13,1% e da obesidade em 4%. Este estudo permitiu um retrato local da problemática, reforçando a importância da intervenção a nível da promoção e proteção da saúde.

Palavras-chave: obesidade infantil; saúde escolar.

Referências bibliográficas: Antunes, A., & Moreira, P. (2011). Prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças e adolescentes portugueses. *Acta Médica Portuguesa*, 24(2), 279-284.

Ramos, E., & Barros, H. (2007). Family and school determinants of overweight in 13-year-old portuguese adolescents. *Acta Paediatrica*, 96(29), 281-286. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00107.x

* Unidade de Cuidados na Comunidade Vila Real I, Enfermeira

** Aces Douro I, Marão e Douro Norte, Unidade de Cuidados na Comunidade de Vila Real I, Enfermeiro

*** Aces Douro I, Marão e Douro Norte, Unidade de Cuidados na Comunidade Vila Real I, Enfermeiro

Saúde e qualidade de vida na percepção de estudantes de enfermagem

Manuel de Jesus Garção do Espírito Santo*

Olga Joaquina Vaz Batista Louro**

Ana Paula Calado Baptista Enes de Oliveira***

Sofia Maria Borba Roque****

Introdução: A qualidade de vida é um conceito largamente utilizado na comunidade científica. No entanto, o mesmo não é consensual no que confere à sua definição, estrutura e medidas de avaliação. Porém, expressa-se concordância quanto ao considerar-se um constructo abrangente, concorrendo para o mesmo várias dimensões da vida das pessoas, sendo a saúde somente uma dessas dimensões. Nos contextos formativos da enfermagem, a realidade vivenciada pelos estudantes, pode influenciar a percepção da saúde e qualidade de vida dos estudantes de enfermagem.

Objetivos: Conhecer a percepção sobre saúde e qualidade de vida (QdV) dos estudantes do 1º e do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem, de uma instituição de ensino superior do Alentejo.

Metodologia: Estudo de cariz quantitativo, transversal e descritivo. A população alvo foram os estudantes do 1º e do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem, de uma instituição de saúde do Alentejo, sendo a amostra do estudo constituída por 125 alunos. A colheita de dados ocorreu em janeiro de 2015. O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário WHOQOL-bref. Foi utilizada estatística descritiva (IBM SPSS Statistics 22).

Resultados: As idades dos estudantes estão compreendidas entre os 18 e 50 anos, com uma média de 21,7 anos. Quanto ao género, a moda é o género feminino com 98 estudantes e o masculino com 27. No que confere ao distrito a moda é Portalegre, com 45 estudantes. Os valores médios dos quatro domínios da QdV apresentaram uma boa percepção deste conceito, sendo o domínio das relações sociais o que obteve a pontuação média mais elevada (3,95) e o domínio ambiente a mais baixa (3,63). Os estudantes colocam-se em média, na categoria de satisfeito, no que concerne à sua saúde (4,05). Foram ainda estudadas associações entre a percepção do estado de saúde e da qualidade de vida, as quais são consistentes com a literatura consultada, verificando-se que quanto mais elevada a satisfação com a saúde mais elevado o valor da avaliação subjetiva da qualidade de vida.

Conclusões: Conclui-se ausência de insatisfação no que concerne à qualidade de vida e saúde dos estudantes em causa. Os resultados obtidos permitiram identificar aspetos que poderão ser trabalhados para melhorar a vida dos estudantes, possibilitando o delineamento de estratégias que visam responder a peculiaridades de grupo ou individuais.

Palavras-chave: saúde; qualidade de vida; percepção; estudantes de enfermagem.

Referências bibliográficas: Carvalho, A. (2007). *Promoção da saúde: Conceções, valores e práticas de estudantes de enfermagem e de outros cursos do ensino superior* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Braga, Portugal.

Fleck, M. (2008). *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Michalos, A. C. (2004). Social indicators research and health-related quality of life research. *Social Indicators Research*, 65(1), 27-72. doi: 10.1023/A:1025592219390

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.

* Escola Superior de Saúde de Portalegre, Ciências e Tecnologias da Saúde - Enfermagem, Docente

** Escola Superior de Saúde de Portalegre, Ciências e Tecnologias da Saúde - Enfermagem, Docente

*** Escola Superior de Saúde de Portalegre, Ciências e Tecnologias da Saúde - Enfermagem, Professora Adjunta [pauloliveira@essp.pt]

**** Escola Superior de Saúde de Portalegre, Fundamentos de Enfermagem, Assistente de 2º triénio

Saúde Oral Bibliotecas Escolares (SOBE) em Miranda do Corvo

Dora Cristina Lopes Caetano Lamas*

Maria José Vale**

Maria Alice Cordeiro Alves***

Introdução: A Direção-Geral da Saúde (DGS), o Plano Nacional de Leitura (PNL) e a Rede de Bibliotecas Escolares (RBE), protocolaram, em 2012, uma colaboração estreita no âmbito da promoção da Saúde Oral. Desta colaboração, nasceu o projeto Saúde Oral Bibliotecas Escolares (SOBE). A UCC Torre de Sinos e o Agrupamento de Escolas de Miranda do Corvo abraçaram desde o início este projeto e hoje a sigla SOBE é já bem conhecida em toda a Comunidade Educativa.

Objetivos: Promover a saúde oral em crianças de idade pré-escolar e escolar, envolvendo parceiros da comunidade educativa. Gizar estratégias de promoção da leitura, tomando como pretexto o desenvolvimento do programa de prevenção da saúde oral. Consciencializar a comunidade educativa para a ecologia promovendo a reciclagem de escovas de dentes usadas, através do EcoEscovão.

Metodologia: O projeto teve como enfoque central a importância da higiene oral e da alimentação saudável através da animação da leitura de várias obras de literatura Infantil. Na educação pré-escolar foi criado um ambiente lúdico, musical, divertido, que orientou até aos princípios básicos da higiene oral e da alimentação saudável; no 1º CEB, para além da literatura, foi utilizado o jogo de mesa da *Science4you*-Jogo de Nutri Ventures em busca dos 7 reinos – Roda dos Alimentos. As sessões do projeto foram finalizadas com o lançamento do EcoEscovão.

Resultados: O projeto submetido a avaliação foi aprovado pela DGS. Foi desenvolvido em parceria com 2 bibliotecas escolares e a biblioteca da Fundação ADFP, com a Biblioteca Municipal e com a UCC Torre de Sinos. Foram realizadas 30 sessões de educação para a saúde, envolvendo 8 estabelecimentos de ensino da educação pré-escolar e 8 escolas de 1º CEB, num total de 195 crianças do pré-escolar, 405 crianças do 1º CEB, 13 educadoras e 25 professores. Foram distribuídos 640 Kits de saúde oral. Da avaliação realizada, com alunos e docentes, as dinâmicas de animação do projeto SOBE tiveram o mérito de ter reunido um conjunto de obras e materiais desconhecidos que captou a atenção e interesse dos envolvidos tendo conduzido a aprendizagens significativas. Foi também enaltecido o facto de a relação e distribuição de conteúdos abordados entre as dinamizadoras (professora bibliotecária, técnicos da biblioteca municipal e enfermeira) serem equilibrados quanto ao tempo de divulgação e dos conteúdos específicos de cada área.

Conclusões: Este projeto, integrado no plano de ação da UCC Torre de Sinos através do programa Nacional de Saúde Escolar, assumiu uma estratégia inovadora, usou criatividade nas dinâmicas estabelecidas com os alunos e com os docentes e conseguiu alcançar os objetivos a que se propôs. Para além disso, proporcionou o estreitamento da relação entre a educação e a saúde, abrindo portas para a continuação desta forma de trabalho, ficando no horizonte a possibilidade de aplicar esta estratégia noutras áreas de promoção da Saúde.

Palavras-chave: saúde oral; bibliotecas escolares; alimentação; reciclagem.

Referências bibliográficas: Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (s.d.). *NutriVentures*. Recuperado de <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/parcerias-e-projetos/projetos-a-nivel-nacional/nutri-ventures/>

Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (s.d.). *Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral: Projecto SOBE 350.000: Relatório dos anos lectivos 2012/2013, 2013/2014*. Recuperado de http://www.sobe.pt/WebRoot/Store/Shops/2933-120726/MediaGallery/PDF/Relatorios/Relatorio_SOBE_350_OUT2014.pdf

Graça, P. (Ed.). (s.d.). *Alimentação e saúde oral*. Recuperado de <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/media/1137/alimentação-e-saúde-oral.pdf>

MOMS: *Miúdos optimistas, miúdos saudáveis!* (s.d.). Recuperado de <http://www.moms.pt/#!ecoescovinha/c10r4>

* ARSC - ACES PIN [lamas.dora@gmail.com]

** DGE - Escola José Falcão de Miranda do Corvo, Biblioteca Escolar, Professora Bibliotecária

*** DGE - Escola José Falcão de Miranda do Corvo, Biblioteca Escolar, Professora Bibliotecária

Saúde oral para os mais pequenos: tecnologia educativa em contexto escolar

Nuno Miguel Pereira Branco*
Paula Cristina C. Neto Lopes

Introdução: As medidas de promoção da saúde oral estão largamente difundidas mas nem sempre a informação basta para a adesão das crianças a uma correta higienização da boca ou para evitar o consumo de alimentos cariogénicos; sendo necessário um modelo de intervenção educativa especificamente dirigido à faixa etária 3-9 anos, nas escolas públicas. No âmbito do projeto PEER (Brito & Mendes, 2009) desenhou-se a tecnologia educativa *Saúde oral para os mais pequenos* para ser aplicada pelos estudantes de enfermagem visando promover a higienização oral.

Objetivos: Esta tecnologia educativa foi concebida para ser aplicada por estudantes de enfermagem. Visa aumentar a literacia em saúde oral nas crianças, proporcionando reflexão sobre os comportamentos de higienização da boca e promovendo a adesão à escovagem diária. Pretende-se refletir sobre a forma como auxilia na promoção da educação em saúde oral e avaliar o processo de implementação e validação da aplicação pedagógica para melhoria do Índice de Higiene Oral.

Metodologia: Este projeto baseia-se na realização de intervenções de sensibilização para a saúde oral utilizando práticas interativas. É um modelo de intervenção educativa que, através de questões colocadas durante 2 sessões, faz gerar aprendizagem, debate de ideias entre as crianças e treino de escovagem dos dentes. Tem sido aplicada pelos estudantes do 3º e 4º ano de enfermagem e procedeu-se à validação por análise de conteúdo dos relatórios das sessões onde são registados indicadores de processo, participação e satisfação e das sínteses finais de aprendizagem dos estudantes onde expressam o seu desempenho pedagógico.

Resultados: É um modelo de intervenção educativa dialógica. Na sessão 1 são colocadas questões para conscientização acerca da saúde oral, depois é feito o treino de escovagem dos dentes e esclarecimento de dúvidas recorrendo a modelos anatómicos. Finaliza-se com entrega de folheto reflexão para os pais/educadores. Na sessão 2 são distribuídas figuras em forma de cartão que fazem gerar debate de ideias sobre alimentação cariogénica. Com o preenchimento da ficha de trabalho *Saúde oral para os mais pequenos*, quantifica-se os dados relativos a cada sessão. Desde 2013 foram realizadas sessões a 499 alunos do 1º ano e 249 crianças do pré-escolar, abrangendo a totalidade das escolas públicas da área e incluindo os educadores, professores e pessoal não docente. Tem demonstrado ser um recurso muito útil e de fácil aplicação, pois a participação das crianças e o desempenho dos estudantes de enfermagem nas sessões é elevado, expressos nos relatórios das sessões e sínteses finais de aprendizagem. Esta informação permitiu validar a tecnologia e monitorizar o processo.

Conclusões: Este modelo de intervenção educativa tem-se revelado muito útil: os estudantes de enfermagem que o dinamizam exercitam competências pedagógicas de elevada exigência e as crianças-alvo aumentam a sua literacia em saúde oral. Permite padronizar uma tecnologia educativa dirigida a um grupo comunitário específico o que irá facilitar, no futuro, avaliar a eficiência de um programa de saúde oral em meio escolar. Salienta-se que o aspeto mais referido na avaliação das sessões é o seu carácter lúdico-pedagógico e o facto de possibilitar o treino da escovagem dos dentes.

Palavras-chave: enfermagem; saúde escolar educação em saúde; promoção; saúde oral.

Referências bibliográficas: Brito, I. (2014). Um modelo de planeamento da promoção da saúde: Modelo PRECEDE-PROCEED. In R. Pedroso & I. Brito (Eds.), *Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: Estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra* (pp. 17-31). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2005). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral* (Circular normativa nº 1/DSE, de 18/1/2005). Recuperado de http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/223/SOR_doc1.pdf

Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2008a). *Estudo nacional de prevalência das doenças orais*. Recuperado de <http://www.dgs.pt/default.aspx?cr=12995>

Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2008b). *Programa nacional de promoção da saúde oral: Escovagem dos dentes como fazer*. Recuperado de https://www.saudeoral.minsaude.pt/siso/PnpsoRepo/Folheto_Escovagem_Dentes_Como_Fazer_i007736.pdf

* Centro de Saúde Eiras- USF Coimbra Norte, Agrup. Centros Saúde Baixo Mondego, Enfermeiro [njbbranco@sapo.pt]

Tecnologia de educação sexual em contexto escolar: ABC do amor

Irma da Silva Brito*

Nuno Miguel Pereira Branco**

Paula Cristina da Conceição Neto Lopes***

Introdução: Os jovens estão constantemente expostos a mensagens explícitas ou implícitas sobre sexo e sexualidade as quais, sendo de fácil acesso, por si só não são suficientes para promover a educação sexual e uma sexualidade responsável e consciente. No âmbito do projeto PEER (Brito & Mendes, 2009) desenhou-se a tecnologia educativa *ABC do amor* para ser aplicada pelos estudantes de enfermagem a jovens do 9º ao 12º ano visando apoiar na descodificação dessas mensagens.

Objetivos: A tecnologia educativa *ABC do amor: sexualidade responsável* foi concebida por estudantes de enfermagem do grupo PEER e visa aumentar a literacia em saúde sexual dos jovens, proporcionando reflexão sobre os comportamentos sexuais e promovendo a adesão a uma sexualidade responsável. Pretende-se apresentar esta tecnologia educativa refletindo sobre a forma como auxilia na promoção da educação sexual em jovens e avaliar o processo de implementação e validação da aplicação pedagógica.

Metodologia: *ABC do amor* baseia-se na realização de intervenções de conscientização para a sexualidade, utilizando práticas interativas e dialógicas em 3 sessões, destinadas a jovens escolarizados do 9º ao 12º ano das escolas da área de abrangência duma unidade de saúde. Tem sido aplicada pelos estudantes do 3º e 4º ano de enfermagem e procedeu-se à validação por análise de conteúdo dos relatórios das sessões onde são registados indicadores de processo, participação e satisfação e das sínteses finais de aprendizagem dos estudantes onde expressam o seu desempenho pedagógico.

Resultados: *ABC do amor* um modelo de intervenção educativa dialógica. Na sessão 1 é visualizado um filme e são colocadas questões para trabalho de grupo, finalizando com questões para refletir com os pais/educadores. Na sessão 2 são distribuídas questões escritas em forma de cartão que fazem gerar debate de ideias entre os intervenientes. No final é feito esclarecimento de dúvidas recorrendo a modelos anatómicos. Desde 2013 já foram realizadas sessões que abrangeram 908 do 3º ciclo e 292 do secundário das escolas públicas da área. Tem demonstrado ser um recurso que auxilia na promoção da educação sexual em jovens, quer os do grupo alvo como os estudantes de enfermagem, pois a participação dos jovens e o desempenho dos estudantes de enfermagem nas sessões é elevado, expressos nos relatórios das sessões e sínteses finais de aprendizagem. Esta informação tem permitido validar a tecnologia e monitorizar o processo revelando ser útil, de fácil aplicação mas exigindo por parte de quem a dinamiza elevada competência.

Conclusões: Este modelo de intervenção educativa tem facilitado o duplo *empowerment* em saúde sexual: os estudantes de enfermagem que o dinamizam exercitam competências pedagógicas de elevada exigência e os jovens-alvo aumentam a sua literacia em saúde sexual. Permitted padronizar uma tecnologia educativa dirigida a um grupo comunitário específico o que irá facilitar, no futuro, avaliar a eficiência de um programa de educação sexual em meio escolar. Salienta-se que o aspeto mais referido na avaliação das sessões é o facto de possibilitar a reflexão sobre diversos aspetos relacionados com sexualidade responsável nos jovens e, assim um aumento da literacia sobre saúde sexual.

Palavras-chave: saúde escolar; tecnologias educativas; educação sexual; enfermagem comunitária.

Referências bibliográficas: Brito, I. (2014). Um modelo de planeamento da promoção da saúde: Modelo PRECEDE-PROCEED. In R. Pedroso & I. Brito (Eds.), *Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: Estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra* (pp.17-31). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Matos, M. G., Reis, M., Ramiro, L., Ribeiro, J. L., & Leal, I. (2014). Educação sexual em Portugal: Legislação e avaliação da implementação nas escolas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 335-355. doi: 10.15309/14psd150203

Ministério da Educação, & Ministério da Saúde. (2000). *Educação sexual em meio escolar: Linhas orientadoras*. Lisboa, Portugal: Autor.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCPESPFC e PEER, Prof Adjunta [irmabrito@esenfc.pt]

** Centro de Saúde Eiras- USF Coimbra Norte, Agrup. Centros Saúde Baixo Mondego, Enfermeiro [n Branco@sapo.pt]

*** ACES Baixo Mondego, USF Coimbra Norte, Enfermeira



Referência
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

SAÚDE FAMILIAR

FAMILY HEALTH

SALUD FAMILIAR

A formação das visitadoras sanitárias e as configurações particulares da saúde da família: anos 30 e 40 do século XX em Portugal

Elisa Maria Bernardo Garcia*
José Amendoeira**

Introdução: Na década de trinta, marcada pela medicina preventiva, surgiram os primeiros passos no sentido da saúde pública. Formar visitadoras sanitárias possibilitou à Direção Geral de Saúde instituir a visita domiciliária para a educação sanitária das famílias. A pobreza, aliada à ignorância dos cuidados, constituíam os principais fatores contributivos para a letalidade e mortalidade infantil. Esta comunicação proveniente do estudo, nacional, no âmbito do Doutoramento em Enfermagem, pretende contribuir para a discussão e reflexão sobre enfermagem e ensino de saúde pública

Objetivos: Pretendemos dar a conhecer a perspetiva histórica da formação das visitadoras sanitárias, no contexto da política sanitária da época, que tinham como principal missão manter os indivíduos e suas famílias saudáveis. Analisar os planos e programas dos cursos de visitadoras sanitárias para identificar a valorização da saúde dos indivíduos e famílias nas décadas em estudo. Descrever o contributo das visitadoras sanitárias para a saúde da família durante o estágio.

Metodologia: Trata-se de um estudo qualitativo com recurso à metodologia de investigação histórica. Recorremos a documentos do arquivo histórico do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Privilegiámos fontes primárias relativas aos planos e programas dos cursos de visitadoras sanitárias e relatórios de estágios das alunas do curso de 1949-50. Após a sua caracterização procedeu-se à análise documental, à crítica interna e externa o que proporcionou informações sobre análise curricular dos cursos, orientação da formação, assim como, exemplos de caracterização das necessidades familiares relatadas pelas alunas durante o estágio

Resultados: No início dos anos 30, a preocupação com a formação das visitadoras sanitárias, para o ensino das mães, centrou-se no desenvolvimento da aprendizagem relacionada com os aspetos da higiene geral, alimentar, pré natal e puericultora. Era evidente a atenção especial dada ao ensino da alimentação e dietética infantil, sobretudo, na preparação, manipulação de farinhas, leites e seus derivados cujas aulas práticas tinham lugar em laboratórios. Na década de quarenta foram ampliadas as possibilidades assistenciais das visitadoras. A formação passou a ter 8 meses de teoria, 4 de estágio, novas disciplinas e programas. Nos estágios as alunas orientadas, pelos delegados de saúde, visitadoras, enfermeiras, assistentes sociais, apropriavam-se da realidade, das condições de vida e saúde doença da população. Ampliavam o conhecimento sobre a família, através da visita domiciliária e aplicação do inquérito, para obtenção de dados relacionados com composição do agregado familiar, condições de saúde e socioeconómicas, entre outras, de forma a identificar as necessidades de educação sanitária e encaminhamentos institucionais.

Conclusões: Esta formação desenvolveu-se em pleno Estado Novo em simultâneo com as políticas de saúde e assistência à família. Os primeiros cursos tinham como finalidade ensinar os princípios fundamentais para a proteção das crianças, nomeadamente, na primeira infância e demonstrar às alunas a importância do seu trabalho com as mães. Nos anos quarenta a reforma da assistência levou a um aprofundamento desta formação. Os princípios fundamentais refletiam-se no papel social e educativo das visitadoras, na prevenção das doenças e promoção da saúde dos indivíduos, famílias e grupos e nas ligações que estabeleciam entre as diferentes instituições sociais e de saúde.

Palavras-chave: saúde pública; saúde familiar; visita domiciliária; educação sanitária; formação; visitadoras sanitárias; história de enfermagem; ensino de enfermagem.

Referências bibliográficas: Faria, J. A. (1934). *Administração sanitária*. Lisboa, Portugal: Imprensa Nacional.

Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. (n.d.) *Plano e programas do curso de visitadoras sanitárias: Curso de visitadoras sanitárias de 1949-50* (Documento não publicado). Instituto Nacional de Saúde, Biblioteca da Saúde, Lisboa, Portugal.

Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge. (n.d.) *Relatórios de estágios apresentados pelas alunas. Curso de visitadoras sanitárias de 1949-50* (Documento não publicado). Instituto Nacional de Saúde, Biblioteca da Saúde, Lisboa, Portugal.

Junior, O. C. (2011). Pesquisa documental. In T. Oguisso, P. Campos & G. Freitas (Eds.), *Pesquisa em história de enfermagem* (pp. 339-363). São Paulo, Brasil: Manole.

* Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Investigadora colaboradora da UI&DF, Doutoranda em Enfermagem [elisa.bernardogarcia@gmail.com]

** Escola Superior de Saúde de Santarém, Investigador integrado do Centro de Investigação Interdisciplinar do ICS _UCP, Professor-Coordenador

A pessoa com necessidade de cuidados paliativos: a satisfação da família

Maria Isabel Bica Carvalho*, Madalena Cunha**

João Carvalho Duarte, Suzana Maria Fernandes Serrano André***

Carlos Manuel Sousa Albuquerque

António Madureira Dias****

Introdução: A satisfação da família é um dos indicadores da qualidade dos cuidados de saúde prestados ao doente e a sua avaliação é fundamental (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Para o efeito, têm sido propostas escalas de medida que de uma forma fácil e rápida possam fornecer informação relevante sobre este indicador. No entanto, na zona centro de Portugal, desconhecem-se estudos sobre a satisfação dos familiares de doentes em cuidados paliativos.

Objetivos: Avaliar a satisfação dos familiares de pessoas com necessidade de cuidados paliativos e analisar a relação entre a satisfação dos familiares face aos cuidados prestados e as variáveis sociodemográficas.

Metodologia: Estudo descritivo correlacional numa amostra de 150 familiares de pessoas com necessidade de cuidados paliativos, da zona centro de Portugal, com idades compreendidas entre os 16 e os 81 anos e média de 37,17 (DP=1,279). Para avaliar a satisfação dos familiares dos doentes em cuidados paliativos foi utilizada a escala FAMCARE (Kristjanson, 1993), versão traduzida para português por Almeida (2012). Esta escala integra 4 subescalas: informação dada; disponibilidade dos cuidados; cuidados físicos e cuidados psicossociais. O estudo de fiabilidade da FAMCARE obteve valores de consistência interna (Alpha Cronbach) de 0,964.

Resultados: Os familiares que participaram no estudo são na maioria mulheres (73,9%), solteiros/as (48,4%), residentes na zona urbana (55,4%) e trabalhadores não qualificados (47,5%). No que respeita aos cuidados de saúde prestados, a perceção dos familiares sobre as dimensões da satisfação (informação, disponibilidade, cuidados físicos, cuidados psicossociais) apresentou o melhor resultado na *disponibilidade* ($M=8,33 \pm 2,995$ DP; $p=0,000$), sendo a resultado da satisfação global (média do somatório das dimensões) o menos adequado ($M=43,84 \pm 12,212$ DP; $p=0,000$). Em cuidados paliativos, as variáveis idade e situação profissional interferem na satisfação dos cuidados prestados. A idade revelou-se como variável preditora da satisfação, ou seja, quanto mais idade os familiares tiverem mais satisfeitos se revelam em relação aos cuidados prestados.

Conclusões: Os resultados revelaram que os homens apresentam baixo nível de satisfação face aos cuidados prestados ao seu familiar em cuidados paliativos. Os familiares c/ idade inferior a 44 anos encontram-se menos satisfeitos face aos cuidados prestados, principalmente no que se refere à disponibilidade e à informação. A avaliação da satisfação dos familiares revelou-se muito importante, pois permitiu identificar áreas a aperfeiçoar e a desenvolver no sentido de uma melhoria contínua dos cuidados. A perceção dos familiares revela alguma insatisfação nas dimensões estudadas. Haverá, por isso, a necessidade de se mobilizarem todos os intervenientes no processo de cuidados e os recursos necessários para que se possa melhorar a qualidade dos mesmos.

Palavras-chave: satisfação; família; cuidados paliativos; FAMCARE.

Referências bibliográficas: Almeida, A. C. (2012). *A família em cuidados paliativos avaliação da satisfação dos familiares dos doentes em cuidados paliativos. Contributo para a validação da escala FAMCARE*. Lisboa, Portugal: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina.

Kristjanson, L. J. (1993). Validity and reliability testing of the FAMCARE Scale: Measuring family satisfaction with advanced cancer care. *Social Science and Medicine*, 36(5), 693-701. doi: 10.1016/0277-9536(93)90066-D

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem*. Lisboa, nº 16.

* Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Professor Adjunto [isabelbica@gmail.com]

** Escola Superior de Saúde de Viseu, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Docente

*** Escola Superior de Saúde de Viseu, enfermagem comunitária

**** Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Prof Adjunto [madureiradias@gmail.com]

Capacitação para a atenção a vítimas de violência por parceiro íntimo na Atenção Básica: relato de uma experiência

Anne Caroline Luz Grudtner da Silva*

Elza Berger Salema Coelho**, Carolina Carvalho Bolsoni***

Thays Berger Conceição****

Introdução: A violência é um problema de saúde pública, cujos impactos aparecem de várias formas, como na violência entre casais. Os serviços de saúde apresentam um papel importante no enfrentamento desta violência, pois muitas pessoas procuram estes serviços para tratamento dos problemas de saúde advindos do abuso. Os serviços de saúde poderiam então servir como locais de alerta para detecção de eventos violentos e atenção aos envolvidos, entretanto muitos profissionais não se consideram ou não estão preparados para auxiliar as vítimas.

Objetivos: Percebendo essa dificuldade foi proposto um curso de capacitação sobre o tema para 2000 profissionais da saúde que atuam na atenção básica, que é a porta de entrada no sistema de saúde brasileiro. Permitindo, assim, instrumentalizar os profissionais de saúde, e que estes centros de serviço atuem no reconhecimento e acolhimento das pessoas em situação de violência antes da ocorrência de sequelas ou incidentes mais graves.

Metodologia: O curso *Atenção a Homens e Mulheres em Situação de Violência por Parceiros Íntimos* foi construído a partir de revisões bibliográficas sobre a temática e protocolos de atendimento internacionais e nacionais, e tem como principal objetivo capacitar os profissionais de saúde para perceber os casos de violência e fazer os encaminhamentos necessários, considerando também sua segurança e limites de atuação. O curso é a distância e aborda as definições da violência, políticas públicas, questões de gênero e atenção às pessoas em situação de violência; procurando relacionar teoria e prática.

Resultados: A primeira turma do curso foi formada por 315 profissionais de saúde de todas as regiões do Brasil, que atuam na atenção básica, sendo que 69% (218) eram enfermeiros e 33,6% da região Sul do país. No final de cada módulo, os alunos eram convidados a avaliar o conteúdo do mesmo, preenchendo um questionário na própria plataforma do curso. Esse questionário era composto por afirmações, que deveriam ser classificadas pelo aluno em: *perfeito, bom, ruim* ou *excessivo*. Em todos os módulos, a maioria dos alunos classificou a utilidade das informações obtidas para o seu cotidiano de trabalho e as expectativas de aplicação direta do tema estudado no seu cotidiano como perfeita; mas o módulo sobre a atenção a homens e mulheres em situação de violência foi o que apresentou maior aprovação, com 75% e o de redes de atenção a violência a menor, com 66%. Essa diferença pode ser devido a falta de estruturação desta rede de atenção no Brasil.

Conclusões: A maioria dos alunos eram enfermeiros e da região Sul. O alto índice de aprovação do conteúdo do curso sugere que os profissionais reconhecem a necessidade de capacitação no tema para oferecer um atendimento adequado à comunidade, e que conseguiram trazer as informações para o cotidiano. Ao relacionar a teoria e prática esperamos preparar estes profissionais de acordo com as diretrizes locais e mundiais, para que atuem como agentes transformadores dos centros de saúde, para que estes sejam locais de detecção e prevenção da violência por parceiro íntimo, atuando na prevenção e minimização das consequências deste problema de saúde pública.

Palavras-chave: violência doméstica; atenção básica; educação permanente; estratégia da saúde da família.

Referências bibliográficas: Alvim, S. F., & Souza, L. (2005). Violência conjugal em uma perspectiva relacional: Homens e mulheres agredidos/agressores. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(2), 171-206. Recuperado de <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/viewFile/1041/759>

Gomes, R. A. (2008). Dimensão simbólica da violência de gênero: Uma discussão introdutória. *Atenea Dígít*, 14(2), 237-243. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/120296/164309>

Kronbauer, J. F., & Meneghel, S. N. (2005). Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Revista de Saúde Pública*, 39(5), 695-701. doi: 10.1590/S0034-89102005000500001

Moreira, S. N., Galvão, I. L., Melo, C.O., & Azevedo, G. D. (2008). Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42(6), 1053-1059. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32551/34867>

* Universidade Federal de Santa Catarina, Saúde Pública, doutoranda

** Universidade Federal de Santa Catarina, Saúde Pública, professora

*** Universidade Federal de Santa Catarina, Saúde Pública, doutoranda

**** Universidade Federal de Santa Catarina, Saúde Pública, mestranda

Continuidades, avanços e ruturas: a construção da identidade profissional de enfermeiras da estratégia saúde da família no Brasil

Maria Amélia Campos de Oliveira*
Juliana Guisardi Pereira
Luzmarina Aparecida Doretto Bracialli

Introdução: A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no Brasil em 1994 como uma forma de organização do trabalho na Atenção Primária em Saúde. Em agosto de 2013, existiam 46.443 equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde, cada uma com uma enfermeira. O trabalho na ESF possibilitou ampliar o escopo da prática da enfermeira, que exerce tanto a coordenação da equipe de enfermagem quanto a assistência direta. Isso vem produzindo mudanças na profissionalidade da enfermeira, com repercussões sobre sua identidade profissional.

Objetivos: Analisar o processo de construção da identidade profissional de enfermeiras que atuam na ESF no Brasil e verificar como se identificam (identidade para si) e são identificadas (identidade para o outro) pelos demais profissionais da equipe de saúde.

Metodologia: Pesquisa de natureza descritiva e exploratória, cujo referencial teórico-metodológico foi a hermenêutica dialética, ancorada nos marcos teóricos da Sociologia das Profissões e na História da Enfermagem. Foram entrevistadas 27 enfermeiras da ESF e 10 profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de uma Supervisão Técnica de Saúde do município de São Paulo. O material empírico foi submetido à técnica de análise de discurso.

Resultados: Entre as participantes, a escolha pelo curso de graduação em Enfermagem foi influenciada pelo conhecimento prévio da profissão; os estágios da graduação foram importantes no processo de formação inicial; os docentes e os enfermeiros de campo foram os principais modelos profissionais e os alicerces para o início da vida profissional, motivando-as a trabalhar na ESF. Também foram influenciadas pelo desenvolvimento do próprio trabalho. Na identidade para si, as enfermeiras veem-se como coordenadoras da equipe, exercendo liderança nas unidades de saúde; a profissional que resolve tudo, que tem autonomia e é referência para os usuários dos serviços e educadora em saúde. Na identidade para o outro, a enfermeira é vista como gerente da equipe e referência da equipe para a coletividade, a parceira da equipe. Entretanto, a enfermeira também é vista como uma profissional desconhecida e desvalorizada, em busca de especificidade e reconhecimento do seu papel profissional.

Conclusões: A identidade profissional da enfermeira da ESF transita entre uma identidade socialmente imposta e outra reivindicada pelo grupo profissional. A negociação de novas identidades ganha contornos pela ampliação dos conhecimentos da clínica, à medida que as enfermeiras realizam cuidados diretos aos usuários. A gestão do processo de trabalho e dos conflitos coloca-as em uma posição diferenciada na equipe multidisciplinar, ao mesmo tempo em que um investimento crescente é despendido no estabelecimento de vínculos significativos com a coletividade. Em síntese, a enfermeira continua a lutar por afirmação e reconhecimento profissional, em busca de uma imagem condizente com sua prática concreta.

Palavras-chave: enfermagem; prática profissional; história da enfermagem; estratégia saúde da família.

Referências bibliográficas: Dubar, C. (2005). *A socialização: A construção das identidades sociais e profissionais*. São Paulo, Brasil: Martins Fontes.

D'Antonio, P. (2010). *American nursing: A history of knowledge, authority, and the meaning of work*. Baltimore, USA: The Johns Hopkins University Press.

D'Espinay, L. M. (2010). *Enfermeiros nas comunidades: Produção de cuidados e reconstrução identitária* (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa, Instituto de Educação, Portugal.

Vieira, L. (Org.). (2009). *Identidade e globalização: Impasses e perspectivas da identidade e a diversidade cultural*. Rio de Janeiro, Brasil: Record.

* Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Enfermagem em Saúde Coletiva, Professora titular [macampos@usp.br]

Estudo de caso de uma família com casal de idosos: violência conjugal e oportunidades na intervenção de enfermagem familiar

Adriana Aparício Pereira*

Milena Branco Gonçalves Alexandre**

Cristina Maria Figueira Veríssimo***

Introdução: A intervenção com a família consiste na introdução de novos elementos de informação, ajudando-a a desenvolver novos modos de interação e novos comportamentos. A violência familiar inclui o abuso sexual e emocional, bem como maus tratos físicos. Estas três formas tendem a ocorrer em conjunto, como parte de um sistema de controlo coercivo. Recomenda-se a intervenção dos enfermeiros em situações de doença de um dos membros da família/cuidador e em casos de violência familiar (Wright & Leahey, 1995).

Objetivos: Apresentar a análise de caso clínico de uma família com elementos idosos acompanhados em visita domiciliária tendo como objetivos: avaliar a família; identificar os principais problemas da família; compreender quais os cuidados de enfermagem prestados à família e aos seus membros; conhecer quais os encaminhamentos e orientações efetuadas à família.

Metodologia: Estudo descritivo referente ao acompanhamento de uma família com idoso dependente e cuidador, através de visita domiciliária, entre Setembro e Novembro de 2014. A colheita de informação foi realizada por entrevista semiestruturada, através de guião baseado no Modelo de Calgary, observação e consulta de registos no processo clínico e entrevistas com profissionais de saúde. Aplicaram-se as seguintes escalas: Escala de Zarit; minixame do estado mental; escala de Braden; índice de Tinetti; escala de Graffar; índice de Lawton-Brody e APGAR Familiar, para identificar as necessidades e elaborar plano de cuidados.

Resultados: A avaliação familiar permitiu conhecer mais pormenorizadamente o agregado familiar, a sua história familiar, com antecedentes de violência conjugal com repercussão ao nível familiar. Permitiu também identificar os principais problemas de saúde do casal e caracterizar o ambiente físico e socioeconómico, bem como as relações familiares. Os principais problemas detetados relacionam-se com o elemento dependente, o cuidador familiar e as relações familiares entre os membros da família. Identificados diagnósticos ao nível do conhecimento do prestador de cuidados não demonstrado, papel de prestador de cuidados comprometido e stress do prestador de cuidados, risco de quedas, risco de úlceras de pressão, ferida traumática, abuso de álcool, relação dinâmica familiar disfuncional e satisfação conjugal comprometida. Foram efetuadas intervenções com resultados de *terminus* de diagnósticos ao nível do conhecimento da prestadora de cuidados e cuidados ao elemento dependente. Mantendo-se a continuidade dos cuidados para a resolução dos restantes problemas.

Conclusões: A recolha de informação através de visitas domiciliárias foi facilitadora para a avaliação e identificação dos problemas. Estabeleceu-se uma relação clínica e terapêutica que permitiu a verbalização de problemas ao nível da relação íntima do casal ainda não identificados, diagnósticos ainda que exigem continuidade de intervenção. Verificaram-se ganhos em saúde familiar ao nível do conhecimento da prestadora de cuidados e estado de saúde do elemento dependente. Conclui-se que a intervenção de enfermagem efetuada abrangeu as dimensões afetivas, cognitivas e comportamentais do funcionamento da família.

Palavras-chave: idosos; violência conjugal; intervenção de enfermagem familiar.

Referências bibliográficas: Wright, L., & Leahey, M. (1995). *L' infirmière e la famille* (3ª ed.). Paris, France: Interéditions.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

** Centro Saúde Sta. Clara, USCP Sta. Clara, enfermeiro

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UPC de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Docente

Estudo de caso de uma família com recém-nascido: dificuldades e oportunidades na intervenção de enfermagem familiar

Daniela Filipa Marques da Costa*

Eugénia Mesquita**

Cristina Maria Figueira Veríssimo***

Introdução: A avaliação da família envolve a avaliação dos seus membros e do sistema familiar, dado que o estado de saúde de um indivíduo afeta todo o funcionamento familiar (Alarcão, 2006). A finalidade de uma intervenção de enfermagem é efetuar a mudança, sendo as intervenções de enfermagem eficientes, quando as famílias são recetivas à intervenção proposta pela Enfermeira (Wright & Leahey, 2002). Cabe aos Enfermeiros, o acompanhamento das famílias, de modo a intervir na promoção de saúde e prevenção de doença.

Objetivos: Apresentar caso clínico de família, com recém-nascido, acompanhada em visita domiciliária tendo como objetivos: identificar os principais problemas da família; compreender quais os cuidados de enfermagem prestados à família e aos seus membros.

Metodologia: Este estudo reporta-se ao acompanhamento de uma família com um RN (13 dias), através de consultas de enfermagem e visita domiciliária, entre Setembro e Novembro de 2014. Recorreu-se à entrevista semiestruturada, utilizando um protocolo de recolha de dados baseado no Modelo de Avaliação Familiar de Calgary; aplicação das escalas Graffar, FACES II, APGAR Familiar, de Readaptação Social e de Desenvolvimento e consulta de registos no processo clínico. Recorreu-se ao planeamento das visitas domiciliárias e para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem utilizou-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Resultados: Este estudo permitiu conhecer em maior profundidade as condições ambientais, sociais e económicas da família de modo a dirigir a intervenção de enfermagem mais adequada à família e aos seus membros. É uma família com recém-nascido que frequenta o Centro de Saúde e teve gravidez anterior que culminou em aborto espontâneo. Os principais problemas detetados situaram-se na área do conhecimento relacionados com os cuidados ao RN e estilos de vida da família. Resultados após intervenção educativa ao nível da demonstração de conhecimento e alteração dos estilos de vida, nomeadamente no consumo de tabaco por parte do casal. Formulados diagnósticos ao nível do Autocontrolo de ansiedade ineficaz da mãe e Stress do prestador de cuidados, sem alteração do *status* do diagnóstico durante o período de intervenção, mas apresentando uma evolução favorável. Identificado também Padrão de sono alterado, o resultado obtido foi o aumento de horas de sono.

Conclusões: A identificação de problemas/necessidades permitiu planear cuidados não apenas centrados na pessoa, mas na família, potenciando a mobilização dos próprios recursos. A análise efetuada evidencia que as intervenções desenvolvidas promoveram a saúde individual e familiar e permitiram resultados em saúde da família, concretamente da criança e da mãe.

Palavras-chave: enfermeiro de família; modelo Calgary; avaliação familiar; diagnósticos de enfermagem; intervenções de enfermagem; visita domiciliária.

Referências bibliográficas: Alarcão, M. (2006). (Des)equilíbrios familiares: Uma visão sistémica (3ª ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto.

Wright, L., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família* (3ª ed.). São Paulo, Brasil: Roca.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

** ARS Centro - ACES Baixo Mondego, USF Rainha Sta. Isabel, Enfermeira [genymmarques@gmail.com]

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UPC de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Docente

Estudo de caso – aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar

Maria Isabel Bica Carvalho^{*}, Ana Isabel Pereira de Azevedo e Andrade^{**}
 Lidia do Rosário Cabral^{***}, Suzana Maria Fernandes Serrano Andre^{****}
 Madalena Cunha^{*****}, Patrícia Bica Costa^{*****}

Introdução: Os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto alvo e unidade de intervenção, são regidos por um paradigma sistémico, com ênfase numa abordagem colaborativa. Considerando a família como unidade de cuidados, o foco é tanto na família como um todo, quanto nos seus elementos individualmente (Figueiredo & Moreira, 2009).

Objetivos: Aplicar o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) desenvolvido por Figueiredo (2009) e avaliar o impacto dos cuidados de enfermagem numa família em contexto clínico.

Metodologia: Estudo de caso qualitativo. O estudo centrou-se no processo de intervenção familiar desenvolvido com uma família em contexto clínico nos Cuidados de Saúde Primários, segundo o MDAIF. Foram aplicados os seguintes instrumentos: genograma, ecomapa, APGAR familiar, escala de Graffar. Foram realizadas seis visitas domiciliárias. O processo de tomada de decisão foi sustentado na matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2012).

Resultados: Trata-se de uma família nuclear constituída por um casal de idosos, com um membro semidependente. O casal manifesta satisfação ao nível conjugal. A família encontra-se na etapa do ciclo vital – família com filhos adultos, segundo Relvas (2000), sendo que os dois filhos já não fazem parte do agregado familiar. O casal demonstra uma adaptação positiva a esta etapa, porém ambos demonstram insatisfação quanto ao tempo que passam com os filhos. O rendimento familiar atual é suficiente, situando-se na classe média segundo a escala de Graffar. A habitação dispõe ainda de uma varanda anexada à cozinha, na qual existe um cão. Refere bom relacionamento com os vizinhos e com as instituições de saúde. Intervenção – Foram propostas com base nos diagnósticos de enfermagem, na família e individual. Família: Animal doméstico negligenciado; Papel parental não adequado e Papel do prestador de cuidados não adequados. Individual: Autocuidado; Deambular.

Conclusões: Podemos concluir que a avaliação e intervenção familiar foram eficazes. A utilização do MDAIF permitiu orientar e sistematizar as práticas de enfermagem com a família, contribuindo para a manutenção do funcionamento familiar, enquanto unidade, e simultaneamente dar resposta às necessidades individuais dos seus membros.

Palavras-chave: família; MDAIF; avaliação familiar; intervenção familiar.

Referências bibliográficas: Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10216/20569>

Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lisboa, Portugal: Lusociência.

Figueiredo, M., & Moreira, S. (2009). Cuidar a família: Da concepção à documentação dos cuidados. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13(1), 56-64. doi: S1415-27622009000100008

Relvas, A. P. (1996). *Ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto, Portugal: Edições Afrontamento.

* Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Professor Adjunto [isabelbica@gmail.com]

** Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Professor Adjunto

*** Escola Superior de Saúde de Viseu, Saúde mental e psiquiátrica, docente

**** Escola superior de saúde de Viseu, enfermagem comunitária

***** Escola Superior de Saúde de Viseu, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Docente

***** USF Terras de Azurara, Interna MGF

Identificação e prioridades estabelecidas pelos estudantes nos diagnósticos de enfermagem de família

Margarida Alexandra Silva*, Helena Maria Almeida Macedo Loureiro**
 Clarinda Maria Silva da Rocha Cruzeiro***, Cristina Maria Figueira Veríssimo****
 Maria Rosa Rifá Ros***** , Miriam Rodríguez Monforte*****

Introdução: O desenvolvimento da enfermagem enquanto área científica revela-se no processo de raciocínio clínico dos enfermeiros, explícito na definição de diagnósticos que centram os cuidados nas respostas humanas e não nos problemas de saúde, em si mesmo. Neste sentido, e tendo em conta o desenvolvimento da literatura e das políticas de saúde, no âmbito da enfermagem de família, os diagnósticos devem espelhar a integração da família como alvo nos cuidados de enfermagem.

Objetivos: Analisar a prioridade que os estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem estabelecem nos cuidados à família.

Metodologia: Estudo descritivo realizado através da aplicação de um instrumento de colheita de dados contendo um caso clínico familiar, no qual se solicitava a identificação do diagnóstico prioritário com respetiva formulação, com o recurso à CIPE Beta 2. O instrumento foi aplicado a uma amostra de 64 estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a realizar o ensino clínico de Enfermagem Familiar e Comunitária. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin (2014).

Resultados: Os resultados demonstraram que apesar da existência de diagnósticos individuais, no caso clínico de família apresentado, os estudantes priorizaram os diagnósticos de família. Os diagnósticos prioritários formulados pelos estudantes foram: Stress de prestador de cuidados (51,56%); Papel de prestador de cuidados comprometido e Conhecimento do prestador de cuidados não demonstrado (12,5%); Insónia do prestador de cuidados e satisfação conjugal comprometida (3,13%); Bem-estar emocional e físico do prestador de cuidados alterado, Interação social do prestador de cuidados comprometido, Preocupação do prestador de cuidados aumentada e Solidão da família (1,56%). Apresenta o diagnóstico prioritário mal formulado 6,25% e 4,69% não respondeu.

Conclusões: Os estudantes atribuem maior importância às respostas humanas aos problemas de saúde, do que aos problemas de saúde em si mesmo. Dos diferentes diagnósticos possíveis de identificar foram os diagnósticos de família que os estudantes consideraram prioritários. Parece poder concluir-se que os conteúdos de saúde familiar e especificamente de enfermagem de família, bem como, a metodologia utilizada quer na componente letiva quer na componente clínica do plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, são facilitadores do raciocínio clínico e da integração da família como alvo nos cuidados dos futuros enfermeiros.

Palavras-chave: enfermagem de família; diagnósticos de enfermagem; ensino de enfermagem.

Referências bibliográficas: Bardin, L. (2014). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.

Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria prática e investigação* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Lusociência.

Lunney M. (2008). Critical need to address the accuracy of nurses' diagnoses. *OJIN: ON line journal of Issues in Nursing*, 13(1). Retrieved from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No1Jan08/ArticlePreviousTopic/AccuracyofNursesDiagnoses.aspx>

Neves, M., Tanqueiro, T., Silva, M., & Veríssimo, C. (2012). 'Estudo de uma família' como estratégia de aprendizagem em enfermagem de família. In J. C. Carvalho, M. C. Barbieri-Figueiredo, K. I. Fernandes, A. I. Vilar, L. Andrade, M. R. Santos, ... P. Oliveira (Eds.), *Transferibilidade do conhecimento em enfermagem de família* (p. 159 -164). Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Docente; Doutoranda no ICBAS - Universidade do Porto [margarida@esenfc.pt]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Docente [hloureiro@esenfc.pt]

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Professora Coordenadora [clarinda@esenfc.pt]

**** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UPC de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Docente

***** Faculta de Ciencia de la Salud Blanquerna (FCSB)

***** Faculta de Ciencia de la Salud Blanquerna (FCSB)

Inteligência emocional e funcionalidade familiar em seniores

Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade*

Rosa Maria Lopes Martins**, Maria Isabel Bica Carvalho***

Carlos Manuel Sousa Albuquerque, Madalena Cunha****

António Madureira Dias*****

Introdução: A Inteligência Emocional é definida como “a capacidade de reconhecer os nossos próprios sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as emoções em nós e nas nossas relações” (Goleman, 2006). As famílias desempenham um papel crucial ao longo do ciclo vital, nomeadamente no envelhecimento. À medida que se envelhece existem mudanças, nas quais as famílias funcionais permitem o desenvolvimento de habilidades emocionais que promovem uma vida equilibrada, saudável e com qualidade.

Objetivos: De acordo com a literatura, a relação de afeto que ocorre no ambiente familiar é um dos fatores significativos de equilíbrio e bem-estar dos seniores. Assim, com a realização desta investigação pretendeu-se avaliar a Inteligência Emocional (IE) dos seniores; caracterizar a sua funcionalidade familiar e verificar se a funcionalidade familiar interfere na Inteligência Emocional dos seniores.

Metodologia: Realizou-se um estudo transversal, descritivo-correlacional, de natureza quantitativa, no qual participaram 374 seniores do distrito de Viseu, com idades entre os 65 e 96 anos ($74,04 \pm 7,064$), com predomínio do género feminino (56,1%). Os seniores participaram de forma voluntária e foram inquiridos na comunidade. Para a mensuração das variáveis utilizaram-se os seguintes instrumentos: Escala de Medida de Inteligência Emocional (Siqueira et al., 1999) que contempla as cinco habilidades básicas (Empatia, Sociabilidade, Automotivação, Autocontrolo, Autoconsciência), Escala de Apgar familiar (Smilkstein, 1978) e uma Ficha de caracterização sociodemográfica.

Resultados: A maioria dos seniores inquiridos pertence ao grupo *Jovens Idosos*, têm companheiro, residem em meio rural, é analfabeto ou possui baixa escolaridade, percebe uma preocupação familiar com a sua situação, convive regularmente com crianças e classificam este convívio como importante. Quanto à Inteligência Emocional (IE), 38,5% apresentam *Baixa IE* e 31,6% *Elevada IE*. Relativamente à funcionalidade familiar, 58,0% percebem uma *família com disfunção ligeira*, 38,8% *família altamente funcional* e 3,2% *família com disfunção grave*. Os seniores com percepção de *família altamente funcional* pertencem ao grupo *jovens idosos*, são do género feminino e têm companheiro. Os que apresentam *Elevada IE* são do género masculino, com idades mais jovens, com companheiro e que percebem uma família com *disfunção ligeira*. A funcionalidade familiar influencia a inteligência emocional dos seniores e existem diferenças estatisticamente significativas nas habilidades *Empatia* ($X^2=12,344, p=0,002$), *Sociabilidade* ($X^2=9,291, p=0,010$), *Automotivação* ($X^2=14,709, p=0,001$) e *inteligência emocional global* ($X^2=11,955, p=0,003$).

Conclusões: O envelhecimento acarreta um conjunto de transformações que impõe o desenvolvimento de habilidades/competências que contribuam para uma adaptação eficaz nesta etapa de vida. Algumas destas habilidades são inerentes à inteligência emocional e permitem a compreensão, avaliação e expressão das emoções de forma adequada. A família tem sofrido alterações ao longo das gerações e o ambiente afetivo é considerado um fator determinante na atitude da família e na percepção que os seus elementos têm sobre a sua funcionalidade. Dos resultados do nosso estudo inferimos que o Estado Civil, a Escolaridade e a Funcionalidade familiar influenciam a Inteligência Emocional dos seniores.

Palavras-chave: inteligência emocional; funcionalidade familiar; envelhecimento, saúde familiar; sénior.

Referências bibliográficas: Frago, V., & Chaves, M. (2012). *Educação emocional para seniores*. Viseu, Portugal: Psicoma. Goleman, D. (2006). *Inteligência emocional*. Temas e Debates.

Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa, Portugal: Lidel.

Souza, R. A., Costa, G. D., Yamashita, C. H., Amendola, F., Gaspar, J. C., Alvarenga, M. R., ... Oliveira, M. A. (2014). Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(3), 469-476. doi: 10.1590/S0080-62342014000300012

* Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Professor Adjunto

** Escola Superior de Saúde Viseu, Enfermagem de Reabilitação [rmartins.viseu@gmail.com]

*** Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Professor Adjunto [isabelbica@gmail.com]

**** Escola Superior de Saúde de Viseu, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Docente

***** Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Prof. Adjunto [madureiradias@gmail.com]

O adolescente com comportamento autolesivo: percepção da família

Maria Edite Miranda Trinco*
José Carlos Pereira dos Santos**

Introdução: O Department of Family Nursing (1985) advoga que a família é um sistema social composto por duas ou mais pessoas que coexistem dentro do mesmo contexto de algumas expectativas de afeição recíproca, responsabilidade mútua e duração temporária. Perante o comportamento autolesivo de um adolescente, a família é afetada, carecendo de uma compreensão holística, onde os indivíduos sejam vistos como membros participantes de um sistema familiar e alvo da compreensão da sua experiência, enquanto membros integrantes desse sistema.

Objetivos: Perceber a percepção dos pais após viverem a experiência de um comportamento autolesivo no adolescente; compreender em profundidade os contextos familiares dos participantes em estudo; explorar e descrever os significados e as interpretações que os participantes fazem da sua realidade e se algo mudou após o ato; acrescentar algo de novo ao conhecimento já construído sobre esta temática que advém desta experiência familiar.

Metodologia: Como o objetivo do estudo é compreender a percepção da família, procurou-se investigar os significados que a família atribuiu ao comportamento autolesivo do adolescente. Desta forma e atendendo à natureza do fenómeno, a investigação direciona-se para a metodologia qualitativa de orientação para um estudo de casos múltiplos, em cuja pesquisa será desenvolvida a análise de diversos objetos. Foi efetuada entrevista à mãe/pai que acompanhou o adolescente durante o internamento no hospital pediátrico após o ato, foi consultado o processo clínico, tendo em conta dados relevantes para o estudo.

Resultados: Nos achados preliminares mais evidentes da investigação e após uma breve catalogação, temos três grandes categorias, que são: o sofrimento psíquico, crise familiar e insegurança. Estes resultados vão ao encontro do que nos diz a literatura. Bellasalma e Oliveira (2002) vêm corroborar esta linha de pensamento de que a família experiencia sofrimento psíquico perante um comportamento autolesivo de um familiar, como mágoa e culpa. A crise desencadeada por este comportamento é uma experiência complexa, pois este põe em causa o passado, o presente, mas sobretudo as expectativas futuras. Esta situação coloca a família numa vulnerabilidade acrescida, constituindo-se como uma ameaça à dispersão do sistema familiar. Este comportamento é extremamente marcante para a família, levando-os a sentimentos de desamparo e preocupação de como lidar com o adolescente quando este tiver alta. Um estudo realizado por Morgan (2008) vem comprovar que a família tem dificuldade na orientação e apoio a dar ao adolescente após a alta, reconhecendo a necessidade de apoio especializado.

Conclusões: Compreender como a família percebe o comportamento autolesivo do adolescente permite-nos refletir acerca das consequências e implicações do mesmo na dinâmica familiar, de forma a possibilitar que estas vivências sejam menos traumáticas para o binómio família-adolescente. Desta forma os cuidados de enfermagem centrados na família deverão ancorar-se na promoção de duas áreas essenciais, que são a autodeterminação e a capacitação dos seus elementos, de maneira que perante uma crise familiar a possam ultrapassar de forma pacífica e cooperante. Para isso, torna-se necessário perceber as vivências da família e resgatar a resolução no conhecimento científico, ou seja, de forma sistematizada.

Palavras-chave: adolescente; família; percepção; comportamento autolesivo.

Referências bibliográficas: Bellasalma, A., & Oliveira, M. (2002). Família e tentativa de suicídio com agentes químicos: Um estudo em Maringá (PR). *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 4(2), 125-133.

Department of Family Nursing. (1985). *Philosophy, conceptual framework, objectives and definitions*. Portland, USA: Oregon Health Sciences University School of Nursing.

Byrne, S., Morgan, S., Fitzpatrick, C., Boylan, C., Crowley, S., Gahan, H., ... Guerin, S. (2008). Deliberate self-harm in children and adolescents: A qualitative study exploring the needs of parents and carers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(4), 493-504. doi: 10.1177/1359104508096765

Saúde Familiar

* Centro Hospitalar de Coimbra, Hospital Pediátrico de Coimbra, Enfermeira [edite.trinco@hotmail.com]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade Científico Pedagógica de Saúde Mental e Psiquiatria, Professor

O papel do enfermeiro de família na perspetiva de utentes de uma USF do ACES Baixo Mondego

Margarida Alexandra Silva*, Susana Cristina Teixeira Jorge**

Ana Paula Tardego Reis***, Cristina Isabel Nunes Gomes****

Maria conceição Bonifácio*****, Maria Goreti Ferreira dos Santos Catarino*****

Introdução: O enfermeiro de família assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias nas diferentes fases da vida e em todos os contextos da comunidade (Decreto-Lei nº 118/2014). A perceção dos utentes quanto ao papel do enfermeiro de família, nas unidades funcionais de saúde é importante para a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem e determinante na conduta a implementar para a obtenção da relação de proximidade das famílias, assegurando-se a acessibilidade e continuidade dos cuidados.

Objetivos: Apresentar os resultados de um estudo que pretendeu conhecer a perceção dos utentes de uma USF em relação ao papel do enfermeiro de família.

Metodologia: A metodologia consistiu num estudo descritivo de abordagem qualitativa, numa amostra por acessibilidade, num total de 41 participantes, utentes duma USF do ACES Baixo Mondego. A colheita de dados foi efetuada por questionário, através de duas questões de resposta aberta, e quatro questões fechadas para caracterização sociodemográfica. Os dados foram submetidos a análise de conteúdo orientada por pressupostos de Bardin (2013).

Resultados: Os inquiridos apresentaram uma média de idades de 51 anos; 63% era do sexo feminino e 37% do sexo masculino. Em relação às habilitações literárias: 20% possuía o 4º ano, 24% o 12º ano e 20% o grau de licenciatura. Da análise dos questionários, emergiram alguns indicadores do conceito que se prendem com os *Papéis da enfermagem de família* definidos por Hanson (2004), nomeadamente: Conselheiro (n= 21); Executante, Supervisor de Cuidados e Perito Técnico (n= 15); Educador de Saúde (n=11); Explicador e intérprete (6); Consultor (n=5); Detetor de Casos e Epidemiologista (n=5); Coordenador, colaborador e intermediário (n=5); Investigador (n=2); Modelo de Identificação (n=1) e Supervisor de Processos (n=1). Para além destes, emergiram ainda outros papéis e/ou características: Acompanhamento (n=14); Disponibilidade (n=6); Proximidade e presença (n=6); Conhecedor da situação da pessoa e família (n=5); Zeloso (n=3); Promotor da relação empática (n=3); Principal figura em situação de Saúde/doença (n=3); Facilitador de cuidados (n=2) e Parte integrante dos cuidados da família (n=1).

Conclusões: Os papéis percecionados pelos utentes relativamente aos enfermeiros de família estão de acordo com a teorização de Hanson (2005), salientando-se ainda outras características importantes dos princípios orientadores do papel do enfermeiro de família previstos na legislação portuguesa, nomeadamente no Decreto-Lei n.º 118/2014. Este facto parece revelar que o enfermeiro de família para além de ser já reconhecido como tal, por estes utentes, assume também uma figura central nas equipas de saúde familiar, o que é revelador de uma visibilidade compatível com o mandato social e profissional.

Palavras-chave: enfermeiro de família; papel do enfermeiro de família; perceção dos utentes de uma USF.

Referências bibliográficas: Bardin, L. (2014). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.

Decreto-Lei nº 118/2014 de 5 de Agosto. *Diário da República nº 149/2014 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria prática e investigação* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Lusociência.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família* (4ª ed.). São Paulo, Brasil: Roca.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Docente; Doutoranda no ICBAS - Universidade do Porto [margarida@esenf.pt]

** ACES Baixo Mondego I, USF Mondego

*** USF Mondego

**** ACES Baixo Mondego I, USF Mondego, Enfermeira

***** ARS IP, USF Mondego, Enfermeira Especialista

***** ARS do Centro, USF Mondego, Enfermeira graduada

Perceção dos Enfermeiros face ao processo e utilidade da implementação do Projeto Cuidar com a Família

Natalina Alves das Neves Condinho*

Irma da Silva Brito**, Maria Zita Caetano dos Santos Gomes***

Idálio Estanislau, Ana Paula Morais****

Introdução: O aumento das necessidades de cuidados no domicílio é devido às alterações demográficas e das estruturas familiares. Contudo é um direito fundamental do utente e uma alternativa à hospitalização, tornando-se uma forma de elevar o nível de bem-estar do utente, rentabilizando camas hospitalares e diminuindo custos em saúde (Costa, 2002). Projeto *Cuidar com a Família* visa: assegurar a continuidade da prestação de cuidados de enfermagem em segurança no domicílio; prevenir complicações e diminuir o número de agudizações; cuidar do cuidador.

Objetivos: *Cuidar com a Família* consiste numa parceria entre as instituições de saúde e a família de forma a melhorar a comunicação entre os vários parceiros e maximizar a informação. Procedeu-se a um estudo para avaliar a perceção dos enfermeiros face ao processo e a utilidade da implementação do projeto Cuidar com a família; identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre o projeto; e descrever fatores que influenciam a melhoria do projeto.

Metodologia: Entrevista semiestruturada por telefone cujo guião foi validado com a equipa coordenadora, após reunião com o grupo responsável do projeto. Contactados todos os enfermeiros e desistência à 3ª tentativa. Após transcrição, procedeu-se à análise de conteúdo com recurso à ferramenta *web Wordle* de Feinberg (2013), para destacar palavras mais frequentes. A amostra constituída por 19 enfermeiros (dos 27 elos de ligação): 16 mulheres e 3 homens. 10 Enfermeiros especialistas: Enfermagem Comunitária, 3 Reabilitação, 1 Saúde Materna e 1 Médico-cirúrgica. A média de anos de experiência profissional nos cuidados de saúde primários é 14,3 e no hospital 6,6 anos.

Resultados: Os utentes referenciados pelos enfermeiros ainda são escassos e referem *falta de continuidade de cuidados de enfermagem no domicílio, desconhecimento dos utentes internados e respetivas altas clínicas, atraso ou ausência carta de alta de enfermagem e a dificuldade em desenvolver o plano de intervenção adequado ao utente e cuidador/família em tempo útil*. A maioria atribui à falta de conhecimento em ambas as estruturas sobre os critérios de seleção, orientação, articulação e referenciação. Alguns enfermeiros referem falta de tempo e de formação sobre aplicação das escalas. Todos reconhecem muita utilidade na implementação do projeto Cuidar com a família mas indicam falta de recursos como transporte, tempo e meios técnicos. É consensual que a ausência de uma plataforma de dados informatizada dificulta o registo da informação.

Conclusões: Os enfermeiros *elos de ligação* do projeto têm consciência que é necessário: avaliar o potencial de autonomia do utente e necessidades do cuidador/família na prestação de cuidados no domicílio; aumentar os ganhos em independência no autocuidado; promover a articulação com recursos sociais e de saúde locais; promover o bem-estar e qualidade de vida do utente e cuidador/família; melhorar registos de enfermagem tendo em vista a produção de indicadores; avaliar impacto das intervenções. Como parceria entre instituições de saúde e a família, *Cuidar com a Família* melhora a comunicação entre parceiros e maximiza a informação, promovendo melhor assistência ao utente/família.

Palavras-chave: enfermagem; cuidados no domicílio; avaliação de processo; diminuir agudizações; cuidar do cuidador.

Referências bibliográficas: Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego. (2014). *Projeto cuidar com a família*. Coimbra, Portugal: Administração Regional de Saúde do Centro.

Batista, N. R. (2012). *Dificuldades do cuidador formal de pessoas idosas dependentes no domicílio* (Dissertação de mestrado).

Recuperado de <http://www.google.pt/url?url=http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D24125%26code%3D629&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=SA9VWcfAfcW4Ub-ygJdAJ&ved=0CBMQFjAA&usq=AFQjCNEuPN4OBly0dStYkPy3yXitOq1vqw>

Feinberg, J. (2013). *Wordle*. Recuperado de <http://www.wordle.net/>

Martins, M. C. (2012). *Literacia dos prestadores de cuidados informais relativamente à sua condição de cuidador* (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

* Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Polo HUC, Serviço de Oftalmologia, Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária [linacondinho@gmail.com]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCPEPFC e PEER, Prof Adjunta [jirmabrito@esenfc.pt]

*** ACES Baixo Mondego, Presidente Direção Enfermagem/Vogal Conselho Clínico/Enf^a Chefe [zitagomes1@gmail.com]

**** Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo, UCC.São Martinho, Enfermeira Especialista de Reabilitação [prada.morais@gmail.com]

Retorno ao trabalho: vivências conflitantes no exercício do papel parental

Cristina Araújo Martins*

Wilson Jorge Correia Pinto Abreu**

Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo***

Introdução: Com a crescente presença feminina no mercado de trabalho, a transição para a parentalidade é também o momento de se aprender a equilibrar trabalho e família, com especial relevância quando as mulheres se tornam mães. As dificuldades em gerir os múltiplos papéis têm sido apontadas como alguns dos principais fatores responsáveis pelo decréscimo da natalidade (Cunha, 2005) e pela abdicação feminina da carreira profissional em Portugal (Aboim, 2010), perpetuando-se as mães como principais cuidadoras (Martins, Abreu, & Figueiredo, 2014).

Objetivos: Este estudo procurou compreender as experiências das mães que regressam ao trabalho após o término da licença parental, com a finalidade de poder contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à família nesta etapa de transição no exercício da parentalidade.

Metodologia: *Grounded Theory*, com a participação de cinco pais e cinco mães (casais), profissionalmente ativos, com idades compreendidas entre os 26 e 33 anos e com filho nascido de termo e saudável. Recolha de dados no domicílio dos participantes, antes e após o reinício da atividade laboral materna, através de entrevistas semiestruturadas (total de 30 entrevistas), após obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido dos participantes e assegurando a confidencialidade dos dados e o anonimato. Recolha, codificação e análise dos dados realizadas de modo simultâneo e recursivo, num processo evolutivo constante.

Resultados: Explanam a difícil e desafiadora coexistência de papéis desempenhados pela mulher trabalhadora quando se torna mãe. Descrevem a categoria sofrendo com o regresso ao trabalho, que retrata o sofrimento vivido pela mãe por não poder estar constantemente com o filho, evidenciado pelos conflitos que projeta e experiencia no papel parental, ao se ver sujeita a retomar a atividade profissional, finda a licença parental. Integram as subcategorias: angustiando-se com o regresso ao trabalho que se avizinha, percebendo a esposa perturbada com o regresso ao trabalho, tendo necessidade de confortar a esposa em sofrimento, vivendo conflitos no papel parental, deparando-se com dificuldades para continuar amamentando e sofrendo menos por ter condições laborais facilitadas. Para algumas mulheres, o retorno à atividade profissional inaugurou a primeira experiência de separação do filho, a qual provocou, além de culpa, um espectro de sentimentos que inclui preocupação, tristeza, medo, incerteza e falta de controlo sobre a situação, análogo ao descrito por Spiteri e Xuereb (2012).

Conclusões: O *timing* do regresso ao trabalho é especialmente crítico na transição para a parentalidade, causando ansiedade e sofrimento nas mães, e abalando toda a dinâmica familiar. Os enfermeiros, no exercício do papel clínico e de educador, são fundamentais para facilitar e promover a saúde das mães trabalhadoras. O foco da intervenção de enfermagem deve centrar-se na avaliação da dinâmica familiar e do stress associado com o emprego e as respostas de enfrentamento exigidas, assim como no ensino e orientação antecipatória sobre as realidades do retorno ao trabalho no pós-parto.

Palavras-chave: ansiedade; culpa; conflito; emprego; licença parental.

Referências bibliográficas: Aboim, S. (2010). Género, família e mudança em Portugal. In K. Wall, S. Aboim & V. Cunha (Coords.), *A vida familiar no masculino: Negociando velhas e novas masculinidades* (pp. 39-66). Lisboa, Portugal: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.

Cunha, V. (2005). A fecundidade nas famílias. In K. Wall (Org.), *Famílias em Portugal: Percursos, interações, redes sociais* (pp. 395-464). Lisboa, Portugal: Imprensa de Ciências Sociais.

Martins, C. A., Abreu, W. J., & Figueiredo, M. C. (2014). Tornar-se pai e mãe: Um papel socialmente construído. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 121-131. doi: 10.12707/R1111394

Spiteri, G., & Xuereb, R. B. (2012). Going back to work after childbirth: Women's lived experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(2), 201-216. doi: 10.1080/02646838.2012.693153

* Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem, Assistente do 2º triénio [cmartins@ese.uminho.pt]

** Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Coordenador Principal [wjabreu@esenf.pt]

*** Escola Superior de Enfermagem do Porto, Unidade Técnico-científica: Enfermagem Disciplina e Profissão, Coordenadora [ceubarbieri@esenf.pt]

Sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes

Rosa Maria Lopes Martins*
Nélia Barreiros, Ana Andrade**

Introdução: No contexto sociodemográfico português, cuidar de um familiar durante um longo período de tempo, pode afetar de forma significativa a saúde do próprio cuidador. A tarefa de cuidar um adulto dependente é exigente, desgastante e implica riscos de tornar doente e igualmente dependente o próprio cuidador. Conscientes desta nova realidade, torna-se fundamental conhecer níveis de sobrecarga do cuidador, no intuito de a minimizar o mais possível.

Objetivos: Assim, o estudo visa avaliar a sobrecarga do cuidador informal de familiares dependentes em contexto domiciliário e conhecer os fatores determinantes da sobrecarga desses cuidadores.

Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, analítico e correlacional, que utilizou uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 60 cuidadores de idosos dependentes do concelho de Ourém. O instrumento de colheita de dados integra uma seção de caracterização Sociodemográfica, índice de APGAR familiar; o questionário de sobrecarga do Cuidador informal (QASCI) o *Carers` Assessment of Difficulties Index* (CADI) e o *Caarers` Assessment of Managing Index* (CAMI).

Resultados: Os resultados evidenciam uma sobrecarga moderada na maioria dos cuidadores, sendo esta mais sentida ao nível emocional e financeiro. Encontrámos efeitos significativos entre idade e a sobrecarga emocional do cuidador; aqueles que não exercem atividade profissional apresentam valores superiores de sobrecarga, nas reações a exigências e no suporte familiar; os cuidadores com rendimentos superiores a 500 €/mês revelam uma maior sobrecarga a nível do suporte familiar bem como aqueles que tem ajuda de profissionais de saúde.

Conclusões: Verificámos ainda que os cuidadores que percebem melhor funcionalidade familiar são os que registam valores mais elevados no suporte familiar ($p=0.001$) existindo uma correlação positiva e significativa ($p=0.004$) entre estratégias de *coping* e a satisfação com o papel da família.

Palavras-chave: cuidador informal; idoso dependente; sobrecarga.

Referências bibliográficas: Rolo, L. C. (2009). *Sobrecarga e satisfação com a vida: A percepção dos cuidadores informais de idosos* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Aveiro, Portugal.

Simonetti, J. P., & Ferreira, J. C. (2008). Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crónica. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 42(1), 19-25. doi: 10.1590/S0080-62342008000100003

Simões, A. (2006). *A nova velhice*. Porto, Portugal: Âmbar

* Escola Superior de Saúde Viseu, Enfermagem de Reabilitação [rmartins.viseu@gmail.com]

** Escola Superior de Saúde Viseu



Referência
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

SAÚDE OCUPACIONAL
OCCUPATIONAL HEALTH
SALUD OCUPACIONAL

A satisfação profissional e o enquadramento socioprofissional dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários

António Pedro Craveiro Mendes*

Clarinda Maria P. F. Silva da Rocha Cruzeiro**

Pedro Augusto de Melo Lopes Ferreira***

Introdução: A satisfação profissional é reconhecida como parte integrante dos cuidados de saúde, nomeadamente nos resultados em saúde, constituindo um indicador de qualidade dos cuidados (Wilkin, Hallam, & Doggett, 1992). A avaliação periódica da satisfação destes profissionais assume-se como estratégia essencial na monitorização da qualidade organizacional nos Centros de Saúde (Castro et al., 2011). A influência das variáveis socioprofissionais sobre a satisfação profissional reúne o consenso dos investigadores justificando o contributo dos estudos sobre esta temática nos Cuidados de Saúde Primários.

Objetivos: Avaliar o nível de satisfação profissional dos enfermeiros do ACES; analisar a relação entre as características sociodemográficas e de enquadramento profissional com a satisfação profissional dos enfermeiros.

Metodologia: Estudo descritivo-correlacional, de natureza transversal, foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional-ACESv8, IASP-ACESv8, (Ferreira & Antunes, 2009). A recolha de dados decorreu em junho de 2012, a amostra foi constituída por 71 enfermeiros, correspondendo a 87,6% da totalidade dos enfermeiros de um ACES da região centro de Portugal, obtendo-se uma taxa geral de resposta de 91,1%. Recorreu-se ao programa SPSS 20.0 para a estatística descritiva e inferencial, assumindo-se $\alpha=0.05$ como valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipóteses.

Resultados: A satisfação profissional varia entre *regular* e *boa* na média global das três dimensões do instrumento, apresentando valores negativos na subdimensão *Recursos Tecnológicos e Financeiros* ($\bar{x}=40,93$), particularmente na faceta *Vencimentos* ($\bar{x}=27,42$). Os enfermeiros casados apresentam maior nível de satisfação ($Z=-2,539$; $p=0,011$), não se confirmando diferença significativa nas restantes características sociodemográficas. Os enfermeiros com cargos de gestão encontram-se ligeiramente mais satisfeitos nas dimensões *Qualidade da Prestação de Cuidados* e *Melhoria Contínua da Qualidade* e mais insatisfeitos nos *Recursos Tecnológicos e Financeiros* ($Z=-2,324$; $p=0,020$), particularmente nos *Vencimentos* ($Z=-2,695$; $p=0,000$). Os enfermeiros especialistas apresentam maior nível de satisfação na *Política de Recursos Humanos* e na faceta *Órgãos de Direção e de Política* do ACES, destes os que exercem funções na sua área de especialidade estão mais satisfeitos na subdimensão *moral*. A satisfação dos enfermeiros é maior nas UCC e nas USF do que nas UCSP na dimensão *Melhoria Contínua da Qualidade*, subdimensão *Moral* e na faceta *Órgãos de Direção e Políticas* do ACES.

Conclusões: Os enfermeiros apresentam um nível global de satisfação profissional positivo. Não se confirma diferença estatística na satisfação profissional segundo as características sociodemográficas. Confirma-se diferença estatística da satisfação profissional segundo as características de enquadramento profissional onde o desempenho de funções de coordenação, gestão e chefia se relaciona com maiores níveis de satisfação em algumas dimensões do instrumento e a detenção de uma especialidade em enfermagem está associada a maiores níveis de satisfação, particularmente nos enfermeiros que exercem funções em conformidade com a sua especialidade. Confirma-se ainda a influência da tipologia de unidade onde os enfermeiros exercem funções na sua satisfação profissional.

Palavras-chave: satisfação profissional; enquadramento socioprofissional; cuidados de saúde primários; enfermeiros.

Referências bibliográficas: Castro, J., Lago, H., Fornelos, M. D., Novo, P., Saleiro, R. M., & Alves, O. (2011). Satisfação profissional dos enfermeiros em cuidados de saúde primários: O caso do Centro de Saúde de Barcelos/Barcelinhos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(2), 157-172. doi: 10.1016/S0870-9025(11)70020-7

Ferreira, P. L., & Antunes, P. (2009). *Monitorização da satisfação dos profissionais das USF. Sondagem às primeiras 143 USF*. Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/us_prof_rel.pdf

Wilkin, D., Hallam, L., & Doggett, M. A. (1992). Measures of need and outcome for primary health care. *Quality and Safety in Health Care Research*, 1(2), 143. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1054989/pdf/qualhc00002-0059a.pdf>

* IPOC,FG-EPE, Cirurgia, Enfermeiro Especialista [apedro@esenfc.pt]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Professora Coordenadora [clarinda@esenfc.pt]

*** Faculdade de Economia da Universidade Coimbra, Centro de Estudo e Investigação em Saúde

Biossegurança na exposição por fluidos biológicos

Maria Margarida Silva Vieira Ferreira*

Carlos Manuel Monteiro Ferreira**, Diana Gonçalves***

Maribel Domingues Carvalhais****, Ana Joaquina Louro Dias Quesado*****

Introdução: Desde os anos 80, têm sido desenvolvidas estratégias de prevenção para minimizar o risco de exposição a Patógenos de Transmissão Sanguínea incluindo a vacinação da hepatite B, formação, educação, uso das Precauções Padrão (PP), uso de dispositivos médicos seguros. O modelo atual de prevenção centra-se numa hierarquia de medidas de controlo do risco em ordem decrescente de eficácia, que incluem a eliminação do perigo, controlos de engenharia, controlos administrativos, práticas de trabalho e equipamentos de proteção individual.

Objetivos: (1) Realizar a análise epidemiológica dos acidentes por exposição a fluidos biológicos num hospital central e universitário, que nos permita obter uma visão atualizada da situação em Portugal; (2) Analisar a associação dos acidentes de serviço por exposição a fluidos biológicos, com as características sociodemográficas dos profissionais; (3) avaliar o impacto das medidas de biossegurança adotadas para prevenir os acidentes por exposição a fluidos biológicos em profissionais de saúde.

Metodologia: Estudo epidemiológico, exploratório, retrospectivo e correlacional. De um total de 3.610 acidentes notificados numa Instituição Hospitalar do Norte do País, durante doze anos, participaram no estudo todos os profissionais acidentados por exposição a fluidos biológicos, perfazendo 1.486 acidentados por exposição biológica. Recorreu-se à consulta exaustiva de todos os processos clínicos individuais dos acidentados, onde constava um questionário utilizado pelas Instituições dependentes do Ministério da Saúde Português e o impresso de *Participação e Qualificação do Acidente em Serviço*.

Resultados: O risco de acidente biológico na população exposta de 3,8 acidentes em cada 100 trabalhadores nos 12 anos. Os profissionais mais jovens e com menor experiência profissional apresentam um risco aumentado em mais do dobro de sofrer acidente. A maior incidência ocorreu nos meses de Julho e Fevereiro, à segunda-feira, com um risco superior nas primeiras 3 horas e após 8 horas de trabalho. A probabilidade de ocorrência de acidente biológico aumenta em cerca de 17 vezes mais nos médicos e mais de três vezes nos enfermeiros e nos assistentes operacionais. As atividades que constituem maior risco de acidente biológico foram nos médicos a atividade cirúrgica e a gasimetria, nos enfermeiros a pesquisa de glicémia e a punção venosa e nos assistentes operacionais a remoção de resíduos e o manuseamento de material.

Conclusões: A implementação de medidas de biossegurança, por si só, não se traduziu numa redução significativa da incidência percentual anual média de acidentes causados por agulha oca, cateter venoso com dispositivo de segurança, lancete de glicémia com agulha retrátil, agulha de sutura e bisturi, durante o período em estudo, carecendo concomitantemente de outras medidas preventivas, nomeadamente a educação, formação e treino sobre a correta utilização de dispositivos seguros, monitorização das práticas e uma maior consciencialização dos profissionais face ao risco e à necessidade de maior adesão ao uso de EPI.

Palavras-chave: biossegurança; acidentes de serviço; exposição fluidos biológicos; profissionais de saúde; infeção.

Referências bibliográficas: Allegranzi, B. & Pittet, D. (2009). Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of Hospital Infection*, 73(4), 305-315. doi:10.1016/j.jhin.2009.04.019

Gabriel, J. (2004) Reducing the risks of sharps injuries in health professionals. *Nursing Times*, 100(26), 1-28.

Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional. (2008). *Personal de respuesta a emergencias: Incentive a sus trabajadores para que notifiquen las exposiciones a microorganismos patógenos transmitidos a través de la sangre* (DHHS (NIOSH) publicación N.º 2008-118). Recuperado de http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2008-118_sp/

Wang, H. Q., Zhang, M. Li, T., & Du X. Y. (2009). A pooling analysis of occupational sharp injury on clinical nurses in China. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*, 27(2), 65-70.

* Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, Enfermagem Médico-cirúrgica, Professor Adjunto

** Hospital Magalhães Lemos, Serviço de Internamento E4, Enfermeiro Chefe

*** Enfermeira Lar Santos Passos, Guimarães [diana.g.alves@gmail.com]

**** Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, Professora Adjunta

***** Escola Superior de Enfermagem da CVP de Oliveira de Azeméis, Professor Adjunto

Bullying no trabalho entre enfermeiros

Antónia Adília Ribeiro Teixeira*

Teresa de Jesus Rodrigues Ferreira**

Elizabete Maria das Neves Borges***

Introdução: O bullying distingue-se de outros tipos de violência pelo fato dos comportamentos agressivos se prolongarem no tempo, de forma repetida e com intencionalidade. Devido a estas características, o bullying é responsável por graves consequências na saúde física e mental das pessoas envolvidas. Está presente em vários contextos laborais, entre eles, o dos enfermeiros (Mitchell, Ahmed, & Szabo, 2014). Estas consequências nefastas afetam o desempenho dos profissionais, podendo colocar em causa a qualidade dos cuidados prestados à população (Towsend, 2012).

Objetivos: Descrever atos de bullying identificados por enfermeiros, enquanto vítimas e/ou testemunhas, e contribuir para a sensibilização dos profissionais para este tipo de violência.

Metodologia: Este estudo é do tipo exploratório, descritivo e transversal, inserido num paradigma de investigação qualitativa. Foi dirigido a enfermeiros com dez ou mais anos de atividade profissional. A amostragem por redes foi o método de seleção dos participantes, aos quais realizámos entrevistas semiestruturadas, num total de 12 participantes. A informação fornecida foi submetida a uma análise de conteúdo temática. Foram cumpridos os requisitos éticos do processo investigativo.

Resultados: Os participantes descreveram as suas vivências enquanto testemunhas e/ou vítimas de bullying no local de trabalho. Como testemunhas, a integração dificultadora, reações hostis e impedir a pessoa de se expressar foram os atos de bullying identificados. As vítimas referiram: integração dificultadora, comunicação hostil, impedir a pessoa de se expressar, críticas negativas à personalidade e sobre o trabalho e serem alvo de gozo e ironia. Constatamos que, enquanto as testemunhas se referem à integração de elementos com pouco tempo de atividade profissional, algumas vítimas referem uma integração dificultadora quando mudaram de serviço, após alguns anos de experiência profissional. Estes dados vão ao encontro de estudos como o de Simons e Mawn (2010), onde verificaram que o bullying é, particularmente, experienciado por enfermeiros recém-formados ou com poucos anos de experiência profissional. Por outro lado, Zapf, Escartín, Einarsen, Hoel, e Vartia (2011) referem que o bullying ocorre tanto em pessoas jovens como em pessoas com mais idade e consequentemente mais anos de trabalho.

Conclusões: Os enfermeiros identificaram diferentes atos de bullying nos seus contextos de trabalho. O processo de integração pode ser um momento de sofrimento não apenas para os recém-formados, como também para enfermeiros com mais tempo de atividade profissional. Consideramos que é fundamental a divulgação desta temática junto dos profissionais, bem como dos alunos de Enfermagem, para a consciencialização desta problemática pois será o primeiro passo para a sua prevenção e para a promoção da melhoria da qualidade de cuidados em saúde.

Palavras-chave: bullying; enfermeiros; saúde do trabalhador.

Referências bibliográficas: Mitchell, A., Ahmed, A., & Szabo, C. (2014). Workplace violence among nurses, why are we still discussing this? Literature review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(4), 147-150. doi: 10.5430/jnep.v4n4p147

Simons, S. R., & Mawn, B. (2010). Bullying in the workplace: A qualitative study of newly licensed registered nurses. *AAOHN Journal*, 58(7), 305-311. doi: 10.3928/08910162-20100616-02

Towsend, T. (2012). Break the bullying cycle. *American Nurse Today*, 7(1), 12-15.

Zapf, D., Escartín, J., Einarsen, S., Hoel, H., & Vartia, M. (2011). Empirical findings on prevalence and risk groups of bullying in the workplace. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (2th. ed., pp. 75-105). Boca Raton, USA: CRC Press.

* Centro Hospitalar São João, Enfermeira

** Escola Superior de Enfermagem do Porto, docente [teresarodrigues@esenf.pt]

*** Escola Superior de Enfermagem do Porto

Bullying nos enfermeiros: Estudo longitudinal

Elisabete Maria das Neves Borges*
Teresa de Jesus Rodrigues Ferreira**

Introdução: O bullying no trabalho tem sido alvo de um interesse crescente justificando a necessidade da sua identificação e da implementação de programas de intervenção (Stagg, Sheridan, Jones, & Speroni, 2013; Vartia & Leka, 2011). No contexto laboral dos enfermeiros, este fenómeno de natureza multifatorial e com consequências a nível individual (e.g. problemas de saúde) e organizacional é uma realidade (Nielsen, Mageroy, Gjerstad, & Einarsen, 2014; Townsend, 2012).

Objetivos: Este estudo teve como objetivo comparar frequência e tipos de Bullying nos enfermeiros em dois momentos diferentes (pré e pós programa de intervenção).

Metodologia: Integrado no paradigma de investigação quantitativo desenvolvemos um estudo do tipo descritivo, exploratório, correlacional e longitudinal. Efetuámos uma abordagem segundo um desenho pré e pós-teste, com análise intrasujeitos em dois momentos distintos, mediados por um intervalo de tempo de seis meses, neste intervalo implementamos um programa psicopedagógico de ajuda na gestão das emoções. Foi aplicado um questionário sociodemográfico e o *Negative Acts Questionnaire* (NAQ-R; Araújo, McIntyre & McIntyre, 2004; Einarsen & Raknes, 1997) a uma amostra de 60 enfermeiros que aceitaram participar no estudo.

Resultados: Dos participantes 88,3% eram do sexo feminino, com média de idade de 33,1 anos, 46,7% apresentavam estado civil casado, tinham média 10,2 anos de serviço na profissão, 60% eram enfermeiros graduados, 66,7% tinham vínculo definitivo, 13,3% possuíam funções de chefia, 76,7% exerciam a sua atividade em contexto hospitalar e 51,7% já pediram ou pensaram pedir transferência de serviço. Os dados revelaram que na primeira e segunda avaliação respetivamente, 10% e 8,3% dos enfermeiros identificaram-se como vítimas de bullying, através de atos de Exclusão, Intimidação e Qualidade/Sobrecarga de Trabalho. Constatamos resultados estatisticamente significativos para a subescala de Intimidação ($t(57) = -3,23$; $p < 0,01$) e Qualidade/Sobrecarga de Trabalho ($t(59) = -3,82$; $p < 0,001$) com um aumento da primeira para a segunda avaliação de atos de Intimidação ($M = 13,9$; $DP = 14,9$ e de $23,1$; $DP = 23,2$) e de Qualidade/Sobrecarga de Trabalho ($M = 16,0$; $DP = 16,4$ e $M = 26,7$; $DP = 27,0$).

Conclusões: A evidência de perceção de atos de bullying pelos participantes vai ao encontro de outros estudos, de que o Bullying é uma realidade nos enfermeiros. Os participantes percecionaram mais atos de bullying ao nível de Intimidação e de Qualidade/Sobrecarga de Trabalho na segunda avaliação comparativamente ao primeiro momento de avaliação. A implementação de intervenções a nível da prevenção primária é fundamental para a promoção de saúde no local de trabalho. Os serviços de saúde ocupacional têm aqui um papel imprescindível.

Palavras-chave: bullying; saúde ocupacional; enfermeiros; estudo longitudinal; programa intervenção; trabalho.

Referências bibliográficas: Nielsen, M. B., Mageroy, N., Gjerstad, J., & Einarsen, S. (2014). Workplace bullying and subsequent health problems. *Tidsskr Nor Lægeforen*, *134*(12/13), 1233-1238. doi: 10.4045/tidsskr.13.0880
Stagg, S. J., Sheridan, D., Jones, R., & Speroni, G. (2013). Workplace bullying: The effectiveness workplace program. *Workplace Health & Safety*, *61*(8), 333-338. doi: 10.3928/21650799-20130716-03
Townsend, T. (2012). Break the bullying cycle. *American Nurse Today*, *7*(1), 12-15.
Vartia, M., & Leka, S. (2011). Interventions for the prevention management of bullying at work. In S. Einarsen, H. Hoel, D. Zapf & C. L. Cooper (Eds.), *Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice* (pp. 359-377). New York, USA: Taylor & Francis.

* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Adjunta [elizabetborges1@gmail.com]

** Escola Superior de Enfermagem do Porto, docente [teresarodrigues@esenf.pt]

O presentismo em enfermagem

Cátia Palha

Elisabete Maria das Neves Borges*

Introdução: O Presentismo tem sido alvo de interesse crescente, sendo definido como a presença do trabalhador no local de trabalho mesmo estando doente (Paschoalin et al., 2013). Nas organizações, os profissionais de saúde são dos mais afetados por esta problemática, com as conseqüências que este fenómeno acarreta para a qualidade dos serviços prestados (Sanderson & Cocker, 2013).

Objetivos: Identificar o nível de presentismo dos enfermeiros e verificar se varia em função de problemas de saúde e de variáveis sociodemográficas e profissionais.

Metodologia: Utilizou-se um questionário (sociodemográfico, profissional e de problemas de saúde) e o *Stanford Presenteeism Scale-6* (Ferreira et al., 2010; Koopman et al., 2002), aplicados a uma amostra de 121 enfermeiros (72,5% sexo feminino; idade M=35,5; 79,2% a trabalhar em hospital; tempo de serviço na profissão M=12,8 anos e 93,3% com vínculo definitivo).

Resultados: Os resultados evidenciam a presença de presentismo (M=3,3). Apesar dos problemas de saúde referenciados, os enfermeiros conseguem completar o seu trabalho (M=3,8), apresentando maior dificuldade em se concentrar neste (M=3,2). Os enfermeiros mais novos, com menos tempo de serviço na profissão e na instituição evidenciam maior presentismo. A depressão foi o problema de saúde mais identificado pelos enfermeiros como causa de presentismo.

Conclusões: A existência de presentismo aponta para a importância das organizações investirem na implementação de programas de melhoria contínua de promoção da segurança e bem-estar dos trabalhadores.

Palavras-chave: presentismo; enfermeiros; enfermagem do trabalho; saúde ocupacional.

Referências bibliográficas: Ferreira, A., Martinez, L., Sousa, L., & Cunha, J. (2010). Tradução e validação para a língua portuguesa das escalas de presentismo WIQ-8 e SPS-6. *Avaliação Psicológica*, 9(2), 253-266.

Koopman, C., Pelletier K. R., Murray J. F., Sharda C. E., Berger M. L., Turpin R. S., ... Brendel T. (2002) Stanford presenteeism scale: Health status and employee productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44(1), 14-20. doi: 10.1097/00043764-200201000-00004

Paschoalin, H. C., Griep, R. H., Lisboa, M. T., & Mello, D. C. (2013). Adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do Stanford Presenteeism Scale para avaliação do presentismo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(1), 388-395. doi: 10.1590/S0104-11692013000100014

Sanderson, K., & Cocker, F. (2013). Presenteeism: Implications and health risks. *Australian Family Physician*, 42(4), 172-175.

* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Adjunta [elizabeteborges1@gmail.com]

Perceções dos enfermeiros sobre a saúde ocupacional

Ana Rita Costa Pereira

Elisabete Maria das Neves Borges*

Introdução: A saúde ocupacional e a enfermagem do trabalho procuram a prevenção, a proteção e promoção da saúde dos trabalhadores (DGS, 2014; OE, 2013). Apesar do desenvolvimento da saúde ocupacional (ILO, 2011), ainda se verificam bastantes défices, pois uma parte substancial da morbilidade associada à população trabalhadora está relacionada com o trabalho (WHO, 2006).

Objetivos: Conhecer e descrever as perceções dos enfermeiros sobre a saúde ocupacional.

Metodologia: Estudo qualitativo, exploratório, descritivo e transversal. Optou-se pela entrevista semiestruturada para a recolha de dados e pela análise de conteúdo segundo Bardin (2009). Participaram no estudo 12 enfermeiros (91,7% sexo feminino; idade M=38,9; anos serviço M=16,2; 66,7% a trabalhar em hospital).

Resultados: Os resultados revelaram que para o conceito de saúde ocupacional se destaca uma definição que tem por base o âmbito de atuação, a organização e o funcionamento. Os enfermeiros identificaram como áreas de intervenção da saúde ocupacional a prevenção dos riscos profissionais, a proteção e a promoção da saúde e o tratamento. No que diz respeito às estratégias de dinamização do serviço de saúde ocupacional, emergiram as campanhas de divulgação de informação/formação, a intervenção do serviço de saúde ocupacional e a regulamentação do serviço de saúde ocupacional.

Conclusões: Os resultados apontam para a importância da investigação e da formação na área da saúde ocupacional.

Palavras-chave: saúde ocupacional; enfermeiro; enfermagem do trabalho; trabalhador.

Referências bibliográficas: International Labour Organization (Ed.). (2011). *ILO introductory report: Global trends and challenges on occupational safety and health: XIX World Congress on Safety and Health at Work: Istanbul Turkey, 11-15 September*. Recuperado de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_162662.pdf

Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2014). *Organização e funcionamento do Serviço de Saúde Ocupacional/ Saúde e Segurança do Trabalho dos Centros Hospitalares/Hospitais* (Orientação N.º 008/2014). Recuperado de https://www.google.pt/url?sa=t&rect=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrices-da-dgs%2Forientacoes-e-circulares-informativas%2Forientacao-n-0082014-de-21052014-pdf.aspx&ei=psXGU_6oJdPY0QWohYDICg&usq=AFQjCNFsWwM75-pK1j9byaMSU5ElRihKqQ&sig2=2Af3v kxrMORRcqN6q1iPQQ&bvm=bv.71126742,d.d2k

Ordem dos Enfermeiros. (2013) – Revista da Ordem dos Enfermeiros Número 46. OE. Acedido em 21 dez. 2013, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/RevistaOE/ROE46/index.html#1>

World Health Organization. (2006). *Declaration on workers health*. Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/Declarwh.pdf

* Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Adjunta [elizabethborges1@gmail.com]

Prevalência de burnout entre trabalhadores de enfermagem de UTI

Jorge Luiz Lima da Silva*

Chrystian Fernandes Pedrosa**

Liliane Reis Teixeira***

Introdução: Estudos apontam o trabalho como o ponto-chave do prazer e do sofrimento; porém, o prazer é pouco percebido na concepção dos trabalhadores, abrindo espaço para maior exposição ao surgimento do sofrimento associado ao cansaço físico, psíquico e cognitivo, tensões, angústias e stress. O stress é problema atual, sendo objeto de pesquisa multiprofissional em diversas áreas, pois apresenta riscos para o equilíbrio da saúde. A preocupação com a saúde dos trabalhadores intensifica-se quando os danos causados possam ser evitados.

Objetivos: O presente estudo visou analisar a prevalência da SB entre trabalhadores de enfermagem intensivistas, associando a fatores sociodemográficos e aspectos psicossociais.

Metodologia: Estudo descritivo seccional foi realizado com 130 profissionais, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que desempenhavam as suas atividades em unidade de terapia intensiva e coronariana de dois hospitais de grande porte no Rio de Janeiro. Os dados foram colhidos no período de 2011, por meio de questionário autoaplicado. Foi utilizado o *Maslach Burnout Inventory* para a aferição das dimensões de burnout e o *Self Report Questionnaire* para avaliação de transtornos mentais comuns.

Resultados: A prevalência de SB foi de 55,3% (72). Quanto aos quadrantes do modelo demanda-controle: baixa exigência apresentou 64,5% (20) de casos prevalentes suspeitos e alta exigência 72,5% (29) de casos ($p=0,006$). Foi constatada a prevalência de 27,7% (36) de casos suspeitos para TMC, destes 80,6% (29) associados à SB ($<0,0001$). Após análise multivariada com modelo ajustado para sexo, idade, escolaridade, carga horária semanal, renda, e pensamento no trabalho durante as folgas foi constatado caráter protetor para SB nas dimensões intermediárias de stress: trabalho ativo OR = 0,26 (IC95%=0,09-0,69) e trabalho passivo OR = 0,22 (IC95%=0,07-0,63).

Conclusões: Este estudo mostra-se relevante para a saúde do trabalhador, em especial profissionais de enfermagem intensivistas, conforme pesquisas nacionais e internacionais. Constatados scores elevados de EE, DE e prevalência de suspeição para SB expressiva, é revelada influência da organização e natureza do trabalho nesses resultados. O stress até certo ponto estimula a criatividade no trabalho e conduz a novas aprendizagens, entretanto, excessivamente pode conduzir ao desgaste, gerando burnout. É importante implementar programas de gestão do stress ocupacional, de forma a integrar as esferas operacionais hospitalares, e envolver todos os colaboradores, uma vez que as pessoas são a essência de uma organização.

Palavras-chave: stress; unidade de terapia intensiva; síndrome de burnout; equipa de enfermagem; saúde do trabalhador.

Referências bibliográficas: Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, USA: Free Press.

Palazzo, L. S., Carlotto, M. S., & Aerts, D. R. (2012). Síndrome de Burnout: Estudo de base populacional com servidores do setor público. *Revista de Saúde Pública*, 46(6), 1066-1073. Doi: 10.1590/S0034-89102013005000004

Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Font-Mayolas, S., Gras, M. E., Bertran, C., & Sullman, M. J. (2013). Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), 305-313. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01897.x

Tamayo, M. R. (2009). Burnout: Implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo-trabalho em profissionais da enfermagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 474-482.

* Universidade Federal Fluminense, Materno Infantil e Psiquiatria, Professor

** Universidade Federal Fluminense

*** Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Centro de Estudos em saúde do trabalhador, Pesquisadora

Reflexão sobre possíveis soluções para riscos psicossociais na atividade de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva

Jorge Luiz Lima da Silva*
 Chrystian Fernandes Pedrosa**
 Liliane Reis Teixeira***

Introdução: Fatores associados ao stress estão relacionados a aspectos sociais, ambiente e trabalho, podendo provocar prejuízos aos aspectos físicos, biológicos e psicológicos do trabalhador. Quando os mecanismos de enfrentamento ou esgotamento dos recursos do indivíduo são insuficientes, o stress pode contribuir para desenvolvimento de patologias e transtornos diversos. O impacto é considerável sobre a qualidade de vida no trabalho e as relações sociais. A unidade de terapia intensiva é o setor hospitalar apontado pela literatura como intenso gerador de stress.

Objetivos: Há de se refletir sobre a qualidade de vida no ambiente de trabalho, o que envolve propiciar condições para o maior desempenho, bem como condições básicas de atuação dos profissionais, e a implementação de estratégias para o enfrentamento do stress ocupacional. Assim, mediante esse contexto, traçou-se o seguinte objetivo: discutir sobre o stress do profissional de enfermagem atuante em setores fechados, e possíveis estratégias mitigadoras.

Metodologia: Trata-se de um ensaio (texto reflexivo) com base na vivência prática e de pesquisa na área de saúde do trabalhador de enfermagem. Parte de tese de doutorado defendida na Fundação Instituto Oswaldo Cruz- Rio de Janeiro/ Brasil. Essa modalidade de trabalho consiste em exposição lógica e reflexiva de informações e apresentação de pontos críticos relacionados à saúde do trabalhador de enfermagem, propondo soluções para alguns entraves.

Resultados: Aspectos políticos, institucionais e voltados para a qualidade de vida recebem destaque, pois o stress é algo que transcende o aspeto individual, e possui grande impacto na sociedade. Algumas estratégias são destacadas, como a construção de uma rede nacional de negociação entre sindicatos, conselhos e governo federal; a implantação de gestão participativa, de forma a promover maior percepção de controle sobre o trabalho, e o estímulo ao bom relacionamento interpessoal, através de reuniões de equipa constante, com levantamento de problemas e possíveis soluções. Ações devem partir do geral para que surtam efeito sobre cada trabalhador da UTI. É necessária a criação de estratégia integradora de diversos setores como órgãos de classe e fiscalizadores para que as ações de qualidade de vida, medidas para enfrentamento e de controle do stress surtam efeito. Existem especificidades e demandas singulares por parte da equipa de enfermagem intensivista.

Conclusões: A reflexão traz à tona o grande desafio de encarar o cuidado ao ser humano, de forma a desconsiderá-lo como bem de capital em países em desenvolvimento com sistema neoliberal. Nota-se também que existe considerável contribuição dos estudos científicos na área, os quais devem receber mais atenção pelas instituições envolvidas, bem como medidas estratégicas para o acesso livre a esse material, o que contribuiria para o processo de gestão, fiscalização do trabalho e saúde dos profissionais.

Palavras-chave: equipa de enfermagem; unidades de terapia intensiva; saúde do trabalhador; transtornos mentais; aspetos psicossociais.

Referências bibliográficas: Abualrub, R.F. (2004). Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 73-78.

Adán, J. C., & García, S. P. (2003). *Estrés en la enfermería: El cuidado del cuidador*. Madrid, España: Díaz de Santos.

Araújo, T. M., & Rotenberg, L. (2011). Relações de gênero no trabalho em saúde: Divisão sexual. In A. A. Assunção & J. C. Brito (Eds.), *Trabalhar na saúde: Experiências cotidianas e desafios para gestão do trabalho e do emprego* (pp. 131-150). Rio de Janeiro, Brasil: Fiocruz.

Dejours, C. (2000). *A banalização da injustiça social* (3 ed.). Rio de Janeiro, Brasil: FGV.

* Universidade Federal Fluminense, Materno Infantil e Psiquiatria, Professor

** Universidade Federal Fluminense

*** Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Centro de Estudos em saúde do trabalhador, Pesquisadora

Satisfação dos enfermeiros de reabilitação

Rosa Maria Lopes Martins*

Rosário Silva

Helena Moreira**

Introdução: As exigências do mercado de trabalho nas últimas décadas vêm consumindo a energia física e mental dos trabalhadores, abalando a sua dedicação e motivação. Como consequência, os níveis de desempenho e de produtividade podem resultar numa insatisfação, que no caso dos enfermeiros, particularmente nos especialistas em reabilitação, podem mesmo refletir-se na qualidade dos cuidados prestados.

Objetivos: Nesta perspetiva, o objetivo geral deste estudo consiste em analisar a satisfação profissional dos enfermeiros de reabilitação e identificar as variáveis que interferem nessa satisfação.

Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, correlacional, de corte transversal e retrospectivo. A amostra é do tipo não probabilístico acidental, constituída por 62 enfermeiros especialistas em reabilitação, a exercer funções em instituições de saúde do centro do país. O instrumento de colheita de dados integra, para além da caracterização sociodemográfica e profissional, o *Maslach Burnout Inventory – General Survey* (MBI-GS), o Inventário Clínico de Autoconceito e o Índice Descritivo do Trabalho (JDI).

Resultados: O estudo mostra que as mulheres se encontram mais satisfeitas que os homens (76,2% 70,0%), contudo as diferenças não são significativas. A maior idade corresponde maior grau de satisfação pelos Enfermeiros de Reabilitação, sendo a idade responsável por 6,7% da variância da satisfação profissional. Verificamos ainda que os enfermeiros que exercem funções especializadas, que só trabalham num único local, e que têm um contrato de trabalho por tempo indeterminado são os mais satisfeitos, contudo as diferenças encontradas não são significativas. Já os que praticam *Roulement* apresentam maior satisfação profissional face aos que trabalham em horário fixo, sendo as diferenças estatisticamente significativas. Constatámos ainda que 3,2% dos participantes, está em burnout, tem uma média de autoconceito de 70,08, sendo o valor médio do sexo masculino superior ao do sexo feminino. Os resultados obtidos evidenciam associação negativa com o autoconceito.

Conclusões: Constatamos que a maiores níveis de satisfação estão ligadas as mulheres, os enfermeiros mais velhos, os que exercem funções especializadas, que só trabalham num único local, e que têm um contrato de trabalho por tempo indeterminado. Também os que praticam *Roulement* apresentam maior satisfação profissional face aos que trabalham em horário fixo. Verificámos ainda que 3,2% dos enfermeiros estão em burnout.

Palavras-chave: satisfação profissional; enfermeiros especialistas em reabilitação; burnout; autoconceito.

Referências bibliográficas: Baumann, A. (2007). *Ambientes favoráveis à prática: Condições no trabalho = cuidados de qualidade: Instrumentos de informação e ação*. Genebra, Suíça: Conselho Internacional de Enfermeiros.

Freitas, M. F. (2011). *Satisfação profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.

* Escola Superior de Saúde Viseu, Enfermagem de Reabilitação [rmartins.viseu@gmail.com]

** CHIV

PÓSTERES

POSTERS

PÓSTERES

DETERMINANTES DA SAÚDE

HEALTH DETERMINANTS

DETERMINANTES DE LA SALUD

Caracterização da população idosa a frequentar duas IPSS's da Região Centro

Andreia Cristina do Nascimento e Silva

Sara Patricia Nunes Coelho*

Manuel Augusto Duarte Mariz**

Introdução: Manter a independência funcional do idoso, melhorar a sua capacidade funcional e proporcionar melhor qualidade de vida são objetivos da enfermagem de reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Como enfermeira a desenvolver atividade profissional numa IPSS, com valências de Lar e Centro de Dia, tornou-se pertinente refletir sobre a realidade no próprio contexto, sendo fundamental estabelecer um diagnóstico de situação sobre o grau de independência funcional dos idosos institucionalizados e qual a necessidade de intervenção de enfermagem de reabilitação.

Objetivos: O objetivo é identificar o grau de independência funcional dos idosos institucionalizados, em valência de Lar e Centro de Dia, em duas Instituições de solidariedade Social da Região Centro (IPSS's).

Metodologia: Estudo de natureza quantitativo, descritivo-correlacional e transversal, com um tipo de amostragem não-probabilística de conveniência, constituída por 135 idosos institucionalizados em duas instituições (A e B) da região centro nas valências de Lar e Centro de Dia. Foi aplicado um questionário de caracterização sociodemográfico e a Escala de Independência Funcional (MIF) entre o mês de Setembro e Novembro de 2014. Os dados foram tratados com base no programa IBM.SPSS.21 utilizando-se a estatística descritiva e inferencial.

Resultados: A maioria dos idosos que participaram no estudo encontra-se institucionalizada em valência Lar, sendo a Instituição B, a que tem maior percentagem e a menor em valência de Centro de Dia. A instituição A apresenta maior grau de independência comparativamente à Instituição B. Na valência de Centro de Dia, o valor é maior em relação à valência Lar, o que se traduz num maior grau de independência de idosos a frequentarem o Centro de Dia. No que se refere às subcategorias, é na Instituição A, ao nível da comunicação, que se regista o valor mais elevado, mantendo-se este valor na valência Lar. Porém, na valência Centro de Dia é ao nível do autocontrolo de esfíncteres que se verifica o score superior. Na Instituição B, em valência lar é no controlo de esfíncteres, a subcategoria com score mais elevado. Ao nível da valência de Centro de Dia, os idosos apresentam scores mais elevados nas subcategorias controlo de esfíncteres, mobilidade e locomoção.

Conclusões: Os idosos residentes na Instituição A, independentemente da valência apresentaram um maior grau de independência comparativamente aos da Instituição B. Desta forma, os idosos da Instituição B têm capacidade para realizarem as suas tarefas de vida diária em 75%, necessitando de ajuda mínima de uma terceira pessoa. Sendo que, os idosos que se encontram em valência de Centro de Dia são os que apresentam valores de independência funcional mais elevados. Nesta dinâmica as IPSS's devem atuar de forma a irem ao encontro da manutenção da independência da pessoa idosa, sendo crucial a implementação de enfermeiros de reabilitação.

Palavras-chave: idoso; institucionalização; lar; centro de dia; independência funcional.

Referências bibliográficas: Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamentos das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

* Santa Casa da Misericórdia de Castanheira de Pera, Enfermagem [sara_coelho@ymail.com]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP - Reabilitação, Docente

Contributo dos enfermeiros de saúde comunitária no Programa de Eliminação do Sarampo em Portugal

João Frade

Introdução: Em Portugal os enfermeiros têm dado um enorme contributo no controlo e na prevenção das doenças evitáveis pela vacinação, nomeadamente o sarampo. O contributo dos enfermeiros em Portugal no programa de eliminação do sarampo tem-se materializado no ato de vacinar, na adequação da administração das vacinas às idades recomendadas pela Direção Geral de Saúde (DGS), na realização de registos vacinais sistemáticos e atualizados. E sobretudo nas elevadas taxas de adesão à vacinação que têm conseguido junto da população portuguesa.

Objetivos: O presente estudo pretende avaliar a evolução do cumprimento da estratégia vacinal contra o sarampo em Portugal, no cumprimento dos objetivos da DGS e da Organização Mundial de Saúde (OMS) de eliminação da doença em território nacional e correlaciona-lo com o aumento do número de enfermeiros no país.

Metodologia: Estudo transversal correlacional realizado a 411 indivíduos, nascidos em Portugal, depois de 1970 através da consulta da Ficha Individual de Vacinação (FIV), do Boletim Individual de Saúde (BIS) numa amostra de conveniência pertencente ao ACES Pinhal Litoral e à Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda.

Resultados: Dos 411 indivíduos estudados, 54 não apresentaram registos de terem tomado qualquer dose de vacina anti sarampo (VAS), destes 66,66% nasceram antes de 1977, 62 foram inoculados apenas com 1 dose de VAS, e destes 75% nasceram entre 1977 e 1984. Os restantes 295 fizeram 2 doses de VAS, tendo 85,08% nascido já depois de 1984. O aumento da taxa de cobertura vacinal da vacina contra o sarampo, em Portugal, está associado ao aumento do número de enfermeiros no país ($r=0,697$; $p=0,0001$). O estado vacinal esteve significativamente associado às coortes de nascimento a que estes indivíduos pertencem ($r=0,684$; $p=0,038$) nos indivíduos nascidos antes de 1990. A taxa de cobertura vacinal foi de 38,88% na coorte nascida antes de 1977 e só na coorte nascida depois 1990 é que aquela taxa atingiu valores superiores a 95% para as duas doses de VASPR.

Conclusões: Os dados aqui apresentados estão de acordo com os dados publicados pela DGS e com os dados da região a que a amostra pertence.

Palavras-chave: enfermeiros; vacinação; PNV.

Referências bibliográficas: Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2012). *Programa nacional de vacinação: Normas de vacinação*. Lisboa, Portugal: Autor.

Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2013). *Programa nacional de eliminação do sarampo 2013*. Lisboa, Portugal: Autor.

Ministério da Saúde. (2013). *Sistema de informação nas Unidades de Saúde (SINUS). Pinhal: ACES Pinhal Litoral*. Leiria, Portugal: Centro de Saúde Arnaldo Sampaio.

Ministério da Saúde. (2013). *Sistema de informação nas Unidades de Saúde (SINUS)*. Guarda, Portugal: Centro de Saúde do Sabugal.

Desigualdade social e violência urbana - a realidade de uma sociedade

Fatima de Oliveira Affonso

Introdução: O fenômeno da violência, há tempos tem sido alvo de debates com aumento dos indicadores de perdas de vida e mutilações relacionados a esse determinante social. Ferimentos por armas de fogo ocasionam lesões irreversíveis onerosos ao cidadão, à família e ao Estado. A participação popular na discussão e proposição de medidas que se adequem às diferentes realidades existentes no Brasil é importante para enfraquecer os mecanismos coletivos de rebater o ato violento, com outro, desencadeando uma onda coletiva e cíclica.

Objetivos: Discutir o fenômeno da violência nas diferentes classes sociais na vivência cotidiana da sociedade brasileira.

Metodologia: Pesquisa de revisão de literatura realizada no período de agosto a novembro de 2014 em bases de dados indexadas, no idioma português de publicações disponíveis de 2005 a 2014.

Resultados: Indicadores de morbidade e mortalidade têm crescido de forma avassaladora relacionados à violência, sendo a arma de fogo a principal responsável. A taxa de mortalidade por ferimento decorrente de arma de fogo triplicou no período de 1980 a 2000. Essa violência social, tem estado presente em todas as classes sociais, porém tem uma significância na população de baixa renda. Esse comportamento gera um medo coletivo que leva à desconstrução dos padrões de moralidade e respeito mútuo. A manutenção deste estado de violência urbana gera crianças violentas, que se tornarão adultos violentos, contribuindo para um ciclo social privado de liberdade, de segurança, de paz.

Conclusões: Conclui-se que a violência é um fenômeno social presente em todas as classes sociais, predominando nos menos favorecidos. O aumento das vítimas de ferimentos por arma de fogo deixa muitos cidadãos com sequelas graves ou aumenta os indicadores de mortalidade por causas absolutamente evitáveis. A desigualdade social segrega pessoas, gera um desconforto coletivo e contribui para a sociedade passar a viver com medo. É urgente que se invista em políticas sociais que favoreçam a convivência desses cidadãos que tem tido ao longo de muitos anos, negado o seu direito de viver numa sociedade justa e livre.

Palavras-chave: determinantes sociais da saúde; violência urbana; ferimentos por arma de fogo.

Referências bibliográficas: Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, 17(1), 77-93.

Mello-Silva, A. C., Brasil, V. V., Minamisava, R., Oliveira, L. M., Cordeiro, J. A., & Barbosa, M. A. (2012). Qualidade de vida e trauma psíquico em vítimas da violência por arma de fogo. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(3), 558-565.

Perlman, J. E. (2013). Marginalidade: Do mito a realidade nas favelas do Rio de Janeiro 1969-2002. In *Encontros Nacionais da ANPUR*, 10, Belo Horizonte, Brasil.

Phebo, L. (2005). Impacto da arma de fogo na saúde da população no Brasil. In R. C. Fernandes (Coord.), *Brasil: As armas e as vítimas* (pp. 9-36). Rio de Janeiro, Brasil: 7 Letras.

O consumo de tabaco em estudantes de Enfermagem

Ana Gabriela Silva Saraiva*
Cláudia Margarida Correia Balula Chaves**
João Carvalho Duarte

Introdução: Em Portugal, mais de 90% dos fumadores iniciaram o consumo de tabaco antes dos 25 anos, verificando-se um aumento entre os jovens mais escolarizados. Existem fatores que predis põem esta população a estas condutas, que variam de pessoa para pessoa. A escola deveria representar um espaço de ensino-aprendizagem que desenvolveria atividades para promover e proteger a saúde de toda a comunidade educativa. Os estudantes de enfermagem deviam apresentar comportamentos ajustados a promotores de saúde, justificando os conhecimentos obtidos na formação académica.

Objetivos: Caracterizar o consumo de tabaco nos estudantes de Enfermagem. Identificar as variáveis sociodemográficas e académicas que influenciam o consumo de tabaco em estudantes de enfermagem. Analisar a influência das variáveis de contexto psicológico no consumo de tabaco nos estudantes de enfermagem.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional e explicativo. Questionário constituído pela caracterização sociodemográfica, académica, Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Lovibond & Lovibond, 1995), Escala de Afeto Positivo e Negativo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005), Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina (Ferreira, Quintal, Lopes, & Taveira, 2009) e o Inventário de Personalidade de Eysenck (Eysenck & Eysenck, 1968). Amostra não probabilística por conveniência constituída por 404 estudantes de enfermagem.

Resultados: Dos participantes 86,1% são do género feminino, 38,4% têm idade igual ou inferior a 20 anos, 88,6% são solteiros e 28,0% frequentam o 4º ano. A prevalência de consumo de tabaco é de 25,2%; a média de idade para o início situa-se nos 16,8 anos e o género feminino iniciou em média mais cedo este consumo ($M = 16,6 \pm 2,06$); 54,9% convivem com fumadores na sua casa; 67,6% dos inquiridos responderam que não tinham preocupação em ganhar peso ao deixar de fumar, principalmente os homens (83,3%); 45,0% dos estudantes com menos de 20 anos têm um nível de dependência muito baixo; o género não influencia a dependência à nicotina; os residentes em zona urbana e que vivem sozinhos têm valores mais elevados de dependência; estudantes com valores médios sugestivos de baixos índices de depressão, ansiedade e stress; tendência para serem extrovertidos e estáveis; os estudantes mais introvertidos e com maiores níveis de stress são os que consomem mais tabaco.

Conclusões: Prevalência de 25,2% de fumadores, predominantemente do género masculino e com idade média de início do consumo de tabaco de 16,8 anos; relação preditora entre a extroversão e o stress com o consumo de tabaco. Constatamos a necessidade de apostar a nível escolar na prevenção do consumo de tabaco através da implementação de disciplinas e estratégias específicas e na dissuasão do consumo, criando uma consulta de cessação tabágica para estudantes do ensino superior, desenvolvida pelos pares. Salientar a necessidade de apoio psicológico e de animação social nestas instituições, direcionados aos estudantes mais introvertidos e mais stressados.

Palavras-chave: tabaco; conhecimentos; atitudes e prática em saúde; estudantes de Enfermagem

Referências bibliográficas: Pedroso, R., Melo, R., Amado, R., Silva, A., Neves, M., Freitas, H., ... Brito, I. (2012). *PEER IV: Escola de verão em educação pelos pares & investigação acção participativa em saúde*. Coimbra, Portugal: ESENFNC.

Precioso, J., Samarrinha, C., Albuquerque, C., Antunes, H., Bonito, J., Rebelo, L., & Rosas, M. (2009). Factores de risco e factores protectores relacionados com o consumo de tabaco por sexos. In J. Bonito (Coord.), *Educação para a saúde no século XXI: Teorias, modelos e práticas*. Évora, Portugal: Universidade.

Sychareun, V., Hansana, V., Choumanivong, M., Nathavong, S., Chaleunvong, K., & Durham, J. (2013). Cross-sectional survey: Smoking among medical, pharmacy, dental and nursing students. University of Health Sciences, Lao PDR. *BMJ Open*. Retrieved from <http://bmjopen.bmj.com/content/3/8/e003042.full.pdf+html>

Zanon, C., Bastianello, M., Pacio, J., & Hutz, C. (2013). Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos positivos e negativos. *Psico-USF*, 18(2), 193-202. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712013000200003&script=sci_arttext.

* C.S.Cantanhede, UCC, Enfermeira

** Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Docente [claudiachaves21@gmail.com]

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

HEALTH EDUCATION

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Atelier de Alimentação Saudável

Maria Margarida Malcata*

Ana Helena Matos Pinto**

Mónica Filipa Nunes***

Introdução: O Atelier de Alimentação Saudável está a funcionar desde de 2011, foi concebido e promovido no contexto do Projeto Alimentação Saudável que abrange as escolas do concelho de Portalegre numa perspectiva de rentabilizar o seu potencial educativo no sentido de proporcionar uma mais completa e eficiente educação alimentar das crianças e jovens.

Objetivos: Dar a conhecer a Roda dos Alimentos, promover o contacto com os produtores e seus produtos, sensibilizar para a prática de exercício físico e escolhas alimentares saudáveis.

Metodologia: As ações no Atelier iniciam-se com a visita ao Mercado Municipal, praticam atividade física e ações lúdico-pedagógicas relacionadas com o tema, enquanto é avaliado o índice de Massa Corporal (IMC) das crianças e jovens. Terminam com a manipulação e degustação dos alimentos, realizando salada de fruta. Posteriormente, na escola registam os alimentos consumidos durante dois dias da semana, nas diversas refeições. Estes dados foram analisados através de análise de conteúdo, e com o recurso ao programa NVivo 8 e Microsoft Word. Os restantes dados foram analisados pelo método quantitativo.

Resultados: Constatamos um valor crescente de crianças nas visitas ao Atelier, cerca de 1207. Os resultados apontam uma ligeira melhoria nos hábitos alimentares, maior consumo de alimentos do grupo da Fruta, e redução de alimentos mais energéticos, do grupo dos Óleos e Gorduras. A par das mudanças nas dietas alimentares, verificou-se um aumento de crianças com o peso normal, e um decréscimo de crianças com obesidade e excesso de peso. Comprovamos que há mais consciência e conhecimento acerca da alimentação saudável e, sobretudo, alguma vontade em mudar esses hábitos.

Conclusões: A experiência e os resultados obtidos são positivos. Assim, o Projeto de Alimentação Saudável nas Escolas do Concelho de Portalegre pensa que é importante dar continuidade às atividades desenvolvidas no Atelier de Alimentação Saudável.

Palavras-chave: alimentação saudável; educação alimentar; exercício físico; estilos de vida saudáveis.

Referências bibliográficas: Camolas, J. S., & Santos, O. (2011). Prioridades de Intervenção para Controlo da Obesidade na Infância e Adolescência. In *2º Fórum do Observatório Nacional da Obesidade e do Controlo do Peso*, Lisboa, Portugal.

Direcção-Geral de Saúde, (2012). Saúde infantil e juvenil: Programa nacional. Lisboa, Portugal: Autor.

World Health Organization. (2014). Nutrition. Retrieved from <http://www.who.int/topics/nutrition/en/index.html>.

Franks, P. W., Hanson, R. L., Knowler, C., Sievers, W. L., Bennett, P., & Looker, H. C. (2010). Childhood obesity, other cardiovascular risk factors, and premature death. *New England Journal of Medicine*, 362(6), 485–493.

* Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Portalegre, Departamento de Ciências e Tecnologias da Saúde, Docente

** Instituto Politécnico de Portalegre, Serviço de Ação Social, Técnica de Nutrição

*** Santa Casa da Misericórdia de Marvão, Nutricionista

El cuidador principal del paciente de cuidados paliativos

Noemi Alvarez Mieres*

Introducción: Cuidar un paciente enfermo en el hogar es una tarea que suele recaer sobre la familia directa y concretamente, sobre una única persona: la cuidadora principal, generalmente una mujer. Ante esta dedicación exclusiva, aparece una *sobrecarga* que define un estado en el que la cuidadora descuida su salud en pro del cuidado del familiar enfermo. El presente trabajo pretende dar apoyo en el área psicosocial de la cuidadora, proporcionando le estrategias para evitar la sobrecarga y mejorar su calidad de vida.

Objetivos: Contribuir a la mejora del desarrollo personal y social de las mujeres cuidadoras principales de pacientes de cuidados paliativos en el domicilio; concretamente en la mejora de la calidad de vida y disminución de la sobrecarga.

Metodología: Un requisito previo para la participación es que se garantice la sustitución de la cuidadora en el domicilio durante la duración del taller. La estrategia es la realización de una intervención en Educación para la Salud con grupos. Se trata de un taller con tres áreas de contenidos interactivos, cada una dividida en tres sesiones y tres horas de duración cada una.

Resultados: Basándonos en los resultados obtenidos en otros proyectos similares, se puede concluir que resulta efectivo el apoyo psicosocial a las cuidadoras. Este colectivo agradece la disponibilidad de espacios donde poder compartir experiencias y demanda cuidados en su salud emocional. Las estrategias propuestas para afrontar la sobrecarga son recibidas de forma muy positiva, produciéndose una mejora en la calidad de vida. Las enfermeras son las que deben liderar y promover este tipo de intervenciones de salud.

Conclusiones: La figura del cuidador informal del paciente paliativo es imprescindible en el entorno del cuidado domiciliario y la Educación para la Salud es fundamental para “cuidar al cuidador”. El enfermo y el cuidador forman un binomio indivisible, deben entenderse como una unidad de cuidado para la enfermera. Sin embargo, las cuidadoras se convierten en figuras hiperdemandantes de las consultas de Atención Primaria. Se debe promover en estas mujeres el cuidado de, su salud. Se ha demostrado que estas intervenciones ofrecen resultados positivos, así que es primordial dar cobertura a este colectivo.

Palabras clave: Cuidadora informal, cuidador principal, educación para la salud, sobrecarga, cuidados de enfermería

Referencias bibliográficas: Hudson, P., Trauer, T., Kelly, B., O'Connor, M., Thomas, K., Summers, M., ... White, V. (2013). Reducing the psychological distress of family caregivers of home based palliative care patients: Longer term effects from a randomised controlled trial. *Psychooncology*, 22(9), 1987-1993.

Otero Martínez, H. (2014). La mujer, el estrés y el cuidado de un familiar dependiente. Estudio de casos múltiples. *Revista Sexología y Sociedad*, 10(25), 23-29.

Torres Gea, M. P., Ballesteros Pérez, E., & Sánchez Castillo, P. D. (2008). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*, 19(1), 9-15.

* Universidad Europea de Madrid, Departamento de Enfermería, Estudiante de Grado

O significado da sexualidade para o idoso no contexto da consulta de enfermagem: uma revisão sistematizada da literatura

Ermelinda Maria Bernardo Gonçalves Marques*

Renata Jabour Saraiva**

Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas***

Introdução: Recorte de tese em estudo (A sexualidade do idoso no contexto da consulta de enfermagem: uma análise fenomenológica), na Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Brasil, de número 36876114.6.0000.5238, aprovado pela Plataforma Brasil – Ministério da Saúde, referente aos resultados da revisão sistematizada, para a realização do estado da arte.

Objetivos: Compreender a subjetividade entre enfermeiros e clientes na ação educativa *sexualidade do idoso* no contexto da consulta de enfermagem à luz da fenomenologia sociológica de Alfred Schutz.

Metodologia: Revisão sistemática com o intuito de analisar pesquisas primárias com a finalidade de realização de síntese de resultados, para diferentes aplicações. Elaborado através da busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde do sistema BIREME: SCIELO, LILACS, MEDLINE, IBECs, BDNF, PubMed, Biblioteca Cochrane. Além de Teses, do acervo da Biblioteca Pública Base de Dados Minerva/UFRJ/EEAN. Como critério temporal de busca, foi levado em consideração o ano de 1990 a 2014. O idioma apresentado nos artigos selecionados: Português, Inglês, Francês e Espanhol.

Resultados: Resultados através do estado da arte, 532 artigos e 12 Teses, até o momento. Do material analisado, nenhum foi elegível para o estudo, pois a maioria trata da sexualidade do idoso como prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e de câncer, reposição hormonal na mulher idosa. Entretanto, apesar dos artigos publicados, houve um declínio no ano de 2010 e um maior número de publicações em 2011. Já em relação ao nível de evidência, prevaleceu o nível IV, considerando estudos descritivos com abordagem qualitativa, com a pergunta norteadora = De que forma é vivenciada a sexualidade do idoso? Assim, todos foram excluídos por não preencherem as especificidades do estudo.

Conclusões: Concluímos que até o momento, existe uma lacuna no conhecimento em relação à temática apresentada. Portanto, deixamos como sugestão a necessidade da abordagem sobre sexualidade, no momento da realização da consulta de enfermagem. Isso talvez seja um dos grandes desafios para a ação educativa, como ação formadora do ser humano.

Palavras-chave: consulta; enfermagem; gerontologia; idoso; ensino; sexualidade.

Referências bibliográficas: Capalbo, C. (1987) Metodologia de la entrevista. Rio de Janeiro, Brasil.

Schutz, A. (1979). Bases la fenomenología. In H. Wagner (Org). *Fenomenología y las relaciones sociales: Una selección de escritos de Alfred Schutz*. Rio de Janeiro, Brasil: Zahar.

* Escola Superior de Saúde Guarda, Unidade Técnico Científica de Enfermagem, Professora Adjunta [emarques@ipg.pt]

** Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ, Departamento de Metodologia da Enfermagem

*** Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ, Departamento de Metodologia da Enfermagem, Professora

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

COMMUNITY INTERVENTION

INTERVENCIÓN COMUNITARIA

A reestruturação dos Centros de Saúde e a Praxis profissional: a perspetiva dos enfermeiros

Marília Maria Andrade Marques Conceição Neves*

Paulo Joaquim Pina Queirós**

Maria Filomena Mendes Gaspar

Introdução: As equipas de saúde das unidades funcionais do Centro de Saúde são os elementos chave da reestruturação dos Centros de Saúde, introduzindo mudanças no ambiente de trabalho, nos papéis profissionais, na cultura da prestação de cuidados. A práxis influencia a representação das profissões e dos papéis nas equipas multiprofissionais, questionando-se: que *saberes e fazeres* incorporam as práticas dos enfermeiros nas equipas das Unidades de Saúde Familiar (USF), Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)?

Objetivos: Identificar o perfil de práticas do enfermeiro na USF, na UCSP e na UCC. Analisar as representações sobre o papel profissional do enfermeiro.

Metodologia: Realizou-se um estudo exploratório qualitativo, recolhendo-se informação através de *Focus Group Interviewing*, com amostra intencional de 6 enfermeiros, dos quais 3 com função de coordenação, das equipas de saúde das USF, UCSP e UCC de um Centro de Saúde da região Centro, selecionados através de critérios de heterogeneidade e homogeneidade, assegurando diferença comunicacional e simetria relacional entre participantes (Fern, 2001). Efetuou-se análise de conteúdo da informação, seguindo as etapas propostas por Bardin (2013).

Resultados: O *perfil de práticas* na USF e UCSP é uma mescla de intervenções complementares e autónomas, programadas para ambulatorio e domicilio, integradas em consultas de enfermagem de vigilância da saúde ou gestão da doença, maioritariamente associadas à resposta assistencial. Os padrões de cuidar incluem práticas de assistir, apoiar, ensinar, capacitar, convocando o *saber ser* e *saberes que e como fazer*, revelando entrosamento do conhecimento pessoal, ético, empírico e estético. Identificam-se os mesmos *saberes* e conhecimentos na UCC cujas intervenções são de natureza autónoma, integradas em projetos de parceria, com práticas de cuidar envolvendo educar, formar e encaminhar. As representações sobre o papel profissional surgem associadas à *Tipologia da unidade funcional*, com USF e UCSP compreendidas como prestadoras de serviços e UCC como parceira de projetos e à *Imagem profissional* de prestadores de cuidados percebida como centrada essencialmente em intervenções que privilegiam as respostas às necessidades expressas pelos utentes ou ao desenvolvimento de projetos associados a programas nacionais de saúde.

Conclusões: Emerge uma práxis diferenciadora, com o uso instrumental dos saberes legitimadores da profissão na USF e UCSP, mas não percebidos como reforço da identidade profissional e desenvolvimento do papel na equipa. Na UCC emerge o uso simbólico do saber-agir como reforço da identidade profissional e valorização profissional. A representação do papel profissional parece delimitada pelo modelo organizacional, no caso da USF e UCSP, contribuindo para uma cultura profissional com menor envolvimento e controle sobre a prática pelo enfermeiro. Na UCC, há perceção de oportunidade de desenvolvimento profissional ao minimizar-se a tecnicidade tradicionalmente associada ao desempenho do enfermeiro.

Palavras-chave: centro de saúde; unidades funcionais de saúde; enfermeiro; práxis; papel profissional.

Referências bibliográficas: Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.

Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23.

Fern, E. F. (2001). *Advanced focus group research*. Thousand Oaks, USA: Sage Publications.

Vale, E. G., Pagliuca, L. M. & Quirino R. H. (2009). Saberes e práxis em enfermagem. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, 13(1), 174-180.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Docente [mneves@esenfc.pt]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem Fundamental, Professor - PhD, Pós-doutorado ICBAS-UP [pauloqueiros@esenfc.pt]

As potencialidades do modelo *Older Americans Resources and Services* (OARS): avaliação multidimensional numa população muito idosa

Tânia de Fátima Simões Rodrigues*
Dina Manuela Correia Tavares Martins**

Introdução: Conhecer a população idosa a quem se presta cuidados é fundamental para intervir de forma adequada e ajustada às suas reais necessidades. Tendo em conta o contexto socioeconómico global e, principalmente, o contexto socioeconómico local, a avaliação multidimensional tem-se mostrado uma metodologia apropriada para avaliar as necessidades dos idosos, podendo orientar as intervenções naqueles idosos com necessidades prementes.

Objetivos: O presente estudo procura identificar qual o grupo etário (75-84 ou ≥ 85) que apresenta pior pontuação (limitação grave ou total), segundo a metodologia OARS, nas áreas de recursos sociais, recursos económicos, saúde física, saúde mental e atividades de vida diária (AVD), em idosos com idade igual ou superior a 75 anos inscritos numa USF da periferia da cidade de Coimbra.

Metodologia: Amostra aleatória e estratificada por género e grupo etário constituída por 60 idosos ($N= 241$ e $n=25\%$) à qual foi aplicada, através de entrevista, o questionário OARS (*Older Americans Resources and Services*) que avalia o estado funcional em cinco áreas determinantes para a qualidade de vida dos idosos: recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e AVD. Os dados foram introduzidos numa base de dados do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) e tratados segundo o modelo OARS que o questionário permite. A colheita de dados foi realizada em maio de 2014.

Resultados: As áreas com maior percentagem de limitação grave ou total foram a saúde mental e as AVD, sendo que os idosos com ≥ 85 anos foram os piores classificados. Os idosos mais velhos foram também os piores classificados na área de saúde física. Os idosos com 75-84 anos apresentaram piores classificações para as áreas de recursos sociais e recursos económicos. Quanto ao género, e tendo em conta os grupos etários com maiores percentagens, são os homens a apresentarem piores resultados em 4 áreas (saúde física, saúde mental, AVD e recursos sociais), reservando-se a pior classificação para as mulheres no caso dos recursos económicos.

Conclusões: Sendo que a incapacidade física e mental diminui à medida que aumenta a idade, torna-se prioritário implementar medidas para os mais idosos com intervenções de prevenção primária e essencialmente secundária de modo a prevenir a agudização e deterioração em situações já instaladas. A criação de medidas essencialmente de intervenção primária nos idosos mais jovens no sentido de prevenir atempadamente a involução na classificação nas diferentes áreas. As diferenças encontradas quanto ao género nas diferentes áreas parecem ser fruto das políticas de emprego e estrutura familiar características desta população.

Palavras-chave: idosos; estado funcional; avaliação multidimensional; OARS.

Referências bibliográficas: Rodrigues, R. M. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana Salud Pública*, 23(2). Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892008000200006&script=sci_arttext

Rodrigues, T. F. (2012). *O modelo OARS na enfermagem comunitária: Avaliação da funcionalidade e utilização de serviços de uma população idosa rural* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

* ARS do Centro, ACES Baixo Mondego, USF Rainha Santa Isabel, Enfermeira Especialista [taninha78@gmail.com]

** ARS do Centro, ACES Baixo Mondego, USF Rainha Santa Isabel, Assistente de Medicina Geral e Familiar

Contributos para a avaliação breve do estado funcional multidimensional de pessoas idosas

Sandrina Sofia da Silva Crespo*

Rogério Manuel Clemente Rodrigues**

Corália Maria Fortuna de Brito Vicente***

Introdução: A organização dos serviços de saúde não se encontram adaptados às atuais necessidades da população idosa, decorrentes das realidades demográficas e sociais, o que constitui um obstáculo à promoção e/ou manutenção da qualidade de vida destas pessoas e das suas famílias. É neste contexto que surge a relevância da avaliação funcional multidimensional da pessoa idosa, que estabelece uma abordagem interdisciplinar com o objetivo de desenvolver um plano de intervenção centrado na manutenção e recuperação da capacidade funcional.

Objetivos: O objetivo geral é contribuir para a avaliação funcional multidimensional da população idosa numa ótica individual, familiar e comunitária, validando um questionário multidimensional que defina o perfil funcional da população idosa portuguesa, orientando as intervenções dos profissionais de saúde nas diferentes incapacidades detetadas. O objetivo da primeira fase deste estudo é modificar o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (QAFMI), de forma a torná-lo um instrumento de aplicação breve.

Metodologia: Na primeira fase deste estudo, pretende-se desenvolver um estudo qualitativo, do tipo descritivo-exploratório, por intermédio da entrevista individual e posteriormente através da técnica de *focus group*, sendo a população-alvo: pessoas idosas, família e peritos nas diferentes áreas de avaliação, que aceitem colaborar na investigação. Pretende-se reunir peritos em cada área da avaliação funcional multidimensional e através da sua experiência, redefinir/manter as variáveis que consideram essenciais para a definição de um perfil funcional da população idosa, tendo por base o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (QAFMI).

Resultados: Atendendo a que estamos numa fase inicial dos trabalhos e ainda não temos resultados passíveis de serem publicados, com este primeiro estudo, esperamos alcançar um contributo ímpar na definição das variáveis e das áreas que devem constar na avaliação funcional multidimensional da população idosa, através da intervenção dos participantes do estudo (pessoas idosas, família e peritos). Com a reformulação do QAFMI, além de mantermos a sua propriedade de definir um perfil funcional da população idosa, esperamos alcançar um instrumento que seja de breve aplicação para que os profissionais de saúde na área comunitária possam integrá-lo na sua prática e com isso planear as suas intervenções de acordo com o score de incapacidade em cada uma das áreas avaliadas. Em suma, no futuro, pretende-se fornecer ao Sistema Nacional de Saúde uma ferramenta para a avaliação deste grupo populacional, contribuindo com indicadores de saúde.

Conclusões: Este projeto pretende assim integrar a avaliação funcional multidimensional da pessoa idosa na área comunitária, permitindo a criação de uma imagem global da pessoa idosa que compreende a avaliação de saúde (física e mental), recursos socioeconómicos, avaliação funcional, nutrição e meio envolvente. Pretende também desenvolver e orientar condutas preventivas de intervenção na população idosa, assim como aumentar a precisão dos diagnósticos e o acompanhamento da pessoa idosa e família. Todas estas medidas fornecem aos profissionais de saúde, na área comunitária, as principais ferramentas para o planeamento das suas intervenções nesta população-alvo.

Palavras-chave: avaliação multidimensional; avaliação geriátrica; avaliação funcional; envelhecimento; pessoa idosa; idosos; família; comunidade; serviços de saúde.

Referências bibliográficas: Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa, Portugal: Alto Comissariado da Saúde.

Moraes, E. N. (2012). *Atenção à saúde do Idoso: Aspectos conceituais*. Brasília, Brasil: Organização Pan-Americana.

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

Rodrigues, R. M., Silva, S. M., Crespo, S. S., Ribeiro, C. F., Pereira, F. A., Martin, J. I., ... Silva, L. F. (2014). *Os muito idosos: Estudo do envelhecimento em Coimbra. Perfis funcionais e intervenção*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

* Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) | Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), Doutoranda em Ciências Biomédicas no ICBAS | Investigadora na UICISA: E [sandrina@esenfc.pt]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária

*** Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Professora [cvicente@icbas.up.pt]

Cuidados paliativos no domicílio

Joana Lopes, Bárbara da Silva Pita

Inês Alexandra Mendes Matias*

Luís Miguel Pinheiro Antunes

Tiago André dos Santos de Albuquerque**

Introdução: As alterações na rede familiar, o aumento da longevidade e das doenças crónicas e progressivas, levaram à criação da Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI), que se rege pelo princípio dos 3 R's, Reabilitação, Readaptação e Reinserção. Tem como objetivo assistir pessoas com dependência e portadores de doenças crónicas e assegura os cuidados paliativos no meio hospital e no domicílio pelas Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) para uma melhoria da qualidade de vida dos doentes e famílias.

Objetivos: Os cuidados paliativos têm como objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas, sendo fundamental a promoção da prestação de cuidados no domicílio, de modo a proporcionar um maior bem-estar aos doentes e às suas famílias. Assim, este trabalho tem como objetivos refletir sobre as intervenções de enfermagem nas ECSCP e identificar o grau de implementação das ECSCP em Portugal.

Metodologia: A elaboração deste trabalho foi sustentada numa revisão compreensiva da literatura realizada no motor de busca B-on, com as palavras-chave *Enfermagem*, *Cuidados Paliativos* e *Domicílio*. Como critérios de inclusão foram estabelecidos o idioma português e artigos publicados entre 2005 e Março de 2015. Foram encontrados um total de 58 artigos. Após leitura do título a amostra foi reduzida a 21 artigos e mediante a leitura do resumo foram selecionados 15. No entanto, após leitura integral dos artigos foram elegidos 3.

Resultados: A RNCCI possui um modelo de intervenção integrada e articulada, assegurado pelas equipas de saúde das Unidades de Saúde Familiar, Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) compostas no mínimo por um médico e um enfermeiro com formação em cuidados paliativos (Baginha, 2011). Os enfermeiros intervêm na satisfação das necessidades funcionais do utente, na máxima independência na realização das suas atividades de vida e nos processos de readaptação e adaptação funcional aos défices. As ECSCP são equipas especializadas que apresentam elevada eficiência e efetividade. Segundo a *European Association for Palliative Care*, é necessária 1 equipa por 100 mil habitantes, sendo o valor estimado para Portugal de 106 equipas (Capelas, 2010). Este apoio não tem sido conseguido, devido à ausência de uma adequada avaliação das necessidades e à falta de financiamento. Um investimento nesta área será uma mais-valia, pois equipas mais eficientes levam à utilização de menos recursos para melhores resultados.

Conclusões: Apesar de haver unanimidade de todos os autores e as *guidelines* internacionais, referentes às ECSCP, em Portugal ainda não se verifica essa realidade apesar de existirem estudos que indicam a necessidade de implementação destas equipas. É também consensual que um investimento nesta área seria uma mais-valia uma vez que as equipas demonstram ser mais eficientes, salientando assim os ganhos e qualidade em saúde que estas podem desenvolver. O enfermeiro é um profissional de saúde que demonstra competências e capacidades para cuidar a pessoa de uma forma holística, tendo assim um papel preponderante no apoio domiciliário, nomeadamente nos cuidados paliativos.

Palavras-chave: enfermagem; cuidados paliativos; equipa domiciliária.

Referências bibliográficas: Baginha, E. C. (2011). *Saúde em rede* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, Portugal.

Capelas, M. L. (2010). Equipas de cuidados paliativos domiciliários: Quantas e onde são necessárias em Portugal. *Cadernos de Saúde*, 3(2), 21-26.

Conselho de Enfermagem. (2009). *Rede nacional de cuidados continuados integrados: Referencial do enfermeiro*. Lisboa, Portugal: Conselho de Enfermagem.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Rede nacional de cuidados continuados integrados*. Lisboa, Portugal: Segurança Social.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Cuidando dos cuidadores

Susana Veiga de Jesus*

Catarina Costa**

Sara Filipa de Matos Cotovio***

Dina Santos Rosa****

Introdução: A par do crescente aumento de doenças crónicas, os indivíduos são confrontados com situações de dependência e de perda de autonomia. Estas situações têm-se tornado cada vez mais evidentes e têm colocado aos governos e às famílias, desafios para os quais não estavam preparados (DGS, 2006). O ato de cuidar de alguém, embora nobre acarreta um risco substancial de doenças, sejam estas físicas ou mentais, e é ao cuidador informal são designadas as maiores responsabilidades (Rodrigues, 2011).

Objetivos: Conhecer estratégias de avaliação da sobrecarga do cuidador.

Metodologia: Através da utilização das palavras-chave: *avaliação, sobrecarga, cuidador informal*, no motor de busca Google académico foram encontrados 3 840 artigos, dos quais foram selecionados 1 artigo e 3 estudos, utilizando como critérios de inclusão escalas de avaliação da sobrecarga do cuidador informal validadas para a população portuguesa, tendo sido selecionadas 4 escalas. Foi também realizada pesquisa no site da RNCCI e Ordem dos Enfermeiros.

Resultados: A primeira escala é a versão Portuguesa da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), um documento que inclui 22 questões relacionadas com aspetos relativos à saúde física e psicológica, relação com o *recetor de cuidados*, relações sociais, recursos económicos e trabalho. Este instrumento que “permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal” (Sequeira, 2010, p. 202). Uma outra escala relevante é a CAMI – *Carers Assessment of Managing Index* (Índice de Avaliação das Estratégias de *Coping* do Cuidador), constituída por 38 afirmações, relacionadas com estratégias de *coping* (Sequeira, 2010). Para avaliar a satisfação do cuidador foi constituído o CASI – *Carers Assessment of Satisfaction Index* (Índice de Satisfação do Cuidador), um instrumento constituído por 30 itens relacionados com aspetos identificados como positivos pelos cuidadores, a nível da prestação de cuidados (Sequeira, 2010). Outro instrumento é o QASCI, um índice de 32 itens que possibilita uma avaliação de diversos aspetos relacionados à sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal (Rodrigues, 2011).

Conclusões: A RNCCI não propõe a utilização de um instrumento de avaliação em específico, o que contribui para uma discrepância na distribuição equitativa dos recursos. Neste sentido, os enfermeiros detêm uma posição privilegiada de deteção e encaminhamento de situações de sobrecarga. Para a avaliação da sobrecarga sobre o cuidador informal recomendamos a ESC, por permitir fazer o despiste das situações de sobrecarga de forma rápida, sendo mais prática e facilmente aplicável que as restantes. Podemos concluir que enfermeiro poderá assumir um papel mais interventivo no sentido de avaliar objetivamente a sobrecarga dos cuidadores informais, encaminhando as situações detetadas.

Palavras-chave: avaliação; sobrecarga; cuidador informal.

Referências bibliográficas: Direcção Geral da Saúde. (2015). *Programa nacional para a saúde das pessoas Idosas*.

Recuperado de <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>> Gomes, S. (2011). *Avaliação dos cuidadores de doentes com demência* (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.

Rodrigues, M. (2011). *Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: Diagnóstico e intervenções*. Coimbra, Portugal: Quarteto.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra [a21101337@esenfc.pt]

** Escola superior de Enfermagem de Coimbra

*** Escola superior de Enfermagem de Coimbra

**** Escola superior de Enfermagem de Coimbra

Cuidar em Humanidade: autonomia dos cuidadores formais nas equipas de Cuidados Continuados Integrados

Fábio Diogo de Oliveira Antunes*, Ana Filipa Marques Fernandes**
 Ana Luísa Gameiro Frade***, Ana Sarah Santos Ribeiro****
 Ivo Filipe Mendes Vaz*****, Kateryna Levchenko*****

Introdução: Nos últimos anos verificou-se uma melhoria das condições de saúde dos portugueses, em contraste com uma população envelhecida e com mais doenças crónicas incapacitantes. A falta de resposta a esta situação resultou na criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, um conjunto de equipas que atuam de forma autónoma e interprofissional, suportadas por um modelo de cuidar em humanidade, para a promoção do bem-estar e recuperação da pessoa doente.

Objetivos: Para objetivo geral deste trabalho estabeleceu-se compreender o conceito de cuidar em humanidade, sendo que definimos como objetivos específicos identificar os pilares dos cuidados em humanidade e relacionar com conceitos teóricos com a sua aplicabilidade nas ECCL.

Metodologia: Pesquisa bibliográfica nos motores de busca B-On e Google Académico e nos Decretos-Lei regulamentadores. Seleccionaram-se 4 documentos pertinentes dos 10 documentos pesquisados. Critérios de inclusão: período de publicação inferior a 5 anos; abordagem concomitante da humanidade e cuidadores formais; regulamentação da prática de enfermagem.

Resultados: No desenvolvimento das ações terapêuticas, o enfermeiro assume um papel autónomo, quer na prestação direta dos cuidados quer na avaliação da pessoa doente e seu processo de referenciação e acompanhamento multiprofissional. Cabe ao enfermeiro decidir a manutenção da pessoa no programa da RNCCI, bem como a necessidade de intervenção por outro profissional. A prestação dos cuidados sustenta-se num modelo de cuidar em humanidade, que assenta nos quatro pilares fundamentais apresentados e que vai ao encontro de uma das principais competências do enfermeiro das ECCL: a promoção de cuidados de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e de ações paliativas.

Conclusões: A complexa problemática do envelhecimento e da prevalência das doenças associadas implica respostas de cuidados de saúde adequadas, numa dimensão interdisciplinar e sustentada, contexto em que os cuidados de enfermagem de humanidade se tornam fundamentais.

Palavras-chave: autonomia; cuidadores formais; humanidade.

Referências bibliográficas: Conselho de Enfermagem. (2009). *Rede nacional de cuidados Continuados integrados: Referencial do enfermeiro*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20%20Abril%202009.pdf>>
 Duarte, S. (2011). *Continuidade em cuidados domiciliários: O papel do enfermeiro*. Lisboa, Portugal: Universidade de Lisboa.
 Simões, M. (2013). *Cuidar em humanidade: Método de gineste e marescotti aplicado a pessoas internadas em cuidados continuados*. Lisboa, Portugal: Universidade Católica Portuguesa.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra [a21101418@esenfc.pt]

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

***** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

***** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Estratégias legislativas para melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde na Comunidade Cigana na Europa

Ana Rita Mendes Reis, Diana Rocha

Melanie Pais Dinis, Ana Paula Teixeira de Almeida Vieira Monteiro*

Alexandre Melo Martins, Bárbara Pita

Introdução: A população da comunidade cigana representa a principal minoria étnica na Europa. Segundo o Guia para a Intervenção com a Comunidade Cigana nos Serviços de Saúde, na Europa, a população cigana apresenta dificuldades na acessibilidade à educação, saúde, emprego e habitação, além de estar exposta à discriminação, estigma e a situações de exclusão social e pobreza. Por estes motivos, torna-se necessário ter uma perceção intercultural de modo a compreender que legislação existe na União Europeia (Rede Europeia Anti-Pobreza, 2007).

Objetivos: Os objetivos da elaboração do poster são os seguintes: conhecer a legislação sobre a acessibilidade da comunidade cigana aos serviços de saúde em diferentes países europeus; comparar a acessibilidade aos serviços de saúde da etnia cigana em Portugal, Bélgica e Alemanha; e identificar os programas e estratégias de promoção da acessibilidade dos serviços de saúde para este grupo minoritário.

Metodologia: A metodologia do poster baseou-se em pesquisa bibliográfica, incluindo a consulta na base de dados Scielo. Dos 15 artigos encontrados que responderam aos critérios de inclusão definidos, foram selecionados e utilizados 8, para a elaboração do poster. Os critérios de inclusão para a elaboração desta pesquisa corresponderam ao intervalo de tempo 2007-2015, e o idioma Português e Inglês.

Resultados: A União Europeia criou legislações para a inclusão das comunidades ciganas, como “Os 10 Princípios Básicos Comuns da Inclusão das Comunidades Ciganas”, o “Quadro Europeu para Estratégias Nacionais para a Integração das Comunidades Ciganas até 2020” e a “Década da Inclusão das Comunidades Ciganas de 2005-2015”. Além disso solicitou aos Estados-Membros a elaboração de estratégias nacionais para a integração das comunidades ciganas. Em Portugal, foi elaborada a Estratégia Nacional para a Integração das Comunidades Ciganas. Na Bélgica e Alemanha foram elaboradas estratégias nomeadamente na habitação e na inclusão dos ciganos na comunidade. Portugal tem implementado diversos planos de integração de imigrantes, de modo a assegurar a equidade no acesso aos serviços de saúde. Na Bélgica elaboraram-se estratégias como a criação de mediadores nos serviços de cuidados de saúde em mais de 50 hospitais. Na Alemanha existem várias instituições não-governamentais que dão apoio a ciganos e imigrantes, de forma a poderem saber e exercer os seus direitos.

Conclusões: A União Europeia solicitou aos Estados-Membros a elaboração de estratégias nacionais para a integração das comunidades ciganas. Apesar destas estratégias terem sido criadas, ainda existem barreiras à sua implementação como, problemas de linguagem, diferentes significados de doença, falta de conhecimento do sistema de cuidados de saúde e problemas administrativos. Comparativamente à Bélgica e à Alemanha, em Portugal é notório o percurso e o esforço para implementar estas estratégias. No entanto, tal como na Bélgica e na Alemanha as estratégias estão a ser implementadas progressivamente devido à existência das barreiras supracitadas.

Palavras-chave: serviços de saúde; Bélgica; Alemanha; Portugal; comunidade cigana.

Referências bibliográficas: Comissão Europeia. (2014). *The european union and Roma: Factsheet Belgium*. Retrieved from http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/roma_country_factsheets_2014/belgium_en.pdf

Comissão Europeia. (2014). *The european union and Roma: Factsheet Germany*. Retrieved from http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/roma_country_factsheets_2014/germany_en.pdf

European Anti Poverty Network. (2011). *A inclusão das comunidade ciganas e travellers na UE*. Recuperado de http://www.eapn.pt/documentos_visualizar.php?ID=283

Resolução do Conselho de Ministros nº 25/2013 de 17 de Abril. *Diário da República nº 75/2013 – I Série*. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Prof-Adjunta [anapaula@esenfc.pt]

O enfermeiro no apoio domiciliário em cuidados continuados no idoso dependente

Melissa Aragão Correia^{*}, Ana Priscila Monteiro Sousa Alves
 Diana Rocha, Sofia Neves Leal Costa^{**}
 Daniela Silva^{***}, Isabella dos Santos Salla^{****}

Introdução: Atualmente a sociedade é caracterizada pelo envelhecimento demográfico. Contudo uma maior longevidade está associada a uma perda funcional. As estratégias implementadas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), para a promoção de um envelhecimento ativo, são insuficientes, particularmente, no que se refere aos cuidados prestados aos idosos dependentes no domicílio (Sequeira, 2007). Tendo em conta a necessidade de apoio domiciliário, torna-se pertinente salientar a importância dos cuidados de enfermagem não só dirigidos à pessoa com dependência, mas também aos seus cuidadores.

Objetivos: Dar ênfase à importância da existência de cuidados continuados no domicílio; definir o papel do enfermeiro nos cuidados continuados à pessoa no seu ambiente familiar; realçar a importância do apoio por parte dos profissionais aos familiares e cuidadores informais de modo a envolvê-los na prestação de cuidados; salientar a importância do enfermeiro na redução da sobrecarga física e emocional do cuidador.

Metodologia: Este trabalho tem por base uma revisão integrativa da literatura. Os dados apresentados foram obtidos através de uma seleção de artigos, no espaço temporal de oito anos, a partir de uma pesquisa bibliográfica na b-on nas bases de dados: Scielo, Plataforma da RNCCI, Direção-Geral da Saúde, Revista de Enfermagem Referência, Repositórios Científicos e obras literárias. Através dos descritores: cuidados continuados, domicílio, enfermagem e idoso foram encontrados vinte artigos dos quais foram excluídos catorze, sendo selecionados seis artigos redigidos em português.

Resultados: Os cuidados continuados no domicílio constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar as pessoas com dependência, inseridas no seu meio ambiente, no conforto do seu domicílio e apoiadas pelo afeto das suas famílias, procurando promover nelas a melhor qualidade de vida possível. Os cuidados domiciliários permitem: reduzir o isolamento; mobilizar os recursos para ajudar o cuidador; aumentar o conhecimento sobre o processo de envelhecimento; melhorar o desempenho do cuidador; aumentar a capacidade de resolução de problemas, o desenvolvimento de habilidades e o direcionamento dos problemas emocionais e de relacionamento que podem surgir no cuidar e a redução da sobrecarga e o bem-estar físico e emocional do cuidador (Gonçalves, 2012). Segundo Sequeira (2007), a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores aumenta com o grau de dependência do doente e com a falta de apoio da rede formal, ou seja, as maiores dificuldades da família centram-se na falta de profissionais de saúde no domicílio, nomeadamente o enfermeiro.

Conclusões: Portugal tem uma elevada necessidade de desenvolver os cuidados continuados no domicílio. De acordo com Louro (2009), os cuidados continuados no domicílio constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar as pessoas com dependência, inseridas no seu meio ambiente, no conforto do seu domicílio e apoiadas pelo afeto das suas famílias, procurando promover nelas a melhor qualidade de vida possível. O enfermeiro tem um papel preponderante num melhor desenvolvimento de cuidados de proximidade, pela criação de serviços de apoio domiciliário e na assistência às famílias e cuidadores informais.

Palavras-chave: cuidados continuados; domicílio; enfermagem; idoso.

Referências bibliográficas: Batista, J. S. (2012). *Dos cuidados continuados ao domicílio: Dificuldades dos enfermeiros na preparação da alta do idoso dependente*. Recuperado de esenfc.pt?url=yX3zF4Lp

Gonçalves, E. V. (2012). *Dependência dos idosos no domicílio e sobrecarga dos cuidadores: Impacto de um programa de enfermagem de reabilitação*. Recuperado de esenfc.pt?url=cMojYk

Louro, M. C. (2009). *Cuidados continuados no domicílio*. Recuperado de http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/http://sfx.b-on.pt:9003/sfx/c3?frbrVersion=3&ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_tim=2015-02-26T11%3A17%3A46IST&url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=info:ofi/kev:mtx:ctx&rft_id=info:sid/primo.exl

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra, Portugal: Quarteto.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Estudante

**** Centro Universitário Franciscano-UNIFRA, Enfermagem, Estudante



Referência
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

PROMOÇÃO DA SAÚDE

HEALTH PROMOTION

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Atitudes dos estudantes do ensino secundário face à prática de atividade física

Ermelinda Maria Bernardo Gonçalves Marques*

Eduardo Manuel Pinto Bárbara**

Luís António Videira***

Joana Maria Rabaça Lucas****

Introdução: É muito importante que os jovens adquiram conhecimentos, gosto e motivação pela atividade física e façam da sua prática um estilo de vida, uma vez que a adoção de comportamentos protetores da saúde na infância e adolescência promovem uma vida com mais qualidade, podendo também determinar uma vida mais saudável na idade adulta e na velhice. As atitudes assumem grande importância, porque podem predizer a motivação para a aprendizagem e o envolvimento dos mais jovens nas atividades físicas e desportivas.

Objetivos: Avaliar as atitudes dos estudantes do ensino secundário face à atividade física; identificar quais os fatores que interferem nas atitudes dos estudantes do ensino secundário face à atividade física.

Metodologia: Estudo não – experimental, descritivo, analítico, transversal e de natureza quantitativa. Foi selecionada uma amostra não probabilística por acessibilidade, constituída pelos estudantes do ensino secundário, de um Agrupamento de escolas da região centro, constituída por 95 estudantes com idades compreendidas entre os 15 e os 23 anos, com uma média de idades de 17,48 anos. Relativamente ao instrumento de colheita de dados, utilizou-se um questionário de caracterização da amostra e uma escala de Atitudes face à Atividade Física e ao Desporto, desenvolvida por Dosil (2002).

Resultados: 73,7% dos inquiridos pratica atividade física ou desporto e, destes, 72,8% praticavam atividade física coletivamente; 55,8% sentam-se algumas vezes nos períodos de intervalo na escola; 78,9% dos estudantes não se deslocavam a pé para a escola; 87,4% andam a pé ou de bicicleta, pelo menos algumas vezes; 36,8% referiram que passam 4 ou mais horas, em média por semana, em frente à televisão/computador/playstation; 90,5% consideraram que a escola é promotora da prática regular de atividade física/desporto e 70,5% atribuíram muita importância à prática destas atividades; 82,1% dos estudantes afirmaram que os amigos/colegas praticavam estas atividades e 57,9% afirmaram que a família praticava atividade física. A aplicação da escala de atitudes face à atividade física e desporto permitiu observar que 36,8% dos estudantes situaram-se num nível médio inferior, seguidos de 30,5% que se posicionaram no nível médio e de 23,2% que ocuparam o nível inferior, 3,6% dos estudantes situaram-se no nível médio superior e 3,2% no nível superior.

Conclusões: Os estudantes que apresentam atitudes mais positivas face à prática da atividade física são os estudantes mais novos; do género masculino; a frequentar o curso científico-humanístico; consumidores de bebidas alcoólicas; que praticam atividade física e que o seu grupo de pares pratica atividade física. Os resultados desta investigação apontam para a necessidade de planear algumas atividades que envolvam os estudantes que participaram no estudo, a escola, a família e o Centro de Saúde, enquanto elementos promotores de estilos de vida saudáveis e de forma a fomentar atitudes mais positivas face à prática de atividade física.

Palavras-chave: jovens; atitudes; atividade física.

Referências bibliográficas: Azevedo, M. R., Araújo, C. L., Silva, M. C. & Hallal, P. C. (2007). Tracking of physical activity from adolescence to adulthood: a population-based study. *Revista de Saúde Pública*, 41(1). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000100010&script=sci_arttext&tlng=es

Cid, L. (2010). *Atitudes face à prática de atividade física e desporto*. Rio Maior, Portugal: Escola Superior de Desporto de Rio Maior.

Dosil Diaz, J. (2002). Escala de actitudes hacia la actividad física y el deporte. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 2(2). Tomado de <http://revistas.um.es/cpd/article/view/112241/106531>

Loureiro, I. & Miranda N. (2010). *Promover a saúde: Dos fundamentos à acção*. Coimbra, Portugal: Almedina.

* Escola Superior de Saúde Guarda, Unidade Técnica Científica de Enfermagem, Professora Adjunta [emarques@ipg.pt]

** ULS Guarda- Hospital Sousa Martins, Enfermeiro

*** IPG - Escola Superior de Saúde, UTC de Enfermagem, Professor Adjunto

**** ULS Guarda - Hospital Sousa Martins, Enfermeira

Cuidar de Quem Cuida

João Gabriel Brito*

Ana Carolina Nunes Rodrigues

Ana Daniela Costa, Iris Andreia Baptista Borges

Sandra Isabel Lopes Massas, Vitória Maria Ferreira Cancela

Introdução: É importante cuidar dos prestadores de cuidados e prepará-los para esta atividade, daí que o papel do enfermeiro consista na inserção deste sujeito no foco da sua prática, envolvendo-o como parte integrante do seu cuidar. Para tal, poderá realizar educação em saúde; planear e implementar políticas e programas públicos de suporte social à família, voltados para a realidade do cuidador; e determinar estratégias essenciais para diminuir o stress do cuidador.

Objetivos: Definir o conceito de cuidador informal e as suas características; identificar as estratégias utilizadas pelo cuidador informal na prestação de cuidados à pessoa doente/dependente e, por último; caracterizar as estratégias do enfermeiro para diminuir o stress do cuidador informal.

Metodologia: Pesquisou-se na B-on, EBSCO, Scielo e Repositório Científico da ESEnfc, utilizando os descritores *stress*, *cuidador informal* e *enfermagem*. Surgiram 359 artigos. Aplicaram-se os critérios de inclusão: ter idioma em Português, Espanhol ou Inglês; data de publicação superior a 2007 e apresentação do texto integral. Surgiram 12 artigos, após leitura integral escolheram-se 6. No Repositório encontramos 1 tese referente à temática. Destes, 6 documentos eram em Português e 1 em Espanhol. Para a definição de Cuidados Continuados, tivemos como base um Decreto-lei.

Resultados: A maioria dos cuidadores informais são do sexo feminino, filhas ou cônjuges, sem salário próprio, de baixa escolaridade e que residem na mesma casa que o sujeito cuidado. Existe um sentimento de cuidar generalizado, como obrigação familiar e social que por vezes atenua o desgaste provocado pela tarefa de cuidar ou pode agravá-lo. Na perspetiva de um familiar cuidador, a situação de vir a lidar com um idoso dependente constitui uma situação de crise, pois ocorre uma mudança significativa no rumo de sua vida, tendo sido evidenciadas várias perturbações físicas, psicológicas e sociais. Assim, o cuidador opta por utilizar estratégias de *coping*, que por vezes, após um determinado período de tempo se tornarão ineficazes, como as de evitamento uma vez que reduzem as expectativas e eventuais frustrações, protegendo os cuidadores de elevados níveis de ansiedade. Assim, este deve ser orientado para aceitar a situação tal como ela é, guardando algum tempo para si, sendo fundamental a orientação do enfermeiro.

Conclusões: Algumas intervenções a serem incluídas no planeamento de cuidados são: identificar dificuldades sentidas pelo doente e cuidador na satisfação das necessidades e planear o ensino em função dessas; planear cuidados consoante recursos existentes no meio familiar; incentivar o prestador de cuidados a estimular uma maior independência funcional; incentivar o cuidador à sua gestão de tempo. Proporcionar intervenções de suporte que aliviem o stress. O ideal será envolver o enfermeiro de família, sendo que detém maior informação sobre esta e as suas necessidades/competências, concretizando a relação enfermeiro-utente-família, fundamental na otimização da prestação de cuidados e manutenção do bem-estar biopsicossocial do cuidador.

Palavras-chave: stress; enfermagem; cuidador informal.

Referências bibliográficas: Moreira, M. D. & Caldas, C. P. (2007). A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso.

Escola Anna Nery, 11(3). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452007000300019&script=sci_arttext

Rocha, B. M. & Pacheco, J. E. (2013). Idoso em situação de dependência: Estresse e coping do cuidador informal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(1). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000100009&script=sci_arttext

Silva, M. A., Marques, M. & Bruno, C. T. (2009). Avaliação da presença de síndrome de Burnout em cuidadores de idosos. *Enfermeria Global*, 16. Recuperado de http://scielo.iicsi.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200002&lang=pt&ptlng=pt

www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000200012&lng=pt&tlng=pt

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Hábitos Alimentares dos estudantes do Ensino Superior

Ermelinda Maria Bernardo Gonçalves Marques*

Joana Maria Rabaça Lucas**

Eduardo Manuel Pinto Bárbara***

Agostinha Esteves Melo Corte****

Introdução: A saúde é entendida como um recurso para a vida, exigindo a adoção de estilos de vida saudáveis. As alterações dos estilos de vida, nomeadamente dos hábitos alimentares e de consumo começam a repercutir-se em problemas graves de saúde pública. A alimentação é um dos elementos do estilo de vida que mais interfere na saúde das pessoas. O início da idade adulta é crucial para o desenvolvimento de hábitos alimentares que serão decisivos na qualidade de vida dos indivíduos

Objetivos: Dada a importância da alimentação no jovem, os estudantes do ensino superior tornam-se um grupo relevante para implementar programas de educação alimentar. Os objetivos deste estudo são avaliar os hábitos alimentares dos estudantes do ensino superior e identificar quais os fatores que interferem nos mesmos.

Metodologia: Estudo não-experimental, descritivo-correlacional, transversal e de natureza quantitativa. Foi selecionada uma amostra não probabilística por acessibilidade, constituída por 168 estudantes de um Instituto Politécnico, com idades compreendidas entre os 18 e os 49 anos, com uma média de idades de 24,40 anos. Para a recolha dos dados, foi utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica, caracterização académica e caracterização socioeconómica, o Questionário de Imagem Corporal, adaptado por Senra et al. (2006) e a Escala de Hábitos Alimentares (EHA) validada para a população portuguesa por Marques et al. (2011).

Resultados: Três em cada quatro indivíduos apresentam peso normal; 59,5% mudaram de residência para frequentar o Ensino Superior; 32,7% coabitavam com colegas/amigos, seguindo-se 24,4% que viviam com os pais; 41,7% frequentavam a Escola Superior de Saúde, seguidos de 36,3% a Escola Superior de Tecnologia e Gestão; 38,7% frequentavam o 2º ano, 26,8% o 3º ano e 24,4% o 1º ano; os cursos mais representados na amostra em estudo foram o curso de Enfermagem (33,3%), o curso de Farmácia (7,7%) e o curso de Gestão (7,1%); 69,0% fazem as refeições em casa, 25,6% em refeitórios ou cantinas; cerca de metade dos inquiridos evidenciaram que o agregado familiar tem rendimento mensal igual ou superior a 666,67; a maioria (51,8%) afirmou que pratica exercício físico ou desporto raras vezes. Os estudantes evidenciaram possuir razoáveis hábitos alimentares, sendo melhores em termos de qualidade e variedade alimentar e piores ao nível da quantidade e da adequação alimentar. Revelaram possuir uma razoável imagem corporal.

Conclusões: Os estudantes que apresentam melhores hábitos alimentares são os mais velhos; do género feminino; que coabitam com o cônjuge, companheiro(a) ou namorado(a) e os que vivem com os pais ou familiares; que frequentam os cursos das áreas de Saúde e de Hotelaria e Turismo; os que comem em casa; os que praticam mais exercício físico/desporto e os que revelam melhor imagem corporal. Os resultados mencionados demonstram a necessidade de implementar estratégias conducentes à prática de estilos de vida saudáveis, sendo a escola um dos locais de excelência, que pode e deve fomentar a promoção de uma alimentação saudável.

Palavras-chave: hábitos alimentares; estudantes do ensino superior; estilos de vida saudáveis.

Referências bibliográficas: Instituto Nacional de Estatística. (2010). *Novos dados da balança alimentar portuguesa*.

Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.ine.pt>

Marques, A. A, Luzio, F. C., Martins, J. C. & Vaquinhas, M. M. (2011). Hábitos alimentares: Validação de uma escala para a população portuguesa. *Revista Científica Escola Anna Nery*, 15(2), 402-409.

Precioso, J. (2009). As escolas promotoras de saúde: Uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. *Educação*, 32(1), 84-91.

WHO. (2010). Social determinants of health and the role of evolution. Geneve, Suisse: Author.

* Escola Superior de Saúde Guarda, Unidade Técnico Científica de Enfermagem, Professora Adjunta [emarques@ipg.pt]

** ULS Guarda - Hospital Sousa Martins, Enfermeira

*** ULS Guarda - Hospital Sousa Martins, Enfermeiro

**** Escola Superior de Saúde de Guarda, UTC de Enfermagem, Professora Adjunta [agostinhac@gmail.com]

Hipertensão arterial e perfil antropométrico das mulheres da Região Centro do País

Carina Raquel Valente Tavares*
Paulo Alexandre Carvalho Ferreira**

Introdução: As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade em Portugal e na maioria dos países desenvolvidos, sendo que a mulher tem vindo a aumentar a sua incidência e prevalência. Um dos seus principais fatores de risco é a hipertensão arterial, considerado um problema invisível e silencioso, que raramente causa sintomas. A prevenção é considerada a melhor estratégia na redução da sua incidência. A avaliação e conhecimento do risco de hipertensão arterial é condição *sine que non* para o seu diagnóstico e tratamento precoce.

Objetivos: Objetivo geral: conhecimento do risco a curto prazo de hipertensão arterial das mulheres da Região Centro no meio rural e urbano. Objetivos específicos: descrever o risco de hipertensão arterial nas mulheres da região centro para 1 ano, 2 anos e 4 anos; descrever os hábitos alimentares, composição corporal, perfil antropométrico e somatotipo das mulheres da região centro; analisar o conhecimento das mulheres da região centro sobre hipertensão arterial.

Metodologia: Realizou-se estudo quantitativo, exploratório e descritivo. A população em estudo corresponde às mulheres residentes na região centro, no grupo etário dos 20 aos 69 anos de idade. O método de amostragem é não probabilística acidental-406 mulheres (tendo em conta as orientações do cálculo da OpenEpi, para um intervalo de confiança de 95%, não pode ser inferior a 384 mulheres). O Instrumento de recolha de dados é constituído por quatro partes: características sociodemográficas; avaliação clínica antropométrica e cálculo do risco de hipertensão arterial; escala de hábitos alimentares e teste de batalha.

Resultados: A amostra é constituída por 406 mulheres, com idade entre 20 e 69 anos. A maioria é casada, ativa profissionalmente, com nível de escolaridade elevado e não fumadoras. Cerca de 200 mulheres residem em meio rural e 206 em meio urbano. Apesar de 43,6% das mulheres apresentarem Tensão Arterial ótima, apenas 12,4% Hipertensão Arterial Grau I, II ou III; a esmagadora maioria apresenta elevado risco de desenvolver hipertensão arterial em 1,2 ou 4 anos, nomeadamente: 88,2% das mulheres apresenta 25% de risco de desenvolver Hipertensão Arterial em 1 ano; 80,2% apresenta 25% em 2 anos e 82,8% de 50% em 4 anos. Importa referir que 54,14% apresentam ascendentes diretos com hipertensão arterial. No que refere à composição corporal, 55,9% tem excesso de peso e 50,5% são endomorfas. O nível de conhecimento da amostra sobre a doença é baixo (apenas 49,5% responderam acertadamente às três questões do teste de batalha). A totalidade das mulheres apresenta hábitos alimentares satisfatórios.

Conclusões: A prevenção e o controlo de hipertensão arterial são complexos e exigem uma abordagem multidisciplinar. Este estudo integra-se num projeto em parceria com a Universidade da Extremadura, com replicação em várias regiões de Espanha e da Europa. Neste estudo concluímos que as mulheres da região centro, apresentam elevado risco de desenvolver hipertensão arterial em 1, 2 ou 4 anos. Apesar da prevalência de ascendentes diretos com a patologia, os seus conhecimentos sobre a doença são baixos, têm excesso de peso e perfil endomorfo. É urgente e prioritário a consciencialização das populações e profissionais de saúde sobre a doença e os seus fatores de risco.

Palavras-chave: hipertensão arterial; avaliação antropométrica; hábitos alimentares.

Referências bibliográficas: Marfell-Jones, M., Stewart, A., & Carter, J. E. (2008). *Estándares internacionales para la evaluación antropométrica*. Potchefstroom, South Africa: Sociedad Internacional para el avance de la cineantropometria. Parikh, N. I., Pencina, M. J., & Wang, T. J. (2008). A risk score for predicting near-term incidence of hypertension: The framingham heart study. *Annals of Internal Medicine*, 148(2). Retrieved from <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=b29bcb35-8f2a-43c3-ac56-0d3dbde7e684%40sessionmgr113&hid=126>
Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2013). *Portuguese hypertension and salt: Physa study*. Retrieved from http://www.sphta.org.pt/pdf/PHYSA_study_slides_SPH-v2.pdf
Worrall-Carter, L., Ski, C., & Scruth, E. (2011). Systematic review of cardiovascular disease in women: Assessing the risk. *Nursing and Health Sciences*, 13, 529-535. Retrieved from <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=eeb8d510-050a-4e32-bcd2-3828c405aa99%40sessionmgr4002&vid=9&hid=4101>

* Centro Hospitalar Médio Tejo, Unidade Cuidados Pós-Cirúrgicos-UCPC, Enfermeira de Cuidados Gerais [a21216010@esenfc.pt]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP - Médico-Cirúrgica, Docência

Necesidades educativas de enfermeras/os portugueses que atienden procesos de salud-enfermedad en poblaciones inmigrantes y minorías étnicas

Montserrat Vall Mayans*

Ana Paula Teixeira de Almeida Vieira Monteiro**

Manuel Alves Rodrigues

Introducción: El ser humano ha migrado siempre. Las migraciones internacionales son parte del fenómeno de la globalización. Diferentes autores han tratado el proceso migratorio, así como el malestar en inmigrantes y sociedad de acogida (Achetegui, 2009; Monteiro et al., 2009, 2014; Vall, 2011). Las interacciones sociales que se producen entre enfermeros/as y usuarios/as inmigrantes y/o minorías étnicas, podrían tornarse difíciles cuando ambas culturas sanitarias son diferentes. Desde la promoción de la salud, nos preguntamos, si los profesionales se sienten competentes para atenderles.

Objetivos: Determinar las principales necesidades educativas, manifestadas por enfermeros/as que atienden procesos de salud-enfermedad en poblaciones inmigrantes y/o minorías étnicas. O sea, explorar el Estado del Arte de esta problemática. Diseñar e implementar un estudio empírico, piloto, para identificar y categorizar las competencias multiculturales y/o transculturales de las/os enfermeras/os (conocimientos y capacidades, habilidades, significado personal, creencias y actitudes, recursos disponibles, etc).

Metodología: Revisión integrativa de literatura (marzo-abril 2015), en BD disponibles online, nacionales e internacionales. Búsqueda: combinación de descriptores con operadores booleanos. Criterios inclusión: publicaciones 2005-2015 y que responden a los objetivos de la revisión integrativa. Extracción y síntesis: elaboración instrumento extracción datos, abarcando referencia bibliográfica, tipo de estudio, nivel de evidencia, contexto y necesidades educativas. Estudio empírico piloto, mediante una entrevista semiestructurada aplicada a enfermeros/as portugueses que ejercen en contextos de multiculturalidad, seleccionados/as por muestreo de bola de nieve, hasta saturación de datos. Realización análisis contenido (modelo Bardin).

Resultados: Primer abordaje exploratorio de la revisión: más de 26.000 artículos, mayoritariamente en inglés, obtenidos con los descriptores-palabras clave, en 25 bases de datos [SCIELO, Scholar Google, ERIC, SCOPUS, DIALNET, DART-Europe E – Theses Portal, SCIENCE DIRECT, CINHAL, BioMed Central Journals, PubMed, CancerLit, Gale Virtual Reference Library, ISI Web of Science, Psycinfo, Willey-Interscience-Revistes, WOK, EMBASE-Elsevier, Mosby's Index, CUIDEN...]. Construida la entrevista, sometida a la Comisión Ética de la ESENFEC, ya está preparado el contexto y solo falta ir al campo para desarrollar el trabajo empírico.

Conclusiones: Habiendo concluido el primer paso de la revisión integrativa con un número importante de documentos, que precisa una refinación de los mismos, siguiendo los pasos del método de revisión integrativa de la literatura. Para el estudio piloto fue creada la entrevista semiestructurada y creadas las condiciones de investigación con participantes enfermeros/as que trabajan con inmigrantes. Esperamos obtener resultados pertinentes con las necesidades educativas de enfermeras/os portugueses que atienden procesos de salud-enfermedad en poblaciones inmigrantes y minorías étnicas.

Palabras clave: Cuidadores, Enfermeros, Necesidades, Educación, Inmigrantes y Minorías Étnicas.

Referencias bibliográficas: Achetegui, J. (2009). Migración y salud mental: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Revista. Zerbitzuan de Servicios Sociales*, 163-171.

Monteiro, A. P. (2009) Percepção de apoio social e saúde mental em contextos migratórios: Imigrantes russófonos a residir em Portugal. *Revista Referência*, 2(10), 35-46.

Monteiro, A. P., Figueiras, J., Bastos, J., Almeida, L. & Sousa, O. (2014). *Autoconceito em crianças de grupos minoritários um estudo em contexto escolar*. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/268225487_Autoconceito_em_crianças_de_grupos_minoritrios_um_estudo_exploratorio_em_contexto_escolar

Vall, M. (2011). *L'educació sanitària de les cuidadores de gent gran: El cas d'Osona*. Tomado de <http://hdl.handle.net/10803/84014>

* Facultad de Ciencias de la Salud y el Bienestar. Universidad de Vic-UCC, Acción Social y Comunitaria, Personal docente e investigador [montse.vall@uvic.cat]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Prof-Adjunta [anapaula@esenfc.pt]

O casal na tomada de decisão no Aleitamento Materno

Ana Bela de Jesus Roldão Caetano*

Sandra Isabel Rodrigues Fernandes**

Vanessa Arriegas da Silva

Introdução: O aleitamento materno (AM) é uma estratégia de vínculo e nutrição para a criança, recomendado como exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. A Organização Mundial de Saúde e o Fundo de Nações Unidas para a Infância fomentam esta exclusividade em busca da redução da morbimortalidade infantil. O papel do enfermeiro revela-se de extrema importância na capacitação de pais informados e instruídos para a tomada de decisão no AM e consequentemente na melhoria da condição de saúde das crianças

Objetivos: Temos como objetivo identificar os fatores que influenciam o casal na tomada de decisão no AM e conhecer o papel do enfermeiro no aconselhamento do Aleitamento materno ao casal.

Metodologia: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Os critérios de inclusão: artigos disponíveis gratuitamente em texto integral, em língua portuguesa, inglês e espanhol, publicados entre os anos de 2005 a 2013 com presença de pelo menos a palavra-chave “AM” ou “amamentação” no seu título. Os critérios de exclusão foram os artigos em que as mães e/ou os recém-nascidos apresentavam patologias, recém-nascidos pré-termo e artigos que só incluíssem um fator específico que influenciasse o AM. Descritores utilizados: AM AND pai; AM AND enfermagem; AM AND fatores; AM AND fatores AND amamentação.

Resultados: Existem fatores relacionados com a tomada de decisão dos casais para iniciarem o AM entre os quais: os conhecimentos do casal sobre AM, apoio do companheiro e família, intenção da mãe para amamentar, experiência prévia, a idade materna, estado civil, a escolaridade, o nível socioeconômico, paridade, intervenção dos profissionais de saúde, as políticas de saúde em vigor no país e as práticas dos cuidados de saúde. No período pré-natal, as intervenções que se mostram mais eficazes são as sessões de educação para a saúde em grupo que se focam em temas-chave como os benefícios do AM, a importância do AM exclusivo, a fisiologia da lactação, entre outros, bem como soluções práticas a problemas comuns (Pinto, 2008). Neste planejamento é necessário conhecer os casais para os quais se destinam as ações educativas de saúde, suas crenças, culturas, hábitos, papéis na sociedade, e as condições sociais, resultando na adesão e manutenção do amamentar (Queiroz & Pontes, 2012).

Conclusões: Consideramos que conhecer os fatores que influenciam o casal na tomada de decisão no AM permite ao enfermeiro intervir junto dos casais por forma a aumentar a prevalência e melhorar a experiência por parte da tríade (mãe-pai-filho). Neste contexto, é essencial a intervenção do enfermeiro para a consciencialização dos futuros pais no que respeita à importância da amamentação para a tríade mãe/pai/filho, as consultas de vigilância pré-natal e, após o nascimento da criança, para o esclarecimento de dúvidas e auxílio nas dificuldades sentidas pelos pais. Também as políticas institucionais têm um papel importante nesta decisão do casal

Palavras-chave: aleitamento materno; casal; enfermeiro; decisão.

Referências bibliográficas: Direção Geral de Saúde. (2012). *Plano nacional de saúde 2012–2016: Objetivo para o sistema de saúde: Promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida*. Recuperado de http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_4_2_Contextos-saud%C3%A1veis-ao-longo-da-vida_2013_01_173.pdf

Lamounier, J. A. & Piazzalunga, C. R. (2009). *A paternidade e a sua influencia no aleitamento materno*. Recuperado de <http://www.pediatriasopaulo.usp.br/upload/pdf/1290.pdf>

Pisacane, A., Continisio, G., Aldinucci, M., D'amora, S., & Continisio, P. (2005). *A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion*. Recuperado de <http://www.pediatrics.aappublications.org/content/116/4/e494.full.pdf+html>

Ramalho, A. (2005). *Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise: Estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra, Portugal: Formasau.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Promoção da saúde mental das crianças de uma creche comunitária no município de Niterói

Elaine Antunes Cortez^{*}, Chrystian Fernandes Pedrosa^{**}
 Thainá Oliveira Lima^{***}, Felipe Fernando de Sousa^{****}
 Mônica Montuano Gonçalves^{*****}, Thalita Batista Rosa^{*****}

Introdução: A saúde mental, saúde física e a social são fios da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. À medida que cresce a compreensão desse relacionamento, torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos e das sociedades. Assim, a saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. Assim, é preciso pensar a promoção da saúde mental como ferramenta para qualidade de vida.

Objetivos: Apresentar através de um relato de experiência a execução do projeto de extensão da escola de enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF) sobre promoção da saúde mental das crianças da Creche Comunitária Rosalda Paim, localizada no município de Niterói, no estado do Rio de Janeiro (Brasil).

Metodologia: Relato de experiência que envolve, como integrantes do projeto, professores e alunos da UFF e da Universidade Estácio de Sá, parceira no projeto. O projeto está sendo executado com o intuito de promover a saúde mental dos alunos da creche através de atividades lúdicas, expressivas, culturais e solidárias. O público-alvo são 150 crianças na faixa etária de 2 a 6 anos.

Resultados: A primeira atividade realizada aconteceu no fim do ano de 2011. A proposta era realizar um natal solidário onde cada criança fosse apadrinhada com roupa, sapato e um brinquedo que a mesma desenhou e pediu para o papai Noel. Os integrantes do projeto foram até à creche para realizar a dinâmica que teve por objetivo recolher informações de possíveis brinquedos que as crianças queriam ganhar. Ademais, conseguimos doações de comidas, bebidas, e a Associação Brasileira de Enfermagem de Niterói contribui com o projeto. Ressalta-se ainda, que foram feitas blusas com o logo do projeto feito pelos integrantes através da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (UFF). Ao longo de todo ano, foram realizados eventos, festividade da páscoa, festa junina, comemoração do dia das crianças e trabalhos manuais com as crianças em sala de aula.

Conclusões: A escolha pelo viés de promover a saúde mental através da cultura se deu por entendermos que a cultura seja a apreensão de significados, crenças e valores que impulsionam nossa maneira de estar no mundo e é repassada por gerações. Acredita-se que o projeto tenha promovido a saúde mental das crianças, visto a receptividade e demanda a cada atividade, que sempre possuía o objetivo de promoção da saúde mental, o que consequentemente contribui para a qualidade de vida das mesmas; avaliamos ser importante inserir docentes e familiares no projeto, realizando atividades específicas de promoção da saúde mental destes.

Palavras-chave: criança; promoção da saúde; saúde mental; prevenção.

Referências bibliográficas: Cortez, E. A., & Tocatins, F. R. (2006). Em busca de uma visão antropológica de saúde no PSF. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56, 800-804.

Malinowski, B. (1997). *Uma teoria científica da cultura*. Lisboa, Portugal: Edições 70.

Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. (2011). *Definição de Saúde Mental*. Recuperado de <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>>

* Universidade Federal Fluminense, Materno Infantil e Psiquiatria, Professora Adjunta

** Universidade Federal Fluminense

*** Universidade Federal Fluminense, Programa de Pós - Graduação em ciências, Mestranda

**** Secretaria Municipal de Saúde, Setor de controle de regulação, avaliação e auditoria, Gestor municipal e diretor do setor

***** Hospital São José dos Lários em São Gonçalo, Enfermeira Obstetra e Supervisora em Pediatria

***** Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Acadêmica [thalita_801@hotmail.com]

Saúde da Família: Não adesão ao tratamento anti-hipertensivo entre homens idosos

Elisabete Calabuig Chapina Ohara*
Ruth Gelehrter da Costa Lopes**

Introdução: De entre as doenças que acometem os idosos, a hipertensão arterial é a mais frequente. Um mesmo idoso pode apresentar duas ou mais doenças, o que causa uma maior demanda na saúde pública. Em relação ao gênero, vários estudos demonstram que existe menor adesão ao tratamento por parte da população masculina. A partir desse contexto, decidi refletir sobre os aspectos culturais, sociais e cognitivos do homem idoso hipertenso e a não adesão ao tratamento.

Objetivos: Refletir sobre os aspectos culturais, sociais e cognitivos do homem idoso hipertenso e a não adesão, compreender a percepção que o homem apresenta em relação à ação medicamentosa e aos profissionais da saúde.

Metodologia: Tratou-se de um estudo qualitativo descritivo, pois a abordagem realizada permaneceu a serviço da pesquisa, com o objetivo de tirar o melhor possível dos saberes desejados. Os sujeitos da pesquisa foram homens idosos hipertensos que não aderem ao tratamento, cadastrados em uma Unidade Básica da Saúde da Família, localizada na Região Leste da Cidade de São Paulo. Na tentativa de conhecê-los, foi aplicado um instrumento de colheita de dados com perguntas abertas na forma de entrevista semiestruturada, quando procurei aproximar-me dos seus códigos culturais por meio dos seus discursos.

Resultados: A partir da fala dos depoentes, visualizei as dificuldades vivenciadas por eles em relação à não adesão ao tratamento. Para análise dos dados, foram utilizados elementos teóricos, valorizando a riqueza dos relatos dos depoentes, o referencial desenvolvido pelo antropólogo Geertz e o método Paidéia de Campos. A partir da análise realizada, observei que para uma parcela dos sujeitos, o envelhecimento é visto como o fim da vida, uma fase na qual não se deve criar perspectivas referentes à qualidade de vida, enquanto para outros, apesar de ser difícil, como verbalizaram, o envelhecer aparece como uma oportunidade para conhecer e realizar o que dá prazer. Colaboram para a não adesão a presença do alcoolismo e a dificuldade de comunicação entre os profissionais e usuários. Os fatores socioculturais apareceram como contribuintes para a construção da subjetividade masculina, favorecendo uma desvantagem em termos de morbi-mortalidade do homem em relação à mulher.

Conclusões: Conclui-se que os serviços de saúde, assim como outros espaços, devem ser propiciadores de momentos de discussão sobre o envelhecimento e as diferenças genéticas, sociais, econômicas, culturais e espirituais que resultam em diferentes experiências do envelhecer. Pensar em homens idosos implica vê-los com necessidades especiais a serem consideradas em todas as formas de interação, implicando em programas específicos. É necessário discutir o processo de envelhecimento além do fisiológico, procurando abranger várias dimensões de nossa existência. A falta de equidade nos serviços oferecidos em relação à atenção à saúde do homem influencia diretamente tendo impacto na sua não adesão ao tratamento.

Palavras-chave: envelhecimento; hipertensão; enfermagem; família; não adesão ao tratamento.

Referências bibliográficas: Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: Manual da metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Lopes, R. G. (1999). *As interpretações sociais da saúde na velhice, refletidas no uso do medicamento* (Tese de doutorado). Faculdade de Saúde Pública da USP, Brasil.

Lopes, R. G. (2000). *Saúde na velhice: As intervenções sociais e os reflexos no uso do medicamento*. São Paulo, Brasil: EDUC.

Ministério da Saúde, Fundação SEADE. (2003). *Anuário estatístico de saúde do Brasil*. Brasília, Brasil: Autor.

* Centro Universitário São Camilo, Ensino Superior, Docente

** Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Docente

Vivências do pai no nascimento do seu filho: contributos de um curso de preparação

Julia Maria das Neves Carvalho*

Susana Patricia Rodrigues Correia**

Eunice Maria Gonçalves Mota***

Introdução: Atualmente os Cursos de Preparação para o Nascimento (CPN) vêm fomentar a participação da figura paterna em todos os momentos que antecedem o nascimento do bebé. Assim sendo, o empoderamento dos pais para esta nova fase vem possibilitar a vivência desta etapa de uma forma mais tranquila e confiante, sendo eles um pilar importante para as companheiras durante a sua permanência na Sala de Partos. Para além da estabilidade emocional a frequência de CPN potencia uma melhor vinculação ao bebé.

Objetivos: Esta investigação teve como objetivo: conhecer de que forma a frequência de um CPN favoreceu a vivência do pai durante o trabalho de parto e parto; conhecer os contributos de um CPN, nas competências parentais no decorrer do trabalho de parto e parto.

Metodologia: Estudo de carácter exploratório descritivo e de natureza qualitativa, sendo a colheita de informação realizada através de entrevista, numa maternidade central. Cada entrevista teve a duração média de 20 minutos, tendo sido realizada cerca de 30 minutos após o nascimento, direcionada aos pais que presenciaram este momento. Foram realizadas 11 entrevistas a pais que frequentaram um Curso de Preparação Para o Nascimento, tendo cada participante sido informado e esclarecido acerca do objetivo da entrevista, e participado de forma livre, consentida e anónima.

Resultados: Após a análise das entrevistas foi necessário realizar o agrupamento de conceitos similares, de forma a codificá-los, para desta forma facilitar a sua leitura e interpretação. Foram organizadas cinco categorias descritivas da vivência dos pais e respetivas subcategorias, sendo elas: conhecimentos sobre o trabalho de parto, apoio à mulher durante o trabalho de parto, mudanças na conjugalidade, vinculação ao bebé e sentimentos experienciados. Os resultados deste estudo demonstram que a participação paterna nos CPN reflete efeitos positivos no nível dos conhecimentos sobre a evolução do trabalho de parto e parto, sobre a relação mãe-pai-bebé, bem como a nível da conjugalidade.

Conclusões: O presente estudo permite-nos concluir que os pais que participaram num CPN adquiriram mais conhecimentos acerca do trabalho de parto e parto, e dessa forma sentiram-se mais capacitados para prestar apoio à sua companheira durante esta fase. Reforçaram a relação conjugal, aumentando a intimidade com a mulher, admirando a sua força e sentindo orgulho e satisfação com a chegada do bebé. Os pais participantes vivenciaram o trabalho de parto e parto menos nervosos e menos ansiosos, seguros das suas competências naquele momento.

Palavras-chave: pai; curso de preparação para o nascimento; vivências.

Referências bibliográficas: Greenhalgh, R., Slade, P., & Spiby, H. (2000). Fathers' coping style, antenatal preparation, and experiences of labor and the postpartum. *Birth*, 2(3), 177-184.

Nogueira, J. R., & Ferreira, M. (2012). O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 57-66.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP - Enf. Saúde Materna e Ginecológica [juliacarvalho@esenfc.pt]

** Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Urgência, Enfermeira especialista em ESMO

*** Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Serviço de Urgência, Enfermeira



Referência
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

SAÚDE FAMILIAR

FAMILY HEALTH

SALUD FAMILIAR

A importância da participação do acompanhante no processo de hospitalização do idoso

Ana Karine Ramos Brum*, Thalita Batista Rosa**

Amanda Travassos da Costa***, Maria Lucia dos Santos Fernandes Filha****

Vanessa da Silva Baptista*****, Karine Carrilho dos Santos*****

Introdução: O crescimento da expectativa de vida é uma condição mundial, porém, nos países em desenvolvimento resulta em grandes discussões e maiores compromissos para com a saúde, já que o envelhecimento populacional requer demandas que, por muitas vezes, se configuram questões de saúde pública. O envelhecimento é um processo de modificações, de forma dinâmica e progressiva, que indica a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, resultando em períodos de internação hospitalar (Teixeira et al., 2013).

Objetivos: Identificar a fonte de informação acerca da importância do acompanhante ao idoso hospitalizado; salientar a importância do acompanhante ao idoso hospitalizado.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa exploratória, que visa reunir o conhecimento já construído sobre o tema. Realizou-se a busca nas seguintes bases de dados: LILACS, MEDLINE e BDEF. Foram utilizados os seguintes descritores e suas combinações: *Idoso, Hospitalização, Cuidador e Acompanhante*. Os critérios de inclusão definidos foram: artigos publicados em português e inglês; artigos na íntegra que retratassem a temática no Brasil, nos últimos cinco anos. Foram excluídos artigos que abordem o tema em Unidades de Terapia Intensiva e criança e neonato, destacando a relevância do estudo ao idoso.

Resultados: Segundo Teixeira et al. (2013) os eventos patológicos em idosos são constantes e produzem alterações funcionais que resultam em longos períodos de internação hospitalar e conseqüentemente, acompanhamento familiar. O processo de hospitalização objetiva o restabelecimento em saúde, porém, Dutra et al. (2011) ressalta que as taxas de mortalidade e de morbidade se relacionam ocasionando piora do prognóstico e predisposição ao processo de fragilização. Neste contexto, a presença de um acompanhante concede segurança emocional e facilita o restabelecimento da saúde. Desde a década de 90, observa-se uma valorização da parceria para com o acompanhante durante o processo de estímulo a reabilitação que resulta em redução dos sintomas de abatimento e ansiedade frequentes durante o período de hospitalização. Sanches, Couto, e Andrade (2013) entendem que sucesso da conduta em saúde voltada para o idoso hospitalizado é sugestionado pelo comportamento do acompanhante onde a parceria deve ser trabalhada durante a internação e posterior a ela, favorecendo a redução dos impactos negativos.

Conclusões: A figura do acompanhante durante a hospitalização do idoso é assegurada no Brasil, através da Portaria n. 280/1999, do Ministério da Saúde. O cuidado ao idoso hospitalizado compreende inúmeros fatores como a relação de colaboração entre acompanhante e a equipe de saúde. O acompanhante enquanto parceiro do processo de cuidar deve ser orientado quanto a essa conduta, porém, ressalta-se, que o mesmo não substitui as responsabilidades e atividades da equipe diante do cuidado em saúde, mas deve-se valorizar a sua presença e participação durante todo o processo e conduta de restabelecimento das necessidades do cliente idoso.

Palavras-chave: acompanhante; cuidador; idoso; hospitalização; enfermagem.

Referências bibliográficas: Dutra, M. M., Moriguchi, E. H., Lampert, M. A., & Poli-de-Figueiredo, C. E. (2011). Validade preditiva de instrumento para identificação do idoso em risco de hospitalização. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 106-112. doi: 10.1590/S0034-89102011000100012

Portaria nº 280, de 7 de abril de 1999. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Brasil.

Sanches, I. C., Couto, I. R., Abrahão, A. L., & Andrade, M. (2013). Acompanhamento hospitalar: Direito ou concessão ao usuário hospitalizado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1), 67-76. doi: 10.1590/S1413-81232013000100008

Teixeira, L. S., Vieira, M. A., Andrade, J. M., & Mendes, D. C. (2013). O idoso hospitalizado: Atuação do acompanhante e expectativas da equipe de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 12(2), 266-273. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v12i2.18407

* Universidade Federal Fluminense, Departamento de Fundamentos em Enfermagem e Administração, Pós Doutora em Enfermagem Hospitalar; Professora Associada I

** Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Acadêmica [thalita_801@hotmail.com]

*** Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Acadêmica

**** Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Acadêmica

***** Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Acadêmica

Avaliação e intervenção familiar segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: um estudo de caso

Ezequiel Martins Carrondo*, Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo**
Agostinha Esteves Melo Corte***
Ermelinda Maria Bernardo Gonçalves Marques****

Introdução: As teorias e os modelos têm assumido um papel fundamental na prática clínica em enfermagem de saúde familiar, permitindo a conceção dos cuidados de enfermagem à família quer ao nível da colheita de dados quer para o planeamento das intervenções. No Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, a avaliação da família centra-se em três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional, permitindo a formulação de diagnósticos e a especificação de intervenções em resposta às necessidades das famílias (Figueiredo, 2012).

Objetivos: Avaliar uma família segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar; propor intervenções de acordo com as necessidades identificadas.

Metodologia: Foi utilizado o estudo de caso como estratégia metodológica e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como referencial teórico. Foram realizadas entrevistas tendo a família como unidade de cuidados, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, tendo sido aplicadas as Escalas de Graffar adaptada, de Readaptação Social de Holmes e Rahe, FACES II e APGAR familiar de Smilkstein. Foram analisados os dados obtidos, enunciados diagnósticos de enfermagem e propostas intervenções segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2012).

Resultados: Procedeu-se à recolha de dados avaliativos de acordo com as áreas de atenção das dimensões da estrutura, desenvolvimento e funcionamento do sistema familiar. Trata-se de um casal de idosos de classe média baixa, com necessidade de ajuda parcial no autocuidado na higiene e no vestuário, que apresenta relação dinâmica disfuncional e saturação do papel de prestador de cuidados. Foram enunciados os diagnósticos e propostas intervenções para dar resposta às necessidades identificadas em cada dimensão familiar.

Conclusões: A aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar permitiu a identificação colaborativa das necessidades em cuidados, das forças, recursos e competências da família, para a formulação de propostas de intervenção conducentes a ganhos em saúde familiar.

Palavras-chave: família; modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar; cuidados de saúde primários.

Referências bibliográficas: Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lisboa, Portugal: Lusociência.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (7.^a ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.

* Escola Superior de Saúde Guarda, Enfermagem, Professor Coordenador [ecarrondo@ipg.pt]

** Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Adjunto [henriqueta@esenf.pt]

*** Escola Superior de Saúde de Guarda, UTC de Enfermagem, Professora Adjunta [agostinhac@gmail.com]

**** Escola Superior de Saúde Guarda, Unidade Técnico Científica de Enfermagem, Professora Adjunta [emarques@ipg.pt]

Avaliação integrada nas disciplinas de processo de cuidar de saúde do adulto idoso, família e comunidade – Um relato de experiência

Fatima de Oliveira Affonso
Caio Luisi*

Introdução: O processo ensino aprendizagem fragmentado, não atende ao perfil do profissional que o momento atual espera. A partir de discussões extra sala de aula, fundamentados na metodologia ativa, optamos ofertar aos discentes a possibilidade de pensar no sujeito, objeto do cuidar, de forma transcultural e transdisciplinar. A presença de um doente crônico no seio familiar desorganiza a formação habitual e funcional das famílias que procuram estratégias de enfrentamento desse momento.

Objetivos: Desenvolver no aluno de graduação a capacidade de pensar associando políticas públicas e clínica conseguindo inserir a clínica na prática da vida real.

Metodologia: Relato de experiência da vivência no ensino superior na formação de profissionais enfermeiros.

Resultados: O resultado comportamental positivo levou a repetir o modelo, adequando o modelo de prova para um novo momento, uma nova turma, portanto não foi positivo só para os discentes, foi motivador para os docentes discutirem os seus conteúdos acadêmicos e elaborarem conjuntamente as avaliações.

Conclusões: Os discentes compreenderam a integração das disciplinas atendendo as diferentes necessidades dos pacientes nos três níveis de complexidade, atenção básica, média e alta complexidade. Percebemos a motivação dos discentes em relacionar práticas e histórias e resignificar sua prática, assumindo um papel mais ativo no processo ensino aprendizagem.

Palavras-chave: família; interdisciplinaridade; ensino superior.

Referências bibliográficas: Gomes, L. O., & Aguiar, M. G. (2006). Programa de saúde da família: Um espaço para a reconstrução das representações sociais do processo saúde-doença. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 614-619. doi: 10.1590/S0034-71672006000500004

Miliorini, J. P., Fernandes, M. V., Decesaro, M. D., & Marcon, S. S. (2008). A família no contexto hospitalar: Apreendendo os anseios e expectativas relacionadas com doença crônica. *Revista Rene*, 9(3), 81-91.

Mitre, S. M., Siqueira-Batista, R., Girardi-de-Mendonça, J. M., Morais-Pinto, N. D., Meirelles, C. D., Pinto-Porto, C., ... & Hoffmann, L. M. (2008). Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: Debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 2133-2144. doi: 10.1590/S1413-81232008000900018

Silva, L., & Bocchi, S. C. (2005). A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiares visitantes e acompanhante de adulto e idoso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 180-187. doi: 10.1590/S0104-11692005000200008

* Centro Universitário Italo Brasileiro, Enfermagem, Docente

Consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado na atenção primária à saúde

Cilene Nunes Dantas*

Rejane Maria Paiva de Menezes**

Francis Solange Vieira Tourinho***

Introdução: O Processo de Enfermagem uma das tecnologias utilizadas pelo enfermeiro nos serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas e na comunidade denominado, a partir de 2009, pelo Conselho Federal de Enfermagem de Consulta de Enfermagem. Esta tecnologia de cuidado tem elevada complexidade e baixa densidade, auxilia no manejo das demandas e necessidades da população na atenção primária à saúde (APS). Além de atuar numa perspectiva holística e integrativa, possibilitando a sistematização e a humanização do cuidado prestado à família.

Objetivos: Refletir sobre a consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado na APS à luz do referencial de Hinds, Chaves e Cypress.

Metodologia: Estudo teórico-reflexivo embasado na leitura crítica da consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado na APS à luz do referencial teórico de Hinds, Chaves e Cypress, que dividem os níveis contextuais em quatro camadas interativas distintas entre si: o metacotexto, contexto geral, o contexto específico e o contexto imediato. Segundo as autoras o fenômeno tem vários níveis de significado que se relacionam internamente e propiciam o sentido do todo do objeto em estudo.

Resultados: Foram agrupados em quatro eixos: aspetos relevantes da Consulta de Enfermagem na APS (a consulta fundamenta-se em uma tríade: o levantamento de dados, a análise e o plano de cuidados); a Consulta de Enfermagem como Tecnologia do Cuidado na APS (a consulta pode ser um procedimento e/ou uma tecnologia, com características peculiares, pois ao se cuidar do ser humano, não é possível generalizar condutas, mas sim adaptá-las às mais diversas situações; Meier, 2004); a consulta de enfermagem no contexto geral (a Enfermagem sofre a influência da tecnociência tanto no seu corpo de saberes, quanto na utilização da consulta na sua prática, pois as transformações tecnológicas produzidas influenciam o cuidado, os valores, o conhecimento, as habilidades e políticas públicas de saúde); e, a consulta de enfermagem x autonomia profissional (a autonomia do enfermeiro inter-relaciona-se ao conhecimento científico, à postura pessoal, ao processo de enfermagem e à delimitação das atividades específicas da enfermagem na equipa multidisciplinar na APS; Kletemberg & Padilha, 2011).

Conclusões: A reflexão acerca da consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado na APS sob o referencial proposto oportunizou uma aproximação com o fenômeno e as suas quatro camadas. Constatou-se que o cuidado e a tecnologia estão interconectados, pois esta consiste na expressão do conhecimento científico, para isso a Enfermagem está comprometida com princípios, leis e teorias, e a tecnologia. Portanto, o saber permeia a prática e as vivências instituídas no encontro entre enfermeiro-indivíduo que constrói vínculo, acolhe e humaniza o cuidado. Destarte, apesar da consulta ser um dos seus instrumentos de relevância, a enfermagem brasileira não a utiliza na sua magnitude.

Palavras-chave: consulta de enfermagem; tecnologia; cuidado; atenção primária à saúde; autonomia.

Referências bibliográficas: Conselho Federal de Enfermagem. (2009). *Sistematização da assistência de enfermagem-SAE nas instituições de saúde brasileiras* (Resolução 358/2009). Recuperado de <http://portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>
Hinds, P., Chaves, D., & Cypress, S. M. (1992). Context as a source of meaning and understanding. *Qualitative Health Research*, 2(1), 61-74. doi: 10.1177/104973239200200105

Meier, M. J. (2004). *Tecnologia em enfermagem: O desenvolvimento de um conceito* (Tese de doutoramento). Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

Kletemberg, D. F., & Padilha, M. I. (2011). A autonomia da enfermagem gerontológica no Brasil, segundo as pioneiras (1970-1996). *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(4), 709-716. doi: 10.1590/S0104-07072011000400009

* Universidade Federal do Rio Grande do Norte/Secretaria Municipal de Saúde Natal, Enfermagem, Discente de Pós-graduação/Enfermeira

** UFRN, Enfermagem, Professora

*** UFSC, Enfermagem, Professora

Cuidados de proximidade: caracterização dos utentes atendidos no domicílio

Tânia de Fátima Simões Rodrigues*

Dina Manuela Correia Tavares Martins**

Introdução: É por demais reconhecida a importância que a visita domiciliária tem trazido às comunidades em termos de ganhos em saúde, qualidade de vida, promoção da saúde e prevenção da doença, retratada pela adaptação a situações de dependência/doença. Este instrumento de proximidade e confiança aos habitantes permite ainda a diminuição da procura dos cuidados diferenciados (com custos enormes) uma vez que a atuação é realizada próxima do contexto em que as pessoas vivem e onde gerem os compromissos do autocuidado.

Objetivos: Caracterizar o grau de dependência e risco de úlceras de pressão, bem como a presença ou não de cuidador formal e informal de um grupo de utentes atendidos em contexto domiciliário no ano de 2014, inscritos num ficheiro de uma USF da periferia da cidade de Coimbra.

Metodologia: Estudo descritivo, constituído por uma amostra de 46 utentes, utilizando como recurso o programa informático SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) utilizado na instituição. Foi aplicada a escala de Braden para avaliação do risco de Úlceras de Pressão e a escala de Barthel para a avaliação do grau de dependência. Os dados foram introduzidos e tratados em programa Excel.

Resultados: Foram realizados 144 domicílios no ano de 2014 a 46 utentes diferentes. Amostra maioritariamente do género feminino (58,7%), sendo a média de idades de 79,46 anos (desvio padrão de 9,60). Quanto ao estado civil, 56,5% dos utentes são casados e 41,3% viúvos. A maior parte dos utentes (80,4%) têm cuidador informal e 32,6% cuidador formal. Os principais motivos da visita domiciliária foram: 25,0% tratamento de feridas cirúrgicas; 21,5% consulta de vigilância; 16,7% vacinação; 14,6% úlceras de pressão. Quanto ao grau de dependência, e tendo em conta a escala de Barthel, encontramos três scores mais significativos: *Dependência Total* com 26,1%; *Dependência Grave* com 6,5% e *Independente* com 60,9%. Segundo a escala de Braden, 32,6% da amostra apresentava *Alto Risco* de desenvolver Úlcera de Pressão.

Conclusões: A visita domiciliária permite detetar precocemente sinais de crise ou de maior vulnerabilidade. Centrada na efetividade, proximidade e acessibilidade, será o elo de referência entre o serviço de saúde e o utente/família, assumindo a prestação de cuidados de saúde globais a um conjunto de famílias, nas diversas situações de crise e em todos os processos de saúde-doença. Esta intervenção quando realizada no meio rural ganha ainda maior importância quando nos apercebemos que a acessibilidade a bens e serviços está muitas vezes mais distante do que na realidade parece, devido às especificidades inerentes ao meio rural.

Palavras-chave: visita domiciliária; cuidados de proximidade; Braden; Barthel.

Referências bibliográficas: Apóstolo, J. L. (2012). *Instrumentos para avaliação em geriatria (geriatric instruments)* (Documento de apoio não publicado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

* ARS do Centro - Aces Baixo Mondego, USF Rainha Santa Isabel, Enfermeira Especialista [taninha78@gmail.com]

** ARS do Centro, ACES Baixo Mondego - USF Rainha Santa Isabel, Assistente de Medicina Geral e Familiar

Educação à Distância como ferramenta para aprimorar a atenção à Saúde Familiar

Anne Caroline Luz Grudtner da Silva*

Elza Berger Salema Coelho**, Deise Warmling***

Alexandra Crispim da Silva Boing****

Introdução: A Estratégia Saúde da Família é uma forma de atenção à saúde focada na família e na comunidade, e para que alcance seus objetivos é necessário investir na política de formação e na capacitação permanente dos profissionais de saúde envolvidos. A Educação Permanente busca incorporar o ensino e aprendizagem à vida cotidiana e às práticas sociais e laborais, no contexto em que ocorrem. No Brasil, uma forma de investir neste processo, é a implantação de programas de pós-graduação à distância.

Objetivos: O Curso à distância de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família, desenvolvido pela Universidade Federal de Santa Catarina, procurou especializar profissionais de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. O curso utilizou a pedagogia problematizadora, utilizando os problemas como ponto de partida para aprendizagem. Assim o objetivo deste trabalho é analisar a opinião dos alunos quanto à relação do curso com o serviço oferecido a comunidade.

Metodologia: Foi aplicado um questionário para que os alunos avaliassem os diversos aspectos do curso, permitindo avaliar o reflexo do curso na prática laboral dos participantes. Esse questionário era autoaplicável e foi preenchido pelos alunos que desejaram participar da pesquisa, de forma anônima, no último encontro do curso. Sendo composto por questões abertas e fechadas, o questionário incluía dados sobre o aluno e questões sobre o conteúdo e funcionamento do curso. As respostas foram transcritas para uma máscara elaborada no programa Epidata e depois analisadas com o uso do programa Stata.

Resultados: Dos alunos que participaram do curso nos anos de 2013 e 2014, 1206 responderam ao questionário, destes 80% (966) são do sexo feminino, tinham entre 21 e 64 anos, 47% (575) estavam na faixa etária entre 20 e 30 anos de idade, e a maioria, 31% (375) era enfermeiro(a). Quanto ao conteúdo abordado na especialização, 87% (1052) dos alunos declararam que trouxe conceitos teóricos importantes para a prática, e 65% (783) disseram que despertou o interesse e motivação. Quanto a avaliação geral do curso 56% (677) dos alunos consideraram o curso de especialização muito bom, e 37% (457) bom. E 77% (936) dos participantes consideraram que o curso contribuiu muito para a melhoria do seu serviço, sendo que 95% (1153) recomendariam o curso para um amigo. Além disso, 73% (887) dos alunos relataram que teve um aprimoramento de suas ações a partir do curso, e 49% (596) disseram que compartilharam muito os conhecimentos do curso com os colegas de trabalho.

Conclusões: De acordo com os dados fornecidos pelos alunos observou-se que a maioria deles eram enfermeiros, do sexo feminino e tinham entre 20 e 30 anos de idade. Os alunos declararam que o material didático trouxe conceitos importantes para a prática, que o curso contribuiu muito para a melhoria do serviço, e propiciou o compartilhamento dos conhecimentos obtidos com os colegas de trabalho. Estas informações permitem concluir que o curso permitiu a integração dos conceitos teóricos com a prática profissional, alcançando seu objetivo, fortalecendo os objetivos da política nacional de Educação Permanente e assim aperfeiçoando a atenção à saúde das famílias.

Palavras-chave: atenção básica; educação permanente; estratégia da saúde da família.

Referências bibliográficas: Ceccim, R. B. (2004). Educação permanente em saúde: Descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Revista Mineira Saúde Pública*, 3(5), 4-15.

Coelho, E. B., Reibnitz, K. S., & Vieira, E. M. (2012). *Introdução ao curso* [Recurso eletrônico]. Florianópolis, Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina.

Costa, M. M. (Org.). (2000). *Educação permanente*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica.

Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde (2009). *Política nacional de educação permanente*. Brasília, Brasil: Autor.

* Universidade Federal de Santa Catarina, Saúde Pública, doutoranda

** Universidade Federal de Santa Catarina, Saúde Pública, professora

*** Universidade Federal de Santa Catarina, Saúde Pública, doutoranda

**** Universidade Federal de Santa Catarina, Saúde Pública

Enfermagem familiar: como constroem os estudantes os diagnósticos de enfermagem?

Maria Teresa Soares Tanqueiro^{*}, Marília Maria Marques Conceição Neves^{**}
 Margarida Alexandra Silva^{***}, Helena Maria Almeida Macedo Loureiro^{****}
 Cristina Maria Figueira Veríssimo^{*****}, Marina Montezuma Mendes Vaquinhas^{*****}

Introdução: O diagnóstico de enfermagem é uma “Designação atribuída por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem” (ICN, 2002, p. xv). A enunciação de um diagnóstico de enfermagem requer do estudante um raciocínio clínico, configurando um processo complexo que envolve a mobilização de um conjunto de conhecimentos e a atribuição de significados, associado ao processo de tomada de decisão, essencial para a definição de possíveis estratégias de intervenção na família.

Objetivos: Na construção de um diagnóstico de enfermagem combinam-se conceitos contidos nos eixos da Classificação dos Fenómenos de Enfermagem. Assim, definiu-se como objetivo analisar os conceitos usados pelos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem na construção de diagnósticos de enfermagem no âmbito da família.

Metodologia: Estudo exploratório, qualitativo. Inquiriu-se uma amostra intencional de 64 estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, utilizando-se um caso clínico familiar, solicitando-se a identificação e formulação de 1 a 2 diagnósticos prioritários, com o recurso à CIPE Beta 2 (ICN, 2002). Analisaram-se os diagnósticos formulados, identificando os domínios, focos de atenção e características dos juízos conjugados nos enunciados.

Resultados: Na construção dos diagnósticos de enfermagem, os estudantes privilegiaram como domínios e respetivos focos de atenção: a adaptação, nomeando o stress do prestador de cuidados (14); a interação de papéis, enunciando o papel de prestador de cuidados (13); a cognição, usando os ter conhecimento (5) e preocupação (1); a reparação, mencionando o cansaço (4); a interação social, usando o termo relação acrescido de *conjugal*; o processo familiar, referindo a satisfação conjugal. Quando usados na construção do diagnóstico, os juízos surgiram associados a características do fenómeno de enfermagem: percebidas como acima da média, usando a terminologia *em grau...* (16); que o colocam em perigo, empregando o termo *comprometido* (11); observáveis no comportamento, usando a expressão *não demonstrado* (5) e o termo *demonstrado* (3); que são problemáticas ou constituem obstáculo, aplicando o termo *difícil* (2); salienta-se o uso do termo *presente* (9) que não consta neste eixo da Classificação dos Fenómenos de Enfermagem.

Conclusões: Os diagnósticos identificados como prioritários, e a sua enunciação, evidenciam a compreensão pelos estudantes dos principais domínios e focos de atenção para a prática da enfermagem familiar, no pressuposto de que sempre que um problema afeta um elemento da família, isso pode ter impacto nos outros elementos (Wright & Leahey, 2009). A construção de alguns diagnósticos parece revelar dificuldade na enunciação, não desenvolvendo explicitamente o raciocínio clínico, sugerindo o reforço contínuo no desenvolvimento desta competência, ao longo do Curso de Licenciatura em Enfermagem, e particularmente no âmbito da Enfermagem Familiar.

Palavras-chave: enfermagem familiar; diagnósticos de enfermagem; terminologia de enunciação.

Referências bibliográficas: International Council of Nurses. (2002). *Classificação para a prática de enfermagem: Versão beta 2*. Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Wright, L., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família* (4ª ed.). São Paulo, Brasil: Roca.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Professora

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Docente [mneves@esenfc.pt]

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Docente; Doutoranda no ICBAS - Universidade do Porto [margarida@esenfc.pt]

**** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Docente [hloureiro@esenfc.pt]

***** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UPC de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Docente

***** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCPE Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Docente [montezuma@esenfc.pt]

Multiculturalidade e cuidado em enfermagem

Eugénia Mesquita*

Ana Cristina Pais Abreu Ferreira**

Introdução: A convivência com as diferentes culturas e modos de vida contribuem, para a partilha de tradições culturais, de competências e de saberes (Ramos, 2007). A multiculturalidade é uma realidade nos serviços de Saúde e faz parte de todos os contextos quer sejam de carácter social, económico, político, religioso, educacional e de saúde e pode constituir uma barreira no desenvolvimento dos processos principalmente comunicacional (Ramos, 2007), consequentemente gera impacto no trabalho dos enfermeiros e pode ter implicações nos cuidados à pessoa/família.

Objetivos: Caracterizar a população estrangeira que usufrui de cuidados de saúde na USF Rainha Santa Isabel; identificar necessidades de saúde dos utentes estrangeiros e dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem na resposta a essas necessidades.

Metodologia: Estudo de nível 1, descritivo, exploratório e de perfil quantitativo. Efetuado levantamento através do programa informático SClínico da população estrangeira inscrita na USF. Recorreu-se a formulário previamente elaborado para o estudo, com recolha de dados entre março e a 1ª semana de Abril de 2015.

Resultados: Do total de utentes inscritos na USF RSI (9434), são estrangeiros 497 (5,27%). Destes 145 (29,18%) são oriundos do Brasil, seguindo-se Angola - 58 utentes (11,67%) e Ucrânia - 55 utentes (11,07%), aos restantes 47 países correspondem 239 utentes (48,09%). Dos 497 utentes inscritos, 278 (55,94%) têm a sua situação profissional ativa, 22,94% são estudantes, verificando-se que o género feminino (53,52%) recorre com maior frequência aos serviços da unidade de saúde. As necessidades de cuidados centram-se na procura da USF para a Vigilância de Saúde, Saúde de Adulto, Vacinação, Planeamento Familiar, Saúde Infantil/Juvenil, Rastreio Oncológico, HTA e Diabetes, Saúde Materna e tratamento de feridas. Em relação às dificuldades sentidas quer por profissionais quer por utentes estrangeiros, apresentam-se com maior expressão as diferenças culturais nos países de língua oficial Portuguesa, nomeadamente quanto à alimentação infantil. Nos utentes que não dominam a língua Portuguesa é a comunicação, apresentando-se como uma barreira, havendo necessidade de agilizar processos e desenvolver estratégias para a ultrapassar.

Conclusões: Os dados da população estrangeira inscrita (5,27%) são superiores aos dados nacionais dos estrangeiros residentes 4,19% (INE, 2010). A comunicação é um pilar das práticas clínicas, contribuindo para a convivência com culturas diferentes, exigindo dos enfermeiros uma constante adaptação e cooperação com os indivíduos/famílias, diminuindo riscos e vulnerabilidades e promovendo oportunidades em saúde para todos. Sugerem-se estratégias para melhorar a resposta no atendimento a esta população, cuja aplicação depende tanto da motivação individual dos profissionais como do apoio estruturado que o facilite, como: acesso facilitado a mediadores culturais e formação multicultural dos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários.

Palavras-chave: comunicação; cuidados de saúde primários; multiculturalidade; necessidades; dificuldades; cuidado de enfermagem.

Referências bibliográficas: Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. Recuperado de <http://www.madeleine-leininger.com/cc/overview.pdf>

Lopes, J. C., Santos, M. C., Matos, M. S., & Ribeiro, O. P. (2008). *Multiculturalidade perspectivas de enfermagem contributos para melhor cuidar*. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/LPM/LPM_1Multiculturalidade.pdf

Ramos, N. (2007). Sociedades multiculturais, interculturalidade e educação: Desafios pedagógicos, comunicacionais e políticos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41(3), 223-244.

Reis, A. S., & Costa, A. M. (2014). Cuidar imigrantes: Desafios na prática clínica de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 61-68. doi: 10.12707/RIII13118

* ARS Centro - ACES Baixo Mondego, USF Rainha Sta. Isabel, Enfermeira [genymmarques@gmail.com]

** CS de Santa Clara

O Enfermeiro na Capacitação do Cuidador Informal

Patrícia Ferreira Rocha

Anabela Marques Teixeira*

Andreia Sofia Lourenço Tomé

Maria Eduarda Eloy**

Introdução: Portugal inicia o processo de criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados – RNCCI, com o Decreto-lei n.º 101/2006. Neste contexto, os enfermeiros centram os cuidados na unidade pessoa/família, valorizando conceitos como responsabilização da pessoa/família e capacitação (Duarte, 2010).

Objetivos: Partindo do princípio de que um dos objetivos da RNCCI enfatiza a integração da família na prestação de cuidados ao seu familiar dependente, desenvolvemos uma pesquisa bibliográfica para compreender a importância da presença da equipa domiciliária junto do cuidador informal, bem como, a influência na capacitação do mesmo.

Metodologia: Revisão teórica de artigos: limite máximo até 5 anos; pesquisa efetuada nas plataformas de pesquisa b-on (Biblioteca do Conhecimento Online), EBSCO (Elton Bryson Stephens Company) e RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal); palavras-chave (capacitação; cuidador informal; papel do enfermeiro; cuidados continuados); Operadores booleanos (AND; OR; NOT). De um total de 16 artigos, 4 foram considerados relevantes.

Resultados: Importância dos enfermeiros da equipa domiciliária junto do cuidador informal: os cuidadores informais prestam cerca de 80% dos cuidados na Europa – são maioritariamente familiares, em Portugal (Carvalho, 2013); preenchem lacunas dos serviços oficiais (Gomes, 2014). Muitos dos cuidados prestados no domicílio são complexos e exigentes. Enfermeiros: preparam cuidadores para transições iminentes; facilitam processo de aprendizagem de novas habilidades e competências (Gomes, 2014). Enfermeiros da RNCCI acreditam que se houver investimento na capacitação da família, a colaboração dos cuidadores informais com a equipa multidisciplinar será muito significativa (Gomes, 2014). O enfermeiro deve conhecer a família e as suas necessidades para potenciar o exercício saudável e competente do papel de prestador de cuidados (Duarte, 2010). A família capacitada pode: exigir os seus direitos; minimizar o stress, evitando a sobrecarga do cuidador; garantir cuidados de qualidade para o seu familiar doente; estar efetivamente incluída no processo de cuidar (André, 2014).

Conclusões: Os enfermeiros reconhecem a importância de incorporar a família nos cuidados. Evidencia-se que só assim o cuidar é continuado e integral, refutando uma visão fragmentada e instrumentalista do cuidado. A responsabilidade de treinar os familiares em novas habilidades e competências, necessárias ao cuidado e recuperação da autonomia da pessoa doente, é principalmente assumida pelo enfermeiro. É imprescindível conhecer a dinâmica familiar para melhor capacitar o prestador de cuidados informal. A criação de um programa centrado na preparação destes cuidadores, assente nas necessidades vivenciadas ao longo da transição, é fundamental.

Palavras-chave: capacitação; cuidador informal; papel do enfermeiro; cuidados continuados.

Referências bibliográficas: André, S. M. (2014). *Estado de ânimo dos cuidadores informais: Contributos para melhor cuidar* (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.

Carvalho, A. S. (2013). *Preparação do regresso a casa: Dificuldades da família na continuidade de cuidados* (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Duarte, S. (2010). *Continuidade em cuidados domiciliários: O papel do enfermeiro* (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa, Portugal.

Gomes, M. (2014). *O processo de aprendizagem do cuidador informal do doente queimado: Implicações educativas no planeamento da alta e na continuidade dos cuidados* (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Portugal

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Estudante

O papel do Enfermeiro no luto da Família em unidades de internamento em Cuidados Paliativos

Beatriz Alexandra Santos Galhano

Bianca Isabel Plácido Tenreiro*, Joana Filipa Ferreira

Filipa Torres Liberal**, Andre Miguel F. Monteiro***, Inês Nunes

Introdução: Os Cuidados Paliativos têm como componentes o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa, mas também da família, mesmo durante a fase de luto, apoiando-a no sentido de promover uma aliança terapêutica entre a triade família-doente-profissional. Os enfermeiros, como elementos da equipa multiprofissional com ações interdisciplinares, devem desenvolver habilidades clínicas inerentes ao controlo dos sinais e sintomas bem como uma comunicação genuína, para agregar as ações respeitantes ao cuidar em função do benefício do doente e sua família.

Objetivos: Identificar o papel do enfermeiro no acompanhamento da família enlutada, no âmbito dos Cuidados Paliativos e identificar quais as melhores intervenções no sentido de facilitar esse processo.

Metodologia: Foi realizada uma revisão da literatura com recurso à pesquisa eletrónica no motor de busca EBSCOhost (bases de dados: Cinahl, Medline e Academic Search), B-on e Scielo, usando as palavras-chave previamente definidas. Obtivemos um total de 19 produções científicas de acordo com os critérios de inclusão: espaço temporal desde 2008, presença das palavras-chave, e estudos que abordassem as temáticas: familiares da pessoa em fase terminal, suas necessidades e sentimentos, e enfermeiros que contactam e prestam cuidados a doentes terminais e seus familiares. A amostra ficou reduzida a 7 artigos.

Resultados: Os artigos científicos analisados certificam que os familiares que vivenciam uma doença terminal com perda de um ente querido atribuem diversos significados às experiências de dor, sofrimento e morte, e a adaptação a esse processo é influenciada pelo contexto sociocultural que engloba as crenças familiares, religião, o contexto sociopolítico, a idade e a história da perda. Foi também perceptível que o processo de luto é singular a cada indivíduo, daí a sua perceção por parte do enfermeiro ser fundamental para o bem-estar de todo o agregado familiar. Desta forma, o enfermeiro, como todo e qualquer profissional de saúde, deve estar preparado para trabalhar o processo de luto, perante a responsabilidade de potenciar a comunicação e as relações interpessoais existentes e de procurar compreender a família para a auxiliar a obter uma adaptação mais eficaz face aos recursos existentes, respeitando a sua autonomia e capacidade de decisão em função dos seus valores.

Conclusões: Cabe ao enfermeiro um papel decisivo no apoio e acompanhamento dos familiares durante todo o processo de morrer como também após a morte, tendo em consideração o valor afetivo dado por cada familiar. As intervenções realizadas durante o luto antecipatório previnem o desenvolvimento de problemas no luto pós-morte. Conclui-se portanto que é imprescindível ainda no processo de fim de vida, ajudar a família a se ajustar à situação, ter capacidade para a apoiar, manter com ela uma comunicação verdadeira e afetuosa, lidando com as crises que esta poderá atravessar para que num fim último, se possa realizar um luto saudável.

Palavras-chave: papel do enfermeiro; luto; paliativos; família.

Referências bibliográficas: Cassola, T., Pires, E., Torres, R., & Backes, D. (2011). Luto familiar: O cuidado de enfermagem diante do processo de perda. *Revista Contexto & Saúde*, 10(20), 1077-1082.

Fonseca, J., & Rebelo, T. (2011). Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 180-184. doi: 10.1590/S0034-71672011000100026

Fratezi, F. R., & Gutierrez, B. A. (2011). Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: O processo de morrer. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(7), 3241-3248. doi: 10.1590/S1413-81232011000800023

Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Programa nacional de cuidados paliativos*. Recuperado de <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0C255EF1-E3AB-46CF-B79C-E9A210F60F6D/0/ProgramaNacionalCuidadosPaliativos.pdf>

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Estudante

Percepções do enfermeiro acerca do processo de trabalho na estratégia de saúde da família

Cilene Nunes Dantas*, Adriana Leite da Silva Mello**
Kisna Yasmin Andrade Alves***, Monique da Silva Lopes****
Pétala Tuani Candido de Oliveira Salvador*****

Introdução: No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica estabeleceu, em 2011, a revisão das diretrizes e normas de organização da atenção à saúde e da Estratégia Saúde da Família. Entre elas destaque-se o processo de trabalho das equipes e as atribuições específicas do enfermeiro: realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas, no domicílio e/ou nos espaços comunitários; consulta de enfermagem no ciclo vital, procedimentos e atividades em grupo, conforme protocolos e normatizações; e atividades de educação permanente.

Objetivos: Caracterizar os sujeitos da pesquisa, identificar as percepções e o conhecimento dos enfermeiros acerca do seu processo trabalho na Estratégia de Saúde da Família normatizado pela Política Nacional de Atenção Básica, das Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário Oeste, de um município de grande porte, no Estado do Rio Grande do Norte/Brasil

Metodologia: Estudo do tipo exploratório-descritivo, com abordagem quantiqualitativa e dados prospectivos, realizado em 11 Unidades de Saúde da Família, do Distrito Sanitário Oeste, de um município de grande porte, do Rio Grande do Norte, Brasil, de julho a outubro de 2011. A amostra foi de 23 enfermeiros. A pesquisa seguiu os princípios éticos e legais, parecer 242/2011 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Os dados colhidos foram organizados, categorizados, digitados em planilha eletrônica e os resultados disponibilizados em tabelas e gráficos.

Resultados: A análise dos dados foi organizada em dois momentos: Perfil sociodemográfico e profissional: dos enfermeiros entrevistados observou-se que 100% (N=23) são do sexo feminino, a faixa etária predominante foi entre 40 e 49 anos com 49% (N=11), estando em conformidade com a média de idade apresentada num estudo desenvolvido em unidade de saúde da família da região Sul do Brasil, que segundo Cezar-Vaz et al. (2009) é em torno dos 40 anos de idade. Quanto ao nível de escolaridade 65% (N=15) dos enfermeiros têm pós-graduação e quanto ao vínculo empregatício 100% (N=23) são concursados, sendo que 35% (N=8) destes possuem outro vínculo. Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia: 78% (N=18) referiu ter obtido preparo prévio para atuar na estratégia. No que se refere às razões para a escolha da estratégia como campo de atuação profissional 88% (N=20) destacam que se identificam. Quando interrogados acerca da pretensão de continuar a trabalhar na ESF, 96% dos profissionais (N=22) responderam afirmativamente.

Conclusões: Cabe destacar, que num país com dimensões continentais o caminho a ser trilhado para alcançar os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) na sua magnitude, ainda é longo, mas são inúmeros os avanços. Porém estudos que fomentem, abordem e avaliem o processo de trabalho na estratégia de saúde da família são fundamentais, pois oportunizam espaços para os profissionais refletirem e discutirem sobre a sua prática. Além de instigar a gestão local a qualificar e propiciar momentos de educação permanente pautados no arcabouço teórico do SUS, para consolidação do processo de trabalho multidisciplinar e, conseqüentemente, da Enfermagem.

Palavras-chave: processo de trabalho; estratégia de saúde da família; enfermeiro; atenção primária à saúde.

Referências bibliográficas: Conselho Federal de Enfermagem. (2009). *Sistematização da assistência de enfermagem – SAE nas instituições de saúde brasileiras* (Resolução 358/2009).

Cezar-Vaz, M. R., Muccillo-Baisch, A. L., Soares, M. C., Soares, J. F., Costa, V. Z., Kerber, N. P., ... Cardoso, L. S. (2009). Sistema de significados sobre a finalidade do trabalho de saúde da família: Uma análise qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(4), 915-922. doi: 10.1590/S0080-62342009000400025

* Universidade Federal do Rio Grande do Norte/Secretaria Municipal de Saúde Natal, Enfermagem, Discente de Pós-graduação/Enfermeira

** UNIFACEX, Enfermagem

*** UNIFACEX, Enfermagem

**** UNIFACEX, Enfermagem

***** UNIFACEX, Enfermagem

Satisfação conjugal e parentalidade: estudo em homens e mulheres durante a gravidez

Ana Paula Forte Camarneiro*

Introdução: A parentalidade é um processo de maturação psicológica que permite a dois adultos tornarem-se pais. Não sendo condição *sine qua non*, os futuros pais constituem um par conjugal que desempenhará funções conjugais e parentais. A satisfação conjugal, ponto nodal do bem-estar conjugal, refere-se a uma avaliação positiva por cada um dos cônjuges (Narciso & Ribeiro, 2009). Esta declina durante a gravidez (Belesky, Lang, & Rovine, 1985), estando em estreita relação com o número de filhos (Parke, 1996).

Objetivos: Comparar a satisfação conjugal dentro do casal durante a gravidez; comparar a satisfação conjugal das primíparas com a das múltiparas durante a gravidez; comparar a satisfação conjugal dos homens que ainda não são pais com a daqueles que já têm pelo menos um filho.

Metodologia: Estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional realizado com 407 casais, casados ou a viver em união de facto durante a gravidez. Foi aplicado um questionário sociodemográfico e clínico e uma escala de satisfação com a vida conjugal (Narciso & Costa, 1996). Esta com duas dimensões, amor e funcionamento conjugal e três zonas, casal, o próprio e o outro. A análise foi feita em SPSS. Aplicou-se a GLM para medidas repetidas, Mancova e Ancova.

Resultados: A satisfação com a vida conjugal, total e dimensões, não é significativamente diferente entre os membros do casal durante a gravidez, conforme GLM de medidas repetidas. O efeito do número de gestações (primíparas e múltiparas) na satisfação conjugal das mulheres, aplicando a Mancova é significativo para o conjunto das variáveis da satisfação conjugal total, dimensões e zonas ($F=2,80, p=0,017$). A Ancova põe em evidência essas diferenças, depois de controlado o efeito das covariáveis. Os níveis mais elevados de satisfação conjugal encontram-se nas primigestas. Nos homens, o efeito do número de filhos na satisfação conjugal total, dimensões e zonas, é estatisticamente significativo, como demonstra a Mancova ($F=2,46; p=0,045$). A satisfação conjugal é mais elevada quando os homens ainda não têm filhos. Este resultado é confirmado com a Ancova para cada dimensão.

Conclusões: A satisfação conjugal não é diferente entre o par conjugal durante a gravidez. Porém, é significativamente mais elevada nos homens e nas mulheres que ainda não têm filhos comparativamente com os que já são pais. A nível conjugal, a expansão familiar com a vinda dos filhos obriga, necessariamente, à reorganização das modalidades anteriores de relacionamento e à preparação para a tarefa partilhada de cuidar do bebé. Psicólogos, enfermeiros, obstetras e demais profissionais de saúde podem ajudar os pais nesta complexa transição das suas vidas.

Palavras-chave: parentalidade; satisfação conjugal; gravidez; número de filhos.

Referências bibliográficas: Belsky, J., Lang, M. E., & Rovine, M. (1985). Stability and change in marriage across the transition to parenthood: A second study. *Journal of Marriage and Family*, 47(4), 855-865.

Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130.

Narciso, I., & Ribeiro, M. T. (2009). *Olhares sobre a conjugalidade*. Lisboa, Portugal: Coisas de Ler.

Parke, R. D. (1996). *Fatherhood*. Cambridge, England: Harvard University Press.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCPSFPC, Professora [pcamarneiro@esenfc.pt]

Vivência conjugal na transição para o Diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 (Dx DM2)

Liliana Cristina Andrade Cunha*

Helena Maria Almeida Macedo Loureiro**

Margarida Alexandra Silva***

Introdução: Compreender a forma como os casais vivenciam e adaptam-se ao anúncio do DX DM2, constituirá um importante contributo para o exercício de melhores práticas no âmbito de Enfermagem de Saúde Familiar, para fomentar a resiliência familiar nesta fase de transição em saúde. Foram entrevistados casais que vivenciaram uma recente transição desta natureza, sob uma “metodologia que visasse a compreensão do fenómeno e interpretar as percepções sobre as vivências que foram adotando ao longo desse processo adaptativo” (Meleis, 2010).

Objetivos: Compreender a vivência conjugal na transição para o DX DM2; conhecer os sentimentos percebidos pelos casais na transição para o DX de DM2; caracterizar as vivências e as estratégias adotadas pelos casais nessa transição.

Metodologia: O tipo de estudo utilizado foi qualitativo e o método que serviu de base foi a fenomenologia descritiva. Procedeu-se a 3 etapas diferentes sendo que numa 1ª fase utilizou-se a entrevista e o investigador escutou as descrições individuais servindo-se do poder intuitivo para compreender e interpretar o significado(s) do fenómeno. Na 2ª etapa procedeu-se à análise fenomenológica o que implicou o reconhecimento da essência do fenómeno em estudo. Na 3ª etapa foram descritos os elementos do fenómeno e identificadas as implicações para a prática.

Resultados: Após serem entrevistados 6 casais com média de idade de 56 anos, com habilitações literárias que não excedem o ensino básico, habitando em meio semiurbano ou rural e com níveis socioeconómico médio-baixo verificou-se que: os sentimentos do casal no processo de transição saúde/doença relatados foram medo (numa fase inicial); revolta, rejeição, angústia, tristeza acabando na aceitação (no momento da comunicação); tristeza, solidão, preocupação e em alguns casos cumplicidade e compreensão conjugal (no pós-notícia); as dificuldades sentidas pelo casal nesta transição foram numa fase inicial essencialmente de natureza económica e posteriormente mais relacionadas com a mudança dos hábitos de vida; os recursos mobilizados pelo sistema conjugal nesta transição foram inicialmente externos (profissionais e instituições de saúde) e após a notícia surgiram acompanhados dos internos, em que o conjugue foi o mais mencionado.

Conclusões: Os achados vieram corroborar que tal como em outras doenças crónicas, o Dx DM2 origina uma mudança de vida, mudança essa que não se cinge àquele que é o seu protagonista, mas também afeta os microsistemas seus envolventes (Bronfenbrenner, 1986) no qual se destaca o subsistema conjugal e mais propriamente o conjugue. Verificou-se que os participantes neste estudo revelaram diferentes sentimentos, dificuldades e recursos que ambos os elementos do casal tiveram necessidade de mobilizar ao longo da transição em estudo, o que a tornou um processo singular e evolutivo.

Palavras-chave: diabetes mellitus tipo 2; processo; antes; depois; recursos; sentimentos; dificuldades; mudança; enfermagem; cónjuge.

Referências bibliográficas: Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios familiares: Uma visão sistémica* (3.ª ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742. doi: 10.1037//0012-1649.22.6.723

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.

Wright, L., & Leahy, M. (2002). *Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família* (3ª ed.). São Paulo, Brasil: Roca.

* ACES BAIXO VOUGA - UCSP Águeda 2, UCSP, enfermeira

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Docente [hloureiro@esenfc.pt]

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Docente; Doutoranda no ICBAS - Universidade do Porto [margarida@esenfc.pt]



Referência
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

SAÚDE OCUPACIONAL
OCCUPATIONAL HEALTH
SALUD OCUPACIONAL

Burnout e *Engagement* em enfermeiros portugueses

Cristina Maria Leite Queiros*
 Elizabeth Maria das Neves Borges**
 Margarida da Silva Neves de Abreu***

Introdução: Na enfermagem o sofrimento, morte e stress são frequentes, o que atualmente leva à valorização da saúde ocupacional dos enfermeiros. Ao longo do tempo, o stress laboral crónico pode transformar-se em burnout, com consequências negativas no profissional e na qualidade dos serviços (Khamisa et al., 2015). Contudo, alguns profissionais continuam motivados perante a adversidade e o conceito de *engagement* parece opor-se ao burnout, funcionando como um fator protetor de stress (Bakker et al., 2014; Schaufeli & Salanova, 2007).

Objetivos: No âmbito do projeto internacional INT-SO (Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha, com colaboração de Pilar Mosteiro da FMCS-Univ. Oviedo, Espanha, e de Patricia Baptista e Vanda Felli, da EF-Univ. S.Paulo, Brasil), pretende-se conhecer os níveis de burnout e *engagement* em enfermeiros e a sua correlação e variação em função de características individuais/laborais numa amostra de enfermeiros do Porto.

Metodologia: Foram aplicadas versões portuguesas do MBI e da UWES (Marques-Pinto & Picado, 2011; Maslach & Jackson, 1997; Schaufeli & Bakker, 2003) e um questionário de caracterização sociodemográfica/laboral a enfermeiros de hospitais do Porto, após autorização formal. O questionário impresso demorou cerca de 10 minutos a preencher e foi realizado e devolvido no horário de serviço em envelopes fechados. Participaram, de forma anónima e voluntária, 178 enfermeiros, estando 66% a trabalhar por turnos, idade $M=35,4$, e anos de serviço $M=12,1$, sendo 79% mulheres, 49% casados e 47% com filhos.

Resultados: Os dados preliminares do projeto INT-SO e relativos apenas ainda a uma amostra portuguesa, revelaram, no que se refere ao burnout, uma moderada exaustão emocional ($M=2,60$ numa escala de 0-6 pontos), baixa despersonalização ($M=1,0$) e elevada realização pessoal ($M=4,52$). Relativamente ao *engagement*, encontrou-se elevado vigor ($M=4,45$), dedicação ($M=4,49$) e absorção (4,15). Verificou-se que enfermeiros a trabalhar por turnos, quando comparados com enfermeiros a trabalharem horário fixo, estavam mais exaustos e apresentam maior despersonalização, além de terem menos dedicação e absorção no trabalho. Além disso, os enfermeiros do sexo masculino estavam mais despersonalizados e menos absorvidos no trabalho. Contudo, a idade e anos de serviço não apresentaram correlação significativa com o burnout e o *engagement*, embora estes estejam negativamente correlacionados, nomeadamente todas as dimensões do *engagement* se correlacionam negativamente com a exaustão emocional e a despersonalização, mas positivamente com a realização pessoal. O estado civil e a existência de filhos não revelaram diferenças significativas no burnout nem no *engagement*.

Conclusões: Os resultados revelam já moderada exaustão emocional, alertando para a prevenção do burnout. Sugerem que o *engagement* poderá constituir um protetor do burnout e revelam que as condições de trabalho, nomeadamente horário por turnos, mais do que as características individuais parecem influenciar o burnout e o *engagement*. A comparação futura destes dados com os dados de Espanha e Brasil fornecerá subsídios para o planeamento de medidas de promoção/proteção da saúde dos enfermeiros, transversais a vários países, pois o burnout parece ser transcultural (Glazer & Gyurak, 2008) e iniciar-se já de forma semelhante nos cursos de enfermagem (Burnard et al., 2008).

Palavras-chave: enfermeiros; burnout; engagement; stress; saúde ocupacional.

Referências bibliográficas: Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and work engagement: The JD-R approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 389-411. doi: 10.1146/annurev-orgpsych-031413-091235

Burnard, P., Edwards, D., Bennett, K., Thaibah, H., Tothova, V., Baldacchino, D., ... & Myteveli, J. (2008). A comparative, longitudinal study of stress in student nurses in five countries: Albania, Brunei, the Czech Republic, Malta and Wales. *Nurse Education Today*, 23(2), 134-145. doi:10.1016/j.neft.2007.04.002

Glazer, S., & Gyurak, A. (2008). Sources of occupational stress among nurses in five countries. *International Journal of Intercultural Relations*, 32(1), 49-66. doi:10.1016/j.ijintrel.2007.10.003

Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 652-666. doi: 10.3390/ijerph12010062

* Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Professor Auxiliar [cqueiros@fpce.up.pt]

** Escola Superior de Enfermagem do Porto

*** Escola Superior de Enfermagem do Porto

Distúrbios osteomusculares em profissionais de enfermagem na unidade de centro-cirúrgico

Marcia Regina Alves Rocha*
 Eliete Giampaulo Salmen**

Introdução: O distúrbio osteomuscular é caracterizado por dores, sensibilidade, desconforto, fadiga, geralmente perda funcional do grupo muscular e ligamentos submetidos a peso ou uso contínuo, que acomete trabalhadores, que geralmente desconhecem as consequências para a sua saúde. O distúrbio osteomuscular nos trabalhadores de enfermagem é atribuído, principalmente, a fatores ergonômicos e posturais inadequados presentes na dinâmica hospitalar e que também ocorrem no centro-cirúrgico. Será que a enfermagem está atenta a isso? O que as instituições têm feito para minimizar?

Objetivos: Verificar a ocorrência de queixas de distúrbios osteomusculares em funcionários da enfermagem que trabalham no centro-cirúrgico, fatores desencadeantes e alternativas desenvolvidas pela instituição e funcionários que contribuam para minimizar riscos e sintomas; identificar sintomas mais frequentes entre os profissionais, as regiões do corpo mais frequentemente afetadas, faixa etária e gênero.

Metodologia: Pesquisa quantitativa realizada em uma instituição pública e outra privada. Fizeram parte da pesquisa 41 técnicos de enfermagem que trabalham no centro-cirúrgico e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A colheita de dados foi realizada em 2011 nos três períodos através de questionário com 12 perguntas fechadas elaborado pela pesquisadora e respondido durante o período de trabalho dos funcionários sem identificação para preservar anonimato. Pesquisa aprovada pelo comitê de pesquisa da USC. Os dados sofreram tratamento percentual simples pela planilha do excel.

Resultados: Houve predomínio do sexo feminino nas duas Instituições, faixa etária entre 25 a 40 anos e tempo de profissão de 5 a 10 anos. Na percepção dos funcionários, o ritmo e a carga de trabalho são considerados razoáveis e violentos. Relatam carregar durante a jornada de trabalho peso acima de 40kg e somente 58% refere sentir contração muscular brusca para essa atividade e 51% refere dor osteomuscular moderada; 32% já procuraram assistência médica com o intuito de melhorar a dor. Os resultados demonstraram elevada ocorrência dos sintomas de distúrbios osteomusculares em múltiplas regiões corporais dos profissionais de enfermagem, atingindo principalmente a região da coluna vertebral e lombar com 52% de maior incidência. A Instituição Privada não disponibiliza nenhuma medida de prevenção para os funcionários enquanto a Instituição Pública oferece loga a todos os funcionários e ginástica laboral para os setores que solicitam, porém 92% não fazem a loga alegando horário inviável por trabalharem em outra instituição.

Conclusões: As dores e desconforto referidos por técnicos de enfermagem podem estar relacionados com atividades que executam uma vez que a maioria realiza dupla jornada de trabalho e carregamento excessivo de peso. Percebe-se o quanto é importante intervir na saúde do trabalhador, através da inserção de programas de promoção da saúde para melhoria da qualidade de vida. Embora Instituição Pública ofereça programa para prevenção de doenças ocupacionais ainda não ocorre de forma satisfatória pela dificuldade relatada em participar. Podemos concluir que os funcionários embora adultos jovens já apresentem queixas de dores osteomusculares e a prevenção ainda não é uma realidade.

Palavras-chave: dores osteomusculares; enfermagem; centro-cirúrgico.

Referências bibliográficas: Acevedo, G. E., Farias, M. A., Sanchez, J. M., Astegiano, C., Buffa, G., Alvarez, L. G., ... Fernandez, A. R. (2013) Condiciones y medio ambiente de trabajo en hospitales públicos provinciales de la ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista de Salud Pública*, 17(4), 8-20. Recuperado de http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13_5_04_art%201.pdf

Góes, E. P. (2014). Avaliação da prevalência de sintomas osteomusculares e fatores associados em trabalhadores de enfermagem de um hospital público do oeste do Paraná. *Faz Ciência*, 16(24), 129-148 Recuperado de <http://e-revista.unioeste.br/index.php/fazciencia/article/view/11402/8249>

Pasa, T. S., Magnano, T. S., Silva, R. M., Cervo, A. S., Beck, C. L., & Viero, N. C. (2015). Riscos ergonômicos para trabalhadores de enfermagem ao movimentar e remover pacientes. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 5(1), 92-102. doi: 10.5902/2179769215016

* Universidade do Sagrado Coração, Enfermagem, professora [marciarocha@uol.com.br]

** Universidade Sagrado Coração, Enfermagem, aluna de Graduação

Impacto da interação trabalho-família na satisfação profissional dos enfermeiros

Ana Mónica de Sousa Pereira*
 Luís Miguel Coelho De Sousa**
 Elizabeth Maria das Neves Borges***
 Cristina Maria Leite Queiros****

Introdução: A conciliação entre o trabalho e a família constitui um desafio para inúmeros profissionais (OSHA, 2007), tendo consequências na saúde e no bem-estar dos profissionais, quer nos locais de trabalho, quer na família (Amstad et al., 2011; Mcnall et al., 2010). Uma das principais consequências reside na satisfação profissional, verificando-se que a interação trabalho-família negativa reduz a satisfação profissional (Allen et al., 2000), enquanto a interação trabalho-família positiva aumenta a satisfação profissional (Mcnall et al., 2010; Tang et al., 2014)

Objetivos: Este estudo tem como objetivos conhecer os níveis de interação trabalho-família (positiva e negativa) e de satisfação profissional de enfermeiros a trabalhar em hospitais públicos, e conhecer a relação entre estas variáveis no sentido de verificar se a interação trabalho-família constitui um preditor significativo da satisfação profissional.

Metodologia: Este estudo é de tipo transversal, correlacional e analítico, e, após autorização formal das instituições, foi aplicado um questionário a enfermeiros de hospitais do Porto, com questões de caracterização sociodemográfica/laboral e versões portuguesas do SWING (Geurts et al., 2005; Pereira et al., 2014) e do QSL (Melia & Peiró, 1989; Pocinho & Garcia, 2008). O questionário impresso foi devolvido em envelopes fechados e participaram de forma anónima e voluntária 419 enfermeiros, estando 85% a trabalhar por turnos. As médias foram de $M=34,3$ anos para idade e $M=11,2$ para anos de serviço, sendo 84% mulheres, 60% casados e 50% com filhos.

Resultados: Encontrou-se moderada interação trabalho-família negativa ($M=1,05$ numa escala de 0 a 3 pontos), baixa interação família-trabalho negativa ($M=0,56$), e moderadas interação trabalho-família positiva ($M=1,13$) e interação família-trabalho positiva ($M=1,29$), bem como moderadas satisfação intrínseca com o trabalho ($M=4,68$ numa escala de 1 a 7 pontos), satisfação com os benefícios recebidos ($M=3,09$), satisfação com o ambiente físico do trabalho ($M=4,02$), e satisfação com a participação ($M=4,10$). Verificam-se correlações negativas entre todas as dimensões da satisfação profissional e as duas direções da interação trabalho-família negativa, e correlações positivas entre a interação trabalho-família positiva e a satisfação com os benefícios, a satisfação intrínseca e a satisfação com a participação, bem como entre a interação família-trabalho positiva e a satisfação intrínseca. A interação trabalho-família prediz apenas cerca de 5 a 12% da satisfação com o trabalho, verificando-se o contributo mais evidente no sentido trabalho-família do que no sentido família-trabalho.

Conclusões: A influência da interação trabalho-família na satisfação profissional dos enfermeiros encontrada neste estudo é consistente com a literatura (Amstad et al., 2011; Mcnall et al., 2010) e os resultados alertam para a importância de uma adequada conciliação entre o trabalho e a família, que passa não só por reduzir a interação negativa, mas também por promover uma interação positiva (Mcnall, et al., 2010). Neste sentido, as organizações desempenham um papel fundamental, pelo que a implementação de medidas que favorecem um ambiente de trabalho *family-friendly* irá beneficiar os profissionais e a própria organização (Mcnall, et al., 2010).

Palavras-chave: interação trabalho-família; satisfação profissional; enfermeiros; saúde ocupacional.

Referências bibliográficas: Amstad, F., Meier, L., Fasel, U., Elfering, A., & Semmer, N. (2011). A meta-analysis of work-family conflict and various outcomes with a special emphasis on cross-domain versus matching-domain relations. *Journal of Occupational Health Psychology, 16*(2), 151-169. doi: 10.1037/a0022170

European Agency for Safety and Health Work. (2007). *European Risk Observatory Report: Expert forecast on emerging psychosocial risk related to occupational safety and health*. Belgium: Author.

Mcnall, L., Nicklin, J., & Masuda, A. (2010). A meta-analytic review of the consequences associated with work-family enrichment. *Journal of Business and Psychology, 25*(3), 381-396. doi: 10.1007/s10869-009-9141-1

Tang, S., Siu, O., & Cheung, F. (2014). A study of work-family enrichment among Chinese employees: The mediating role between work support and job satisfaction. *Applied Psychology: An International Review, 63*(1), 130-150. doi: 10.1111/j.1464-0597.2012.00519.x

* Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto [ana.monica.pereira@gmail.com]

** CHTS, EPE, Medicina Interna, Enfermeiro [Luís1298Sousa@hotmail.com]

*** Escola Superior de Enfermagem do Porto

**** Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Professor Auxiliar [cqueiros@fpce.up.pt]

Influência da satisfação no trabalho e do *engagement* no burnout de Enfermeiros

Luís Miguel Coelho De Sousa*

Ana Mónica de Sousa Pereira**

Elizabete Maria das Neves Borges***

Cristina Maria Leite Queiros****

Introdução: Os enfermeiros estão, diariamente, expostos ao sofrimento e morte, correndo o risco de desenvolverem sentimentos de desmotivação, insatisfação e burnout, com reflexos no seu bem-estar e na capacidade e qualidade da prestação de cuidados de saúde (Rossi et al., 2012). Contudo, apesar desta exigência muitos profissionais continuam a apresentar energia e eficácia expressa em *engagement* ou motivação profissional, obtendo satisfação e prazer no seu trabalho, realização e contentamento (Khamisa et al., 2015; Laschinger & Leiter 2006; Salanova & Schaufeli, 2008).

Objetivos: Este estudo tem como objetivos conhecer os níveis de satisfação profissional, *engagement* e burnout de enfermeiros a desempenhar funções em hospitais do Porto, e verificar se existe correlação entre estas variáveis e se estas variam em função de variáveis sociodemográficas e profissionais.

Metodologia: Foram aplicadas versões portuguesas do MBI e UWES (Marques-Pinto & Picado, 2011; Maslach & Jackson, 1997; Schaufeli & Bakker, 2003; QSL (Meliá & Peiró, 1989; Pocinho & Garcia, 2008) e um questionário de caracterização sociodemográfica/profissional, a enfermeiros de hospitais do Porto, após autorização formal, sendo o questionário devolvido em envelopes fechados. Participaram, anónima e voluntariamente, 323 enfermeiros com idade M=34,27, tempo de serviço M=11,14 e trabalhando 85% por turnos, 46% em regime de exclusividade e 73% com lugar no quadro. Eram 85% mulheres, 66% casados e 53% com filhos.

Resultados: Os dados revelaram moderada exaustão emocional (M=2,64 numa escala de 0-6 pontos), baixa despersonalização (M=1,15), elevada realização pessoal (M=4,19), elevada dedicação (M=4,20) e moderados vigor (M=3,80), absorção (M=3,65) e satisfação no trabalho (numa escala de 1 a 7, satisfação com supervisão M=4,24; satisfação com o ambiente físico M=4,07; satisfação com benefícios/políticas M=3,11; satisfação intrínseca M=4,69; satisfação com a participação M=4,09). A idade e tempo de serviço fazem diminuir a despersonalização, mas o tempo de serviço aumenta o vigor. A satisfação no trabalho e o *engagement* correlacionam-se negativa e significativamente com a exaustão emocional e a despersonalização. As mulheres estão menos despersonalizadas, mais satisfeitas e dedicadas, mas outras variáveis individuais e profissionais pouco influenciam o burnout, *engagement* e satisfação no trabalho. A satisfação no trabalho e o *engagement* surgem como preditores do burnout, com valores entre 14% e 18% para a exaustão, 3% e 10% para a despersonalização e 2% e 42% para a realização pessoal.

Conclusões: Os resultados revelam ainda baixo burnout, mas moderado *engagement* e satisfação no trabalho, alertando para a necessidade de refletir sobre a saúde ocupacional dos enfermeiros, sua motivação e satisfação no trabalho. O *engagement* e a satisfação no trabalho podem proteger do burnout, mas é necessário prevenir o stress laboral crónico que provoca burnout e fadiga de compaixão (Rossi et al., 2012), diminui a satisfação e a motivação, e sobretudo a qualidade dos serviços prestados aos utentes (Khamisa et al., 2015; Laschinger & Leiter 2006). A saúde ocupacional dos enfermeiros tem consequências individuais e organizacionais que não podem ser desvalorizadas.

Palavras-chave: enfermeiros; satisfação no trabalho; burnout; *engagement*.

Referências bibliográficas: Khamisa, N., Oldenburg, B., Pelzer, K., & Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 652-666. doi: 10.3390/ijerph120100652

Laschinger H., & Leiter M. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout/engagement. *The Journal of Nursing Administration*, 36(5), 259-267.

Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., & Grigoletti, L. (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 933-938. doi: 10.1016/j.psychres.2012.07.029

Salanova, M., & Schaufeli, W. (2008). A cross-national study of work engagement as a mediator between job resources and proactive behavior. *The International Journal of Human Resource Management*, 19, 116-131.

* CHTS, EPE, Medicina Interna, Enfermeiro [Luis1298Sousa@hotmail.com]

** Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto [ana.monica.pereira@gmail.com]

*** Escola Superior de Enfermagem do Porto

**** Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Professor Auxiliar [cqueiros@fpce.up.pt]

Procedimentos adotados pelos profissionais de saúde após exposição a sangue

Alejandra Carolina Romero Lima

Cláudia Andreia Silva Raro

Maria Margarida Silva Vieira Ferreira*

Carlos Manuel Monteiro Ferreira

Introdução: Uma das atividades diárias dos trabalhadores de saúde é a utilização de materiais considerados de risco, não só pela sua natureza cortante como pelo fato de estarem associados a resíduos biológicos e daí a probabilidade de haver contaminação pelo VHC, VHB e VIH. Nesses materiais estão incluídos os cortoperfurantes como agulhas, lancetas e bisturis. No que diz respeito à notificação, estudos estimam que uma elevada percentagem de trabalhadores não relatam todos os acidentes (NIOSH, 2008).

Objetivos: Os objetivos: 1) caracterizar os profissionais de saúde que sofreram exposição por fluidos biológicos (sangue); 2) analisar fatores que interferem nessa exposição; 3) identificar procedimentos adotados pelos profissionais de saúde após a exposição. Teve como finalidade identificar se os profissionais de saúde conhecem que procedimentos adotar após exposição a fluidos biológicos (sangue).

Metodologia: Quanto à metodologia este projeto enquadra-se num estudo do tipo descritivo nível II, correlacional, quantitativo, transversal. A população foi constituída pelos profissionais de uma instituição de saúde da zona norte, tendo como amostra os profissionais de um serviço de cirurgia. Foi usado como instrumento de colheita de dados o questionário. Os dados foram submetidos a tratamento estatístico através de um *software* de estatística SPSS (Statistical Package for Science) com aplicação de procedimentos de estatística descritiva e inferenciais e, através do programa Microsoft Office Excel, onde foram organizados em gráficos.

Resultados: Constatamos que a exposição acidental ao sangue é preocupante visto daí advir infecções como VHB, VHC e VIH. Uma elevada parte dos profissionais de saúde não sabem o prazo correto para participar um acidente e muitos não sabem quais os procedimentos a adotar após uma exposição percutânea a sangue. Podemos igualmente constatar que alguns profissionais têm por hábito recapular agulhas e que 50% dos acidentados notificaram o acidente e 50% não o fizeram. Como motivo para não o fazerem, 67% consideraram que a exposição a que tiverem sujeitos não constituiu risco de infeção e 33% afirmaram que não o fizeram devido à burocracia envolta na participação de acidentes. Os resultados evidenciam que 50% dos profissionais acidentados utilizam o contentor de cortoperfurantes até estar completamente cheio e que 50% não o faziam até a totalidade.

Conclusões: Os trabalhadores carecem estar informados e treinados para evitar problemas de saúde devendo ser efetuados esforços de prevenção para reduzir o risco, contemplando a notificação, programas educacionais e protocolos de atuação. Torna-se evidente a falta de informação e de ausência de comportamentos seguros, por metade dos participantes sendo de extrema importância investir em seções de informação, sensibilização e monitorização das práticas que envolvem os acidentes de trabalho com exposição a sangue.

Palavras-chave: acidente de trabalho; notificação; exposição biológica; profissionais de saúde.

Referências bibliográficas: Centers for Disease Control and Prevention. (2005). *Exposición a la Sangre*. Recuperado de <http://www.cdc.gov/Spanish/prevencion/exposangre.htm>

Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional. (2008). *Personal de respuesta a emergencias: Incentive a sus trabajadores para que notifiquen las exposiciones a microorganismos patógenos transmitidos a través de la sangre* (DHHS (NIOSH) publicación N.º 2008-118). Recuperado de http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/2008-118_sp/

Soares, L. G., Sarquis, L. M., Kirchoff, A. L., & Cruz, E. D. (2013). Perceção do risco em trabalhadores de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 18(1), 36-42. doi: 10.5380/ce.v18i1.31300

Wang, H. Q., Zhang, M, Li, T, & Du X. Y. (2009). A pooling analysis of occupational sharp injury on clinical nurses in China. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*, 27(2), 65-70.

* Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, Enfermagem Médico-cirúrgica, Professor Adjunto

Stress e Burnout: uma realidade nos profissionais de enfermagem nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

Ismael Brás Alves Abreu*, Maria Margarida Silva Vieira Ferreira**
 Filipa Nicolle Martins Candelária***, Cláudia Sofia Freitas Fernandes****
 Ana Conceição Ferreira Alveno Figueira*****, Henrique Pereira*****

Introdução: A globalização e o desenvolvimento tecnológico melhoraram consideravelmente a assistência a Recém-nascidos/crianças de alto risco. Contudo, ao cuidarmos do outro, de um pequeno ser, rodeado de alta tecnologia, somos confrontados com o tecnicismo e dilemas éticos que nos suscitam inquietações interiores sobre a nossa ética profissional e a dignidade humana. Trabalhar em unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricos acarreta uma enorme responsabilidade e nos coloca perante situações stressantes que influenciam a saúde física, psíquica, social e espiritual dos trabalhadores.

Objetivos: Analisar alguns estudos realizados nesta área; identificar algumas fontes de stress nos profissionais enfermagem; identificar os seus mecanismos de defesa; identificar estratégias promotoras da saúde ocupacional dos profissionais.

Metodologia: Realizámos uma pesquisa em algumas bases de dados, efetuámos uma revisão sistemática de diversos estudos científicos que abordam a temática central e analisámos 12 estudos, de forma a conhecer a realidade de outras unidades, com o intuito de num futuro próximo elaborar um procedimento para o nosso serviço com estratégias promotoras da saúde ocupacional para os profissionais.

Resultados: Trabalhar em unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricos é altamente stressante e influencia a saúde ocupacional. Através dos estudos analisados, apuramos vários fatores predisponentes de stress, nomeadamente ser do sexo feminino, o ambiente da UCIN, as condições de trabalho, a falta de formação, o contacto com a dor, o sofrimento e a morte e o envolvimento do enfermeiro com o neonato/criança e família. Alguns profissionais desenvolvem os seus mecanismos de defesa, outros não conseguem, convergindo para o surgimento do burnout, repercutindo-se na sua saúde física, psicológica, e ambiente familiar. Estes resultados alertam-nos para a necessidade de cuidar do cuidador e a importância de investigar mais nesta área na profissão de enfermagem. Manter um estilo de vida saudável, investir na comunicação assertiva, desenvolver sentimentos de entre ajuda, participar em atividades lúdicas recreativas em equipa e desenvolver interesses extra profissional, são estratégias basilares para nos sustentar os pilares fundamentais à promoção do bem-estar físico, psíquico, social e espiritual destes profissionais.

Conclusões: Trabalhar nestas unidades é altamente stressante e influencia a saúde ocupacional. Os enfermeiros sofrem e necessitam de ser apoiados, através de reflexões de grupo ou individuais, apoiadas por psicoterapeutas, ou criar espaços de reflexão, partilha de experiências, para se reorganizarem e encontrarem estratégias de *coping* de forma a adquirir suporte que os ajude a ultrapassar estas situações de forma equilibrada, tornando a prestação de cuidados menos sofredora e mais humana. Só assim, teremos profissionais mais seguros de si, com homeostasia da saúde física, psíquica, social e espiritual, traduzindo-se num desempenho profissional competente, assertivo e de qualidade.

Palavras-chave: stress; burnout; saúde ocupacional; cuidados intensivos neonatais e pediátricos; mecanismos de defesa/*coping*; sofrimento.

Referências bibliográficas: Fernandes, C. (2011). *Mãos cuidadoras... mãos sofredoras: Vivências dos profissionais de enfermagem nas unidades de cuidados intensivos neonatais* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/8591>

Fogaça, M., Carvalho, W. B., Cítero, V. A., & Nogueira-Martins, L. A. (2008). Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: Estudo de revisão bibliográfica. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 20(3), 261-266. doi: 10.1590/S0103-507X2008000300009

Miranda, S. C. (2011). *Stress ocupacional, burnout e suporte social nos profissionais de saúde mental* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/8796>

Yam, B. M., Rossiter, J. C., & Cheung, K. Y. (2001). Caring for dying infants: Experiences of neonatal intensive care nurses in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 10(5), 651-659. doi: 10.1046/j.1365-2702.2001.00532.x

* Hospital Dr. Nélio Mendonça - Funchal, UCINP, Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

** Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, Enfermagem Médico-cirúrgica, Professor Adjunto

*** Hospital Dr. Nélio Mendonça - Funchal, UCINP, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

**** Hospital Dr. Nélio Mendonça - Funchal, UCINP, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

***** Hospital Dr. Nélio Mendonça - Funchal, UCINP, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

***** Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, Professor Adjunto

CONFERÊNCIAS

CONFERENCES

CONFERENCIAS

PAINEL “INTERVENÇÕES CENTRADAS NA COMUNIDADE”

Famílias com jovens: riscos e desafios

Irma Brito*

A família nuclear deixou de ser uma das referências da sociedade devido às mudanças político-sociais a partir da década de 60: a qualificação profissional, o feminismo e a revolução cultural que engloba a revolução sexual e a aceitação social de divórcio, fertilização artificial, interrupção voluntária da gravidez, casamento homossexual, famílias monoparentais ou pessoas vivendo sós... A família torna-se o meio para a busca da realização pessoal e de afeto, funda-se menos no património e mais na ética, solidariedade recíproca e preservação da dignidade dos seus membros (Farias & Rosenvald, 2012).

Em Portugal, existiam em 2011 cerca de 4.043.726 de famílias com dimensão média de 2,6 pessoas, sendo 21,4% famílias unipessoais e cerca de 41,6% famílias com crianças e jovens. Em 2013, registaram-se 70,4 divórcios por 100 casamentos e 47,6% nascimentos fora do casamento enquanto, em 1981, era 8,9% e 9,5% respetivamente. A idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho em 1981 era de 23,4 anos e, em 2013, de 29,7 anos. Em 1981, a despesa do Estado com a saúde era de 24€ *per capita* enquanto, em 2013, era de 821€ *per capita*. O número de habitantes por médico/enfermeiro em 2013 era 230,9/158,9 e, em 1981, era 505,3/441,0 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2014). Hoje em dia, quase metade das famílias portuguesas enfrenta os riscos e desafios de educarem crianças e jovens e algumas têm vulnerabilidade acrescida devido à falta de requisitos básicos como rendimento, habitação condigna e segurança do ambiente. Do ponto de vista da saúde comunitária, coloca-se a questão de como proporcionar cuidados eficientes a famílias com jovens ao nível dos cuidados de saúde primários. Refletindo sobre a evidência científica e algumas boas práticas desenvolvidas no âmbito do projeto PEER, faremos algumas considerações.

As famílias são entendidas como entidades influenciadoras nos processos de bem-estar e saúde das pessoas e estes são regidos pelas relações que estabelecem entre si e os contextos em que vivem. Urge compreender a família como unidade e isso exige que se conceitualize família num paradigma que permita entender a sua complexidade, globalidade, diversidade, unicidade, entre muitas outras características inerentes à sua multidimensionalidade, e ainda, que se ultrapasse as definições associadas à consanguinidade e afinidade. Para isso, fundamentamos o conceito de família como um sistema de saúde para os seus membros, permeado de um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as suas ações na promoção da saúde, prevenção e resolução de problemas e transições ao longo do seu ciclo de vida. Assumiremos os pressupostos associados à enfermagem de família que integram uma filosofia de parceria com a família, visando apoiá-la nos processos de transição e na procura de soluções (ou gestão) para os problemas identificados. Saliente-se a mutualidade entre saúde e funcionamento da família, sendo que os problemas de saúde influenciam as perceções e comportamentos da mesma, de modo que as perceções e comportamentos desta influenciam a saúde dos seus membros. O uso de tecnologias de interação de cuidado à saúde dos sujeitos e famílias atua como instrumentos de intervenção fundamental utilizados pelas equipas de Cuidados de Saúde Primários e em programas de prevenção universal, seletiva ou indicada (Brito, 2014). Tal requer o conhecimento dos contextos de vida e a compreensão de aspetos relevantes da dinâmica das relações familiares, de forma a favorecer o estabelecimento de vínculos de parceria com a mesma e possibilitando o planeamento das ações que considerem o funcionamento da família e os recursos que dispõe.

A família ao longo do seu ciclo vital, e em cada etapa, sofre mudanças, umas esperadas outras abruptas ou inesperadas (doença, falecimento, desemprego, saída de casa dos filhos, etc..) e por isso exigem por parte daquela uma reorganização e um novo padrão de funcionamento que, por vezes, gera crise e/ou disfunção familiar. Tolstói (2007, p. 13) afirmava no seu romance *Anna Karenina* que “todas as famílias felizes são iguais. As infelizes o são cada uma à sua maneira”. Afirmamos que a história da vida de uma família é uma sucessão de momentos de crise e períodos de transição vividos em determinados contextos de forma positiva ou não, assim como momentos de evolução e dificuldades que compõem o seu ciclo vital e que se evidenciam em

* PhD Enfermagem; MSc Enfermagem Saúde Pública e Comunitária; Coordenação de PEER.

transformações no sistema familiar para encontrar novo(s) equilíbrio(s). Na temática de intervenção em famílias com jovens, consideramos que emergem as dimensões parentalidade, os modelos de cuidados, a organização do trabalho dos enfermeiros em equipas multidisciplinares (dando exemplos de boas práticas) e os requisitos para iniciar e manter a parceria nas intervenções centradas na família. No entanto, urge entender os processos de funcionamento das famílias com jovens, quanto aos riscos para a saúde, antes de explicitar os desafios das práticas de enfermagem centradas na família.

Famílias com jovens: o processo de transição da infância para a idade adulta

A família constitui a primeira base na qual a maioria das pessoas constrói a sua personalidade. Tem um valor inalienável na sociedade mas cada sociedade e cada cultura definem a família de forma diferente. Considerando cada família um sistema mas também parte de sistemas mais vastos nos quais se integra (a comunidade e a sociedade) e, com os quais evolui, entende-se a saúde e bem-estar familiar como um processo dependente das interações existentes entre os indivíduos, os papéis que desempenham, os estatutos ocupados, as suas finalidades e os objetivos e normas transacionais que se vão construindo.

A família é fonte de apoio e providencia o desenvolvimento da criança e jovem, fortalecendo a sua individualidade, autonomia e independência. É unânime que o apoio da família é fundamental para o desenvolvimento físico e mental das crianças e jovens, bem como para a criação de padrões sociais adaptativos que favoreçam a sua integração social e ajudem a prevenir alguns problemas que possam surgir durante este processo de transição. Sloboda (2014) reuniu evidência científica para realçar a necessidade de desenvolver uma nova agenda para orientar as intervenções preventivas. Segundo a autora, parece haver três temas inter-relacionados para exploração: examinar impedimentos aos processos cognitivos, emocionais e sociais de desenvolvimento que tornam os indivíduos vulneráveis a comportamentos negativos (Kirisici et al., 2013); caracterizar a nível micro e macro as influências ou experiências que colocam indivíduos vulneráveis em risco de se envolverem em comportamentos negativos (Masten, Best, & Garnezy, 1990); compreender como se articulam as características e habilidades (resiliência, sentido de coerência, *coping*) que ajudam os indivíduos a adaptar-se às experiências desafiadoras (Sloboda, 2014). Por exemplo, no campo da prevenção das dependências, este repensar sobre os processos associados ao envolvimento em comportamentos de risco sugere uma *cadeia psicológica* pela qual a vulnerabilidade desenvolvimental e o risco são necessárias mas não suficientes para que alguém use álcool, tabaco ou outras drogas (ATOD). Ter habilidades adaptativas e atitudes pró-sociais (ou um adulto protector) pode servir para alterar o caminho no envolvimento em comportamentos negativos para os indivíduos vulneráveis ou que vivem em contextos de elevado risco.

Na realidade, as tarefas de desenvolvimento da família não estão somente ligadas às características individuais dos elementos que a compõem, estão também relacionadas com a pressão social para o desempenho adequado das funções e das tarefas essenciais para a continuidade do sistema familiar. As tarefas parentais concretizam-se em função das necessidades particulares dos filhos, mas também para responder às expectativas sociais atribuídas aos pais, pois a sociedade espera que os pais sejam capazes de exercer a parentalidade. Mas a parentalidade implica reajustes na vida diária e estrutura familiar que ultrapassa a aceitação e enquadramento dos filhos no sistema. Segundo Relvas (1996), o nascimento do primeiro filho é um acontecimento marcante no processo de desenvolvimento familiar, exigindo redistribuição de papéis, funções e imagens identificatórias a três níveis: no seio do próprio casal, nas relações entre o casal e as famílias de origem e nas relações com os contextos envolventes mais significativos (profissional, amigos, rede de suporte social e contexto escolar dos filhos). Quando os filhos iniciam a frequência da escola (etapa cada vez mais precoce), a família é testada quanto à sua função externa pois poderá demonstrar sentimentos de invasão da sua privacidade em dois sentidos: o primeiro diz respeito ao desempenho escolar da criança e o segundo no que se refere às competências que a criança possui para viver e conviver com os outros. A instituição escola torna-se parceira no desenvolvimento, educação e socialização dos filhos, num projeto de maior ou menor complementaridade.

A adolescência dos filhos, que se caracteriza por um processo de maturação que permite ao indivíduo a autonomização relativamente às famílias de origem, exige a definição de um novo equilíbrio entre o individual, o familiar e o social que se constitui como um aspeto essencial da evolução da família. É imperativo nesta fase do ciclo familiar a flexibilização e o alargamento dos espaços individuais no seio da família pois esta etapa é crucial na definição das funções globais e primordiais para a pessoa: a socialização e a individuação. A vida do adolescente é caracterizada por avanços e recuos, existindo um dilema social e parental. A alternância entre: a necessidade de dependência e independência; a insegurança

e a coragem ou entrega absoluta; o desejo de suporte, proteção e a vontade inabalável de pertencer a si e ao mundo. Um sistema familiar flexível pauta-se por uma constante adaptação estrutural que irá permitir a continuidade funcional e organizacional, onde a comunicação adequada é fundamental. Esta etapa do ciclo vital da família é uma preparação para o que se segue, família com filhos adultos, que geralmente se caracteriza por ser um período de grande movimentação familiar, assinalado por saídas e entradas no sistema.

Os pais de hoje têm dificuldade em manter o equilíbrio entre a parentalidade, a conjugalidade, o trabalho, as tarefas domésticas, as obrigações sociais e o lazer. Ao mesmo tempo, vive-se numa sociedade altamente consumista, competitiva e caracterizada pelos grandes avanços nas tecnologias de comunicação e informação, o que cria novas necessidades e desafios. Os pais tendem a perder as possibilidades de supervisão (controlo parental), especialmente quando os filhos estão fora de casa ou, embora estando, estão conectados com o exterior através da internet ou telemóveis. E esses ambientes tornam-se espaços de socialização poderosos, em que acontece a transmissão de informação e aquisição de crenças e valores. A ausência de suporte e monitorização parental pode colocar o jovem sob maior vulnerabilidade para comportamentos nocivos à saúde, especialmente porque aumenta a probabilidade de envolvimento com pares já com esses comportamentos. Daí que ter tempo para que a família possa estar junta tornou-se um indicador da qualidade de vida familiar. Ter habilidades para gerir as dinâmicas familiares em contextos de risco complexo tornou-se um foco de atenção para os serviços de saúde e de apoio social. Considerar os estilos parentais como os principais determinantes do funcionamento familiar e do bem-estar dos adolescentes pode servir para compreender o padrão global da interação dos pais com os filhos.

Riscos para a saúde em famílias com jovens

Quase metade das famílias portuguesas enfrenta os riscos e desafios de educar crianças e jovens e algumas têm vulnerabilidade acrescida devido à falta de requisitos básicos como rendimento, habitação condigna e segurança do ambiente. Mas as preocupações das famílias com jovens são: o futuro, ou seja, a escolha da carreira que depende do sucesso académico; a autonomia do adolescente, pois os pais têm medo do que pode acontecer se derem liberdade aos filhos e os deixarem assumir responsabilidades; e a saúde, principalmente das doenças do cérebro que estão muito ligadas ao consumo (anorexia/bulimia, obesidade, dependências químicas e não-químicas), acidentes e gravidez.

Embora a grande parte dos jovens sejam saudáveis, cerca de dois terços das mortes prematuras e um terço dos problemas de saúde expressos na idade adulta podem relacionar-se com a adoção de comportamentos de risco e com o aumento alarmante do consumo de ATOD nesta faixa etária (World Health Organization - WHO, 2011). Num estudo realizado por Vital, Oliveira, e Matos (2013) com 1581 jovens de várias escolas de Portugal, evidenciam que os sujeitos que referiram mais do que um acidente por ano foram também os que saíam mais com os amigos à noite, os que fumavam mais, os que bebiam mais bebidas destiladas, os que consumiam mais drogas e que foram mais *provocadores* ou vítimas de provocação (*bullying*), os que transportavam armas e participavam em lutas e com níveis mais baixos nos itens satisfação com a vida.

O álcool é a principal substância utilizada pelos jovens e, de acordo com o relatório da WHO em 2011, o consumo excessivo de álcool resulta em aproximadamente 2.5 milhões de mortes por ano (Calafat, 2005). Este tipo de consumo é sobretudo para os homens um risco eminente, com idades entre os 15 e 59 anos, pois são atribuídas 6.2% das mortes em homens devido ao consumo de álcool face a 1.1% das mortes em mulheres. Diversos estudos epidemiológicos apontam o início do consumo ATOD durante a adolescência, configurado a um ambiente favorável à adoção de comportamentos prejudiciais à saúde pelos jovens, à falta de suporte parental, ao uso de drogas pelos próprios pais, a atitudes permissivas dos pais perante o consumo e à incapacidade dos pais de controlar os filhos. O modelo hegemónico descrito por Calafat (2005) expõe a relação clara entre o consumo de bebidas alcoólicas, a música, vida noturna e uma indústria de diversão.

Então a prevenção do uso de ATOD entre os jovens deveria ser a estratégia preferida para lidar com uma crescente preocupação sobre os problemas associados ao seu uso: violência, toxic dependência, delinquência, insucesso escolar, etc. Assim, ao invés de investir esforços exclusivamente em programas de prevenção clássicos e muito centrados nos jovens, será importante investir na melhoria de competências da família e explorar as habilidades que promovam a mobilização da família para influenciar fatores ambientais que inclui a pressão da indústria de diversão e do consumismo, tal como preconizado no estudo europeu desenvolvido pelo Instituto Europeu para o Estudo dos Fatores de Risco e Proteção de Crianças e Adolescentes - IREFREA (Calafat, Garcia, Juan, Becoña, & Fernández-Hermida, 2014).

Estilos parentais e parentalidade comprometida

Apesar dos fatores genéticos, pessoais e ambientais contribuírem para modelar o desenvolvimento da criança e do jovem, a dinâmica familiar desempenha um papel muito importante (Tobler & Kumpfer, 2000). Existe evidência de que que uma criança equilibrada é um poderoso factor de protecção. No caso de famílias com jovens, os problemas evitáveis que mais afetam a saúde familiar são as dependências químicas e não-químicas, os problemas de saúde mental e de saúde sexual (infecções e gravidez não planeada).

Os primeiros estudos centrados na relação dos pais/filhos e o seu desenvolvimento sociocognitivo, assim como com a saúde mental, iniciados por Baumrind em 1971, foram o ponto de partida para o estudo dos estilos parentais e a compreensão dos comportamentos desviantes dos jovens, inclusive na prevenção da toxicodependência (Kumpfer, Magalhães, & Xie, 2012). Nesta perspectiva, entende-se por estilo parental (estratégias educativas ou de socialização) o conjunto das condutas relacionadas com a educação dos filhos que tem como função comunicar à criança a vontade dos pais de que ela tenha um determinado comportamento ou que se comporte de uma determinada maneira. Baumrind propôs a existência de três estilos parentais: com autoridade, autoritário e permissivo. Maccoby e Martin (1983) introduziram a noção de controlo e afeto e desmembraram o estilo permissivo em negligente e indulgente. Sem estender em demasia as considerações sobre estilos parentais, importa referir alguns aspetos. No estilo participativo autoritativo (ou com autoridade), há o estabelecimento de normas e limites num clima de calor afetivo. A comunicação é positiva e otimista. Estes pais adequam a sua atitude às especificidades do filho, no tocante à sua idade, motivações e personalidade, fazendo exigências de maturidade concordantes com as capacidades e interesses da criança. Os pais autoritários recorrem ao controlo tentando modelar, de forma rígida, o comportamento dos filhos de acordo com os seus padrões de conduta, padrões esses, que são frequentemente absolutos e intransigentes. Estes pais valorizam o respeito pela autoridade e pela ordem e, as suas medidas para obter obediência são punitivas (verbais ou físicas), não encorajam a troca de opiniões com os filhos, havendo escassas manifestações de afeto. São frequentes as críticas ou ameaças ao jovem. Acreditam que as crianças/jovens devem aceitar a palavra dos pais como aquilo que está certo. No estilo permissivo, os pais funcionam como recursos para os desejos das crianças e não como modelos de socialização. Caracteriza-se pela ausência de normas, não-encorajamento da obediência mas há geralmente calor afetivo e comunicação positiva, sem exigência de maturidade. Segundo Maccoby e Martin (1983), inclui o estilo negligente e o estilo indulgente. No estilo indulgente, os pais respondem ao pedido dos filhos e são carinhosos, não são exigentes quanto as normas ou deveres, nem atuam como modelos de comportamento. No estilo negligente, os pais não se envolvem nas suas funções parentais, havendo uma desresponsabilização crescente ao longo da vida. Os pais permissivos, apesar de não fazerem uso correto dos poderes que detêm, podem tornar-se violentos quando perdem o controlo da situação. Neste estilo, evidenciam-se altos níveis de comunicação e afeto com baixos níveis de exigência e, conseqüentemente, pouca supervisão ao cumprimento das normas. Os pais tendem a adaptar-se aos filhos procurando identificar e satisfazer suas necessidades e exigências. Este modelo é muito comum nas famílias monoparentais.

Vários autores levam-nos a acreditar que os estilos parentais que se posicionam em qualquer dos extremos educativos, sejam pais muito autoritários ou bastante permissivos, podem significar dificuldades acrescidas ao jovem e causar desequilíbrios como baixa autoconfiança e filhos dependentes ou revoltados. E são vários os estudos que apresentam a boa comunicação entre pais e filhos como fator de proteção para alguns comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de ATOD. Mas para ser mais eficiente, deve ser adotado por ambos progenitores quando incentivam e cultivam as decisões mais construtivas no seio familiar. Por exemplo, os pais são modelos e referência das decisões saudáveis para os seus filhos, promovem orientações específicas quando os filhos adotam comportamentos suscetíveis de risco, acompanhados da monitorização e da respetiva aplicação de conseqüências significativas quanto as regras/limites são quebrados. A aplicação deste estilo parental consiste em proporcionar a liberdade suficiente ao adolescente, a fim de tomar as suas próprias decisões e assumir a devida responsabilidade das conseqüências, sejam elas positivas e/ou negativas, no rumo da sua vida. Baseia-se na liberdade de fazer escolhas, de preferência, as mais positivas possível. Além disso, os estilos parentais podem determinar também o estilo parental que os filhos vão adotar futuramente, havendo uma transmissão intergeracional.

Na problemática do uso de ATOD, a hipótese é que, embora os pais estejam cientes dos problemas que os cercam, relacionados com o uso de ATOD e que afetam particularmente os adolescentes, de uma forma por vezes ingénuas, acreditam que este problema não afetará seus próprios filhos. Mas a evidência científica mostra que existe estreita inter-relação entre comportamentos de risco, álcool e uso de drogas e acesso a determinados contextos recreativos, onde os pais são excluídos (Calafat et al., 2014). A abortagem dos estilos e percepções parentais, verificando o nível de concordância entre os jovens

e seus pais acerca do consumo de ATOD, parece ser uma técnica importante para estudar o fenómeno. Por isso, torna-se fundamental que os pais tenham informações sobre o risco a que estes jovens estão expostos, os lugares que frequentam, e os possíveis fatores que aumentam a sua vulnerabilidade.

Em suma, várias investigações (Calafat et al., 2014; Kumpfer et al., 2012) têm vindo a evidenciar quais os fatores familiares que são decisivos para a proteção das crianças no que respeita ao abuso de substâncias: uma relação carinhosa, segura e saudável entre pais e filhos; supervisão e vigilância parentais e uma disciplina eficaz; transmissão de valores familiares enquadrados na sociedade; interesse dos pais pela vida que os seus filhos levam; apoio e suporte dos pais (emocional, cognitivo, social e financeiro). As investigações ligadas à questão da resiliência (Walsh, 2003), como resistência à adversidade, também confirmaram estas conclusões. Diversas investigações focalizadas nas crianças e nas famílias que atravessam situações de dor aguda ou crónica têm confirmado que os fatores parentais são coadjuvantes no aumento da capacidade dos jovens para gerir situações familiares adversas e atingir bons resultados. Quando os pais apoiam os seus filhos e os incitam a serem independentes, esperam que cumpram as regras de disciplina e são consequentes e justos a aplicá-las, os filhos lidam melhor com a adversidade do que as outras crianças. Esta forma de educar os filhos denomina-se educar com autoridade. Outros fatores que contribuem para a resiliência são: um ambiente favorável organizado, o apoio da família, suas crenças e valores, sua coesão e flexibilidade, sua capacidade para apoiar e resolver problemas e a comunicação.

Por último, estas investigações (Kumpfer et al., 2012) indiciam que os principais fatores familiares que colocam as crianças e os jovens em perigo de abuso de substâncias são os mesmos fatores que os põem em perigo de adotar comportamentos problemáticos: falta de laços afetivos e uma relação insegura com os pais; falta de uma relação significativa com um adulto carinhoso; ambiente familiar caótico; pais ou irmãos que abusam de substâncias, sofrem de doença mental ou estão envolvidos em atos delituosos; isolamento social. Em síntese, nesta etapa do ciclo de vida familiar, os esforços para prevenir a experimentação ou uso de ATOD servem para prevenir outros comportamentos de risco.

Os modelos de cuidados centrados nas famílias

A investigação confirma que se obtêm melhores resultados com programas de capacitação do que com intervenções centradas na informação que é proporcionada aos pais. Na perspetiva de cuidados centrados nas famílias, consideramos que, para fortalecer as famílias, se deve fazer capacitação em comunicação e habilidades de gestão familiar de forma a habilitar os pais a criar e transmitir a sua visão e valores de vida, ajudando a descobrir novas alternativas, a tomar decisões, a influenciar pessoas e superar problemas ou falhas. Os programas de treino de competências familiares têm-se revelado eficazes para prevenir alguns comportamentos de risco, entre os quais, o uso de substâncias (Kumpfer et al., 2012). Acresce, ainda, a vantagem destes programas de treino de competências para pais, filhos e família em geral poderem aplicar-se durante a infância e adolescência facilitando mudanças positivas e duráveis no funcionamento da família e influenciando os métodos e o processo de educação das crianças. Tudo isto pode contribuir para um ambiente mais saudável e propício ao desenvolvimento da criança e jovem. A família pode proteger o jovem de vários problemas ligados a comportamentos de risco e de saúde mental, fornecendo-lhe uma sensação de segurança emocional e económica, orientação e linhas de conduta adequadas, supervisionando e atendendo às suas necessidades básicas, fazendo-o sentir-se seguro e estimulando o seu desenvolvimento e estabilidade (Van der Vorst, et al., 2007). Apesar de se reconhecer a influência exercida pelo grupo de pares, sabe-se agora que a maneira como o jovem escolhe os seus amigos depende, em grande medida, do tipo de relação que tem com os seus pais. Na maioria dos casos, quando os adolescentes têm uma boa relação com os pais, existe uma probabilidade maior de escolherem amigos que exerçam uma influência favorável.

Baseando a intervenção nos pressupostos definidos por Sloboda (2014), será importante para analisar a vulnerabilidade e risco de uma família com jovens, caracterizar não só a dinâmica familiar como também os micro e macro contextos em que ela se insere, as crenças e atitudes face aos comportamentos nocivos à saúde e ainda as competências cognitivas e capacidade de autocontrolo dos jovens. Em caso de disfunção familiar, a intervenção deve ser precoce para evitar que os comportamentos nocivos se consolidem e repercutam no sucesso académico e social do jovem. O esquema seguinte (Figura 1) exemplifica o conjunto de dados que devem ser recolhidos. Sugere-se que esta avaliação seja feita aquando do exame global de saúde, aos 10-13 anos. A intervenção, assinalada com uma estrela, pode ser feita ao nível das competências cognitivas do jovem proporcionando apoio psicológico, das crenças e atitudes da família através da educação em saúde e na escola, identificando e envolvendo grupos de jovens em atividades de mobilização comunitária.

CONFERÊNCIA

Em Portugal, ao nível dos cuidados de saúde primários, a reorganização dos centros de saúde em equipas de saúde familiar (USF/UCSP) e de intervenção comunitária (UCC) abriu oportunidades de deteção de problemas e de intervenção precoce ao nível familiar (prevenção indicada) e de intervenção em contexto escolar (prevenção universal e seletiva). Contudo é de salientar que tal desafio requer um trabalho em equipa multidisciplinar e que as intervenções não podem ser apenas centradas na família, mas sim multidimensionais.

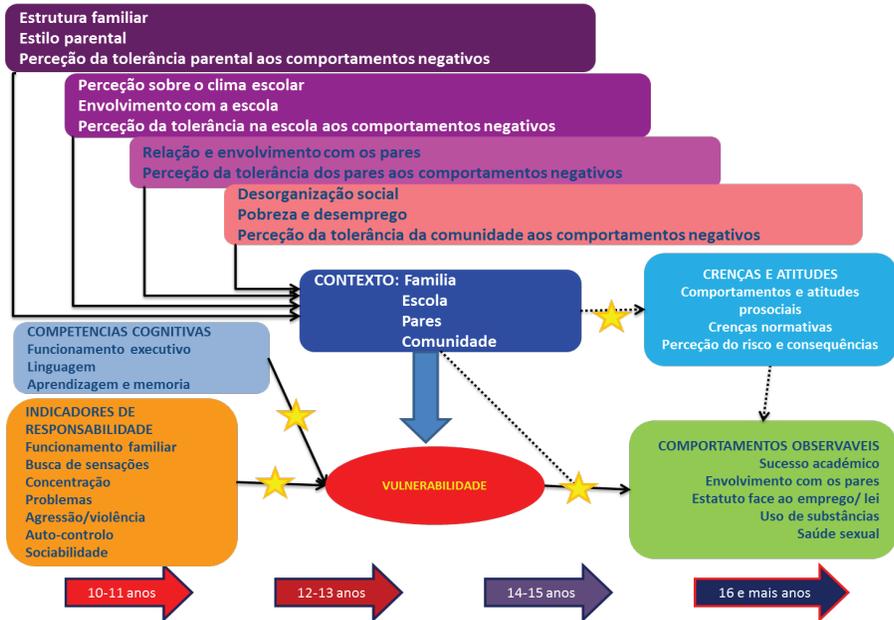


Figura 1. Dimensões para avaliação do estado de saúde numa família com jovens.

A organização do trabalho dos enfermeiros em equipas multidisciplinares

Trabalhar com as famílias que vivem em contextos específicos é um desafio que se coloca às equipas das Unidades de Saúde Familiares (USF/UCSP) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) pois exige que se proponham projetos de saúde para essas famílias e para os contextos/comunidades onde elas vivem. No âmbito de atuação da USF/UCSP, a equipa de saúde é, sem dúvida, o ponto de contacto com as famílias e todas as oportunidades (procura de cuidados por doença ou vacinação) devem ser consideradas e aproveitadas para tal. Para a avaliação estrutural da família, Wright e Leahey (2012) realçam a existência de dois instrumentos importantes como ferramentas de trabalho a serem utilizados pelos enfermeiros no contacto com as famílias da USF/UCSP: o ecomapa e o genograma. Consideramos que, a propósito do exame global de saúde (10-13 anos), haverá uma oportunidade de avaliar cada família e conhecer: história da família, suas crenças e valores; características do desenvolvimento do jovem; comportamentos de risco e fatores de proteção; influência dos comportamentos da família nos estilos de vida dos filhos; influência dos estilos de vida na saúde e realização pessoal; funcionamento das redes sociais dos jovens; processos de negociação e resolução de conflitos na família.

Ao identificar os focos de intervenção que se relacionem com as competências e estilos parentais, pode realizar-se ações de capacitação ou reforço da parentalidade positiva e estimular a proatividade, assim como incentivar a criação de redes de pais. Nesta perspetiva pode fazer-se a avaliação do estilo parental de forma a proporcionar uma adaptação à nova situação: família com filhos adolescentes. Neste processo de reflexão com a família, a equipa de saúde poderá facilitar a compreensão das características e habilidades que coadjuvam a superação das situações desafiadoras e a identificação de recursos de apoio. Mas sobretudo proporcionará aconselhamento no sentido de promover a comunicação inter e intrafamiliar. Por exemplo,

saber onde estão os filhos quando saem com amigos deve ser assegurado através não só do jovem como através da rede de pais e não pode ser encarado como uma intromissão na vida dos filhos.

Encarando a problemática a partir do contexto escolar ou outros espaços que o jovem frequenta, a equipa de saúde da UCC pode centrar a sua ação na avaliação das competências cognitivas e das características pessoais que tornam alguns jovens mais vulneráveis e os colocam em risco para a saúde e sucesso escolar, assim como na identificação do contexto como gerador de risco para a saúde. O Programa Nacional de Saúde Escolar prevê um conjunto de medidas de caráter universal que visam a educação para os valores, o autoconhecimento e autogestão, assim como a promoção de estilos de vida saudável e o reforço das habilidades sociais. Estas ações devem ser organizadas no sentido de promover a autorreflexão sobre as características e habilidades de cada criança/jovem e que lhes permite superar as situações desafiadoras e identificar recursos de apoio. Com todos os jovens estas atividades devem promover o autocontrolo na tomada de decisão e conscientizar para a adoção de estilos de vida saudável.

Existe um conjunto de medidas de promoção do autocontrolo que podem ser implementadas ao nível dos ACES, através da UCC. Saliente-se que nas situações de elevada vulnerabilidade (prevenção indicada) deve ser envolvida a equipa de saúde da família, já que mais facilmente terá acesso a ela e poderá potenciar as intervenções de reduzir os fatores de risco e aumentar os fatores de proteção. A alocação de recursos partilhados (por exemplo na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados - URAP, rede social, Comissão de Proteção das Crianças e Jovens - CPCJ, etc.) será também uma forma de gerir e congregar meios para apoiar as famílias de elevado risco. Mas a gestão integrada das ações, conforme preconiza o movimento das Escolas Promotoras de Saúde (Faria & Carvalho, 2004), pode facilitar o envolvimento dos pais e/ou outros familiares na promoção da saúde dos seus filhos, o envolvimento de toda a comunidade na garantia de espaços seguros e saudáveis, assegurar a articulação entre a promoção da saúde em geral com iniciativas promotoras de saúde na escola e, sobretudo, incluir métodos de ensino e de estratégias que envolvam os alunos de forma ativa no seu próprio processo de aprendizagem, atribuindo à criança/jovem um papel ativo nos processos de tomada de decisão nos assuntos relacionados com a saúde. Por exemplo, a educação sexual deve ser feita em contexto familiar mas os jovens são sujeitos à pressão dos pares e nem sempre recorrem aos pais para apoio. A dinamização do Gabinete de Apoio ao Aluno (GAA) pode ser uma estratégia de prevenção seletiva e de reorganização dos serviços de saúde que facilite o apoio nesta temática. Mas ao mesmo tempo pode ser um recurso para mobilizar os alunos em iniciativas de educação e capacitação para a saúde, como é o caso da educação pelos pares (Brito, 2014). O desafio de trabalhar com as famílias que vivem em contextos específicos exige ainda o conhecimento das estratégias mais eficientes (prática baseada na evidência) e que se envolvam as famílias e as comunidades onde elas vivem nos projetos de saúde. E a evidência mais atual recomenda que as famílias com jovens se posicionem mais num estilo proativo do que reativo (Calafat et al., 2014), ou seja, estilos parentais positivos e mais centrados na comunicação eficaz, no estabelecimento de regras claras e na supervisão.

Exigências para iniciar e manter a parceria com as famílias

Conceber e gerir projetos de saúde com as famílias requer conhecimento científico, trabalho em equipa mas também competência cultural pois o processo de parceria não é fácil de se colocar em prática. Assumindo que os cuidados de saúde são interações sociais e culturais, pois tanto a família como o profissional de saúde são possuidores de cultura, exige-se um conjunto de requisitos para iniciar e manter a parceria com as famílias. Mas nestes processos muitas vezes fazem-se suposições culturais que são frágeis ou mesmo incorretas. Uma delas é uma certa abordagem preconceituosa da cultura, reduzindo esta a dimensões como o conhecimento, a etnicidade, a língua ou a nacionalidade, e que podem ser ilustradas pelo recurso a apelidos como a família do leste ou cigana para lhe fazer referência. Ainda que os elementos culturais referidos sejam importantes, nenhum deles deve representar absolutamente qualquer cultura. Uma outra suposição cultural é denunciada pelo facto de, no campo da saúde, parecer existir uma ilusória neutralidade relacional dos profissionais de saúde com a pessoa e família, encerrando a cultura neste último, ainda que sem efetivamente a contemplar nos cuidados de saúde.

Do ponto de vista ético, iniciar um relacionamento com a família nestes pressupostos, torna-se sem dúvida ineficiente. É necessária uma aproximação etnográfica à experiência de saúde/doença da família, pois geralmente a experiência da doença/problema familiar inicia-se num diálogo entre o sistema familiar e a cultura. Este diálogo pode-se vislumbrar através de uma aproximação sociossomática, ou seja, os acontecimentos e processos no mundo social influenciam os sintomas.

Podem ser esta experiência individual/familiar de desconforto que leva as pessoas a procurar um profissional de saúde e não a patologia/disfunção que lhe possa estar associada. Só depois de descodificados os sinais e sintomas de desconforto é que a pessoa, frequentemente influenciada pela sua família, decide ou não pedir ajuda. Contudo, esta linguagem do desconforto que Kirmayer, Dao, e Smith (1998) designaram de *idiomas culturais de aflição* reveste-se de elementos simbólicos que permitem à pessoa comunicar aos outros, de uma forma inteligível, a sua angústia e mobilizar ajuda por parte da comunidade a que pertence. Claro que cada cultura tem elementos comuns que permitem o entendimento das doenças/problemas e onde estas adquirem um sentido, por vezes moral. Mas considerando a natural heterogeneidade social interna de um grupo comunitário, decorrente de dimensões como a idade, género ou estatuto social, é dentro dos contextos culturalmente diferentes, que se deve fazer a identificação dos problemas. A compreensão da experiência de saúde/doença exige uma aproximação etnográfica a estes contextos procurando, desde logo, conhecer a identidade pessoal e social das pessoas. Daí ser essencial conceber e desenvolver estratégias para integrar a família nos cuidados de saúde, não apenas ouvindo-a mas tentando entendê-la. A mobilização da ajuda exige a aproximação aos significados do discurso, cuja interpretação necessita do diálogo entre o contexto e a narrativa de aflição da pessoa, fundamentais para se saber o que é que está em jogo.

Nas famílias com jovens, esta tarefa é mais complexa pois o sistema no qual o jovem se situa extravasa o sistema familiar; inclui a escola, os pares e os amigos, que nem sempre têm a mesma cultura. Por isso torna-se complexo avaliar uma família com jovens, sobretudo se culturalmente diferentes ou se estão inseridos em contextos de exclusão social. Tais situações são um desafio para os enfermeiros compreenderem as diferenças culturais em termos de conceito de saúde, crenças e costumes. Para tal devem ter interesse positivo e sincero desejo para adquirir conhecimento transcultural e assim tornarem-se sensíveis às necessidades dos utentes/famílias de várias culturas, especialmente nesta sociedade cada vez mais global. Uma vez responsáveis pela formulação de projetos de saúde para as famílias, demonstrar competência cultural permite satisfazer as necessidades das famílias, tendo em conta as suas preferências culturais, e dar mais visibilidade às medidas de promoção da saúde, prevenção do risco e minimização dos danos por se adequarem melhor aos contextos em que são implementadas.

Daí que implementar projetos de saúde quer a nível familiar como a nível comunitário requer novas abordagens de capacitação ou de *empowerment*. Segundo a teoria da conectividade de Carvalho (2013), as novas condições de aprendizagem e a nova ecologia que envolve abundância de informação, pessoas, *software* e, sobretudo, redes e conectividade, exigem das famílias novas formas de aprender e de estar no mundo. Como um indivíduo, por si, não terá condições de suportar dados e informações que serão outorgados às redes e sua permanente conexão e reorganização, a ação do indivíduo será da ordem de buscar, agregar e avaliar a pertinência da informação para seus propósitos. E isso exigirá propor combinações inteligentes que serão realizadas por *software*, dada a impossibilidade para os sujeitos em lidar individual e solitariamente com a abundância de dados e informação. Por outro lado, esse conhecimento será provisório para o sujeito e para o conjunto da rede: os nós da rede, seu peso valorativo e sua ascendência sobre outros nós manterão em circulação as ideias e a formação de novos conhecimentos. Nesta perspetiva, as famílias com jovens (que são nativos digitais) deverão desenvolver competências que lhes permita fazer o estabelecimento de regras e a supervisão num mundo dominado pelas novas tecnologias de informação e comunicação. A abundância de dados e informação exige que a família saiba manejar ferramentas que possam realizar análises e, deste modo, gerar compreensão e conhecimentos, ou seja, encontrar as conexões que lhes permitem aprender que são mais importantes do que ter conhecimento.

A criação de redes de pais supõe o estabelecimento de laços fracos que oferecem às pessoas acesso à informação e aos recursos para além daqueles disponíveis no seu próprio círculo social. Segundo Carvalho (2013), os laços fracos criam a oportunidade de ganhar informações novas através de associação com outras pessoas fora do círculo social mais próximo. Por outro lado, os laços fortes, que se estabelecem na relação interpessoal com os pais dos amigos dos filhos, proporcionam motivação para ajudar e estar mais facilmente disponíveis. E esta predisposição em ajudar oferece apoio e proteção àqueles que buscam e sentem-se mais acolhidos e confortáveis em se movimentar no seio de laços fortes. Mas a concentração das energias em laços fortes tem como impacto a fragmentação social, encapsulando as famílias em redes com conexões pobres, perdendo as vantagens associadas à riqueza contida nos laços fracos (redes sociais alargadas).

Diria que o desafio de cuidar de famílias com jovens encerra em si mesmo o desafio de assumir uma prática baseada numa abordagem socioecológica e, ao mesmo tempo participativa. Neste sentido, antes do desenho das intervenções de promoção da saúde familiar, deve-se rever a evidência científica sobre intervenção familiar e comunitária e analisar os problemas das famílias, com as famílias e os recursos da comunidade. Isto requer profissionais de saúde que se envolvam e colaborem com parceiros interdisciplinares e implica advogar uma visão compartilhada da saúde como responsabilidade de todos.

Requer também que sejam proativos e sensíveis às necessidades e preferências de uma população diversificada. Daí que aperfeiçoamento profissional e prática ética serão os ingredientes essenciais para fazer face a este desafio: cuidar de famílias.

Referências bibliográficas

- Brito, I. (2014). Um modelo de planeamento da promoção da saúde: Modelo PRECEDE-PROCEED. In R. Pedroso, I. Brito (Eds.), *Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: Estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*, Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde (33-84). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Calafat, A. (2005). Consumir más por menos: El botellón como refuerzo del modelo hegemónico de diversión. *Boletín CDD*, (123), 2-3.
- Calafat, A., García, F., Juan, M., Becoña, E., & Fernández-Hermida, J. (2014). Which parenting style is more protective against adolescent substance use? Evidence within the European context. *Drug and alcohol dependence*, 138, 185-192.
- Carvalho, M. (2013). Proposições e controvérsias no conectivismo. *Revista Iberoamericana de Educación A Distância*, 16 (2). Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/ried/article/download/9903/9446>
- Faria, H., & Carvalho, G. (2004). Escolas promotoras de saúde: Factores críticos para o sucesso da parceria escola-centro de saúde. *Revista portuguesa de saúde pública*, 22(2), 79-90.
- Farias, C., & Rosendal, N. (2012). *Curso de direito civil: Direito das famílias* (4ª ed.). Salvador, Brasil: Editora Juspodivm.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2014). *Retrato de Portugal*. Lisboa, Portugal: PORDATA. Recuperado de <http://www.pordata.pt/ebooks/PT2014v201405161300/index.html#p=1>
- Kirisci, L., Tarter, R., Ridenour, T., Zhai, Z. W., Fishbein, D., Reynolds, M., & Vanyukov, M. (2013). Age of alcohol and cannabis use onset mediates the association of transmissible risk in childhood and development of alcohol and cannabis disorders: Evidence for common liability. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 21(1), 38.
- Kirmayer, L., Dao, T., & Smith, A. (1998). Somatization and psychologization: Understanding cultural idioms of distress. In S. O. Okpaku (Ed.), *Clinical methods in transcultural psychiatry*, (pp. 233-265). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kumpfer, K., Magalhães, C., & Xie, J. (2012). Cultural adaptations of evidence-based family interventions to strengthen families and improve children's developmental outcomes. *European Journal of Developmental Psychology*, 9(1), 104-116.
- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. Mussen, E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Socialization, Personality and Social Development* (Vol. 4, 4th ed., pp. 1-101). New York, NY: John Wiley and Son.
- Masten, A., Best, K., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and psychopathology*, 2(04), 425-444.
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. Porto: Editora Afrontamento.
- Sloboda, Z. (2014). Reconceptualizing drug use prevention processes. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 26(1), 3-9.
- Tobler, N., & Kumpfer, K. (2000). "Meta-analyses of family approaches to substance abuse prevention", *unpublished report prepared for the Center for Substance Abuse Prevention*, Rockville, MD.
- Tolstoi, L. (2007) *Anna Karenina*. Lisboa, Portugal: Relógio d' Água.
- Van der Vorst, H., Engels, R. C., Dekovi, M., Meeus, W., & Vermulst, A. A. (2007). "Alcohol-specific rules. Personality and adolescents' alcohol use: A longitudinal person-environment study". *Addiction*, 102(7) 1064-1075.
- Vital, E., Oliveira, R., & Matos, M. (2013). Comportamentos de risco e acidentes nos adolescentes portugueses. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 1(2), 117-133.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42(1), 1-18.
- World Health Organization. (2011). *Young people: Health risks and solutions WHO, Fact sheet N 345*. [Geneva, Switzerland]: Author.
- Wright, L., & Leahey, M. (2012). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. Philadelphia, USA.

CONFERÊNCIA

Autoeficácia do enfermeiro para o relacionamento com a família
Self-efficacy of nurses for the relationship with family
Autoeficacia de enfermeros para la relación con la familia

Margareth Angelo*, Andréia Cascaes Cruz**

Resumo

O cuidado à família no processo saúde-doença tem sido considerado um aspecto vital da prática de enfermagem. A competência no desenvolvimento de relacionamentos colaborativos entre o enfermeiro e a família tem emergido como uma forte tendência e um chamado ao compromisso do profissional no cuidado à família. Os enfermeiros, hoje, deparam-se com inúmeros desafios no cuidado à família que requerem uma compreensão sobre o que constituem as práticas e os conhecimentos que possibilitam o desempenho adequado das competências na especialidade. Esta apresentação tem como objetivo discutir o conceito de autoeficácia, considerando que o sucesso para o enfermeiro se relacionar de forma eficaz com a família, não depende apenas de conhecimentos e habilidades, mas da autoconfiança em suas próprias capacidades para relacionar-se.

Palavras-chave: enfermagem familiar; autoeficácia; relações profissional-família; competência profissional.

Abstract

Family care in the health and illness processes has been considered a vital aspect of nursing practice. The competence to develop collaborative nurse-family relationships has emerged as a strong trend and a call to commitment of the professional in family care. Nurses are today faced with many challenges in caring for the family that require an understanding of the practices and knowledge that enable the adequate implementation of the clinical skills in the practice setting. This presentation aims to discuss the concept of self-efficacy, considering that nurses believe that a successful and effective relationship with the family relies not only on knowledge and skills, but also on their confidence in relational skills.

Keywords: family nursing; self-efficacy; professional-family relations; professional competence.

Resumen

El cuidado de la familia en el proceso salud-enfermedad ha sido considerado como un aspecto vital de la práctica de enfermería. La competencia en el desarrollo de relaciones colaborativas entre el enfermero y la familia se ha convertido en una tendencia fuerte y una llamada al compromiso de los profesionales en el cuidado de la familia. Los enfermeros de hoy se enfrentan a muchos desafíos en el cuidado de la familia que requiere una comprensión de lo que son las prácticas y conocimientos que permitan el correcto desempeño de las competencias en la especialidad. Esta presentación tiene como objetivo discutir el concepto de autoeficacia, teniendo en cuenta que el éxito para que los enfermeros se relacionen de manera efectiva con la familia, no sólo depende de los conocimientos y habilidades, sino que también implica la autoconfianza en sus propias habilidades para relacionarse.

Palabras clave: enfermería familiar; autoeficacia; relaciones profesional-familia; competencia profesional.

* Professora Titular, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil

** Enfermeira. Doutoranda. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil

Introdução

O Dia Internacional da Família de 2015 (Organização das Nações Unidas-ONU, 2015), com o tema Homens no comando? Igualdade de Gênero e Direitos das Crianças em Famílias Contemporâneas, destaca a igualdade de gênero e direitos das crianças e convida-nos à importante reflexão sobre os papéis que desempenhamos no interior da família como vistas ao desenvolvimento pleno de cada um dos seus membros. Ainda assim, sabemos que o desrespeito aos direitos da mulher e da criança são circunstâncias presentes no contexto de muitas famílias, facto que tem impacto não somente nas práticas que definem a sociedade, como também nas práticas relacionais dos profissionais que atuam com famílias em seu quotidiano, como são os enfermeiros.

No que se refere aos enfermeiros e ao cuidado de famílias, o desafio para o estabelecimento de relacionamentos eficazes é grande, uma vez que, como profissional, torna-se inevitável que o enfermeiro se relacione com famílias que possuem crenças, pensamentos, sentimentos e comportamentos muito diferentes daqueles que ele teria caso estivesse vivenciando situações semelhantes às da família.

Conforme Doane e Varcoe (2006) afirmam “não é muito difícil cuidar de famílias que atendem às nossas expectativas, que se comportam da maneira que consideramos seguro e apropriado, que tratam cada outro da maneira como pensamos que deveriam e que alinham suas ações com as nossas metas de enfermagem. No entanto, é claro que, como enfermeiros, nós trabalhamos com a diversidade da vida humana” (p. 7).

Enfermeiros precisam de estar preparados e sentirem-se capazes para lidar com as diferenças existentes nas famílias, que fazem parte e são o seu próprio objeto de trabalho. Enfermeiros cuidam e relacionam-se com famílias em situações de grande vulnerabilidade, transformações e sofrimento.

O desafio do relacionamento com as famílias em saúde

Já existem evidências científicas suficientes de que famílias em situação de doença ou transição sofrem e necessitam de informação e de apoio. O sofrimento quebra a unidade de algumas famílias e elas perdem a habilidade de lidar com a crise vivenciada. Assim, o enfermeiro deve ser capaz de cuidar da família, apoiando-a diretamente, ou indiretamente, oferecendo assistência para que ela possa apoiar o familiar doente.

A falta de preparo profissional configura-se como uma das grandes barreiras para que o cuidado da família aconteça na prática (Wright & Bell, 2009), pois não basta estar sensibilizado para a família (Angelo, 1999); é preciso que o profissional esteja instrumentalizado para prestar assistência ao paciente e à família; para que seja considerado profissional e ético. Este cuidado precisa estar fundamentado em referenciais teóricos (Angelo, 1999; Cruz & Angelo, 2011), não podendo acontecer intuitivamente.

O que distingue uma prática avançada com família é a maneira como os enfermeiros pensam, a linguagem que utilizam, as questões que formulam e os relacionamentos que valorizam (Angelo, 1997), assim, a transferência do conhecimento sobre a enfermagem da família ocupa papel central para o avanço nesta área do conhecimento na prática. É a capacidade do enfermeiro de pensar no cuidado de forma sistêmica e interacional que faz os serviços de saúde elevar o seu nível de assistência, do individual para o familiar (Wright & Leahey, 2012).

A competência no desenvolvimento de relacionamentos colaborativos entre o enfermeiro e a família tem emergido como uma forte tendência e um chamado ao compromisso do profissional no cuidado à família. Os enfermeiros hoje se deparam com inúmeros desafios no cuidado à família que requerem uma compreensão sobre o que constituem as práticas e os conhecimentos que possibilitam o desempenho adequado das competências na especialidade.

O conhecimento produzido nos últimos 30 anos na área de enfermagem da família tem possibilitado ao profissional construir uma bagagem sobre o impacto das doenças e das transições da vida sobre a família, intervenções com famílias e o relacionamento entre profissional e família, suficientes para instrumentalizá-lo para a prática avançada com famílias no seu quotidiano.

No entanto, as evidências disponíveis sobre como famílias e doenças se afetam reciprocamente parecem não ser suficientes para modificar a prática de enfermagem em direção às famílias. Há anos que já vimos afirmando que a prática de enfermagem com famílias que vem ao longo dos anos sendo direcionada a atitudes de orientação e aquisição de informações, ficando a família restrita ao papel de receptora e fornecedora das mesmas, exige um novo rumo, onde o profissional esteja aberto e apto ao conhecimento da experiência de cada família que se torna objeto de seu cuidado (Angelo, 1999).

Em nossas interações com enfermeiros nos processos de formação que ministramos, ouvimos, de maneira recorrente, que a falta de tempo somada à falta de conhecimentos e habilidades específicas assim como sentir-se despreparado constituem os principais elementos que dificultam uma aproximação mais consistente do enfermeiro com a família.

Segundo Meleis (2015), “o conhecimento capacita os enfermeiros e, com esse poder, os enfermeiros capacitam os doentes, as famílias e as comunidades para prevenirem doenças e melhorarem o seu bem-estar” (p. 1). Esta é uma afirmação inquestionável. Os enfermeiros acreditam que precisam de mais conhecimento para serem capazes de construir essas relações interpessoais com famílias. A capacitação do enfermeiro para estabelecer relacionamentos eficazes com famílias é um importante componente que tem guiado projetos de transferência de conhecimento para que as famílias sejam efetivamente cuidadas na prática clínica.

Analisar esta conjuntura que cerca a realidade de trabalho do enfermeiro e observar que muitos enfermeiros conseguem engajar-se em relacionamentos com famílias mobiliza-nos também a questionar se a dificuldade é apenas em relação ao tempo ou conhecimento ou se existe algo mais interno na experiência do enfermeiro que dificulte a execução de ações de aproximação às famílias.

O que dizer da percepção que o enfermeiro tem de si mesmo no desenvolvimento de relacionamentos com famílias? Este nos parece um importante elemento a ser considerado juntamente com o aspecto do conhecimento. Quanto conhecimento é necessário para os enfermeiros se relacionarem com famílias? É sem dúvida uma importante pergunta à qual é imperativo adicionarmos outra.

Quanta confiança os enfermeiros possuem para se relacionarem com famílias?

Consideramos fundamental neste processo a integração do conceito da autoeficácia, por ser um elemento que interfere na aproximação e no tipo de relacionamento que o enfermeiro estabelece com a família. Autoeficácia refere-se às crenças que uma pessoa possui sobre sua própria capacidade de desempenhar determinada tarefa com êxito (Bandura, 1994).

Não é suficiente a presença destas capacidades, é preciso que a pessoa acredite que as possua, por isso, as crenças de eficácia pessoal ocupam papel central no desempenho das ações humanas. Embora existam outros fatores que operem como guias e motivadores das ações, todos estão fundamentados na crença central da pessoa de que ela possui o poder de produzir os efeitos desejados por meio de suas ações. Se a crença de autoeficácia é fraca ou inexistente, há pouco incentivo (motivação pessoal) para agir ou perseverar diante das dificuldades (Bandura, 2001; Bandura & Locke, 2003), no caso, para o enfermeiro se relacionar com famílias em situações desafiadoras para ele.

A Teoria da Autoeficácia foi desenvolvida no final da década de 1980 por Albert Bandura, psicólogo canadense que também desenvolveu a conhecida Teoria do Aprendizado Social. Nessa teoria, Bandura (1977) faz a distinção entre dois conceitos: expectativa de resultado e expectativa de autoeficácia. A expectativa de resultado foi definida como a estimativa de que um determinado comportamento pode levar a certos resultados. A expectativa de eficácia, por outro lado, refere-se a certeza de que é possível realizar com sucesso um determinado comportamento para produzir os resultados almejados. Assim, o indivíduo pode acreditar que determinada ação irá produzir certos resultados, mas pode duvidar de sua capacidade para desempenhar tal ação (Bandura, 1977; Bandura, Adams, & Beyer, 1977).

Os dois conceitos são distintos, mas a expectativa de autoeficácia desempenha forte influência sobre a expectativa de resultado uma vez que a antecipação que as pessoas fazem dos resultados a serem atingidos depende fortemente das crenças que possuem acerca do quão bem podem agir em determinada situação (Bandura, 2000). Quanto maior a crença de autoeficácia, maior a probabilidade de uma tarefa ser concluída com êxito (Bandura, 1997; Bandura & Locke, 2003). O sucesso para o enfermeiro se relacionar de forma eficaz com a família não depende, portanto, apenas de habilidades, mas da autoconfiança em suas próprias capacidades para tal ação (relacionar-se).

São descritas quatro fontes de informação que dão origem às expectativas de autoeficácia: realizações pessoais, as quais fornecem a mais influente informação de eficácia por serem baseadas em experiências pessoais de sucesso; experiências indiretas ou vicárias que consistem em observar o sucesso de outros por meio de seus esforços, fazendo com que o observador se convença de que também pode ser capaz de alcançar o sucesso; persuasão verbal, estratégia que consiste em fazer com que as pessoas acreditem possuir o que é necessário para atingir o sucesso; estados emocionais referem-se ao julgamento do indivíduo sobre suas próprias capacidades de acordo com os seus estados somáticos e emocionais (Bandura, Adams, & Beyer, 1977).

CONFERÊNCIA

Para que os enfermeiros sejam devidamente instrumentalizados e capacitados para cuidar e se relacionar com famílias de forma eficaz, as quatro fontes de informação do conceito da autoeficácia devem ser consideradas e integradas a processos de transferência do conhecimento relacionados à área de enfermagem da família, tanto nas estratégias de formação, quanto nos processos de avaliação das intervenções educativas realizadas.

As seguintes estratégias de ensino pautadas na Teoria de Autoeficácia são referenciadas na literatura para os enfermeiros aprenderem a cuidar de famílias na prática clínica (Tomlinson, Thomlinson, Peden-McAlpine, & Kirschbaum, 2002): (a) *Mentoring*: refere-se a um processo de longo prazo, onde uma pessoa experiente (mentor) direciona, educa, acompanha, assiste uma pessoa novata em determinada área para que ela avance na carreira. O enfermeiro iniciante ganha conhecimento/expertise e valores profissionais observando o comportamento do mentor. (b) Demonstração: diz respeito à realização de sessões didáticas, seguidas ou em conjunto, para explicar, ilustrar, e / ou exibir como uma determinada ação deve ser realizada. (c) Modelagem (*role modelling*): é um processo pelo qual uma pessoa assume os valores e comportamentos de outro por meio da identificação com ele. Diferente dos dois métodos citados anteriormente, a modelagem de papel pode ocorrer tanto em um contacto breve quanto em um longo contacto do aprendiz com a pessoa eleita como modelo. (d) Prática reflexiva (*reflective practice*): refere-se ao pensamento ou reflexões que as pessoas estão tendo enquanto executam uma determinada ação; entender as razões para determinada ação é importante para a construção do conhecimento.

Estudos que vêm sendo realizados para implementação da Enfermagem dos Sistemas Familiares na prática clínica enfatizam a importância do *mentor* ou do *coaching* no processo da tradução do conhecimento teórico para a prática clínica de enfermagem (Duhamel, 2010). Nesta mesma perspectiva, Bell (2014) ressalta que o oferecimento e a avaliação do efeito de uma breve intervenção educacional sem a presença de um mentor e/ou de um *coaching*, geralmente, não é suficiente para modificar a prática na área de enfermagem da família.

Considerando o constructo da autoeficácia, as estratégias e os métodos adotados para o ensino de enfermagem da família devem desencadear nos enfermeiros mais confiança em seus próprios conhecimentos e habilidades sobre como se relacionar com as famílias, pois ao sentirem mais confiança, muito provavelmente se comportarão de modo a acolher, incluir e reconhecer as famílias como parceiras dos cuidados (Bell, 2013).

Ao considerar a autoeficácia como estratégia e também como meta do ensino de enfermeiros para o cuidado e o relacionamento com famílias, é preciso pensar em maneiras para avaliação da autoeficácia percebida. Assim sendo, instrumentos que mensurem a autoeficácia do enfermeiro para estabelecer bons relacionamentos com famílias em diferentes contextos assistenciais devem ser desenvolvidos e utilizados.

São pilares para o avanço na prática de cuidado às famílias, compreender que cuidar de indivíduos e famílias é uma tendência irreversível; os relacionamentos entre enfermeiros e famílias não são o centro do cuidado, eles são o próprio cuidado (Robinson, 1996); a competência e a autoeficácia dos enfermeiros para se relacionarem com famílias são elementos fundamentais a se considerar no processo de transferência do conhecimento acerca do cuidado da família para a prática clínica de enfermagem.

Conclusão

Como uma consideração final, gostaríamos de comentar que como afirmam Binding, Morck, e Moules (2010) “Acreditamos que nossa eficácia como enfermeiros depende em certa medida da nossa capacidade para entrar no mundo do outro” (p. 594).

Da mesma forma que acreditamos que autoeficácia é um processo e que a eficácia do enfermeiro depende de habilidades particulares que podem aumentar as capacidades relacionais, que incluem habilidades de ouvir e refletir (sobre si e sobre o outro) e de auto-observação.

Sabemos que é possível promover a confiança e a autoeficácia do enfermeiro: possibilitando o domínio das habilidades, apresentando modelos e comportamentos que possam ser copiados, afirmando verbalmente ao enfermeiro que ele é capaz de desempenhar a tarefa e tentando ao máximo reduzir situações adversas que interfiram em sua confiança, como cansaço ou stress e mesmo necessidade de ajuda.

E sabemos também que “o domínio clínico é refinado por meio de muitas horas de observação e participação em conversas terapêuticas entre enfermeiros e famílias que vivem situações de doença, pela análise do registro escrito das conversas, pelo

desenvolvimento de estudos de caso que analisam a prática de enfermagem dos sistemas familiares e pela tentativa de ligar referenciais conceituais à prática e descrever ideias teóricas que emergem da prática.” (Bell, 2003, p. 129).

Queremos concluir esta apresentação de forma otimista, com a seguinte mensagem para os enfermeiros que se aventuram no fascinante e contínuo desafio de incluir as famílias em seu cotidiano:

Confie em si mesmo, focalize o que fez de bom, perdoe-se pelos equívocos e continue exercitando e aprimorando o seu relacionamento com famílias.

Referências bibliográficas

- Angelo, M. (1997). *Com a família em tempos difíceis: Uma perspectiva de enfermagem* (Tese de livre docência). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil.
- Angelo, M. (1999). Abrir-se para a família: Superando desafios. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 1(1/2), 7-14.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York, USA: Academic Press.
- Bandura, A. (2000). Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness. In E. A. Locke (Ed.), *Handbook of principles of organization behavior* (pp. 120-136). Oxford, UK: Blackwell.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1–26. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.1
- Bandura, A., Adams, N., & Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(3), 125-139. doi: 10.1037/0022-3514.35.3.125
- Bandura, A., & Locke, E. A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *The Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87–99. doi: 10.1037/0021-9010.88.1.87
- Bell, J. M. (2003). Clinical scholarship in family nursing [Editorial]. *Journal of Family Nursing*, 9(2), 127-129.
- Bell, J. M. (2013). Family nursing is more than family centered care [Editorial]. *Journal of Family Nursing*, 19(4), 411-417. doi: 10.1177/1074840713512750
- Bell, J. M. (2014). Knowledge translation in family nursing: Gazing into the promised land [Editorial]. *Journal of Family Nursing*, 20(1), 3-12. doi: 10.1177/1074840714521731
- Binding, L. L., Morck, A. C., & Moules, N. J. (2010). Learning to see the other: A vehicle of reflection. *Nurse Education Today*, 30(6), 591-594. doi: 10.1016/j.nedt.2009.12.014
- Cruz, A. C., & Angelo, M. (2011). Cuidado centrado na família em pediatria: Redefinindo os relacionamentos. *Ciência, Cuidado & Saúde*, 10(4), 861-865. doi: 10.4025/ciencuccidsaude.v10i4.18333
- Doane, G. H., & Varcoe, C. (2006). The “hard spots” of family nursing: Connecting across difference and diversity. *Journal of Family Nursing*, 12(1), 7-21. doi: 10.1177/1074840705284210
- Duhamel, F. (2010). Implementing family nursing: How do we translate knowledge into clinical practice? Part II: The evolution of 20 years of teaching, research, and practice to a center of excellence in family nursing. *Journal of Family Nursing*, 16(1), 8-25. doi: 10.1177/1074840709360208
- Meleis, A. I. (2015). O poder do conhecimento: Capacitar os enfermeiros [Editorial]. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 3-7.
- Organização das Nações Unidas. (2015). *No dia Internacional da família, ONU destaca igualdade de gênero e direitos das crianças*. Recuperado de <http://www.unric.org/pt/actualidade/31823-no-dia-internacional-da-familia-onu-destaca-igualdade-de-genero-e-direitos-das-criancas>
- Robinson, C. A. (1996). Health care relationships revisited. *Journal of Family Nursing*, 2(2), 152-173. doi: 10.1177/107484079600200204
- Tomlinson, O. S., Thomlinson, E., Peden-McAlpine, C., & Kirschbaum, M. (2002). Clinical innovation for promoting family care in paediatric intensive care: Demonstration, role modelling and reflective practice. *Journal of Advanced Nursing*, 38(2), 161-70. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02160.x
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness: A model for healing* (4th ed.). Calgary, Canada: Floor Press.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família* (5^a ed.). São Paulo, Brasil: Roca.

CONGRESSO REATIVA

Reforma ATIVA estudo de um programa promotor de um envelhecimento saudável



PREÂMBULO

O crescente envelhecimento populacional a que atualmente se assiste coloca um dos maiores desafios de sempre às sociedades contemporâneas: envelhecer de forma ativa e saudável. Segundo a Organização Mundial da Saúde, por ocasião da realização da segunda Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, no ano 2002, este desafio é conseguido pelo equilíbrio que se estabelece entre os determinantes de natureza pessoal, comportamental, ambiental, de saúde e serviços sociais, económica e social que são influenciáveis pela vivência de acontecimentos de índole transicional, ocorridos na meia-idade. A passagem à reforma constitui um dos acontecimentos de transição próprios da referida fase do ciclo vital, que se caracteriza por um *contínuum* processo de adaptação à mudança. Dependendo das condições em que sucede, expõe os indivíduos, casais e famílias a diferenciados estados de vulnerabilidade, responsáveis por um conjunto de manifestações conducentes a um processo de envelhecimento precoce que está longe daquele que se preconiza como envelhecimento bem-sucedido. A diminuta prática de vigilância de promoção da saúde realizada em indivíduos e famílias em meia-idade e a inexistência de um programa especificamente concebido para os dotar de competências que lhes proporcione uma vivência de *reforma ativa* constituíram as premissas fulcrais para a realização do projeto REATIVA [*“Reforma Ativa”: estudo de um programa promotor de um envelhecimento saudável* (PTDC/MHC–PSC/4846/2012)]. Sendo que este projeto teve por finalidade Construir um programa de intervenção em saúde, a ser implementado em contexto de Cuidados de Saúde Primários, que vise preservar o mais elevado nível de saúde biopsicossocial em indivíduos e famílias que se encontram numa fase do ciclo vital da meia-idade e que vivenciam um processo de adaptação à reforma, com vista a promover um envelhecimento ativo.

Dada a fase final de concretização do projeto em que nos encontramos, levámos a efeito um congresso que teve por objetivos: apresentar as mais recentes perspectivas do processo de envelhecimento em Portugal; refletir sobre os processos sistémicos de envelhecimento das famílias; Divulgar as principais evidências resultantes da implementação do projeto REATIVA (PTDC/MHC–PSC/4846/2012); e apresentar *guidelines* de promoção da saúde, dirigidas a indivíduos e famílias em transição para a reforma, a implementar em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Na parte da manhã, o programa do congresso contou com dois painéis. Um primeiro painel (Painel 1: *Envelhecimento: perspectivas da atualidade*), moderado por Rogério Clemente (ESENFC), onde se abordaram os temas: Envelhecer em Portugal por Ana Alexandre Fernandes (ISCS/UTL, Portugal); Envelhecimento numa perspectiva psicológica por António Fonseca (UCP/Porto, Portugal); Envelhecimento Saudável por Manuel Teixeira Veríssimo (FMUC, Portugal); e Ageing@Coimbra, por João Malva (FMC, Portugal). Um segundo painel (Painel 2: *Famílias em processo de envelhecimento*), moderado por Clarinda Cruzeiro (ESENFC), onde se abordaram os temas Desafios da conjugalidade em ninho-vazio por Madalena Carvalho (FPCEUC/Portugal); Famílias e Transgeracionalidade por Ana Paula Camarneiro (ESENFC/Portugal); e A Família na perspectiva do Enfermeiro por Margarida Silva (ESENFC/Portugal).

Na parte da tarde, e constituindo o cerne deste Congresso, o programa contou com a apresentação do REATIVA: *um programa promotor de um envelhecimento ativo e saudável* pela sua investigadora principal, Helena Loureiro (ESENFC), tendo esta comunicação sido comentada por Andreia Jorge Silva, Diretora de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, da Direção Geral da Saúde (DGS).

O Congresso REATIVA encerrou com a conferência final alusiva à comemoração do DIA INTERNACIONAL DA FAMÍLIA, intitulada *Auto-eficácia do enfermeiro para o relacionamento com a família*, proferida por Margareth Ângelo (USP/Brasil). A comissão organizadora deste congresso congratula-se com o elevado nível científico das comunicações proferidas e com a excelência das reflexões que as mesmas suscitaram a todos aqueles que se interessaram em participar.

Aos congressistas, o nosso agradecimento pela sua presença.

Aos participantes do Programa Reativa, a nossa mais sincera gratidão pelo contributo prestado durante o desenvolvimento do nosso projeto e pelo testemunho dado no âmbito deste Congresso.

À Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Grupo de Estudos em Enfermagem e Família da Universidade de São Paulo/ Brasil (GEEF), Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) e a todas as outras instituições e profissionais que contribuíram para o sucesso do desenvolvimento do Projeto e Congresso REATIVA, o nosso muito obrigado.

Pel' A equipa REATIVA

Helena Maria Almeida Macedo Loureiro

IP REATIVA [*Reforma Ativa: estudo de um programa promotor de um envelhecimento saudável* (PTDC/MHC-PSC/4846/2012)]



PREAMBLE

The increasing ageing of the population poses one of the greatest challenges ever to contemporary societies: an active and healthy ageing. According to the World Health Organization in the second World Assembly on Ageing in 2002, this challenge is achieved by a balance between determinants related to personal factors, behavioral and economic determinants, and determinants related to the physical and social environment and to the health and social service systems. These determinants are influenced by the experience of transitional events occurring in middle age.

Retirement is a transitional event occurring in that stage of the life cycle, which is characterized by a continuous process of adaptation to change. Depending on its conditions, it exposes individuals, couples, and families to different states of vulnerability, which are responsible for a series of events leading to a process of premature ageing that is far from what is advocated as successful ageing.

The lack of surveillance of health promotion for middle-aged individuals and their families and of a program specifically designed to provide them with the necessary skills for an *active retirement* were the key aspects for developing the project REATIVA (*Active Retirement: study of a healthy ageing promotor program*) (PTDC/MHC-PSC/4846/2012). This project aimed at designing a health intervention program to be implemented in Primary Health Care settings so as to preserve the highest level of biopsychosocial health among individuals and families in the middle-age stage of the life cycle and experiencing a process of adaptation to retirement, with a view to promoting an active ageing.

In this final phase of project implementation, we organized a congress with the following objectives: to present the latest evidence on the ageing process in Portugal; to reflect on the families' systemic processes of ageing; To disseminate the most significant evidence resulting from the implementation of the project REATIVA (PTDC/MHC-PSC/4846/2012); and to present guidelines for health promotion among individuals and families in a period of transition to retirement in Primary Health Care settings.

Two panels were held in the morning of the congress. A first panel (Panel 1: *Ageing: current perspectives*), moderated by Rogério Clemente (ESEnfC), reflected on the following themes: Ageing in Portugal by Ana Alexandre Fernandes (ISCSP/UTL, Portugal); Ageing from a psychological perspective by António Fonseca (UCP/Porto, Portugal); Healthy Ageing by Manuel Teixeira Veríssimo (FMUC, Portugal); and Ageing@Coimbra, by João Malva (FMC, Portugal). A second panel was held (Panel 2: *Ageing families*), moderated by Clarinda Cruzeiro (ESEnfC), which covered the issues related to Marital challenges in empty nests by Madalena Carvalho (FPCEUC/Portugal); Families and *Transgenerationality* by Ana Paula Camarneiro (ESEnfC/Portugal); and The Family from the Nurse's perspective by Margarida Silva (ESEnfC/Portugal).

In the afternoon, and in what constituted the main part of this Congress, the program featured the presentation of *REATIVA: an active and healthy ageing promotor program* by its main researcher, Helena Loureiro (ESEnfC). This presentation was commented on by Andreia Jorge Silva, Director of Services for Disease Prevention and Health Promotion of the Directorate-General of Health (DGS).

The REATIVA Congress ended with the final conference on the celebrations of the INTERNATIONAL DAY OF FAMILIES, entitled *The nurse's self-efficacy in the relationship with the family* by Margareth Ângelo (USP/Brazil).

The organizing committee of this congress welcomes the high scientific level of the papers presented and the excellent reflections on them by the participants.

To the congress participants, thank you for your presence.

To the participants in the REATIVA Program, our most sincere gratitude for your contribution during the development of our project and during this Congress.

To the Nursing School of Coimbra (ESEnfC), the Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA:E), the Family Nursing Studies Group of the University of Sao Paulo, Brazil (GEEF), the Regional Central Health Administration (ARSC), and all of the other institutions and professionals that have contributed to the success of the Project and Congress REATIVA, our most sincere thanks.

On behalf of the REATIVA team

Helena Maria Almeida Macedo Loureiro

IP REATIVA [*“Active Retirement”: study of a healthy ageing promotor program* (PTDC/MHC-PSC/4846/2012)]



PREÁMBULO

El creciente envejecimiento de la población al que actualmente se asiste supone uno de los mayores desafíos de siempre para las sociedades contemporáneas: envejecer de forma activa y sana. Según la Organización Mundial de la Salud, con motivo de la realización de la segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento, en el año 2002, este desafío se consigue por el equilibrio que se establece entre los determinantes de naturaleza personal, comportamental, ambiental, de la salud y los servicios sociales, económica y social que son influenciados por vivir acontecimientos de índole transicional que tienen lugar a una mediana edad. El paso a la jubilación constituye uno de los acontecimientos de transición propios de la mencionada fase del ciclo vital, que se caracteriza por un proceso continuo de adaptación al cambio. Dependiendo de las condiciones en las que sucede, expone a los individuos, las parejas y las familias a diferentes estados de vulnerabilidad, responsables de un conjunto de manifestaciones que conducen a un proceso de envejecimiento precoz que se encuentra lejos del que se considera como envejecimiento exitoso.

La diminuta vigilancia relativa a la promoción de la salud realizada en individuos y familias de mediana edad y la inexistencia de un programa específicamente concebido para dotarlos de competencias que les proporcione una *jubilación activa* constituyeron las premisas claves para la realización del proyecto REATIVA [*“Reforma Ativa”: estudio de un programa que promueve un envejecimiento sano* (PTDC/MHC–PSC/4846/2012)]. Este proyecto tuvo como finalidad construir un programa de intervención en la salud para ser aplicado en un contexto de Atención de Salud Primaria, que tenga como objetivo preservar el nivel más elevado de salud biopsicosocial en individuos y familias que se encuentran en una fase del ciclo vital de mediana edad y que viven un proceso de adaptación a la jubilación con el fin de promover un envejecimiento activo.

Dada la fase final de concretización del proyecto en la que nos encontramos, llevamos a cabo un congreso que tuvo como objetivos: presentar las perspectivas más recientes del proceso de envejecimiento en Portugal; reflexionar sobre los procesos sistémicos de envejecimiento de las familias; divulgar las principales pruebas que derivan de la aplicación del proyecto REATIVA (PTDC/MHC–PSC/4846/2012) y presentar las directrices de promoción de la salud, dirigidas a individuos y familias en transición a la jubilación, que se aplicarán en el contexto de la Atención de Salud Primaria.

Por la mañana, el programa del congreso contó con dos paneles. Un primer panel (Panel 1: *Envejecimiento: perspectivas de la actualidad*), moderado por Rogério Clemente (ESENFC), en el que se abordan los temas: Envejecer en Portugal, por Ana Alexandre Fernandes (ISCSP/UTI, Portugal); Envejecimiento desde una perspectiva psicológica, por António Fonseca (UCP/Oporto, Portugal); Envejecimiento sano, por Manuel Teixeira Veríssimo (FMUC, Portugal), y Ageing@Coimbra, por João Malva (FMC, Portugal). Un segundo panel (Panel 2: *Familias en proceso de envejecimiento*), moderado por Clarinda Cruzeiro (ESENFC), en el que se abordaron los temas: Desafíos de la conyugalidad en el nido vacío, por Madalena Carvalho (FPCEUC/Portugal); Familias y Transgeneracionalidad, por Ana Paula Camarneiro (ESENFC/Portugal), y La Familia en la perspectiva del enfermero, por Margarida Silva (ESENFC/Portugal).

Por la tarde, y como núcleo de este congreso, el programa contó con la presentación de REATIVA: *un programa que promueve un envejecimiento activo y sano*, por su investigadora principal, Helena Loureiro (ESENFC), una comunicación que fue comentada por Andreia Jorge Silva, Directora de Servicios de Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud de la Dirección General de la Salud (DGS).

El congreso REATIVA cerró con la conferencia final relativa a la conmemoración del DÍA INTERNACIONAL DE LA FAMILIA, titulada “*Autoeficacia del enfermero para relacionarse con la familia*”, por Margareth Ângelo (USP/Brasil).

La comisión organizadora de este congreso se alegra del elevado nivel científico de las comunicaciones realizadas y la excelencia de las reflexiones que las mismas suscitaron a todos aquellos que se interesaron por participar.

Agradecemos su presencia a todos los congresistas.

Asimismo, damos a los participantes del Programa Reativa nuestro más sincero agradecimiento por su contribución durante el desarrollo de nuestro proyecto y por el testimonio dado en el ámbito de este congreso.

Por último, gracias también a la Escuela Superior de Enfermería de Coimbra (ESEnC), Unidad de Investigación en Ciencias de la Salud: Enfermería (UICISA: E), el Grupo de Estudios en Enfermería y Familia de la Universidad de São Paulo/ Brasil (GEEF), la Administración Regional de Salud del Centro (ARSC) y a todas las otras instituciones y profesionales que contribuyeron al éxito del desarrollo del proyecto y el congreso REATIVA.

Por el equipo REATIVA

Helena Maria Almeida Macedo Loureiro

IP REATIVA [*Reforma Ativa*: estudio de un programa que promueve un envejecimiento sano (PTDC/MHC–PSC/4846/2012)]



COMUNICAÇÕES ORAIS
ORAL COMMUNICATIONS
PONENCIAS ORALES

ENVELHECIMENTO ATIVO

ACTIVE AGING

ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Comportamentos promotores de saúde na perspectiva de mulheres idosas: subsídios para a enfermagem gerontogeriatrica

Alessandra Félix André Braga*
Ana Maria Domingos**

Introdução: O envelhecimento da população é um fenômeno global com importantes repercussões nos campos social e econômico. Atualmente, as mulheres idosas apresentam maior expectativa de vida em relação aos homens. Entretanto, a maior longevidade feminina não assegura uma velhice mais saudável. No contexto da atenção primária à saúde o enfermeiro e demais profissionais de saúde devem incitar as mulheres idosas à adoção de comportamentos promotores de saúde voltados para o envelhecimento saudável e ativo.

Objetivos: Identificar os comportamentos promotores de saúde adotados por mulheres idosas; analisar os fatores facilitadores e os impeditivos que influenciam na adoção desses comportamentos promotores de saúde na perspectiva das mulheres idosas; discutir a configuração dos comportamentos promotores de saúde adotados pelas mulheres idosas a partir das concepções do Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender.

Metodologia: Método descritivo exploratório com abordagem qualitativa. Participantes: 22 idosas com idade maior ou igual a 60 anos e que participam do Centro de Convivência no mínimo 1 ano. O cenário do estudo: Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA) onde são desenvolvidas atividades de promoção da saúde com idosos no Programa de Atenção Integral à Pessoa Idosa (PAIPI). Na colheita de dados utilizou-se um formulário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi realizada a partir dos temas emergidos do digrama de Nola J. Pender.

Resultados: Dos resultados emergiram as seguintes categorias: características e experiências das mulheres idosas na adoção de comportamentos de saúde; adoção dos comportamentos promotores de saúde; e contribuições para a manutenção dos comportamentos promotores de saúde. Os resultados parciais demonstram que influências como o trabalho e a atividade doméstica dificultaram a adoção das idosas ao comportamento promotor de saúde.

Conclusões: Através deste estudo foi possível desvendar os fatores que participam de forma positiva ou negativa para incentivar ou desestimular a adoção de comportamentos promotores de saúde pelas mulheres idosas. Possibilita ao enfermeiro o direcionamento da prática de assistência à mulher idosa visando a promoção da saúde desta população.

Palavras-chave: envelhecimento; saúde da mulher; teoria de enfermagem; comportamentos de saúde; promoção da saúde.

Referências bibliográficas: Beltrão, K. I., Teixeira, M. P., Parahyba, M. I. C. A., & Fletcher, P. (2012). *Capacidade funcional dos idosos uma análise aos suplementos saúde da PNAD com a teoria de resposta ao item*. Rio de Janeiro, Brasil: IBGE. Moura, M. A., Domingos, A. M., & Rassy, M. E. (2010). Qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: Um relato de experiência. *Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem*, 14(4), 848-855.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2010). *Health promotion in nursing practice* (6th Ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

* Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN - Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde Coletiva - NUPENSC, Mestranda

** Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN, Escola de Enfermagem Anna Nery-EEAN. Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde Coletiva- NUPENSC, Professora Associada da Escola de Enfermagem Anna Nery - EEAN/UFRJ

Influência do género na decisão de transição para a aposentação

Ana Teresa Martins Pedreiro*

Helena Maria Almeida Macedo Loureiro**

Marianela Ferreira

Introdução: A aposentação é uma das principais transições na vida de uma pessoa. A identidade de trabalhador é, muitas vezes, a única identidade que a pessoa tem podendo ser sentida uma perda de identidade após a aposentação. Esta pode, também, conduzir a diferentes vulnerabilidades, incluindo vulnerabilidades em saúde (Loureiro, 2011). As diferenças de género durante a vida ativa originam diferentes experiências para homens e mulheres, influenciando a identificação de objetivos e recursos pessoais, após a aposentação (Kubicek et al., 2011).

Objetivos: Conhecer as perceções dos aposentados portugueses sobre a sua decisão de transição para a aposentação, de acordo com o género.

Metodologia: Foi realizado um estudo descritivo de natureza qualitativa. A população-alvo foi constituída por aposentados (aposentados há menos de cinco anos) inscritos em Agrupamentos de Centros de Saúde pertencentes à Administração Regional de Saúde do Centro. Os 146 participantes selecionados foram submetidos a uma abordagem por grupo de foco, após a assinatura de consentimento informado, e as informações foram recolhidas através da gravação de áudio digital e submetidas à análise temática utilizando o programa NVivo10®.

Resultados: O tema antes da aposentação emergiu do discurso dos participantes. Tanto homens como mulheres referem sonhos sobre o momento presente, o planeamento efetuado e os precipitantes da tomada de decisão. Verificam-se diferenças nos motivos que levam homens e mulheres a decidir aposentar-se. As mulheres referem a família como um fator importante da tomada de decisão. As tarefas familiares são, então, referidas apenas pelas mulheres como tendo grande peso na decisão de se aposentarem. Os homens mencionam a saturação do emprego como um dos fatores decisivos para se aposentarem. As mulheres parecem preparar-se melhor para a vivência deste momento de transição.

Conclusões: Os indivíduos percebem a aposentação em função das suas características pessoais, incluindo o género. Percebeu-se também que o género influencia a decisão de se aposentar. As intervenções em cuidados de saúde primários devem ter em atenção a forma diferenciada como homens e mulheres se aposentam e de que maneira estas diferenças podem trazer maiores vulnerabilidades em saúde.

Palavras-chave: aposentação; género; envelhecimento

Referências bibliográficas: Kubicek, B., Korunka, C., Raymo, J., & Hoonakker, P. (2011). Psychological well-being in retirement: The effects of personal and gendered contextual resources. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(2), 230-246.

Loureiro, H. (2011). *Cuidar na “Entrada na Reforma”: Uma intervenção conducente à promoção da saúde de indivíduos e de famílias* (Tese de doutoramento). Universidade de Aveiro, Portugal.

* ESEnfC, UICISA: E, Bolseira de Investigação [apedreiro@esenfc.pt]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Docente [hloureiro@esenfc.pt]

Vivências com Qual(Idade)

Maribel Domingues Carvalhais*

Maria Margarida Silva Vieira Ferreira**

Ana Joaquina R. Louro P. Dias Quesado ***

Patrícia Santos Nogueira****, Diana Semblano*****

Introdução: O aumento da longevidade faz emergir a necessidade de se encontrar respostas que vão ao encontro dos problemas sociais e de saúde da população maior. Este projeto surgiu da constatação que alguns dos utentes que usufruem do SAD apresentam alguma dificuldade em aceder aos cuidados de saúde, devido aos seus poucos recursos económicos e financeiros, à dificuldade de mobilidade e acessibilidade aos transportes públicos, ao isolamento e a ocupação profissional das suas famílias, sendo esta situação agravada pelas doenças crónicas.

Objetivos: Este projeto tem como objetivo geral promover o envelhecimento ativo e a melhoria da qualidade de vida da população maior da freguesia da Vila de Cucujães. Constituem objetivos específicos: aumentar o serviço de apoio domiciliário para mais 27 horas semanais; realizar consultas de enfermagem aos utentes que se encontram em domicílio; prestar cuidados individualizados e de proximidade tendo em vista a otimização do bem-estar da pessoa idosa e sua família.

Metodologia: A metodologia deste projeto de intervenção comunitária integra duas linhas. A primeira, o alargamento da cobertura horária do Serviço de Apoio Domiciliário e a segunda, implementação de serviços de enfermagem ao domicílio. A recolha de dados realizou-se em janeiro/fevereiro de 2014 através da realização da visita domiciliária, com aplicação de escalas e avaliação de sinais vitais, com o intuito de realizar diagnósticos individuais de saúde e proceder à construção do plano individual de saúde, orientada para a resolução de problemas de saúde e sociais dos beneficiários.

Resultados: No âmbito da primeira linha de intervenção foram realizadas 279 visitas de acompanhamento social e abrangidas 37 pessoas idosas pelo alargamento da cobertura horária do SAD. Relativamente à segunda linha de intervenção foram realizadas 235 visitas domiciliárias de enfermagem e foram abrangidas pelo serviço de enfermagem 45 idosos. Aplicadas 176 escalas (Morse; Braden; Barthel; APGAR Familiar) e realizadas 114 avaliações de sinais vitais (avaliação da dor, temperatura, frequência cardíaca, tensão arterial). Relativamente à caracterização sociodemográfica dos beneficiários verifica-se que estes são maioritariamente do sexo feminino 73% e 27% sexo masculino, com idades compreendidas entre os 66 e 98 anos. Quanto ao estado civil, verifica-se uma prevalência de casados 51% e viúvos 42%, existindo também 7% pessoas solteiras. No que diz respeito ao nível de escolaridade, 80% possui o ensino primário e 20% nunca frequentou a escola. Verifica-se que 24% dos idosos apresenta incapacidade física/dependência. Foram levantados 267 diagnósticos de enfermagem e realizado 143 tratamentos de feridas.

Conclusões: Verifica-se a crescente necessidade da implementação a novas respostas no domicílio, direcionadas para a otimização do bem-estar do utente. Este projeto permitiu uma melhoria da saúde física e bem-estar da pessoa idosa, aumento da autonomia, melhoria da qualidade de vida e aumento do grau de socialização. Verificamos ainda a capacitação do utente e seus familiares para a adaptação, promoção da resiliência e utilização de recursos disponíveis. Enfermagem é muito mais do que uma prestação de cuidados meramente curativos e/ou preventivos. Ser enfermeiro é dar a melhor qualidade de vida possível, a quem já pouco espera.

Palavras-chave: envelhecimento ativo; qualidade de vida; serviço de enfermagem domiciliária.

Referências bibliográficas: Sousa, D. (s.d.). Consulta de enfermagem ao idoso no domicílio. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Consulta%20de%20Enfermagem%20ao%20Idoso%20no%20Domic%3ADlio%20-%20Enf%20Dulce%20Silva%20-%20Enfermeira%20Especialista.pdf>

* Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, Professora Adjunta

** Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, Enfermagem Médico-cirúrgica, Professor Adjunto

*** Escola Superior de Enfermagem da CVP de Oliveira de Azeméis, Professor Adjunto

**** Fundação Manuel Brandão, Enfermeira

***** Fundação Manuel Brandão, Socióloga

PÓSTERES

POSTERS

PÓSTERES

ENVELHECIMENTO ATIVO

ACTIVE AGING

ENVEJECIMIENTO ACTIVO

A enfermagem como impulsionadora do envelhecimento ativo nos lares de idosos: um distrito em números

Ana Paula Calado Baptista Enes de Oliveira*

Olga Joaquina Vaz Batista Louro**

Manuel de Jesus Garção do Espírito Santo***, Sofia Maria Borba Roque****

Introdução: A enfermagem tem um papel promissor no envelhecimento ativo, face aos ambientes onde estes profissionais atuam. A evolução demográfica entre os últimos censos revela-nos que tanto o distrito, como o concelho de Portalegre, apresentam números superiores aos da média em Portugal, com agravamento nestes 10 anos. Pelo que se pode depreender, que há cada vez mais idosos e idosos cada vez mais velhos, com dependência e necessidade de ajuda com cuidados diferenciados.

Objetivos: O trabalho teve como principal objetivo conhecer a evolução demográfica entre os últimos censos, sobretudo em relação aos idosos do distrito de Portalegre e respetiva adequação de respostas sociais com enfermeiros, com vista a uma intervenção de enfermagem direcionada para a promoção da saúde e de um envelhecimento ativo dos idosos residentes em lares.

Metodologia: A fonte de informação utilizada foram os Censos de 2001 e 2011 e a Carta Social de 2011. Procedeu-se a uma análise descritiva da evolução do número de idosos na população total, do índice de envelhecimento e dependência dos idosos e da evolução/adequação do número de respostas sociais para idosos em Portugal e no distrito de Portalegre.

Resultados: Entre os censos de 2001 e 2011 a percentagem de idosos aumentou 2,6 em Portugal, 4,2 no distrito de Portalegre e 2 no concelho de Portalegre, o índice de envelhecimento aumentou 25,8% em Portugal, 19% no distrito de Portalegre e 20,5% no concelho de Portalegre, o índice de dependência dos idosos aumentou 3,9% em Portugal, 3,5% no distrito de Portalegre e 4,2% no concelho de Portalegre. Quanto às respostas sociais em Portugal também aumentaram, o serviço de apoio domiciliário 59%, a residência e lar de idosos 38%, e os Centros de dia 30%, correspondendo a 76200 novos lugares nestes 10 anos. No distrito de Portalegre há 65 Lares de idosos com serviço de enfermagem e 2762 idosos residentes. Destes idosos, 83,8% têm mais de 75 anos, dos quais, 44,9% têm 85 ou mais anos, apenas 23% são autónomos, sendo 28% parcialmente dependentes, 29% dependentes e 20% grandes dependentes.

Conclusões: Conclui-se um aumento do número de idosos, índice de envelhecimento e dependência dos idosos no distrito em causa, bem como uma cobertura bastante significativa da enfermagem nos lares de idosos do distrito de Portalegre, facto que pode originar resultados positivos no estado de saúde dos idosos e dos indicadores de saúde do país tal como referenciado em diferentes fontes bibliográficas. A análise em causa permitiu-nos deste modo conhecer quantitativamente o cenário onde a enfermagem poderá atuar como motor do envelhecimento ativo no distrito, dados que subsidiarão futuras investigações que comprovem o seu papel cabal.

Palavras-chave: enfermagem; idosos; dependência; respostas sociais.

Referências bibliográficas: Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. (2015). *Plano nacional de saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Recuperado de <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>

Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Dados estatísticos*. Recuperado de http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_indicadores

Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, Gabinete de estratégia e planeamento. (2011). *Carta Social: Rede de serviços e equipamentos, relatório 2011*. Recuperado de <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2011.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2000). *A enfermagem é importante*. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_FolhasInformativas_vsINGePT/FI_versao_PT/OCIEmobilizaodosenfermeirosparapromocaosaude.pdf

* Escola Superior de Saúde de Portalegre, Ciências e Tecnologias da Saúde - Enfermagem, Professora Adjunta [pauloliveira@essp.pt]

** Escola Superior de Saúde de Portalegre, Ciências e Tecnologias da Saúde - Enfermagem, Docente

*** Escola Superior de Saúde de Portalegre, Ciências e Tecnologias da Saúde - Enfermagem, Docente

**** Escola Superior de Saúde de Portalegre, Fundamentos de Enfermagem, Assistente de 2º triénio

A percepção de mulheres idosas face aos benefícios da saúde decorrentes da prática de hidroginástica

Sandra Cristina Oliveira da Silva*
Helena Maria Almeida Macedo Loureiro**

Introdução: Viver por um maior período de tempo e numa sociedade cada vez mais envelhecida tornam-se preocupações constantes para a Saúde Pública. Com vista à obtenção de um envelhecimento saudável, estas premissas têm sido responsáveis pela elaboração de diversos programas em saúde e, em todos, a prática de exercício físico é considerada como fundamental para promoção do estado de saúde. A hidroginástica é uma das modalidades mais recomendadas nesta faixa etária, pelos benefícios físicos, psicológicos e sociais que comporta.

Objetivos: Objetivo geral: dar a conhecer a percepção das mulheres idosas de S. Mamede relativamente à prática de hidroginástica. Objetivos específicos: apresentar o significado que as mulheres idosas de S. Mamede atribuem à hidroginástica; descrever a forma como as mulheres idosas de S. Mamede percebem a prática de hidroginástica; evidenciar as motivações que as mulheres idosas de S. Mamede percebem por forma a manterem a hidroginástica.

Metodologia: O estudo realizado enquadra-se num paradigma qualitativo, utilizando como referencial metodológico a fenomenografia, com observação participante. A população alvo foram mulheres idosas de S. Mamede, com mais de 65 anos, que frequentam as aulas de hidroginástica nas Piscinas Municipais de Penacova. O método de amostragem adotado foi não probabilístico (selecção racional) e a colheita de dados, efetuada através de entrevista semiestruturada, foi alvo de análise temática de conteúdo.

Resultados: As mulheres idosas de S. Mamede definem hidroginástica como a prática de exercício físico realizada na água, como uma forma de diversão e como contributo para a saúde física. As mulheres idosas percebem prática de hidroginástica como forma de ocupação do tempo livre, pelos benefícios que podem obter, sejam eles físicos, psicológicos ou sociais, mostrando-se descontentes pelo tempo de exercício praticado. Os motivos para a realização da prática de hidroginástica prendem-se com fatores que facilitam a realização do exercício físico, que segundo elas, são a família (nomeadamente as filhas), a AAJI e outras companheiras que já frequentavam as aulas. Os fatores que dificultam a realização da prática de hidroginástica são os maridos (mais opressores) e outras pessoas do meio em que vivem, que por questões culturais ainda marcadas, desincentivam a prática de exercício físico.

Conclusões: As mulheres idosas percebem hidroginástica como a prática de exercício físico que lhes poderá incrementar o seu estado de saúde. Contudo esta prática revela-se de difícil acesso em contexto rural, não apenas pela diminuta acessibilidade (inexistência de recursos), mas também pela opressão de género a que continuam sujeitas nesta geração. Nas mulheres idosas, existe uma particular necessidade de incentivar e motivar para a prática de exercício físico regular, com vista a promoção de um envelhecimento saudável, incluindo-as no planeamento e estratégias de promoção e manutenção da saúde, com vista a minimizar a sua vulnerabilidade social.

Palavras-chave: envelhecimento feminino; exercício físico; hidroginástica; saúde.

Referências bibliográficas: Direcção-Geral da Saúde. (2006). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Lisboa, Portugal: Autor.

Martins, R. M. (2003). *Envelhecimento e saúde: Um problema social emergente*. Recuperado de www.ipv.pt/millennium/millennium27/14.htm

Santos, M. A., & Vecchia, G. M. (2011). Fatores motivacionais que levam mulheres da terceira idade à prática de hidroginástica. *Revista Hórus*, 5(1), 195-213. Recuperado de www.facsu.edu.br/horus/artigos%20anteriores/2011/F

Torres, A. C., Silva, F. V., Monteiro, T. L., & Cabrita, M. (Coord.). (2013). *Homens e mulheres entre família e trabalho* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: DGEEP/CID. Recuperado de www.cite.gov.pt/.../Homens_Mulheres_Fam_Trab.pdf

* Instituto Português do Sangue e Transplantação, IP, Centro de Sangue e Transplantação de Coimbra, Enfermeiro

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Docente [hloureiro@esenfc.pt]

Idoso com diabetes: significados e dimensões da gestão do autocuidado

Maria Teresa de Oliveira Soares Tanqueiro*

Paulo Joaquim Pina Queirós**

Introdução: O autocuidado é encarado como uma competência que permite melhorar a qualidade de vida, sendo considerado como um complemento aos cuidados de saúde oferecidos pelos profissionais. Referindo-se ao desempenho da saúde relacionado com atividades ou comportamentos, a adesão e responsabilização do idoso diabético pelo autocuidado constitui um recurso na gestão eficaz da diabetes que envolve o conhecimento, as crenças, as competências de autorregulação e as habilidades para gerir o regime terapêutico negociado com os profissionais de saúde.

Objetivos: Conhecer os significados atribuídos pelo idoso à diabetes; identificar as dimensões na adesão ao autocuidado.

Metodologia: Realizou-se estudo exploratório, em 2 fases, com amostra intencional de idosos com 65 e mais anos, utentes da consulta de diabetes dum centro de saúde da região centro: na 1ª fase, realizou-se entrevista semiestruturada a 6 idosos, procedendo-se à análise de conteúdo dos dados recolhidos; na 2ª fase, inquiriram-se 99 idosos utilizando a escala *Summary of Diabetes Self-Care Activities* (SDCA) versão portuguesa, com 6 dimensões: alimentação, exercício físico, monitorização glicémica, medicação, cuidados aos pés, hábitos tabágicos, parametrizada em dias por semana, recorrendo-se a tratamento estatístico através do SPSS 22.

Resultados: Evidencia-se um conceito estereotipado da diabetes revelador da ausência de apropriação do seu significado pelos participantes. Apesar deste conceito, desponta a consciência de autorresponsabilidade e autocuidado na gestão da doença. A gestão terapêutica é a medida de autocuidado mais valorizada, seguindo-se a alimentação e exercício físico como as outras medidas reconhecidas no cuidar de si mas dificilmente integradas como práticas diárias no estilo de vida pelos seus custos pessoais e sociais. A adesão ao autocuidado é baixa (score médio observado 24,75 com um score médio esperado de 63), registando-se scores mais baixos nos Idosos com menor escolaridade (19,68) e mais elevados naqueles a quem a doença foi diagnosticada há mais de 10 anos (25,30). A adesão ao autocuidado é semelhante entre homens e mulheres: com maior adesão, em dias/semana, à toma da terapêutica (7), cuidados aos pés (6), há menor adesão à atividade física (2) e alimentação e monitorização da glicémia (4). Dos 99 participantes 64 nunca fumaram.

Conclusões: O autocuidado vincula-se às orientações médicas, relativas à prescrição medicamentosa, e do enfermeiro na gestão terapêutica e medidas de autocuidado. O cuidar de si é afetado pela subjetividade do significado da doença, pela adaptação ao processo de adoecer conjugado com o contexto de vida, o que pode interferir com a importância atribuída ao autocuidado. Os resultados sugerem a necessidade de intervir no reforço de atitudes positivas para lidar com a doença, visando a adesão ao regime terapêutico, e de implementação de plano de cuidados baseado na vivência do idoso e não apenas na diabetes, para uma efetiva gestão do autocuidado.

Palavras-chave: autocuidado; diabetes; idoso.

Referências bibliográficas: Bardlin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.

Bastos, F., Severo, M. & Lopes, C. (2007). Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 11-20.

Söderhamn, O. (1998). Self-care ability in a group of elderly Swedish people: A phenomenological study. *Journal Advanced Nursing*, 28(4), 745-53.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Professora

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem Fundamental, Professor - PhD, Pós-doutorando ICBAS-UP [pauloqueiros@esenfc.pt]

CONFERÊNCIAS

CONFERENCES

CONFERENCIAS

A pesquisa e o conhecimento de enfermagem da família
The research and family nursing knowledge
La investigación y el conocimiento en enfermería de familia

Margareth Angelo*

Resumo

Esta apresentação é dirigida a enfermeiros que indagam a respeito de como ampliar o conhecimento sobre enfermagem da família e a sua eficácia na aplicação do conhecimento no cuidado às famílias. A partir da experiência decorrente dos trabalhos de um grupo de pesquisa, são propostos desafios para a superação do descompasso ainda existente entre a pesquisa e a prática em enfermagem da família. Serão oferecidas ideias sobre como impulsionar modos apropriados de pensar família, de indagar sobre problemas da prática e de produzir conhecimentos que melhor organizem a prática relacional de enfermeiros com famílias.

Palavras-chave: enfermagem da família; pesquisa; grupos de pesquisa.

Abstract

This presentation is addressed to nurses interested in increasing their knowledge on family nursing and their effectiveness in applying their knowledge to care for the families. Based on the studies from a research group, challenges are proposed to overcome the still existing gap between research and practice in family nursing. Suggestions will be presented on how to promote appropriate ways of thinking about the family, questioning the practical problems, and producing knowledge to better organize nurses' relational skills to deal with the families.

Keywords: family nursing; research; research groups.

Resumen

Esta presentación está dirigida a enfermeros que desean saber sobre la forma de aumentar el conocimiento de la enfermería familiar y su eficacia en la aplicación de los conocimientos en el cuidado de las familias. A partir de la experiencia del trabajo de un grupo de investigación, proponemos retos para superar la distancia que aún existe entre la investigación y la práctica de enfermería familiar. Se ofrecerán ideas sobre cómo incrementar formas apropiadas de pensar familia, de preguntar sobre los problemas prácticos y de producir conocimiento para una mejor organización de la práctica relacional de los enfermeros con las familias.

Palabras clave: enfermería de familia; investigación; grupos de investigación.

Introdução

Enfermagem da Família compreende uma orientação para o cuidado de famílias na saúde e na doença, baseada num conjunto de teorias que sensibilizam e guiam a prática profissional, um corpo de conhecimento empírico sobre famílias e seus tratamentos e um conjunto específico de práticas que habilmente envolvem famílias no cuidado um do outro (Chesla, 2010).

* Professora Titular, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Brasil

CONFERÊNCIA

O conceito de enfermagem da família não é novo, mas atualmente tem havido um interesse renovado, seja no desenvolvimento deste papel mais plenamente ou na expansão de serviços para incorporar aspectos da enfermagem da família (Schober & Affara, 2001). Embora esta afirmação tenha sido apresentada no alvorecer deste século, ainda é atual, passados quinze anos da sua publicação.

Vivemos um tempo em que se reconhece que a família deve ser o foco principal para os cuidados em saúde e em enfermagem. Entretanto, observa-se que o interesse na área é muito maior do que a habilidade do profissional em implementar ações de enfermagem da família.

A maioria dos enfermeiros não sabe exatamente em que consiste intervir com família em saúde e quer desenvolver habilidades para uma ação profissional mais eficaz. Muitos foram formados tendo como foco o cuidado da pessoa e querem aprimorar o seu olhar para pensar família no contexto assistencial.

Num texto que publiquei no final da década de 1990 (Angelo, 1999), quando a enfermagem da família ainda não era uma realidade em muitos contextos no Brasil, propus três desafios que considerava essenciais para a superação de uma situação de ensino, pesquisa e prática ainda tímidos ou inexistentes em alguns cenários, que consistiam em: ensinar a pensar família, estimular uma prática avançada com famílias e ajudar a construir o conhecimento em enfermagem da família.

Nos últimos dez anos venho atuando de maneira muito próxima com enfermeiros que buscam formação específica para compreender melhor o escopo da ação em enfermagem da família. Neste caminho tenho encontrado pesquisadores que desejam aprender a estudar família como categoria de análise; professores que querem aprender mais sobre abordagens e intervenções com família para incluírem este conteúdo nos seus cursos; estudantes e profissionais que desejam encontrar respostas para as suas inquietações em relação à prática clínica com famílias.

Refletindo cuidadosamente sobre o momento que vivemos, tomarei este momento para apresentar-lhes algumas considerações acerca de como percebo nos dias de hoje os desafios para a enfermagem da família em particular quanto à pesquisa e o conhecimento da área.

Desafios para pensar família em enfermagem

Desafio 1 - Estimular uma prática avançada com famílias: o que distingue uma prática avançada com família é a maneira como pensamos, a linguagem que utilizamos, as questões que formulamos e os relacionamentos que valorizamos. Aqui estamos a falar de um tipo de prática no nível da especialização ou da pós-graduação que visa o trabalho articulado à densa fundamentação teórica sobre sistemas familiares e habilidade de avaliar a interação entre doenças e família. Neste nível de prática, segundo Moules, Bell, Paton, e Morck (2012), a intervenção é oferecida por meio de conversas terapêuticas com os membros da família, com a intenção de aliviar sofrimentos relacionados à doença e levar a cura às relações familiares.

A prática avançada toma como pontos de partida a compreensão de famílias como sistema, a doença ou a transição vivenciada como o problema com o qual a família se relaciona e o relacionamento como o centro da prática clínica com a família.

Pensar família é estar sensibilizado para ela, e isto envolve basicamente a compreensão e apreciação da complexidade interacional da vida familiar (Angelo, 1999). A instrumentalização especializada é condição para a prática avançada, e consiste em dispor de recursos de conhecimento que capacitem o enfermeiro a pensar e agir de maneira eficaz com a família.

Desafio 2 - Construir o conhecimento de enfermagem da família: aqui consideramos a pesquisa como base para a prática clínica do enfermeiro e inestimável recurso de instrumentalização para boas práticas com famílias.

A nossa experiência com estudos na área tem sido orientada desde sempre pela profunda convicção de que família é uma área de estudos especializada, pois o fenômeno família, compreendido como sistema de relações e interações, é complexo, subjetivo e privado. Com isso, o estudo e o trabalho com famílias requerem métodos e perspectivas adequados a esta complexidade e subjetividade.

O crescente corpo de conhecimentos presente na literatura de enfermagem significa progresso nesta especialidade. As áreas de contribuição da pesquisa com famílias podem ser organizadas em (I) experiência da doença, que descreve o significado da doença para a família e o impacto da doença na vida cotidiana, (II) contexto de cuidado, que se refere aos cenários onde o cuidado acontece e onde a unidade familiar se encontra no processo de cuidado ao familiar doente e (III) intervenções, que

compreendem os estudos indicativos de estratégias de trabalhos com a família em situações de doença. Vale destacar que a produção mais expressiva de produção sobre família hoje em enfermagem localiza-se na área de experiência de doença (Angelo et al., 2009). Este cenário aponta-nos a necessidade de direcionarmos o nosso interesse de pesquisa para o domínio da intervenção com famílias e da mais ampla compreensão das experiências de aprendizagem do pensar famílias.

Desafio 3 - Concretização da Enfermagem da Família na prática: a transferência do conhecimento disponível é outro elemento fundamental que demanda sistematização e estratégias apropriadas. Mover o conhecimento produzido para a prática é hoje um dos grandes desafios em enfermagem da família, pois envolve a aplicação de modelos apropriados e já amplamente descritos de transferência de conhecimento. Estes modelos incluem o planeamento de intervenções educativas para serviços ou grupos de enfermeiros da prática, associadas à avaliação dos resultados da intervenção (Bell, 2014). A autora ainda reforça a necessidade de compreender processos organizacionais, políticas e crenças que sustentam a mudança da prática com famílias no cuidado em saúde à medida que se estabelecem.

Desafio 4 - Tecer redes e construir pontes entre a pesquisa e a prática de enfermagem da família. Buscar um ambiente facilitador e propulsor das competências do enfermeiro para o cuidado da família é essencial. O pesquisador não trabalha sozinho, nem produz sozinho. O enfermeiro não se constrói sozinho.

Houve um tempo, quando os programas de pós-graduação eram atividades isoladas de formação, que a produção também refletia uma atividade solitária, na qual os artigos eram produtos de um único autor. Com o passar do tempo, compreendeu-se que o pesquisador não trabalha sozinho, nem produz sozinho e as publicações passaram a refletir uma construção em pares de autor e coautor (Angelo, Leite & Castilho, 2011).

A intercomunicação com pares, o trabalho em equipa, as redes de troca de ideias e disseminação de propostas e achados de investigação e os grupos de referência temática constituem hoje uma condição essencial à realização de investigações científicas e ao avanço dos conhecimentos (Gatti, 2005).

Neste sentido, os grupos de pesquisa constituem o principal recurso para construção das pontes entre conhecimento e prática de enfermagem da família. A associação de pessoas em torno de um trabalho conjunto representa um avanço na natureza processual do desenvolvimento de uma disciplina. Segundo Pereira e Andrade (2008) na constituição de um grupo de pesquisa parte-se do reconhecimento dos limites individuais e da possibilidade de superação pela estratégia do trabalho coletivo.

Em 1995, criámos o Grupo de Estudos em Enfermagem e Família (GEEF) na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, como um laboratório de ensino, pesquisa e extensão com o objetivo de desenvolver estudos relativos à compreensão e à intervenção na família ao longo do ciclo vital e nas transições de saúde e doença. O grupo de pesquisa tem conseguido ao longo destes anos oferecer a alunos de pós-graduação e de graduação e a enfermeiros oportunidades de aproximação ao trabalho dos professores que integram o grupo e também a professores e pesquisadores visitantes de outras instituições no Brasil e no exterior. Esta dinâmica tem possibilitado a formação de redes científicas, caracterizadas pela ampliação do repertório de abordagens e ferramentas que advêm do intercâmbio de informações e da fertilização cruzada que se verifica quando grupos distintos juntam esforços no sentido de determinada meta (Weisz & Rocco, 1996).

Coerente com esta conceção, nos nossos projetos, cada vez mais procuramos impulsionar a construção do conhecimento em enfermagem da família por meio de redes de colaboração científica e de intercâmbios com pesquisadores de outras instituições e países. Neste aspeto quero destacar a nossa vinculação ao projeto REATIVA inscrito na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC) e brilhantemente coordenado pela Professora Doutora Helena Maria Almeida Macedo Loureiro. Esta vinculação é um dos motivos que nos trouxe a este Congresso. Esta iniciativa é um exemplo de que o conhecimento e a prática podem ser verdadeiramente transformados à medida que os pesquisadores se tornam capazes de aplicar intervenções em diferentes grupos e contextos e que se abrem para a integração de outros profissionais, criando um ambiente interdisciplinar de formação e produção de conhecimento.

Conforme Figueiredo (2011) afirma

A existência de centros de investigação de enfermagem de família será determinante para aprofundar saberes nesta área de conhecimento, pela problematização destas temáticas, pela experimentação de novos modelos de formação e de prestação de cuidados, os quais nos permitirão destringir e avaliar que intervenções de enfermagem são eficazes na obtenção de ganhos em saúde e bem-estar das famílias. (p. 47)

Desafio 5 - Indagar a prática e consumir pesquisas. A curiosidade autêntica e as dúvidas constantes experimentadas pelo profissional impulsionam-no em busca da compreensão da realidade e das boas práticas presentes nas pesquisas realizadas e publicadas na literatura científica, podendo gerar transformações na maneira de pensar sobre funcionamento familiar, doenças e transições na família e no agir próprio da enfermagem da família.

As evidências da pesquisa atuam organizando a prática profissional dos enfermeiros que cuidam de famílias. É preciso encorajar os enfermeiros a descobrirem as perguntas existentes no cotidiano das suas práticas e acolhe-las consumindo o conhecimento disponível ou construindo o conhecimento necessário e deste modo apoiar a prática nas evidências de pesquisas. Se, com base em evidências, o enfermeiro compreender os processos experienciados pelas famílias, ele estará numa melhor posição para propor intervenções adequadas ao que se espera de uma prática avançada com famílias.

Conclusão

Concluindo esta apresentação, quero partilhar algumas lições aprendidas ao longo deste tempo em que tenho estudado famílias em situações de doenças:

- Como área de estudo especializada, a centralidade da teoria e dos referenciais conceituais sobre famílias proporcionam guia seguro para a clínica e a pesquisa, pois dirigem a observação e a ação do profissional.
- As famílias têm muito a ensinar-nos e querem fazê-lo. Assim, desenvolver programas de pesquisa em torno das experiências da família é fundamental.
- Um grupo de pesquisa é importante, pois garante uma equipa central que atua como uma incubadora de ideias, acolhendo e compartilhando as dúvidas e potencializando as trocas de experiências e a aprendizagem de métodos, técnicas e conhecimentos que permitem tomar a família como categoria de cuidado e de análise.
- Os enfermeiros que atuam na prática ganham muito ao experienciarem a dinâmica de grupos de pesquisa, sobretudo no que tange à indagação da realidade e à atenção das próprias ideias.
- A construção de conhecimento de enfermagem da família é um caminho que nos coloca diante de duas oportunidades: o conhecimento que vamos desvendando e as verdades que vamos descobrindo dentro de nós em nossa relação com o mundo.
- Não são as respostas que mudam o mundo, e sim as perguntas.

Referências bibliográficas

- Angelo, M. (1999). Abrir-se para a família: Superando desafios. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 1(1/2), 7-14.
- Angelo, M., Bousso, R. S., Rossato, L. M., Damião, E. B., Silveira, A. O., Castilho, A. M., & Rocha, M. C. (2009). Família como categoria de análise e campo de investigação em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(n. esp. 2), 1337-1341. doi: 10.1590/S0080-62342009000600033
- Angelo, M., Leite, M. M., & Castilho, V. (2011). Rede de revistas em enfermagem: Um desafio a ser compartilhado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1279-1280. doi: 10.1590/S0080-62342011000600001
- Bell, J. M. (2014). Knowledge translation in family nursing: Gazing into the promised land [Editorial]. *Journal of Family Nursing*, 20(1), 3-12. doi: 10.1177/1074840714521731
- Chesla, C. A. (2010). Do family interventions improve health? *Journal of Family Nursing*, 16(4), 355-377. doi: 10.1177/1074840710383145
- Figueiredo, M. C. (2011). Enfermería de familia en Portugal: Un camino en desarrollo. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 14(2), 45-48.
- Gatti, B. A. (2005). Formação de grupos e redes de pesquisa educacional: Dialogia e qualidade. *Revista Brasileira de Educação*, 30(4), 123-132.
- Moules, N. J., Bell, J. M., Paton, B. I., & Morck, A. C. (2012). Examining pedagogical practices in family systems nursing: Intentionality, complexity, and doing well by families. *Journal of Family Nursing*, 18(2), 261-295. doi: 10.1177/1074840711435508
- Pereira, G. R., & Andrade, M. L. (2008). Aprendizagem científica: Experiência com grupos de pesquisa. In L. Bianchetti & P. Meksenas (Orgs.), *A trama do conhecimento: Teoria, método e escrita em ciência e pesquisa* (pp. 163-168). Campinas, Brasil: Papius.

CONFERÊNCIA

Schober, M., & Alfara, F. (2001). *The family nurse: Frameworks for practice*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.

Weisz, J., & Rocco, M. C. (1996). *Redes de pesquisa e educação em engenharia nas américas*. Rio de Janeiro, Brasil: Financiadora de Estudos e Projetos.

PAINEL I “ENVELHECIMENTO: PERSPETIVAS DA ATUALIDADE”

Envelhecimento numa perspetiva psicológica

António M. Fonseca*

Começamos por defender a necessidade de mudar a forma como as pessoas mais velhas e o respetivo desenvolvimento são encarados. A *velhice* não é uma fase da vida desligada das restantes e a maioria das pessoas idosas continua a dispor de capacidade de controlo sobre as suas vidas: fazem escolhas, adotam estilos de vida e adaptam-se de maneiras muito diferenciadas ao processo de envelhecimento, o que produz distintos modos de envelhecer. Infelizmente, a predominância de um conjunto de estereótipos de pendor marcadamente negativo constitui um obstáculo à adoção de uma atitude positiva a propósito do envelhecimento e das pessoas idosas. É fundamental ultrapassar as crenças idadistas que ainda subsistem: quanto mais positivas forem as perceções de envelhecimento, assumidas tanto pela pessoa idosa como por quem a rodeia, mais facilitada será a experiência pessoal de transição para a velhice. Finalmente, é reconhecido que a pessoa idosa faz planos para o presente e para o futuro, concebendo *eus possíveis* por meio dos quais vai regulando a sua existência.

Apesar de ativo na concretização de um envelhecimento bem-sucedido, o indivíduo não é o único responsável por tal conquista. O contexto envolvente, não só ponto de vista físico como também do ponto de vista relacional e social, desempenha um papel importante. Mas há, certamente, um cunho pessoal no modo como a trajetória de vida individual se desenvolve, pelo que se torna pertinente abordar a construção de *eus possíveis* no decorrer do processo de envelhecimento, os quais são uma expressão de autorregulação do *eu idoso* e traduzem representações do *eu* no futuro. A partir dos diferentes papéis que a pessoa desempenha nas múltiplas dimensões que compõem a sua vida (vida profissional, família, vida social, etc.), existe a tendência para desenhar representações do *eu* relativas à situação presente e ao futuro, formando tanto aquilo que se designa por *eus* desejados, isto é, imagens do *eu* que os indivíduos gostariam que se tornassem realidade (*eu* vou ser um idoso saudável, por exemplo), como *eus* temidos, ou seja, imagens futuras do *eu* que os indivíduos gostariam que não viessem a concretizar-se. No decurso do envelhecimento, o indivíduo procura aproximar-se dos *eus* desejados e afastar-se dos *eus* temidos, assumindo comportamentos consentâneos com tal objetivo.

Registe-se a importância de tais representações no processo de autorregulação do *eu idoso*, funcionando como motores de mudança e desenvolvimento pessoal. Os *eus possíveis* referem-se a projetos orientados para o futuro, quer sejam desejados – aqueles que queremos alcançar, quer sejam temidos – aqueles que desejamos evitar. Uns e outros são definidos como elementos de autoconceito que representam aquilo em que o indivíduo poderá, deseja ou teme tornar-se. Estes *eus possíveis* podem relacionar-se com acontecimentos relativos a um futuro próximo ou distante, e o significado destes *eus* pode mudar ao longo do tempo, uma vez que à medida que uns *eus* vão sendo alcançados, novos *eus* vão tomando a sua vez. O indivíduo possui um repertório de *eus possíveis* que pode ser visto como uma manifestação de objetivos duradouros, aspirações, motivos, medos e ameaças, promovendo uma ligação entre o autoconceito e a motivação.

Enquanto componentes motivacionais dirigidos para objetivos, os *eus possíveis* ajudam-nos também a compreender o modo como cada indivíduo concebe e operacionaliza noções tão subjetivas como envelhecimento ativo ou envelhecimento bem-sucedido. De fato, estamos a referir-nos aqui a imagens futuras do *eu*, desejadas ou temidas, relativas a diferentes dimensões da vida em função das quais os sujeitos intervêm delineando objetivos, planeando estratégias para os alcançar e agindo em consonância. Através dos *eus possíveis*, ficam bem evidenciadas quer as expectativas do indivíduo em relação ao seu futuro, quer os esforços por ele desenvolvidos para controlar a sua trajetória desenvolvimental.

Vários estudos atestam a importância das expectativas positivas em relação ao envelhecimento. Recorrendo a dados de uma amostra de 660 indivíduos com idades entre os 50 e os 94 anos que participaram no *Obio Longitudinal Study of Aging and Retirement* (Atchley, 1996), os resultados obtidos sugerem que idosos com expectativas mais positivas em relação ao seu envelhecimento tendem a viver em média mais 7,5 anos do que aqueles idosos que, pelo contrário, possuem expectativas

* PhD em Ciências Biomédicas, Professor Associado na Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa.

CONFERÊNCIA

menos positivas. Estes resultados são ainda mais reveladores quando consideramos que tal vantagem em termos de longevidade se manteve após controladas as variáveis idade, gênero, nível socioeconômico, solidão e saúde funcional, e que, à exceção da idade, foram as *expectativas* a variável que mais impacto teve na longevidade dos participantes. Este impacto foi, em parte, mediado pela variável *vontade de viver*, entendida pelos investigadores como o julgamento pessoal de que os benefícios que são reconhecidos em estar vivo são superiores às dificuldades relacionadas com a mesma condição.

Claro que estas expectativas são parcialmente produto do ambiente social em que o indivíduo vive. De fato, as expectativas estarão relacionadas, em boa medida, com uma série de concepções normativas relativas ao desenvolvimento na segunda metade da vida e que correspondem a um conhecimento de senso comum largamente partilhado (por exemplo, a ideia de que problemas de memória tendem a aumentar na velhice). Tal acaba por fornecer aos indivíduos um referencial de expectativas normativo, em relação ao qual cada pessoa avalia e concebe a sua trajetória individual e a dos outros. Conhecer estas crenças permite à pessoa perceber se a sua condição desenvolvimental é considerada normativa ou desviante, perceber em que medida ela se enquadra no que seria esperado para um indivíduo da sua idade, e formar determinadas expectativas em relação ao seu futuro. No fundo, as concepções normativas sobre o desenvolvimento e a comparação social que os sujeitos fazem, tendo-as por base, em muito influenciam as expectativas pessoais em relação ao desenvolvimento nas diferentes etapas da vida, incluindo na velhice.

Referências bibliográficas

Atchley, Robert (1996). *Continuity and Adaptation in Aging*. Baltimore, USA: The Johns Hopkins University Press.

Desafios da Conjugalidade em ninho vazio

Madalena de Carvalho*

Resumo

No contexto do esquecimento a que tem sido votada esta entidade tão complexa, determinante, aliciante, desafiadora, muitas vezes paradoxal que é o casal, a autora reflete sobre os desafios da vivência da conjugalidade numa fase particular do ciclo evolutivo da família: o *ninho vazio*. O sistema conjugal desenvolve-se, complexifica-se ao longo da sua própria história. Realçam-se as muitas singularidades do ser casal em ninho vazio pois, mais do que noutras etapas da vida, quando se pensa nesta habitualmente existe uma maior tendência para os estereótipos, como se a partir de uma certa idade fôssemos todos mais iguais, mais do mesmo, mais triviais.

A autora pontua como a maior dificuldade na vivência da conjugalidade, pelo par, nesta etapa da vida do casal a fragilidade do *Nós*, porque se desapareceu de ser casal, se esqueceu o *Nós* conjugal, e agora, que os filhos saíram, há um encontro de 2 estranhos. Agora do que falamos tu e eu?

Palavras-chave: casal; meia idade; ninho vazio; envelhecimento; intervenção.

Abstract

The couple, as a complex, determining, exciting, challenging, and often paradoxical entity, has been long consigned to oblivion. It is in this context that the author reflects on the challenges of the marital experiences at a particular stage of the family life cycle, “the empty nest”. The marital system develops itself and becomes more complex along its own history. The many singularities of the couple in an “empty nest” are highlighted, given that this stage, more than in any other stages of life, is associated with the presence of more stereotypes, as if, after a certain age, people are all alike, more-of-the-same, more trivial.

The author considered that the greatest difficulty in the couple’s experience of conjugality at this stage of the couple’s life is the fragility of the “We”, as they no longer know how to be a couple. They forgot the “we” in the marriage, and now that the children have left the house, the two strangers meet. “Now what are we going to talk about, you and me?”

Keywords: couple; middle age; empty nest; aging; intervention.

Introdução

Hoje é o Dia da Família. Como Pessoa, como Técnicas da área da saúde, como docentes e investigadoras na área da Família, como Terapeutas Familiares, é um dia, de facto, relevante. É Bom que exista este dia. Todos os anos há imensas ações, também para profissionais... porque é o Dia da Família.

Mas ninguém fala do Dia do Casal! Acreditamos que neste auditório será rara a pessoa que sabe que, no Brasil, a 1 de dezembro, se comemora o Dia do Casal, mas ficamos pelo Brasil...

Para nós esta é uma metáfora do que sentimos enquanto técnicas: o esquecimento a que tem sido votada esta entidade tão complexa, determinante, aliciante, desafiadora, muitas vezes paradoxal que é o casal.

* Professora a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Coimbra. Terapeuta Familiar e de Casal

Desenvolvimento

A relação conjugal “é a única relação em que conceitos como ser educado, normal, não agressivo não têm qualquer sentido. Cada dois criam as suas regras de relação que muitas vezes são difíceis de compreender para quem está de fora” (Gameiro, 1999, p. 99).

É verdade que têm acontecido algumas mudanças nos últimos anos:

- Sentimo-lo muito enquanto terapeutas de casal, apesar de ser a modalidade mais difícil da Terapia Familiar: recebemos cada vez mais pedidos de terapia de casal. Entre marido e mulher já se aceita que *se meta a colher*.
- Mas também vemos as mudanças, enquanto investigadoras, nos últimos 10 anos. Quando preparávamos o Doutoramento, na área, em Portugal, encontrámos um enorme vazio, um quase total deserto por descobrir (Lourenço, 1996).

O REATIVA – Reforma Ativa, programa que nos reúne aqui hoje, é bem prova das mudanças. É prova de sensibilidade, inteligência e atenção a um constructo, o casal, como nodal na vida das Famílias, na saúde, e como fundamental objeto de investigação. Parece que também na área da investigação, e cada vez mais, se mete a colher. . .

Claro que nem todas as pessoas adultas fazem/fizeram parte de um casal, mas todas constroem um paradigma, todas tem um modelo do que é ser casal. A grande maioria construiu, ao longo da sua infância e adolescência, um modelo do que é *ser casal*, que, por vezes, as afasta da vivência de uma conjugalidade.

Mas a grande maioria casa ou vive/viveu uma conjugalidade, sempre escrita com angústias, mas também alegrias; sofrimento, mas também euforias; desejos, mas também desilusões; prazer... emoldurado por algumas dores. Encontros e desencontros. Encontros que afinal são desencontros... Desencontros que afinal são encontros.

A formação e vida do sistema conjugal são de crucial importância para o desenvolvimento de toda a vida familiar. Os elementos de um casal são “os arquitetos da família”, nas palavras de Virginia Satir (1997, p. 41). Mais concretamente, existem três níveis fundamentais a ter em atenção quando pensamos no subsistema conjugal:

- A sua formação é um processo que será o esteio da vida do casal, sendo compreensível o valor atribuído à clarificação das fronteiras do casal com outros sistemas (como as famílias de origem, os grupos de amigos, os grupos de trabalho,...), à definição do modelo conjugal (articulação dos modelos individuais) e ao desenvolvimento de uma comunicação funcional;
- O sistema conjugal é vital para o crescimento das gerações mais novas. O casal é, muitas vezes, parceiro do par parental;
- Os cônjuges são os arquitetos do eu sexual, conjugal e romântico dos filhos.
 - » O casal serve para a criação de um sentimento de pertença e de autoestima, embrião da família em construção,
 - » O casal é um ser vivo com a sua própria história, com uma *personalidade* específica, que está para além da estrutura de personalidade de cada um dos parceiros: $1 + 1 = 3$ (Caillé, 1991).

Como é característico de qualquer sistema humano, o casal evolui, *persegue a mudança*. O sistema conjugal desenvolve-se, complexifica-se ao longo da sua própria história - com Bateson (1984) pensamos em *co-evolução*, em transformações relacionadas - muda substancialmente com a maturação dos 2 parceiros envolvidos, com a mudança dos seus papéis familiares associados à chegada, desenvolvimento e partida dos filhos (quando existem), com a mudança dos papéis profissionais, a ascensão ou declínio económico (Floyd, Haynes, & Kelly, 1997).

E chegamos, numa caminha mais ou menos longa, mais ou menos dolorosa, mais ou menos satisfatória, sempre, e cada vez mais, muito imprevisível, à etapa do ciclo vital/evolutivo do casal tema desta comunicação: O ninho vazio, expressão que pesa, até algo *depressiva*: ninho vazio.

Esta expressão pressupõe que o *ninbo* em tempos não esteve vazio, houve filhos... que entretanto saíram do ninho/ de casa.

Depois de tantos anos de casamento, os jogos estão feitos.

São cinco as questões que devemos colocar para avaliar os casais em *midlife* (Floyd, Haynes, & Kelly, 1997). Vejamos:

- Estão os problemas conjugais relacionados com as preocupações da meia-idade com a criação *vs.* estagnação? Por exemplo, as preocupações com o sustento da família levaram a um aumento do envolvimento no trabalho (procurando ou obtendo promoção) por um dos cônjuges, ou *burnout*, frustração e depressão?

CONFERÊNCIA

- Mudanças nas circunstâncias económicas, quer pelo aumento quer pelo declínio, causaram conflitos na tomada de decisão na área das finanças, nos planos de reforma ou *stress* económico?
- Como é que o casal foi afetado pelo aumento da autonomia dos filhos? Os conflitos pais-filhos alastraram à medida que os filhos se aproximavam da adolescência? Os filhos jovens adultos corresponderam às expectativas dos pais de autossuficiência, ou permaneceram financeira e emocionalmente dependentes dos pais?
- Há *stressores* nas relações com a geração mais velha? O casal assumiu responsabilidades cuidadoras dos pais idosos? A morte de um pai causou problemas de ajustamento de um dos cônjuges que estão a afetar o casamento?
- Estão os *stressores* associados com a saúde e mudanças físicas, com a doença?

Estas cinco questões abarcam uma multiplicidade de sistemas e relações que nos fazem particular sentido.

Vamos apontar as questões de avaliação relevantes (Floyd et al., 1997), nesta etapa da vida do casal:

- Os filhos em *lançamento* levaram a que o casal fizesse maiores exigências à relação conjugal como fonte de recompensa interpessoal?
- Como é que a reforma afetou o casal? Estão seguros financeiramente? Substituíram papéis profissionais por atividades recompensadoras? As dificuldades em lidar com o aumento do tempo de lazer causaram tensão na relação conjugal? Podem os cônjuges agir como motivadores um do outro na condução de estilos de vida ativos?
- O casal necessita de ajuda no enfrentamento (*coping*) dos problemas de saúde? Estão a causar tensão na relação expectativas irrealistas sobre o cuidar de si ou do cônjuge? Existem medos relativos à deterioração da saúde sobre os quais os cônjuges não conseguem discutir e resolver?

Podíamos optar por vos falar das regularidades dos casais em ninho vazio, mas não podemos deixar de salientar que existem muitas, muitas singularidades. Isto porque é evidente que mais do que para outras etapas da vida, quando pensamos nesta temos habitualmente uma tendência muito maior para os estereótipos, como se a partir de uma certa idade fossemos todos mais iguais, mais do mesmo, mais triviais! Não é isso que vemos:

- Enquanto terapeuta de casal (eg. cada vez há mais casais, a viver o ninho vazio, a pedir terapia de casal, não estão *acomodados*, ainda perseguem a felicidade...)
- Não foi isso que eu vi na colaboração com o programa REATIVA, em especial no contacto com casais e cônjuges a viver esta etapa da vida... O que vimos foi diversidade, casais muito felizes e cônjuges em grande sofrimento na vivência da sua conjugalidade, vimos a diversidade que preconceituosamente não lhes é associada.

Tendo que fazer opções sobre do que vos falar hoje, selecionamos, agora, talvez a que consideramos a maior dificuldade na vivência da conjugalidade, pelo par, nesta etapa da vida do casal:

Os filhos saíram de casa, após mais de 20 anos (cada vez mais... muitos mais anos) a cuidar deles, a ter os filhos como ponto nodal de ligação dos pais, muitas vezes tema das principais conversas, a fonte dos maiores investimentos... Ou seja desaprendemos de ser casal, distraímos-nos e esquecemos o nós conjugal, e agora que os filhos saíram ficamos em casa como dois estranhos:

Agora sem os filhos é mais difícil, eles já não estão lá para nos *juntar*, para com eles triangularmos as dificuldades conjugais. Se já nos reformámos ainda pode ser mais complicado... sem uma atividade diária, marcada no tempo, regular, que nos dá conteúdo para conversas... Agora do que falamos tu e eu?

Por vezes temos, mesmo, que reaprender a ser casal, redescobrir essa identidade... a partilha, a sexualidade, o sentimento de união, a verdadeira intimidade indispensável a uma relação satisfatória.

É o *voltar a estar junto* mantendo o sentimento de individualidade. Desejam-se expressões alternadas de intimidade e independência crescentes. Lembramo-nos dos que defendem que as únicas pessoas que vivem juntas e felizes são aquelas que também poderiam viver separadas.

Ora somos técnicos de saúde... ou seremos, e como técnicos de saúde (física e mental) sabemos como o caminho passa pela prevenção. Por isso tanto nos sensibilizou a postura e desafio lançado pela Investigadora Principal do Programa Reativa, Professora Doutora Helena Loureiro, investigadora apaixonada da área (Loureiro, 2011), quando sonhou avaliar o efeito de um programa de promoção da saúde para recém-aposentados em cuidados de saúde primários, e inovadoramente o pretendeu fazer em dimensões particularmente relevantes: adaptabilidade familiar, coesão familiar e satisfação conjugal. E o

CONFERÊNCIA

sonho tornou-se realidade. Neste momento existe um programa que, acreditamos, pode promover a conjugalidade saudável num processo de envelhecimento ativo.

Conclusão

Terminamos lançando, atrevida e provocadoramente, a profissionais e futuros profissionais, o desafio de não recearem estar disponíveis para escutar (e eventualmente trabalharem com os vossos utentes) sobre/a área da conjugalidade. Acreditem que muitas vezes eles aguardam que vocês lhes abram essa porta. Atrevam-se a abrir, com cautela, bom senso e conhecimentos, essa porta.

Referências bibliográficas

- Bateson, G. (1984). *La nature et la pensée*. Paris, France: Le Seuil.
- Caillé, P. (1991). *Un et un font trois: Le couple révélé à lui-même*. Paris, France: Édition Sociale Française.
- Loureiro, H. (2011). *Cuidar na “entrada na reforma”: Uma intervenção conducente à promoção da saúde de indivíduos e de famílias* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Aveiro, Portugal.
- Lourenço, M. M. (1996). *Casal: Conjugalidade e ciclo evolutivo* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Portugal.
- Floyd, F. J., Haynes, S. N., & Kelly, S. (1997). Marital assessment: A dynamic functional-analytic approach. In W. K. Halford & H. J. Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples intervention* (pp. 349-377). Chichester, England: Wiley.
- Gameiro, J. (1999). *Crónicas*. Porto, Portugal: Afrontamento.
- Satir, V. (1997). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. Mexico, México: Pax Mexico.

Famílias e transgeracionalidade

Ana Paula Forte Camarneiro*

Resumo

Enquadramento: A família continua a ser o lugar onde se alicerça o desenvolvimento individual e onde se faz a transmissão da herança geracional emocional. Na fase de desenvolvimento familiar família com filhos adultos, os casais, em geral, ficam em ninho vazio e transitam para a reforma e necessitam dos recursos familiares nesta transição. **Objetivo:** compreender a importância dos filhos, netos e casal para os reformados na transição para a reforma. Método: estudo qualitativo, descritivo realizado com 70 participantes entrevistados no âmbito do projeto “Reforma Ativa”: estudo de um programa promotor de um envelhecimento saudável - REATIVA. Análise de conteúdo segundo Bardin. **Resultados:** Os netos, filhos e casal constituíram-se como recurso e estratégia familiar na adaptação à reforma. Os netos são fonte de prazer e afeto e os filhos de preocupação e também de proximidade. Os pais ajudam os filhos e esperam a sua ajuda; consideram-nos apoios potenciais, na reserva, e sentem a inversão da hierarquia geracional. O casal surge como o principal apoio e é grande a expectativa face à conjugalidade. **Conclusão:** filhos e netos assumem importância no caminho para a inversão da hierarquia geracional. Os filhos tornam-se figuras de vinculação na reserva. O cônjuge situa-se na primeira linha de apoio na reforma.

Palavras-chave: família; transgeracionalidade; reforma; filhos; netos.

Introdução

A família, dita célula fundamental da sociedade ou base da vida social, tem sofrido transformações profundas ao longo dos séculos, que correspondem às mudanças das sociedades, sendo estas particularmente evidentes nas últimas décadas pelas novas constelações familiares.

Apesar de todas as transformações, a família continua a constituir o lugar onde se alicerça o desenvolvimento individual, que permite a matriz da identidade dos seus membros, e o lugar onde se dá alguma continuidade à cultura.

De acordo com Alarcão (2000), pensamos a família como o lugar onde nascemos, crescemos e morreremos ainda que ao longo desse percurso possamos ter mais do que uma família. Assim, e concordando com a autora, este é o espaço privilegiado para a elaboração e aprendizagem de dimensões importantes da interação e o espaço de vivência de relações afetivas profundas, “... numa trama de emoções e afetos positivos e negativos que, na sua elaboração, vão dando corpo ao sentimento de sermos quem somos e de pertencermos àquela e não a outra qualquer família” (Alarcão, 2000, p. 35).

O sentimento de pertença (a acomodação ao grupo familiar e aos seus pressupostos de padrões transacionais, consistentes face aos diferentes acontecimentos da vida) e o sentimento de separação (participação em diferentes subsistemas familiares, em diferentes contextos familiares e em grupos extrafamiliares) são considerados as duas grandes funções da família, sendo esta tomada como um sistema. A pertença e a autonomia remetem para o princípio hologramático (holão = holos + ão; do grego, o todo + a parte), em que o indivíduo é, por um lado, uma parte da família e da comunidade a que pertence, e por outro lado, nele habita e reconhece-se essa mesma família e essa mesma comunidade (Minuchin & Fishman, 1990).

A perspetiva sistémica da família teve a sua origem nos anos 50 com a emergência da terapia familiar que rompe com a visão organicista e individualista do modelo psiquiátrico tradicional. Surge na sequência da criação da Teoria Geral dos Sistemas de von Bertalanffy e da publicação dos trabalhos de Wiener sobre cibernética, ambos na década de 40, aceitando que o todo é

* PhD em Psicologia Clínica, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Investigadora no projeto REATIVA [pcamarneiro@esenfc.pt]

CONFERÊNCIA

mais do que a soma das partes (Alarcão, 2000). À luz desta perspectiva, Gameiro define família como “... Uma rede complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos que não são possíveis de ser pensados com os instrumentos criados para estudo dos indivíduos isolados” (1992, p. 187).

Enquanto sistema, a família auto-organiza-se através do conjunto de relações que constituem o edifício familiar nos seus componentes básicos (identidade básica) – a organização familiar (Alarcão, 2000) e através da sua estrutura “(...) a rede invisível de exigências funcionais que organiza o modo como os membros da Família interagem” (Minuchin citado por Alarcão, 2000, p. 47)). A família continua a ser o lugar onde se alicerça o desenvolvimento individual e onde se faz a transmissão da herança geracional emocional.

Enquadramento

A formação da família, segundo vários autores, clássicos e contemporâneos, ocorre com a formação do casal, que se junta com o propósito de desenvolver a família, aumentando-a e dando origem a novas famílias. Foi, assim, atribuído à família um ciclo vital constituído por etapas que se sucedem no tempo, a saber, a formação do casal, família com os filhos pequenos, família com os filhos na escola, família com os filhos adolescentes, família com os filhos adultos, ficando o casal nesta etapa em ninho vazio (Relvas, 1999; Alarcão, 2000). Cada etapa tem tarefas complexas bem definidas, hierarquizadas e muitas vezes árduas, com uma sequência lógica. Durante o percurso, irá ficando a sensação de missão familiar cumprida, não haja circunstâncias individuais ou sociais inesperadas a comprometer o processo. Nesta perspectiva, a família tem como certa o seu princípio e o seu fim, como o ciclo de vida de qualquer ser vivo. Cada família forma-se, desenvolve-se e termina. Mas será que as famílias morrem?

Se nos perguntarmos, quem somos, que identidade? De onde vimos e para onde vamos? Em que contexto nos desenvolvemos e nos reproduzimos? Que legado recebemos e transmitimos? Estamos a questionar a morte da família. A família transforma-se e permanece internalizada em cada um dos seus elementos. Esta internalização é determinada pelo tipo de vínculos familiares criados e construídos na relação entre os elementos da família. De acordo com Mary Ainsworth (1969) e Ainsworth, Blehar, Waters, e Wall (1978), os vínculos familiares lançam pontes sobre o espaço e sobre o tempo.

Pensarmos a família como lugar de desenvolvimento dos indivíduos e pensamos os indivíduos a desenvolverem-se no seio de uma família, seja qual e como for. A família onde esse desenvolvimento ocorre determina inúmeras aprendizagens, experiências, vivências, partilhas, afetos e sentimentos. Determina ainda a expectativa de futuro e os meios para conseguir alcançar os objetivos. Neste contexto, passa-se uma herança familiar.

Se o indivíduo tem o privilégio de se desenvolver no seio de uma família funcional e afetiva onde encontra segurança, proximidade e conforto, é enorme a probabilidade de desenvolver vínculos fortes e seguros. Se a família é disfuncional, sem expressão de afetos, com relações distantes, sem segurança e sem conforto, aumenta exponencialmente a possibilidade de receber de herança essa disfuncionalidade familiar, desenvolvendo vínculos inseguros. Estes padrões vão perpetuar-se aos descendentes como quem transmite um código genético (por vezes há erros genéticos!).

Transmissão geracional

Segundo Bowen (1984), as famílias são fundamentalmente sistemas emocionais.

Tiês conceitos centrais na Teoria de Bowen ajudam a compreender a família enquanto sistema emocional e como se faz essa herança ao longo das gerações. São eles o processo de transmissão multigeracional, o corte emocional (*Cut-off* emocional) e a posição de fratria. O processo de transmissão multigeracional postula a passagem do processo de projeção familiar de geração para geração e aplica-se à transmissão dos níveis de diferenciação. Na perspectiva do autor, este conceito é importante para a compreensão da problemática atual da família que tem as suas raízes em gerações anteriores (Bowen, 1984; Sampaio & Gameiro, 2005). O Corte emocional, ou *cut-off*, descreve o modo como uma pessoa se afasta dos seus pais para começar uma nova vida com os indivíduos da sua geração. Se a ligação emocional dos filhos para com os pais é resolvida por um corte emocional, através de uma operação interna ou através de distância geográfica, a ligação fica por resolver e não existe processo de diferenciação estruturado, levando à transmissão de um baixo nível de diferenciação para os filhos. Assim, as dificuldades emocionais são passadas às gerações seguintes e só a reanálise desses problemas pode evitar dificuldades psicológicas (Bowen, 1984; Sampaio & Gameiro, 2005).

A posição de fratria caracteriza-se por considerar que as características de personalidade são devidas à posição na fratria em que se nasce e se é educado, sendo possível estabelecer perfis hipotéticos de personalidade, correspondentes a determinadas posições: o mais velho, o mais novo, o único, etc.

A perspetiva transgeracional, segundo Lieberman, “é uma análise de transmissão da cultura familiar no seu sentido lato, de uma geração para outra, englobando os padrões, estilos, costumes, segredos, mitos e problemas que determinam o carácter único de uma família” (Sampaio & Gameiro, 2005, p. 42).

As múltiplas gerações deixam a sua marca na história familiar transmitindo e perpetuando a repetição de padrões (Cervený & Berthoud, 2002). Em relação à perpetuação de padrões internacionais nas repetições inter e transgeracionais, Werlang (2000) afirma que as famílias desenvolvem uma estrutura característica, um padrão bem definido e repetitivo de papéis e regras dentro dos quais os seus membros funcionam. Os valores e as normas familiares advêm das experiências de crescimento dos pais, nas famílias de origem, da internalização dessas experiências, da influência da sociedade atual e das suas histórias desde que se juntaram para constituir uma nova família. Os pais que vão dar vida são portadores de marcas significativas da sua história transgeracional que serão transmitidas ao filho tal como o são as marcas biológicas (Bydlowski, 2006).

Elkaim considera que todas as famílias transmitem o seu modelo, mesmo se tentam não o fazer. Esse modelo pode saltar gerações. É a construção subjetiva de padrões de comportamento. Esta pode ocorrer por regras ou mitos sustentados por segredos familiares (Cervený & Berthoud, 2002).

Um estudo de Baptist, Thompson, Norton, Hardy, e Link (2012) mostrou que famílias de origem desligadas ou emaranhadas, quando têm um padrão de vinculação ansioso ou evitante, tendem a ser mais hostis no tipo de conflitos, demonstrando assim a transmissão intergeracional.

Os conceitos transgeracional e intergeracional são distintos (Abraham & Torok citado por Golse, 2007) e pretendem mostrar a influência do mundo representacional dos indivíduos de uma determinada geração na geração seguinte e por onde atuam os fenómenos de transmissão que suportam essa influência. A transmissão transgeracional faz-se entre gerações sem contacto direto, no sentido descendente e segue, essencialmente, as vias de comunicação verbal (digital) e as suas particularidades estruturais (fenómenos do não dito, por exemplo). A transmissão intergeracional faz-se entre gerações com contacto direto (pais e filhos), pode efetuar-se nos dois sentidos e passa sobretudo pelas vias de comunicação não-verbal ou pré-verbal (analógica). Atualmente esta distinção não é usada por todos, prevalecendo a expressão transmissão transgeracional para ilustrar qualquer das situações (Golse, 2007).

Na Europa, o número de filhos por casal tem vindo a diminuir de forma acentuada tendo deixado de ser feita a renovação de gerações no nosso país dado que o número de nascimentos já é inferior ao número de mortes. Decorre desta circunstância a existência de cada vez menos filhos e netos na família alargada. Por outro lado, os avós de hoje vivem mais tempo e com mais saúde. O aumento da esperança de vida contribui para o aparecimento do número de famílias nas quais coexistem três e mesmo quatro gerações. A verticalização da família decorre da existência de menos filhos e da possibilidade de coabitarem múltiplas gerações em simultâneo. Esta verticalização da família aumenta as relações intergeracionais e a sua importância a nível afetivo, de ajuda, de transmissão da herança psicológica e dos padrões de vinculação.

Segundo Sampaio (2008), atualmente um número menor de netos entra em relação com um número maior de avós. Os avós permitem a continuidade da família e garantem os valores familiares que asseguram o futuro.

Qual é o papel os avós no contexto atual? Contam histórias, brincam, ensinam, promovem uma relação satisfatória para ambos, contribuem para a definição de um *Eu* em cada um dos netos. Gratificam as crianças com a admiração, a alegria, o prazer e transmitem aos netos tradições e expectativas familiares. Ser avó é um acontecimento muito marcante, mas pode vir a ser cada vez mais raro (Sampaio, 2008). A mediação dos pais é fundamental na relação entre avós e netos. As diferenças entre pais e avós devem ser bem delimitadas. Os pais são os educadores e responsáveis pelos filhos. Aos pais cabe a imposição de regras e a disciplina, em simultâneo com a ausência diária num elevado número horas de atividade laboral.

No ciclo vital da família, os avós encontram-se, geralmente, na fase da família com filhos adultos, designada por geração intermédia ou ninho vazio (Relvas, 1999). Esta fase coincide, muitas vezes, com a passagem à reforma operando-se múltiplas mudanças internas nos indivíduos (Camarneiro & Loureiro, 2014).

A análise da vivência dos recursos familiares na transição para a reforma teve como objetivo compreender a importância dos filhos e netos para os reformados na transição para a reforma.

Metodologia

Este estudo foi realizado no âmbito do projeto REATIVA, momentos 1 e 2 (Loureiro, et al., 2014a; Loureiro, et al., 2014b). O estudo é descritivo de natureza qualitativa. A informação utilizada foi recolhida, no primeiro momento, pela técnica de focus-grupo e, no segundo momento, por entrevista a casais. Seleccionaram-se 70 participantes reformados há menos de cinco anos, com filhos e netos, registados em Centros de Saúde da Região Centro de Portugal. Foi feita análise de conteúdo segundo Bardin (2009).

Resultados e Discussão

Os netos, os filhos e o casal constituíram-se como recurso e estratégia familiar na adaptação à reforma. Relativamente aos netos, estes são tidos como: Fonte de prazer e de afeto ocorrendo o estreitar de relações que o tempo livre permitiu. Estas são essencialmente de ajuda aos filhos (no cuidado aos netos, nas ajudas domésticas, etc.) mas são também de partilha de atividades de tempo livre. Isto é, os pais ajudam os filhos e sentem-se bem com isso

Agora sentimo-nos felizes por poder fazer aos netos aquilo que não conseguimos fazer aos filhos, apaparicá-lo... (M13, 2014)

Eu acho que o meu neto me veio ajudar, acho que sim. (H9, 2014)

... agora ... tenho todo o tempo para ajudar os meus filhos naquilo que eles precisam ... ir buscar os meus netos à escolinha ... ir levá-los. (P40, 2014)

... gosto de brincar com eles, gosto de fazer jogos com eles, faço-lhe por vezes aqueles brinquedos antigos para eles verem como se fazia. Levo-os até ao pinhal comigo, também para verem as coisas ... e eles até já percebem dessas coisas e isso para mim é uma felicidade. (P38, 2014)

O facto de termos dois netos, para nós já foi uma razão para ir para a reforma. (M13, 2014)

Eu acho que vai custar muito ao meu marido porque o garoto, nos momentos em que o tempo o permite e que não está nas aulas, a adoração dele é andar no quintal com o avô. (M5, 2014)

Em relação aos filhos, os reformados experienciaram:

Estreitamento de relações de proximidade com os filhos

Eu saio com a minha filha, vou passear com ela. (M12, 2014)

Também vamos para casa dos filhos. Juntamo-nos muitas vezes. Quando vai um temos de estar todos juntos. (M4, 2014)

A família é sempre importante, é a base principal. (H4, 2014)

Preocupação com os filhos, centrada na dimensão económica. Esta ocasionada pelas elevadas taxas de desemprego jovem.

Às vezes penso que somos uma caução dos nossos filhos olhando ao problema que temos no país ... eu penso que ainda temos de ajudar os nossos filhos, o mais novo de certeza absoluta. (H1, 2014)

... tenho a preocupação de não deixar barreiras e compromissos para os filhos, essa é a minha maior preocupação. (P75, 2014)

Ela [a filha] veio para cá ao fim de um ano de estar desempregada ... e ficaram por aqui, só que entretanto emprego não houve ... (M5, 2014)

Ajuda aos filhos que a solicitam. Sobretudo quando vivem próximos, os pais ajudam os filhos, o que não era possível realizarem anteriormente.

... elas próprias formaram outro tipo de vida ... e esse tipo de vida acaba por sobrecarregar um bocado para o outro lado [o seu]. A minha mais velha ... vem estender ao quintal da mãe, para a mãe passar a ferro ... e quando vem já tem o jantar feito ... E quem diz uma diz a outra, isso não há dúvida que é assim. (P76, 2014)

... ajudo a minha filha quando tenho um bocadinho, quando não tenho, faço por ter. (P76, 2014)

Os pais esperam a ajuda dos filhos, com a sua presença, o afeto e o cuidar.

Isto é o melhor que a gente tem ... pronto é o melhor que se tem na vida quando se chega a esta idade ... é os filhos e os netos ... não é? (M16, 2014)

CONFERÊNCIA

Filhos como potencial fonte de apoio. No entanto, só se for preciso. Então os filhos tornam-se figuras de vinculação na reserva, papel atribuído pelos adolescentes aos pais.

... se houver algum problema sabemos que podemos contar com eles [os amigos] e com os filhos também. (M11, 2014)

Inversão da hierarquia geracional

... mas isso só se pensa quando se chega a esta altura, quando se tem vagar para isso. ... antes foi dar-lhes asas para eles poderem voar ... Quando somos ativos, os filhos são parte do dia-a-dia ativo. ... A profissão mais difícil que há na vida é ser pai/mãe. ... agora acompanhamos de outra forma, já não somos nós que mandamos ... as dependências são completamente diferentes. (P89, 2014)

Em relação ao casal, os reformados experienciaram:

Transgeracionalidade

Eu sempre imaginei ter uma casa, um lar, ter filhos ... E nós tivemos. (P18, 2014)

Expectativa face à conjugalidade. É, sem dúvida, na conjugalidade que se encontra a maior fonte de apoio mútuo, referindo os indivíduos que o cônjuge assume um papel de recurso e de apoio fundamentais para a adaptação à reforma, receando a morte do cônjuge pelo desamparo que isso constituirá.

Estamos muito mais tempo juntos ... fazemos tudo em comum. (H16, 2014)

Em casa, estamos sempre só os dois ... sinto-me bem ... (M16, 2014)

Eu agora ... vou com o meu marido, que ele é camionista, e vai para Lisboa ... vai para o Porto ... às vezes vou com ele. (P13, 2014)

... com a minha mulher, vamos para aqui, vamos para acolá. (P60, 2014)

Nos casos em que o casal não tem filhos, a adaptação à reforma parece tornar-se mais difícil.

Eu não tenho filhos, fico eu e a minha mulher ... isto leva-nos a certas partes do dia em que estamos na solidão e pensamos no que será a minha vida e da minha esposa daqui a uns anos? O que será? ... quem não tem filhos nem netos fica com esse problema a girar dentro do cérebro. (P61, 2014)

Conclusão

Neste estudo podemos concluir que os filhos e os netos assumem uma importância pouco manifesta sugerindo que, nesta fase do ciclo vital da família, em que se caminha para a inversão da hierarquia geracional, os filhos e os netos constituem-se como figuras de vinculação na reserva estando o apoio do cônjuge situado na primeira linha de apoio expectável. Assim, lançam-se dados para novas investigações na área da dinâmica familiar na etapa do ninho vazio.

Referências bibliográficas

- Ainsworth, M. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40(4), 969-1025. doi: 10.1111/j.1467-8624.1969.tb04561.x
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, MI: Lawrence Erlbaum.
- Alarcão, M. (2000). *(Des)equilíbrios familiares*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Baptist, J. A., Thompson, D. E., Norton, A. M., Hardy, N. R., & Link, C. D. (2012). The effects of the intergenerational transmission of family emotional processes on conflict styles: The moderating role of attachment. *The American Journal of Family Therapy*, 40(1), 56-73. doi: 10.1080/01926187.2011.575030
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Bowen, M. (1984). *La différenciation du soi, les triangles et les systèmes émotifs familiaux*. Paris, France: Les éditions ESF.
- Bydlowski, M. (2006). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris, France: PUF.
- Camarneiro, A. P., & Loureiro, H. (2014). Precipitantes e expectativas da passagem à reforma na perspectiva de recém-aposentados portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD Revista de Psicologia*, 1(2), 39-46.

CONFERÊNCIA

- Cervency, C. M., & Berthoud, C. M. (2002). *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Gameiro, J. (1992). *Voando sobre a psiquiatria: Análise epistemológica da psiquiatria contemporânea*. Porto, Portugal: Edições Afrontamento.
- Golse, B. (2007). *O ser-bebé*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Loureiro, H., Mendes, A., Camarneiro, A., Fernandes, A., Fonseca, A., Veríssimo, M., ... Ângelo, M. (2014a). *A transição para a reforma em reformados portugueses*. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem/Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Loureiro, H., Mendes, A., Camarneiro, A., Fernandes, A., Fonseca, A., Veríssimo, M., ... Ângelo, M. (2014b). *A transição para a reforma em casais portugueses*. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem/Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Minuchin S., & Fishman, H. C. (1990). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Relvas, A. P. (1999). *O ciclo vital da família, perspetiva sistémica*. Porto, Portugal: Afrontamento.
- Sampaio, D., & Gameiro, J. (2005). *Terapia familiar*. Lisboa, Portugal: Edições Afrontamento.
- Sampaio, D. (2008). *A Razão dos avós*. Lisboa, Portugal: Editorial Caminho.
- Werlang, B. G. (2000). Avaliação inter e transgeracional da família. In Autores (Eds.), *Psicodiagnostico* (5ª ed., Vol. 5, pp. 141-150). Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas Sul.

A Família na perspectiva do Enfermeiro

Margarida Alexandra Moreira da Silva*

Resumo

A importância da família nos cuidados de enfermagem tem sido notável em várias orientações internacionais e nacionais destacando-se em Portugal a atual reestruturação dos centros de saúde em unidades funcionais de saúde ao nível dos cuidados de saúde primários. Esta comunicação resulta de uma compilação de resultados de estudos que permitiram analisar algumas percepções dos enfermeiros que trabalham em cuidados de saúde primários sobre o desenvolvimento dos cuidados à família ao longo do ciclo vital e, ainda, analisar algumas percepções de famílias sobre a importância dos cuidados de enfermagem na transição para a aposentação. Os enfermeiros atribuem bastante importância à família nos cuidados, contudo, a prática de cuidados à família é influenciada por vários fatores entre os quais se destacam **o próprio enfermeiro, a família e os programas nacionais de saúde**. Conclui-se que o programa REATIVA poderá constituir um importante recurso para a produção dos cuidados à família em processo de transição para a reforma.

Palavras-chave: aposentadoria; enfermagem familiar.

Introdução

A preocupação com os cuidados à família tem acompanhado o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão e disciplina do conhecimento, sendo hoje visível no enquadramento da reorganização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), no desenvolvimento teórico da enfermagem de família e na teorização produzida pelos enfermeiros. Pretende-se aqui apresentar algumas notas que enquadram o desenvolvimento profissional do enfermeiro nos cuidados à família nos CSP.

A atual organização dos CSP em unidades funcionais de saúde, nomeadamente em Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) veio exigir aos enfermeiros uma prática profissional orientada para a saúde das famílias e criar a figura do enfermeiro de família como o profissional que integra as equipas de saúde familiar, assumindo a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a família, em todas as fases da vida (Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto, 2014).

Neste sentido, o enfermeiro de família acompanha o envelhecimento das famílias ao longo das diferentes fases do ciclo de vida, preparando a vivência das transições e facilitando o desenvolvimento de competências e de aprendizagens antes, durante e após essas transições.

Os programas nacionais de saúde constituem instrumentos chave para a aplicação do Plano Nacional de Saúde, para todos os profissionais envolvidos, bem como todos os indivíduos e famílias, nos diversos contextos.

À luz das políticas internacionais, os programas nacionais de saúde devem orientar os profissionais para contribuir para que as famílias sejam capazes de apoiar os seus membros (Meta 3), promovendo e protegendo a saúde, ao longo da vida, corrigindo as perdas da idade e a conseqüente sobrecarga para a família (Meta 5). Neste sentido, é necessário um sistema de saúde mais integrado, com maior ênfase nos CSP, onde, no centro das equipas, deve estar o enfermeiro de família que proporcione a um número limitado de famílias um amplo leque de aconselhamento sobre estilos de vida, apoio familiar e cuidados domiciliários (Meta 15; OMS, 2003).

A nível nacional, para além dos Planos Nacionais de Saúde (2004-2010; 2012-2016), onde uma das estratégias para obter mais saúde para todos consiste na abordagem centrada na família e no ciclo de vida, existem orientações da Ordem dos

* Professora, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCPSFPC, [margarida@esenfc.pt]

CONFERÊNCIA

Enfermeiros a advogar que “... a família tem de ser o novo centro de enfoque dos cuidados de saúde, é em vista da família, e envolvendo-a no processo, que se efetua a mobilização articulada de recursos e é ainda por ela e com ela que se hão-de desenvolver novas competências científicas e relacionais” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 21).

Face a esta contextualização, o desconhecimento do posicionamento e da assunção que esta problemática assume, impôs a necessidade de realizar um estudo tendo como objetivos identificar a importância que os enfermeiros, que trabalham em CSP, atribuem à família nos cuidados e analisar a construção e produção dos cuidados às famílias, pelos enfermeiros de CSP.

Metodologia

Realizou-se um estudo em duas fases, utilizando-se a triangulação metodológica. Na primeira fase, realizou-se um estudo transversal do tipo descritivo e correlacional, com 871 enfermeiros pertencentes aos CSP da Administração Regional de Saúde do Centro, com o objetivo de identificar a importância que os enfermeiros atribuem à família nos cuidados. A segunda fase consistiu-se num estudo qualitativo, baseado em metodologia de casos múltiplos com 29 enfermeiros em dois Agrupamentos de Centros de Saúde da ARS do Centro.

Para avaliar as atitudes dos enfermeiros de CSP face à família, aplicou-se a escala A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem-Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE; Oliveira et al., 2009; 2011). É composta por 26 itens em três dimensões: *família: parceiro dialogante e recurso de coping*; *família: recurso dos cuidados de enfermagem*; e *família: fardo*. Cada item é respondido através de uma escala de concordância, tipo Likert, com quatro opções: *Discordo completamente* (1), *Discordo* (2), *Concordo* (3) e *Concordo completamente* (4).

Os itens da escala são classificados em cognitivos (“eu penso”), afetivos (“eu sinto”) e comportamentais (“eu faço no meu trabalho”). No total da escala os *scores* variam entre 26 e 104. Quanto maior for o score obtido nas duas primeiras dimensões (Família: parceiro dialogante e recurso de Coping e Família: recurso nos cuidados de enfermagem) e menor for o score obtido na terceira dimensão (Família: fardo), mais importância atribuem os enfermeiros à família nos cuidados, ou seja, mais atitudes de suporte revelam os enfermeiros (Oliveira et al., 2009; 2011).

Na segunda fase do estudo, a exploração dos casos, através de fontes múltiplas, e a confrontação das evidências da primeira fase do estudo permitiu conhecer algumas perspetivas que os enfermeiros possuem acerca da família na construção dos cuidados de enfermagem.

A partir dos resultados deste estudo, recorreu-se aos resultados do Projeto REATIVA: Transição para a Reforma em Casais Portugueses (Loureiro et al., 2014) onde foi possível conhecer algumas perceções de famílias sobre os cuidados de enfermagem na transição para a aposentação.

Resultados

Os resultados revelaram pontuações elevadas nas dimensões: Família: recurso nos cuidados de enfermagem (76,48) e Família: parceiro dialogante e recurso de coping (73,33), enquanto, na dimensão Família: fardo (21,60), os enfermeiros apresentaram pontuações baixas (Tabela 1).

Tabela 1

Medidas descritivas observadas para as dimensões da escala - IFCE-AE

DIMENSÃO	\bar{x}	s	P25	Md	P75	x _{min}	x _{máx}
Família: parceiro dialogante e recurso de coping	73,33	11,97	63,89	72,22	83,33	30,60	100,00
Família: recurso nos cuidados de enfermagem	76,48	12,61	66,67	76,67	86,67	36,70	100,00
Família: fardo	21,60	15,19	8,33	25,00	33,33	0,00	66,70

Constata-se assim, que os enfermeiros que trabalham em CSP na ARS do Centro atribuem bastante importância às famílias nos cuidados de enfermagem, ou seja, apresentam atitudes de suporte face à família, critério importante para a qualidade dos cuidados e defendido, como centro de preocupação nas intervenções de enfermagem, para além das respostas da família (Wright & Leahey, 2009).

Na segunda fase do estudo, identificaram-se algumas perspetivas que os enfermeiros possuíam acerca da família, na construção dos cuidados. À semelhança dos resultados da primeira fase deste estudo, os testemunhos dos participantes parecem comprovar que o envolvimento da família nos cuidados é uma preocupação dos enfermeiros.

A análise das narrativas dos participantes revelou que na construção dos cuidados à família nas equipas de saúde familiar estão consubstanciados diversos fatores destacando-se entre eles, os programas nacionais de saúde, a família e os próprios enfermeiros.



Figura 1. Programas Nacionais de Saúde, Família e Enfermeiros no processo de cuidados às famílias

As narrativas evidenciaram que, na produção dos cuidados de enfermagem às famílias, ao longo do ciclo vital, o envolvimento da família é uma preocupação dos enfermeiros e que este está dependente do acompanhamento que a família faz aos seus elementos e da receptividade das famílias aos cuidados de enfermagem.

O acompanhamento que a família faz aos seus elementos é manifestado nas narrativas dos participantes, quando se referem à presença das famílias nas consultas de enfermagem. Este acompanhamento está, na perspetiva dos participantes, associado à fase do ciclo de vida em que a família se encontra e às características da própria família enquanto recurso de suporte:

Ah ... nas consultas de saúde infantil é inerente, a família vem com a criança, não é? ... normalmente vêm os pais. Os diabéticos, alguns vêm acompanhados, porque são idosos, ou vêm com os filhos, ou vem o casal ... São poucos ... também acontece, mas é raro (EB2 -3, 2012)

... a nível da diabetes, aqueles velhinhos que vêm sozinhos, não é? Era importante nós ah ... pronto conversar com os cuidadores, não é? E muitas vezes não conseguimos ah ... não conseguimos isso (FA2 – 2, 2012)

... tem a ver depois com a própria família, com a própria rede de apoio. ... (EAI – 2, 2012)

Estas narrativas evidenciam que é, no grupo dos idosos, que os enfermeiros sentem uma maior dificuldade em envolver as famílias, uma vez que os idosos nem sempre são acompanhados pelos familiares às consultas. O que pode significar a

CONFERÊNCIA

ausência de recursos familiares e a exigência requerida aos enfermeiros para uma intervenção mais dirigida à rede de apoio familiar que pode ser constituída pelas gerações mais novas (netos) ou outros elementos significativos que constituam a família extensa.

Ao longo do envelhecimento das famílias o conceito “... família é quem os seus membros dizem que são” (Wright & Leahey, 2009, p. 68), constitui um referencial cada vez mais importante, para a intervenção dos enfermeiros.

Em relação à receptividade das famílias aos cuidados de enfermagem, na perspectiva dos participantes, quando os enfermeiros procuram centrar os cuidados na família, algumas famílias não se encontram receptivas considerando ainda ser uma intromissão:

... eu acho que isso é muito mal recebido ... ah, ah ... nós já tentamos uma vez abordar ... ah, para tentarmos começar a fazer e eu acho que isso ... porque as pessoas não estão receptivas a isso. ... (EB1 – 6, 2012)

Sentem que é uma intromissão ainda por cima naquele momento mais sensível, que estão mais ... estão ali numa nova ah ... organização ... a saúde infantil, no caso, porque vem a mãe, vem o pai, normalmente vem o casal, não é? ... e até os avós vêm muitas vezes e acaba por ... por ter essa ... aqui na zona ... não é fácil ... (EB1 – 6, 2012)

A pouca receptividade e o sentimento de intromissão das famílias podem associar-se à representação social dos enfermeiros, desconhecimento dos cidadãos em relação às competências dos enfermeiros e à imagem tradicional dos enfermeiros como cumpridores de tarefas prescritas pelo médico (Figueiredo, 2009). Contudo, se os enfermeiros integrarem e defenderem as suas competências nos cuidados que prestam, demonstram o valor e a razão de tais cuidados o que influencia também a opinião dos utentes e das famílias sobre o mandato social que possuem.

Na perspectiva dos participantes deste estudo, o envolvimento da família nos cuidados e a centralidade dos cuidados na família, depende também do próprio *enfermeiro*, nomeadamente da *conceção de cuidados* que possui e da sua *boa vontade e desempenho*.

Em relação à conceção de cuidados de enfermagem orientados para a família, parece evidenciar-se a importância do envolvimento da família em situação de doença, nomeadamente pela necessidade da família constituir uma parceria nos cuidados:

... alguns grupos de risco estamos mais vocacionados para envolver a família, para praticar a enfermagem de família do que outros ... eh ... na área da diabetes, nós temos mais tendência para envolver a família, até porque nos tranquiliza também, não é? ... se nós arranjamos um cuidador, quem é que tem lá em casa? Quem é que ajuda? Quem é que presta esses cuidados? ... Em relação à criança e ao jovem, eu penso que também tentamos envolver, se calhar noutras áreas, no ... no planeamento, eu ... eu, eu sinceramente eu acho que não, que não envolvo tanto a família e devíamos envolver, cada vez mais ... devíamos envolver o companheiro, os outros filhos, porque não? é uma área que interessa a todos e que, eu acho que nos descoramos, sinceramente, desde sempre ... (EB – 2, 2012)

Um dos maiores obstáculos ao desenvolvimento das práticas clínicas às famílias, como unidade de cuidados, é a conceção que os enfermeiros possuem, orientada para os cuidados de saúde e doença e a dificuldade em direcionar os cuidados para as interações dos membros da família (Wright & Leahey, 2009).

A boa vontade e o desempenho dos enfermeiros emergiram nas narrativas dos participantes, relacionada com a falta de orientação:

... enquanto que na saúde infantil é quase impossível não envolver a família, depois no resto, parte um bocadinho de nós, por exemplo na diabetes, eu posso envolver a família, se assim o entender e se tiver condições para tal ... depende também da nossa vontade e do nosso desempenho (FA1 – 2, 2012)

Neste sentido, levantou-se a necessidade de um programa orientado para a família:

estamos muito virados para as valências ... e efetivamente olhando bem, não há um programa dedicado à família ... às relações familiares. Nós cuidamos dos problemas de saúde física, quando há realmente um problema de saúde familiar, não é ... eh ... há um investimento na saúde da família, assim ... escrito (...). (EB – 1, 2012)

CONFERÊNCIA

A necessidade de programas nacionais de saúde para orientar os enfermeiros nos cuidados foi visível quando os participantes identificaram alguns programas como facilitadores, nomeadamente ao Programa Nacional para a Diabetes, ao Programa Nacional de Saúde Infantil e ao Programa Nacional de Saúde Materna:

No programa de saúde materna está mais facilitado, é mais fácil nós envolvermos a família nessa área ... a nível dos idosos é sempre muito mais complicado ... (E B2 – 1, 2012)

... os 2 programas que estão melhor organizados são o da diabetes e da saúde infantil, esses dois programas facilitam muito ... e por estarem também, bem implementos. (EB2 – 6, 2012)

As narrativas dos participantes parecem revelar que os programas de saúde constituem uma orientação e uma necessidade para orientar os cuidados às famílias. O facto de não haver nenhum programa de saúde familiar condiciona o processo de cuidados às famílias, levando à liberdade de intervenção dos enfermeiros, uma vez que não existe orientação específica para a intervenção com as famílias:

... isto porque também não existe nenhum programa é só o que nós queremos fazer com a família, não existe programa nenhum específico para nos orientarmos (EB2 – 1, 2012)

... Tal como o programa de saúde infantil existe porque ele está padronizado pela DGS está lá tudo escrito do que é que se deve fazer e do que não se deve e sempre que há alterações nós seguimo-las e para isto ... para a enfermagem de família, se calhar devia ser a mesma coisa. (EB2 – 6, 2012)

Na opinião de Santos (2012), embora nos Planos Nacionais de Saúde 2004-2010 e 2012-2016 se identifiquem, como orientação estratégica “para obter mais saúde” (p. 3), abordagens centradas na família e promoção de contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida; nos programas nacionais de saúde não há evidência à definição de programas centrados na saúde da família, mas, pelo contrário, em programas centrados na doença.

A ausência de um programa orientado para a saúde da família, bem como de programas que contemplem a saúde na idade adulta, excluindo-se a área da saúde da mulher e da saúde no trabalho, sublinham a importância do Programa REATIVA, o que é espelhado também nas narrativas dos casais participantes da construção do protótipo (Loureiro et al., 2014).

As expectativas para o futuro foram uma das temáticas que desvelou dificuldades e recursos que os casais esperavam vir a ter no futuro. As dificuldades apontadas relacionaram-se com o processo saúde/doença, envelhecimento e morte, bem como dificuldades financeiras e familiares. Os recursos idealizados para o futuro foram os conjugais, os da rede formal e os da rede informal (Loureiro et al., 2014).

No âmbito da rede formal emergiu a importância dos centros de saúde, nomeadamente o contributo que o enfermeiro de família e o médico de família assumem no acompanhamento dos processos de saúde/doença, “Ah muito! Para mim eu acho que são muito importantes. Basta nós falarmos para eles como quem fala para uma pessoa de família. Tenho muita confiança nele, no médico e na senhora enfermeira. (M18, 2014)” (Loureiro et al., 2014).

Estes resultados foram também espelhados por Loureiro (2011) num estudo realizado com uma amostra recém-aposentados, onde a identificação dos profissionais de saúde esteve ligada ao acompanhamento em situações de transição de saúde.

Na análise das narrativas dos casais participantes do projeto REATIVA (Loureiro et al., 2014), emergiram também recomendações para intervenção com casais que experienciam esta fase de transição. Nestas recomendações, surgem também as redes formais, nomeadamente as instituições de saúde e aqui o papel do enfermeiro no incentivo aos casais para formação e como recurso para apoio “Eu acho que devia haver um gabinete de apoio, onde as pessoas pudessem dirigir-se para falar com um enfermeiro ou um médico. (M17, 2014)” e “Devem dizer que atividades é que há mas essa formação deveria ser dada antes das pessoas se reformarem, logo a partir de certa idade ... (H16, 2014)” (Loureiro et al., 2014).

Em relação ao enfermeiro, foi ainda identificado o papel colaborador no planeamento da transição para a reforma “Os enfermeiros devem comunicar com os utentes e ajudá-los a planear estratégias que lhes permitam ultrapassar os problemas que se encontram a viver. Mas é preciso que as pessoas se abram e contem o que as perturba. (M11, 2014)” (Loureiro et al., 2014).

Com estes resultados, revela-se que embora possam existir famílias que não identifiquem o papel do enfermeiro ao longo do ciclo vital, e até mesmo considerá-lo uma intromissão, outras famílias identificam esta função e consideram-na importante, o que deverá constituir um estímulo à desconstrução da imagem tradicional da própria profissão.

Conclusões

Os enfermeiros que trabalham em CSP na ARS do Centro possuem atitudes de suporte face à família, ou seja, atribuem bastante importância à família nos cuidados. Contudo, para que os enfermeiros envolvam a família nos cuidados necessitam que estas acompanhem os seus membros às unidades de saúde o que depende também da fase do ciclo vital em que a família se encontra.

A ausência de orientações precisas para o modelo profissional do enfermeiro de família, onde se inclui a carência de programas orientados para a saúde da família, concorre, entre outros fatores, para que os enfermeiros considerem que o envolvimento da família nos cuidados dependa da conceção e da vontade de cada enfermeiro.

Na perspetiva dos enfermeiros, os programas que mais facilitam ou orientam para o envolvimento das famílias são os seguintes: Programa Nacional de Saúde Materna e de Saúde Infantil e o Programa Nacional para diabetes.

A ausência de programas de vigilância de saúde na idade adulta orientados para a família constitui um obstáculo às práticas do enfermeiro de família, emergindo a necessidade de criação destes programas de que é exemplo a criação do Projeto REATIVA enquanto recurso para a produção dos cuidados à família em processo de transição para a reforma.

Esta evidência, resultado de um projeto concretizado, deverá constituir uma prova e, simultaneamente, um estímulo para o desenvolvimento de outros programas promotores de conhecimento específico da enfermagem de família enquanto área disciplinar da enfermagem.

Referências bibliográficas

- Decreto-Lei nº 118/2014 de 5 de Agosto. (2014). *Diário da Republica nº 149/2014 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Figueiredo, M. H. (2009) *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10216/20569>
- Loureiro, H. (2011). *Cuidar na entrada na reforma: Uma intervenção conducente à promoção da saúde de indivíduos e de famílias* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4159/1/tese.pdf>
- Loureiro, H., Mendes, A., Camarinho, A., Fonseca, A., Silva, M., Carvalho, M., ... Ângelo, M. (2014). *A transição para a reforma em casais portugueses*. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E).
- Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Figueiredo, M. H., Santos, M. R., Andrade, L. M., ... Martins, M. M. (2009). Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da escala IFCEAF. In M. C. Barbieri, M. M. Martins, M. H. Figueiredo, M. J. Martinho, L. M. Andrade, P. C. Oliveira, ... M. R. Santos (Eds.), *Da investigação à prática de enfermagem de família* (pp. 34-49). Recuperado de http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros_ver_ficheiro?fich=F2042243075,%5Bbook%5D%20Enfermagem%20de%20Família.pdf
- Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Figueiredo, M. H., Ferreira, M. M., Martinho, M. J., ... Martins, M. M. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1331-1337. doi: 10.1590/S0080-62342011000600008
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A cada família o seu enfermeiro*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Saúde 21: Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na região europeia da OMS*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Santos, M. L. (2012). *Abordagem sistémica do cuidado à família: Impacto no desempenho profissional do enfermeiro* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/6979>
- Silva, M. A., Costa, M.A., & Martins, M. M. (2013). A família em cuidados de saúde primários: Caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), 19-28. doi: 10.12707/RRII13105
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: Um guia para a avaliação e intervenção familiar*. Lisboa, Portugal: Roc

REATIVA: um programa promotor de um envelhecimento ativo e saudável

Helena Maria Almeida Macedo Loureiro*

Resumo

Enquadramento: A aposentação é uma transição ocorrida no final da meia-idade que origina uma mudança adaptativa, expondo os seus protagonistas a estados de vulnerabilidade. Em Portugal, a precocidade da passagem à aposentação e a inexistência de programas promotores de uma adaptação saudável, constituíram principais pressupostos para a construção do programa REATIVA. **Objetivo:** Apresentar o percurso construtivo do programa REATIVA e sua eficiência, em termos de perceção de autoeficácia e resiliência em indivíduos/casais/famílias que se encontram em transição para a aposentação. **Método:** Estudo multimétodo, envolvendo diversos momentos de intervenção nos quais foram utilizadas metodologias de carácter exploratório-descritivo, ensaio-piloto e prescritivas em amostras de indivíduos e casais recém-aposentados. **Resultados:** Os achados preliminares permitiram conceber o protótipo que, uma vez ensaiado e aperfeiçoado, deu origem ao programa REATIVA. Este programa foi testado em 3 amostras distintas e revelou-se eficiente pela evolução positiva que suscitou naquelas que foram alvo desta prescrição (GE1/GE2). **Conclusão:** O programa REATIVA constitui um importante instrumento de capacitação em recém-aposentados, empoderando-os de competências para vivenciarem um envelhecimento saudável e ativo.

Palavras-chave: aposentação; promoção da saúde; saúde familiar; cuidados de saúde primários.

Abstract

Background: Retirement is a transition of late middle age that leads to an adaptive change, exposing retirees to different states of vulnerability. In Portugal, the early transition to retirement and the lack of programs to promote a healthy adaptation were the key assumptions for the development of the REATIVA program. **Objective:** To present the process of development of the REATIVA program and its efficiency in terms of perceived self-efficacy and resilience in individuals/couples/families undergoing a process of transition to retirement. **Method:** Multi-method study, involving several intervention moments using exploratory and descriptive methods, a pilot test, and prescriptive methods in samples of recently retired individuals and couples. **Results:** Preliminary findings allow us to design the prototype, which, after being tested and refined, resulted in the REATIVA program. This program was tested on three different samples and proved to be efficient given its positive impact on those who were subject to the program (GE1/GE2). **Conclusion:** The REATIVA program is an important training tool for recently retired individuals, providing them with skills to experience a healthy and active ageing.

Keywords: retirement; health promotion; family health; primary health care.

Introdução

O envelhecimento demográfico é uma realidade crescente nos países desenvolvidos, dos quais Portugal não é exceção. Este fenómeno deve-se essencialmente às baixas taxas de natalidade, ao aumento da longevidade, à evolução das condições socioeconómicas e tecnológicas, à promoção da saúde e prevenção da doença, à melhoria dos cuidados na doença crónica, à chegada do coorte do *baby boom*, àquela que é designada por terceira idade e, ainda, à proteção das condições de trabalho e promoção da saúde em contexto laboral que ao longo das últimas décadas se foram operando.

* PhD em Ciências da Saúde, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Investigadora Principal no projeto REATIVA [hloureiro@esenfc.pt]

CONFERÊNCIA

Este envelhecimento populacional depara-se, no entanto, com dificuldades sociais acrescidas, tais como: a existência de novas estruturas de família, nomeadamente a passagem das famílias alargadas às famílias nucleares, o que se traduz por algum isolamento das pessoas de mais idade; a inexistência de programas de promoção da saúde dirigidos à idade adulta, deixando a descoberto uma faixa etária longa e fundamental, no que se refere à procura de melhor saúde psicofisiológica; a incipiente intervenção na área da saúde ocupacional, particularmente na área da promoção da saúde; e ainda, a escassa sensibilização dos profissionais de saúde para a necessidade de intervir em momentos de transição do ciclo vital humano como é, por exemplo no final da meia-idade, a passagem à reforma.

Numa sociedade que privilegia a condição laboral dos indivíduos, o direito ao emprego para todos os cidadãos em idade ativa (assim como a igualdade de direitos entre géneros decorrente da feminização do trabalho, operada a partir da década de 70) e, a par destes, o direito à reforma para todos os trabalhadores, aumentou substancialmente o número de pessoas que chegam à reforma.

Associado ao aumento da longevidade, este fenómeno leva a que as pessoas permaneçam nesta circunstância durante um mais longo período da sua vida.

Apesar da ideia de que aposentar-se significa começar a envelhecer, muitos trabalhadores antecipam esta transição dentro do quadro legal que lho possibilita. As razões que levam as pessoas a antecipar a sua reforma são as mais diversas. Neste contexto, podemos enumerar aquelas que foram encontradas por Loureiro et al. (2014) durante o desenvolvimento de investigação nesta área, como foram exemplo: o limite de idade, a ocorrência de invalidez, o desemprego prolongado, a eminência de passar à situação de desemprego, a necessidade de apoio à família e ainda face à possibilidade legal ou conjuntural, de antecipar a sua aposentação podendo usufruir de mais tempo livre com boa condição física e mental.

A reforma pode ser entendida como um evento, quando associada à descrição de um acontecimento de vida que marca uma etapa do ciclo vital, a partir da qual as vivências dos indivíduos se manifestam de forma inevitavelmente diferentes (Belsky, 2001); ou pode ser entendida como um *status*, quando associada à aquisição de um novo estatuto social (Fernández-Ballesteros, 2004); ou, ainda, como um processo por constituir um acontecimento de vida que implica a ocorrência de fenómenos de transição-adaptação, que se refletem em termos desenvolvimentais (Fonseca, 2011).

Atualmente, em Portugal, a idade média da reforma, da aposentação e da jubilação (designações possíveis de serem atribuídas a esta transição conforme a relação jurídica de emprego previamente desenvolvido) é, segundo informação estatística de 2014 divulgada pela Pordata, de 61,5 anos.

Porque o tempo de vivência pós-reforma é longo, urge promover o envelhecimento ativo ao nível da maximização da qualidade de vida dos indivíduos, nas suas dimensões bio-fisiológica, psicoemocional e social, e ao nível da maximização da saúde e sustentabilidade das famílias e comunidades.

O estudo de Loureiro (2011), *Cuidar na “Entrada para a Reforma”: uma intervenção conducente à promoção da saúde de indivíduos e famílias*, evidenciou que a passagem à reforma constitui um dos acontecimentos de transição mais relevantes na meia-idade e que é responsável por um inevitável processo de adaptação à mudança que não se manifesta apenas nos indivíduos que a protagonizam, mas é igualmente percebida por aqueles que são os seus sistemas de primeira referência - as famílias. Sendo que no seio destas famílias, por se encontrarem habitualmente numa fase do ciclo vital de *ninho vazio*, a perceção desta adaptação à mudança ocorre principalmente naquele que é o subsistema conjugal.

Foi decorrente destes resultados, e tendo presente que a passagem à reforma constitui uma vivência transicional do tipo desenvolvimental (Meleis, 2010) que se manifesta por intermédio de uma estrutura macro, exo, micro, e mesossistémica, interdependente e dinâmica, na qual os indivíduos, as famílias, os contextos e o tempo que, numa perspetiva cronossistémica, interagem de forma ecológica (Bronfenbrenner, 1986), que emerge o REATIVA: Reforma ativa, um projeto idealizado por Loureiro, em 2012 e financiado pela FCT [ref. PTDC/MHC-PSC/4846/2012] que constituiu a base do programa promotor de um envelhecimento saudável que a seguir se apresenta.

Desenvolvimento

O projeto REATIVA (*“Reforma Ativa”: estudo de um programa promotor de um envelhecimento saudável*) teve início a 1 de julho de 2013 e apresentou por objetivo geral: Construir um programa de intervenção em saúde promotor da autoeficácia

CONFERÊNCIA

percebida, da autoestima percebida e da resiliência familiar, dirigido a indivíduos e subsistemas conjugais que se encontram numa fase do ciclo vital de meia-idade e que vivenciam um processo de adaptação à reforma.

Foi conseguido por uma equipa multidisciplinar de investigadores, provenientes de vários domínios científicos (Psicologia, Sociologia, Medicina e Enfermagem) que apresentavam uma fluente experiência no desenvolvimento de projetos nesta área de investigação (em contexto académico, profissional e de extensão à comunidade), uma vasta prática no planeamento e implementação de projetos de educação para a saúde e, ainda, uma fluente experiência de intervenção em e com famílias em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Estas suas características não minimizaram, porém, o desafio que este projeto lhes propôs, dado ter sido pioneiro no recurso a uma metodologia de intervenção sistémica. Esta metodologia tornou-se essencial para o desenvolvimento de um programa assente numa base empírica de teoria sistémica, que coadjuvasse as famílias nas respostas adaptativas que a passagem à reforma lhes suscita, que até à data era inexistente em contexto de cuidados de saúde primários.

Neste sentido, e tendo por objeto de estudo os indivíduos e subsistemas conjugais que se encontram numa fase do ciclo vital de meia-idade e que vivenciam um processo de adaptação à reforma, há menos de cinco anos (período médio de tempo em que, segundo Atchley (1996), decorre a adaptação à transição em estudo), este projeto foi desenvolvido em dois anos. O primeiro foi reservado à construção do protótipo do programa REATIVA e o segundo, posterior ao seu ensaio, à avaliação da eficiência da sua implementação (Figura 1).

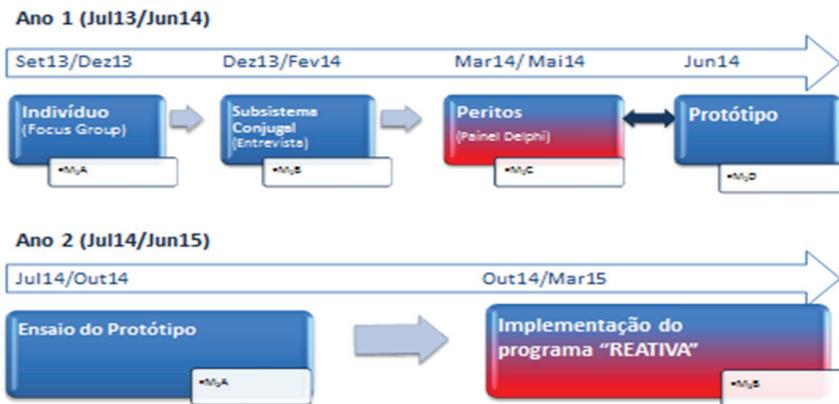


Figura 1. Desenho do projeto REATIVA [ref. PTDC/MHC-PSC/4846/2012].

Decorrente do primeiro ano da implementação, e nomeadamente da realização dos *focus group* com indivíduos recém-aposentados (M1A) e das entrevistas conjugais, em que pelo menos um dos cônjuges se encontrasse aposentado há menos de cinco anos (M2A), emergiram as evidências que sugeriram as principais temáticas a incluir num programa promotor de uma aposentação ativa e saudável.

Assim, e mais especificamente do primeiro estudo que assumiu um carácter descritivo e qualitativo, cuja realização teve por objetivo conhecer as alterações e/ou dificuldades percebidas por indivíduos em processo de adaptação à reforma, bem como as estratégias e recursos por eles utilizados para fazer face às mesmas, e que envolveu a realização de 16 *focus group* efetuados em instituições pertencentes aos seis Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), num total de 146 recém-reformados estudados, foi possível perceber que: (a) a passagem à reforma imprime uma inevitável mudança na vida dos seus protagonistas (indivíduos e famílias), originando uma ambivalente percepção de perdas e ganhos nos recém-reformados portugueses; (b) os recursos e estratégias adotados pelos recém-aposentados portugueses são essencialmente informais, denotando a escassez de recursos formais de apoio a esta transição e/ou diminuta divulgação dos mesmos em determinadas áreas geográficas de Portugal; (c) a passagem à reforma

CONFERÊNCIA

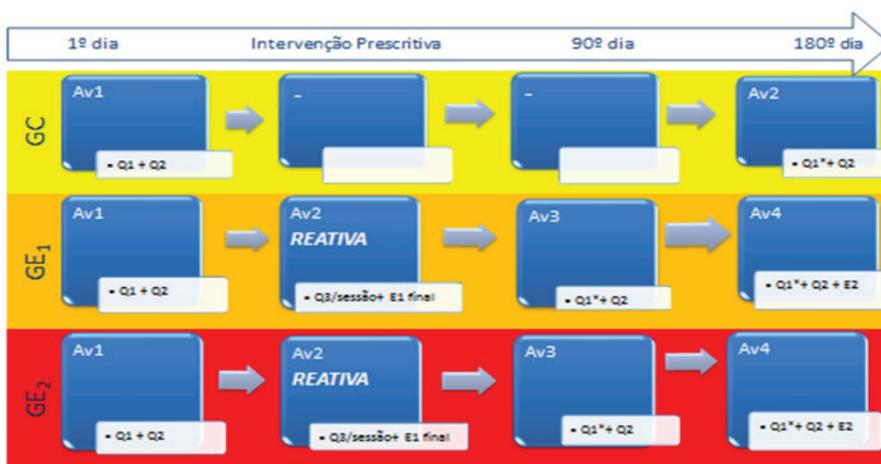
faz emergir simultâneos sentimentos de satisfação e insatisfação que poderão comprometer o bem-estar e saúde dos recém-reformados portugueses; e, ainda, que (d) a grande maioria dos portugueses não planeia a reforma, o que poderá *bipotecar* o seu envelhecimento ativo e o futuro das gerações vindouras (Loureiro et al., 2014).

Do segundo estudo, que se baseou numa abordagem metodológica qualitativa de carácter descritivo-exploratório e que teve por objetivo conhecer as vivências percebidas pelos casais num processo de adaptação à reforma, as suas vulnerabilidades bem como os recursos para ultrapassar as mesmas, as evidências decorrentes da entrevista realizada a 32 casais deu a conhecer que: (a) a transição para a reforma origina a percepção de mudanças no casal que remetem para a adaptação a novas funções, sentimentos e formas de viver a conjugalidade; (b) na família, em geral, esta transição é também entendida como uma mudança que, dada a fase do ciclo vital em que se encontra (meia-idade), origina a necessidade de reaprendizagens diversas na forma de estar, ser e sentir de cada um dos seus elementos; (c) os recursos individuais, conjugais e da rede informal e formal são aspetos importantíssimos a ter em conta para promover uma conjugalidade saudável no decurso da adaptação à reforma.

Com base nas referidas evidências e de um mais vasto conjunto de outras resultantes dos mesmos momentos de investigação, passou-se à respetiva análise, discussão e sínteses por metodologia de painel *delphy*. Deste procedimento, em que participaram todos os investigadores do projeto REATIVA [ref. PTDC/MHC-PSC/4846/2012] e ainda duas consultoras internacionais com um vasto percurso teórico desenvolvido em domínios afins ao objeto de estudo (Margareth Angelo, Brasil e Afaf Meleis, EUA), novas evidências se colocaram, tendo estas contribuído para a construção do protótipo daquele que viria a ser o programa REATIVA.

Temáticas como Reforma e Reformado, Saúde Mental, Saúde e Envelhecimento, Redes de Apoio, Gestão Económica, Família e Conjugalidade, Família e Parentalidade e Reforma Ativa em Cuidados de Saúde Primários constituíram o mote para o desenvolvimento deste protótipo que foi testado num centro de saúde da periferia de Coimbra, onde era passível de serem encontrados inscritos indivíduos de meio urbano, semiurbano e rural. Desenvolvido em oito sessões semanais (num total de 16 horas formativas) e aplicado a uma amostra de 12 participantes (quatro casais e quatro indivíduos), o protótipo originou uma evolução global na percepção de autoeficácia (Diferença de Médias=0,007) e uma evolução em todas as dimensões da Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPEAR), num destacado valor global (Diferença de Médias=0,314). Contudo, a avaliação imediata efetuada pelos participantes após as sessões deram a perceber algumas lacunas no protótipo, razão pela qual o painel de peritos voltou a reunir com o objetivo de analisar estes dados e de introduzir algumas alterações naquele que haveria de vir a ser o efetivo programa. Decorrente deste procedimento, a estrutura do programa REATIVA foi alterada e passou a ser composta por 12 sessões, tendo sido atribuído mais espaço para trabalhar temáticas que se relacionavam com a gestão do tempo e stresse, a sistémica operada com a rede informal familiar, as redes de suporte social (muito particularmente com as questões da participação comunitária e voluntariado), e ainda com os projetos de vida que passaram a idealizar em função da formação recebida.

Num último momento de desenvolvimento deste projeto, passou-se a avaliar a eficiência do programa REATIVA, pela aplicação das escalas de percepção de Autoeficácia Geral (GES) e de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPEAR). Tratou-se de uma intervenção quase experimental de natureza prescritiva, que envolveu três amostras distintas mas de características homogêneas com respeito às variáveis idade, género, estado civil e tempo de reforma: Grupo Experimental 1 (GE1) e Grupo Controlo (GC), compostas por indivíduos recém-reformados; Grupo Experimental 2 (GE2), composta por casais em que pelo menos um dos cônjuges se encontrava aposentado há menos de 5 anos. Em GE1 e GE2 foi aplicado o programa REATIVA e em GC não se realizou qualquer intervenção (Figura 2). Todos os grupos foram submetidos a avaliação, sendo que a agora apresentada se reporta à eficiência mediata da aplicação do programa que envolveu a diferença de médias obtida entre as colheitas de dados efetuadas em A1 e A3, realizadas com um intervalo de 60 dias (Av3-Av1).



Q1- Caracterização Sociodemográfica Q2- GES + EPFAR Q3- SATISFAÇÃO

Figura 2. Avaliação da eficiência do programa REATIVA.

Os resultados foram explícitos quanto à eficiência do programa REATIVA quando se verificou uma evolução média positiva no score total da escala de percepção de autoeficácia (GES) nos dois grupos onde foi aplicado [Dif. Médias GE1=0,187 ($t=3,287$; $p=0,005$); Dif. Médias GE2= 0,364 ($t=2,469$; $p=0,033$)] e no posicionamento face à adaptação à reforma (EPFAR) no grupo 1 [Dif. Médias GE1=0,337 ($t=3,906$; $p=0,002$).

Este efeito saiu reforçado após se ter constatado que no grupo onde não existiu intervenção (GC) um comportamento completamente distinto ocorreu na evolução das variáveis em estudo [GES: Dif. Médias=-0,034 ($t=-0,668$; $p=0,510$); EPFAR: Dif. Médias=0,093 ($t=1,549$; $p=0,132$).

Conclusão

O programa REATIVA revelou ser eficiente naquele que é o seu principal propósito: Melhorar a percepção de autoeficácia e de adaptação à passagem à reforma.

A evolução média positiva da percepção de autoeficácia naqueles que foram os seus participantes (GE1 e GE2) e a simultânea evolução média positiva da percepção de autoeficácia e da adaptação à reforma em indivíduos que participaram de forma individualizada (GE1) evidenciaram esse efeito.

Algumas limitações foram sendo encontradas ao longo do desenvolvimento deste estudo. Ainda assim, pelo número de participantes envolvidos ($n=278$) e pela natureza das metodologias implicadas, considera-se que as evidências emergentes desta investigação apontam para a mais-valia em saúde que poderá resultar da implementação um programa de promoção da saúde na passagem à reforma, em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Referências bibliográficas

- Atchley, R. (1996). Retirement. In J. Birren (Ed.), *Encyclopaedia of gerontology* (Vol. 2, pp. 423-454). San Diego, CA: Academic Press.
- Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid, España: Paraninfo.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742. doi: 10.1037//0012-1649.22.6.723
- Fernández-Ballesteros, R (2004). *Gerontologia social*. Madrid, España: Pirámide.

CONFERÊNCIA

- Fonseca, A. (2011). *Reforma e reformados*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Loureiro, H. (2011). *Cuidar na entrada na reforma: Uma intervenção conducente à promoção da saúde de indivíduos e de famílias* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4159/1/tese.pdf>
- Loureiro, H., Mendes, A., Camarneiro, A., Fernandes, A., Fonseca, A., Veríssimo, M., ... Ângelo, M. (2014). *A transição para a reforma em reformados portugueses*. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific and theories in nursing research and practice*. New York, NY: Springer Publishings Company.

FICHA TÉCNICA / TECHNICAL BOARD
REV. ENF. REF.

PROPRIEDADE / OWNERSHIP

Escola Superior de Enfermagem, de Coimbra / Nursing School of Coimbra
Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem / Health Sciences Research Unit: Nursing
Avenida Bissaya Barreto – 3001-091 Coimbra
Telefs. 239 487 255 / 239 487 200 (ext. 2077)
Email: referencia@esenfc.pt (Revista de Enfermagem Referência)
investiga@esenfc.pt (Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem)
URL: <http://www.esenfc.pt/tr/site/> (Revista de Enfermagem Referência)
URL: <http://www.esenfc.pt/ui/site/> (Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem)

TÍTULO DE REGISTO DE MARCA NACIONAL / TRADE MARK REGISTRY

INPI-402077

DEPÓSITO LEGAL / LEGAL DEPOSIT

119318/98

ISSNe (electronic version)

2182.2883

ISSNp (print version)

0874.0283

ELEMENTOS REFERENTES AO SUPLEMENTO DO Nº 3, SÉRIE IV DA REV. ENF. REF.

RESPONSABILIDADE DA ORGANIZAÇÃO / RESPONSIBILITY FOR THE ORGANIZATION

Unidade Científico-Perlagógica de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária
A organização do I Congresso Internacional de Saúde Familiar e Comunitária agradece a todos os que contribuíram com entrega, dedicação e rigor para a elaboração deste documento.

REVISÃO TEXTUAL / TEXT REVIEW

Cristina Louçano, Lic. em Línguas e Literaturas Modernas, variante de Francês/Inglês
Daniela Cardoso, RN – Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola de Enfermagem de Coimbra

APOIO DOCUMENTAL / DOCUMENTARY SUPPORT

Serviço de Documentação da ESEnFC

MAQUETIZAÇÃO E PAGINAÇÃO / LAYOUT & DTP

Eurico Nogueira, MS em Tecnologias de Informação Visual

APOIO TÉCNICO / TECHNICAL SUPPORT

Cristina Louçano, Secretariado da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

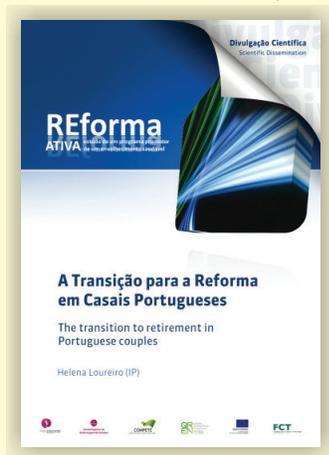
O conteúdo científico é da responsabilidade dos autores.

Edições da Unidade de Investigação – UICISA: E

Sharing ripples of knowledge



Cadernos de Divulgação Científica



Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde



HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT
IN NURSING

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM

escola superior de
enfermagem
de coimbra



FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA



Reforma

ATIVA estudo de um programa promotor
de um envelhecimento saudável!