





# Revista

## INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº 15 SÉRIE 2 - ABRIL 2016

### SUMÁRIO / SUMMARY

#### EDITORIAL

7

#### ORIENTAÇÃO SEXUAL E SOCIALIZAÇÃO DE GÊNERO: EFEITOS NO DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO DOMÉSTICO EM CASAIS HETEROSSEXUAIS

*SEXUAL ORIENTATION AND GENDER SOCIALIZATION: DEVELOPMENTAL EFFECTS OF DOMESTIC LABOR IN HETEROSEXUAL COUPLES  
LA ORIENTACIÓN SEXUAL Y LA SOCIALIZACIÓN DE GÉNERO: EFECTOS SOBRE EL DESARROLLO DE LA MANO DE OBRA DOMÉSTICA EN LAS PAREJAS HETEROSEXUALES*

9

*Madalena Cunha, Eduardo Santos & Estudantes do 23º CLE*

#### STRESSE DOS ESTUDANTES NAS AULAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

*STUDENTS' STRESS IN NURSING PRACTICAL CLASSES: AN EXPLORATORY STUDY  
EL ESTRÉS EN LOS ESTUDIANTES EN LAS CLASES PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA: UN ESTUDIO EXPLORATORIO*

22

*Isabel Araújo; Joaquim Filipe Fernandes; Rui Jesus; Bárbara Ferreira; Sara Costa; Teresa Costa*

#### CIÊNCIA ONLINE - A UTILIZAÇÃO DE E-QUESTIONÁRIOS NA PESQUISA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

*SCIENCE ONLINE - THE USE OF E-QUESTIONNAIRES IN MENTAL HEALTH NURSING RESEARCH  
CIENCIA ONLINE : EL USO DE E-CUESTIONARIOS EN LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL*

31

*Ana Paula Teixeira de Almeida Vieira Monteiro; Aida Cruz Mendes*

#### REABILITAÇÃO NA PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE AVC COM ALTERAÇÕES DO EQUILÍBRIO POSTURAL

*REHABILITATION IN THE ELDERLY IN A SITUATION OF STROKE, WITH CHANGES IN THE POSTURAL BALANCE  
REHABILITACIÓN DE ADULTOS MAYORES EN SITUACIÓN DE AVC CON CAMBIOS EN EQUILIBRIO POSTURAL*

40

*ANA LÚCIA DA SILVA JOÃO; ANTONIO FERNANDO SALDANHA PORTELADA*

#### FATORES EXPLICATIVOS DA APRECIÇÃO DE FILMES CÔMICOS EM PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

*FACTORS THAT INFLUENCE THE APPRECIATION OF HUMOROUS MOVIES IN PEOPLE WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE  
FACTORES QUE INFLUENCIAN A APRECIACIÓN DE PELÍCULAS CÓMICAS POR PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA*

49

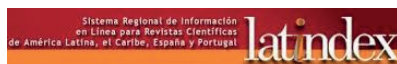
*LUÍS MANUEL MOTA DE SOUSA; CRISTINA MARIA ALVES MARQUES-VIEIRA; SANDY SILVA PEDRO SEVERINO; JUAN LUIS POZO ROSADO; HELENA MARIA GUERREIRO JOSÉ*

#### DEBATES PARLAMENTARES NA 1ª REPÚBLICA E NO ESTADO NOVO. LEVANTAMENTO DE FONTES PARA O ESTUDO DA HISTÓRIA DE ENFERMAGEM.

*PARLIAMENTARY DEBATES IN THE 1ST REPUBLIC AND THE NEW STATE. SURVEY SOURCES FOR THE STUDY OF NURSING HISTORY.  
DEBATES PARLAMENTARIOS EN LA 1ª REPÚBLICA Y EL ESTADO NUEVO. FUENTES PARA EL ESTUDIO DE LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA.*

56

*PAULO JOAQUIM PINA QUEIRÓS; ANTONIO JOSÉ ALMEIDA FILHO; ANA PAULA ALMEIDA MONTEIRO; TÂNIA CRISTINA FRANCO SANTOS; MARIA ANGÉLICA DE ALMEIDA PERES*



# Revista

## INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

### REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Publicação /Periodicity

Trimestral/quarterly

### DIRECTOR/MANAGING DIRECTOR

Arménio Guardado Cruz

*Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

### CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

Lúis Miguel Nunes de Oliveira (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra);

Vanda Marques Pinto (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa);

Maria do Céu Aguiar Barbiéri Figueiredo (Escola Superior de Enfermagem do Porto);

António Fernando Salgueiro Amaral (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra);

Nídia Salgueiro (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, aposentada);

Rui Manuel Jarró Margato (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

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

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

António Marcos Tosoli Gomes, PhD, *Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil*

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

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

Clara de Assis Coelho de Araújo, PhD, *Instituto Politécnico de Viana do Castelo*

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

Fernando Alberto Soares Petronilho, PhD, *Universidade do Minho, Braga*

José Carlos Pereira dos Santos, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Manuel José Lopes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora*

Manuela Frederico, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Margarida da Silva Neves de Abreu, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Maria Antónia Rebelo Botelho, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Maria Arminda da Silva Mendes Costa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto, ICBAS.*

Maria de Fátima Montovani, PhD, *Universidade Federal do Paraná - Brasil*

Maria dos Anjos Pereira Lopes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

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

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

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

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

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

Zuila Maria Figueiredo Carvalho, PhD, *Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, Brasil.*

Wilson Jorge Correia de Abreu, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

#### Propriedade e Administração/Ownership

Formasau, Formação e Saúde, Lda. | Parque Empresarial de Eiras, lote 19 | 3020-265 Coimbra | Telef. 239 801020 Fax. 239 801029

NIF 503 231 533 | Soc. por Quotas - Cap. Social 21 947,09€

Internet - [www.sinaisvitais.pt/](http://www.sinaisvitais.pt/) E-mail - [suporte@sinaisvitais.pt](mailto:suporte@sinaisvitais.pt)

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

Registo ICS: 123 486

ISSN: 2182-9764

Depósito Legal/Legal Deposit: 145933 /2000

## ESTATUTO EDITORIAL

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

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

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

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

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





# EDITORIAL

---



Se consultarmos o relatório “State of Innovation” publicado este ano pela Thomson Reuters, verificamos que 2015 foi um dos anos mais ativos com um crescimento de 13.7 % na área da inovação. Foi o ano da colaboração assente na multidisciplinaridade, cunhado pelo termo “Collabovation”, para referir o elegante e audacioso processo efectivo de trabalho em equipa de inovação colaborativa, assente num processo de “polinização” cruzada. Na área da saúde, assinala-se também uma necessidade muito especial em criar, desenvolver e integrar as ideias dentro de uma matriz que as permite chegar ao mercado. Não basta o desafio intelectual, é necessário uma integração virtuosa entre as academias, centros de investigação, contextos da prática e empresas para que em conjunto sejam envidados os esforços necessários. É pois necessário integrar todas as fases do ciclo de inovação, que vão desde a descoberta, criação de protótipos e sua avaliação funcional e de segurança inscritos nos processos de investigação, proteção da propriedade intelectual para futura comercialização, até a sua avaliação de entrada no mercado. Daí que, para que este processo tenha sucesso, seja necessário o tal conceito de “collabovation” no qual a investigação apresenta um papel crucial, nomeadamente na produção de evidência empírica, seja através da prova de conceito evidenciando a sua vantagem competitiva, seja pela sua efectividade. Sabendo que a saúde é uma das áreas que mais solicita a respostas, tal como evidenciam os ranking da inovação onde frequentemente surge de forma destacada, urge criar uma agenda, liderada pela academia. Acresce ainda que, para o sucesso deste processo produtivo inovador, há a necessidade da criação de equipas multidisciplinares oriundas de várias áreas do saber (Enfermagem, medicina, engenharia, química, robótica, física, etc.) com a participação de profissionais (prática clínica) e investigadores de diferentes contextos (várias áreas da ciência) associados a empresas para fazerem a síntese de todo o processo.

A atividade empreendedora global nos últimos sete anos cresceu em 11 dos 12 sectores, atingindo o seu pico máximo em 2015, liderado por três grandes sectores do qual faz parte a saúde, representado pelos Dispositivos Médicos. Só em 2014 foram registados 106771 dispositivos médicos em todo o mundo representando um aumento de 28% em 2015 com 136316 inovações.

É neste enquadramento que se afirma estratégico envidar esforços concertados para a criação de valor para o mercado seja pela criação de novas ideias para fazer face aos antigos e novos problemas na área da saúde, criação de novos produtos, prototipagem, teste e avaliação da segurança dos novos dispositivos médicos e/ou serviços no qual a investigação clínica deverá ocupar um lugar de destaque. As academias não se deverão alhear destes processos, pois em última instância a missão da academia é criar valor para o cidadão traduzindo-se em melhoria da qualidade de vida com ganhos em saúde.

Na área da saúde requer-se assim um efectivo esforço concertado para a criação de produtos e/ou serviços com vantagens competitivas para os utentes, famílias, cidadãos, profissionais e organizações, sendo necessário a criação de consórcios entre diferentes academias de diferentes áreas do saber, assentes nos problemas da prática clínica, do cidadão, das famílias, sendo por isso determinante investigar tais inovações, lideradas por investigadores peritos na área da saúde. Os indicadores mundiais espelham uma atenção crescente na área da saúde onde são requeridas mais respostas às necessidades dos cidadãos. Daí que terá de ser um imperativo nacional investir na investigação clínica, dada a forte relação entre investigação e inovação na área da saúde. Nesta área, o conhecimento científico e a investigação académica classicamente precedem a descoberta, seguindo-se a necessária protecção sobre os direitos da inovação, sendo por isso determinante antecipar que áreas e que tópicos investigar, numa tentativa de antecipar e melhor compreender, que problemas iremos enfrentar no futuro e que formas poderemos encontrar para os melhor gerir. Não é em vão que os Programas do “Portugal 2020” e “Horizonte 2020” valorizam as respostas a problemas específicos e locais com aplicação global aos cidadãos europeus, alicerçando-se numa efetiva e forte cooperação entre a academia e a empresa ao invés duma excessiva valorização do conhecimento erudito mais típico do passado. Estamos presentemente a conceptualização da Triple Helix proposto por Etzkowitz. Nesta abordagem é bem enfatiza a importância das relações entre a indústria, o governo e a academia. A clássica relação entre a indústria e governo, característico da sociedade industrial tem dado lugar a uma crescente relação triádica entre academia-indústria-governo, característico da sociedade do conhecimento, no qual as instituições académicas ganham destaque no fomento dessa relação.

A Enfermagem deverá alinhar-se com este desígnio.

Pedro Parreira  
(Conselho Científico da RIE)



# ORIENTAÇÃO SEXUAL E SOCIALIZAÇÃO DE GÊNERO: EFEITOS NO DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO DOMÉSTICO EM CASAIS HETEROSSEXUAIS

Madalena Cunha<sup>1</sup>, Eduardo Santos<sup>2</sup> & Estudantes do 23º CLE<sup>3</sup>



## Resumo

Para contrariar a desigualdade de género é útil produzir informação explicativa sobre os seus determinantes e sobre a forma como esta problemática é vivenciada na sociedade contemporânea que se quer inclusiva, promotora da cidadania ativa e da igualdade de género. O estudo descritivo incluiu 1450 casais heterossexuais, em média com  $\pm 43$  anos de idade. Apurou-se não existir equidade na divisão do trabalho doméstico gastando as mulheres mais tempo. A idade, os anos de conjugalidade e o rendimento predizem o tempo gasto no trabalho doméstico. Assume-se como estratégia de desenvolvimento o apoio à literacia/empoderamento/capacitação das mulheres.

**PALAVRAS-CHAVE:** Casal Heterossexual, Trabalho Doméstico, Regime de género.

## Abstract

*SEXUAL ORIENTATION AND GENDER SOCIALIZATION: DEVELOPMENTAL EFFECTS OF DOMESTIC LABOR IN HETEROSEXUAL COUPLES*

*To counter gender inequality is useful to produce explanatory information on its determinants and on how this problem is experienced in contemporary society which wants inclusive, prosecutor of an active citizenship and gender equality. The descriptive study enrolled 1450 heterosexual couples, with an average age of  $\pm 43$ . The results show that equality does not exist in the division of housework and the women spending more time. Age, years of marriage and income, predict the time spent on housework. Thus, it is assumed as a development strategy to support literacy/ empowerment/ women empowerment.*

**KEYWORDS:** *Conjugalinity, Household Labor, Gender Regime.*

## Resumen

*LA ORIENTACIÓN SEXUAL Y LA SOCIALIZACIÓN DE GÉNERO: EFECTOS SOBRE EL DESARROLLO DE LA MANO DE OBRA DOMÉSTICA EN LAS PAREJAS HETEROSSEXUALES*

*Para hacer frente a la desigualdad de género es útil para producir información explicativa sobre sus determinantes y de cómo se experimenta este problema en la sociedad contemporánea que se quiere incluyente y que promueva la ciudadanía activa y la igualdad de género. El estudio descriptivo inscrito 1.450 parejas heterossexuales, con una edad media de  $\pm 43$ . Los resultados muestran que no existe equidad en la división de las tareas domésticas y las mujeres que pasan más tiempo. Edad, años de matrimonio y el ingreso, predicen el tiempo dedicado a las tareas domésticas. Se asume como una estrategia de desarrollo para apoyar la alfabetización/ empoderamiento/ potenciación de la mujer.*

**PALABRAS CLAVE:** *Forma de Pareja, Trabajo Doméstico, Régimen de Género.*

Rececionado em fevereiro 2016 . Aceite em março 2016

<sup>1</sup> CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal | madalenacunhanunes@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeiro, Centro Universitário de Coimbra, Portugal | ejf.santos87@gmail.com

<sup>3</sup> Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Saúde de Viseu / IPV

## INTRODUÇÃO

O trabalho doméstico inclui o trabalho e cuidados, não remunerados (Carrasco & Domínguez, 2011), realizados na habitação e em redor desta para promover e manter o bem-estar da família, sendo traduzido em tempo e esforço fundamentais para a sobrevivência humana (Schouten et al., 2012). Estas tarefas “representam uma parte bastante importante das atividades realizadas quotidianamente pelas famílias (...) sem o qual as demais atividades do dia-a-dia se inviabilizam” (Pochmann et al., 2012).

Atualmente, vivemos numa sociedade onde os homens têm uma participação cada vez mais ativa nas atividades domésticas. Apoiando este pressuposto Monteiro (2005, Cit. por Domingos, 2012, p. 12), refere que as “mulheres, quando comparam os seus parceiros com os das gerações anteriores, reconhecem que eles “atualmente ajudam mais”. No entanto, os estudos demonstram que as mulheres continuam a ser as principais responsáveis pela realização das tarefas.

A entrada da mulher no mercado de trabalho levou a uma diminuição da disponibilidade desta para a realização das tarefas domésticas, exigindo uma divisão de tarefas equitativa entre mulheres e homens. Apesar da igualdade de género ser reconhecida em Portugal, desde os anos 70, com a consagração do princípio da igualdade na Constituição da República Portuguesa, ainda se observa um desequilíbrio na divisão do trabalho doméstico. Apoiando este pressuposto Hooff (2011) afirma que a entrada da mulher no mercado de trabalho não levou a um aumento significativo da participação do homem nas tarefas domésticas. Na verdade, vários estudos referem que a mulher continua a fazer a maioria das atividades domésticas (Hooff, 2011), aumentando deste modo a carga de trabalho atribuída à mulher, dado que a juntar às horas de trabalho laboral, acumulam as horas despendidas na realização das tarefas domésticas (Copur et al., 2011).

“O homem pode dar “uma ajuda” à mulher numa tarefa, considerando isso já como uma participação, mas, de acordo com os estudos sobre a divisão das tarefas do casal e o tempo despendido nelas, os homens, em geral, não participam de

uma forma regular e ainda participam menos nas tarefas rotineiras, ou nas tarefas que ambos os elementos do casal consideram como pouco agradáveis. Cabem, em geral, às mulheres as *time-dependent tasks*, ou seja, aquelas tarefas que não podem esperar, enquanto os homens fazem trabalhos domésticos menos urgentes, às horas que lhes são convenientes. Existem certas tarefas em que os homens se envolvem mais do que noutras, como por exemplo, as administrativas, enquanto o tratamento da roupa (a lavagem, o passar a ferro, os consertos da roupa e a arrumação) em muitos agregados domésticos é domínio exclusivo das mulheres” (Santos, 2006, Cit. por Schouten et al., 2012, p. 31).

Deste modo, a realização deste estudo relevou-se pertinente e atual uma vez que permitiu produzir conhecimento sobre como se processa a divisão do trabalho doméstico entre os indivíduos que constituem um casal heterossexual nos tempos atuais, área onde ainda existe reduzido leque de estudos e consequentemente lacuna de informação explicativa sobre a forma como esta problemática é vivenciada na sociedade contemporânea que se quer inclusiva e promotora da igualdade de género e da cidadania ativa.

## METODOLOGIA

O estudo descritivo e transversal com enfoque analítico-correlacional (Fortin, 2009) teve como finalidade avaliar a equidade da divisão do trabalho doméstico entre mulheres e homens.

Com o intuito de situar a problemática enunciaram-se as seguintes questões de investigação: Quais as tarefas domésticas desenvolvidas com maior frequência pelas mulheres e pelos homens?; Em que medida o tempo médio despendido na realização das atividades domésticas difere em função do género?; Qual o valor médio (em euros) do trabalho do casal no cuidado semanal da roupa em função do número de peças?; Qual a relação das variáveis sociodemográficas (classe etária, estado civil, tempo de conjugalidade, zona de residência, região, habilitações literárias, rendimento mensal) com o valor médio do trabalho semanal do casal no cuidar da roupa?; Em que medida a idade, o

rendimento mensal e tempo de conjugalidade são preditores do tempo gasto no trabalho doméstico?; Em que medida a idade, o rendimento mensal, o tempo de conjugalidade e o tempo gasto no trabalho doméstico são preditores do valor do trabalho doméstico?.

Os objectivos delineados foram: identificar as tarefas domésticas mais frequentemente realizadas por mulheres e homens; comparar o tempo gasto no trabalho doméstico entre mulheres e homens; avaliar o valor do trabalho doméstico em cuidar da roupa realizado por mulheres e homens, analisar a relação das variáveis sociodemográficas (classe etária, estado civil, tempo de conjugalidade, zona de residência, região, habilitações literárias, classes profissionais, rendimento mensal) com o tempo e valor do trabalho doméstico e determinar os preditores do tempo gasto nas atividades domésticas e do valor do trabalho do cuidar da roupa pelo casal.

A recolha de dados foi realizada tendo por base a aplicação do Questionário “Desenvolvimento do Trabalho Doméstico” (Cunha, 2013), e obteve Parecer Favorável (N.º 26/2013) da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Na aplicação dos questionários foram considerados os aspectos éticos da investigação, preconizados pela Comissão de Ética, mantendo-se o sigilo e o anonimato dos participantes, sendo estes identificados através de um código numérico. A obtenção dos dados iniciou-se após a assinatura de um consentimento informado pelos mesmos.

Os critérios usados na seleção dos casais foram: casais heterossexuais e a coabitarem na mesma habitação.

A amostra não probabilística ficou constituída por 1450 casais. Da amostra total de 2900 inquiridos, 2312 são casados (79,7%), 539 vivem em união de facto (18,6%) e 49 viviam juntos (1,7%). O número de anos de vida em comum oscilou entre 1 e 67 anos, sendo a média de anos de conjugalidade de 16,97 ( $\pm 13,137$ ) anos.

A idade dos participantes variou entre os 18 e os 97 anos, com uma média de 43,18 anos ( $s= 12,88$ ). A média de idade das mulheres é menor ( $M=42,11 \pm 12,63$ ) do que a dos homens ( $M= 44,26 \pm 13,04$ ), sendo essa diferença estatisticamente significativa

( $t= - 4,51$ ;  $p=0,000$ ).

A variável idade foi recodificada em três classes etárias, apurando-se que a maioria dos participantes (66,4%) tinha idades compreendidas entre os 35 e os 64 anos, 26,6% têm idades inferiores ou iguais a 34 anos; e 7% das idades são superiores ou iguais a 65 anos. A classe modal situou-se entre os 35 e os 64 anos.

A maioria dos casais participantes residia na zona urbana (51,2%), nos distritos de Aveiro, Braga, Bragança, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria, Lisboa, Porto, Santarém, Vila Real e Viseu. O distrito com um maior número de inquiridos foi Viseu (73,6%), seguindo-se o distrito de Aveiro (14,4%).

As habilitações literárias dos 2900 inquiridos são na maioria o ensino secundário (34,2%), seguindo-se do ensino básico (25,2%), daí que 31,8% dos inquiridos têm baixa escolaridade, 34,2% média e 29,8% elevada.

Os inquiridos foram agrupados em 9 classes profissionais. A classe profissional mais prevalente é referente aos especialistas das profissões intelectuais e científicas (23%), seguindo-se do pessoal de serviços e vendedores (15%). A classe profissional menos frequente é dos agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas (3,8%). Verifica-se ainda que 6,3% dos inquiridos estão desempregados e 7,3% são reformados.

O rendimento mensal líquido dos inquiridos variou entre um valor mínimo de 0,00 euros e o máximo de 23 000 euros, apresentando um valor médio de 989,00 ( $\pm 750,00$ ) euros.

De um total de 1450 casais, 18,7% afirmaram ter empregada doméstica e 79,3% não contratualizavam esse serviço. Dos que afirmaram ter empregada doméstica, a média de tempo semanal de trabalho era de 81,77 ( $\pm 271,93$ ) minutos e a média do pagamento de 5,00 ( $\pm 0,81$ ) euros por hora.

## RESULTADOS

As informações sobre as práticas de trabalho doméstico em casais heterossexuais foram obtidas pela identificação, pelos próprios através de um questionário, do número de vezes que realizavam as seguintes tarefas: preparar refeições, lavar louça, lavar roupa, passar roupa, aspirar a casa, lavar o chão, lavar a casa de banho, fazer as compras do dia-a-dia, fazer ou delegar as reparações e manutenções, e gerir os pagamentos.

### Prestação de Cuidados à Família

Na prestação de cuidados à família, em todas as atividades (“alimentação e higiene diária dos filhos”, “acompanhamento da vida escolar dos filhos”, “brincar com os filhos”, “levar os filhos ao médico”, “apoio a adultos dependentes”, “cuidar da roupa”, “limpeza regular da casa”, “preparar refeições”, “compras habituais”) foram as mulheres que desenvolvem maioritariamente essas funções, com percentagem de 75% a 98%, comparativamente aos homens, com percentagem de 60.7% a 82.9%. Relativamente à frequência nunca (tradutora da não realização), os homens apresentam percentagem superiores nas atividades apoio a adultos dependentes (62%), cuidar da roupa (63.5%) e limpeza regular da casa (50.6%) (Cf. Tabela 1).

Assumindo o teste Qui-Quadrado e os valores residuais, todas as atividades apresentam valor estatisticamente significativo ( $p=.000$ ), à exceção da atividade apoio a adultos dependentes. Nesta atividade o valor residual é inferior a 2 (1.8;-1.8), inferindo-se não existir significância estatística (Cf. Tabela 1).

### Tempo de realização do trabalho doméstico

Assumindo que não há igualdade de variâncias ( $p=.000$ ), verifica-se que as variâncias são homogêneas e que o teste t de Student é altamente significativo ( $t=17.90$ ;  $p=.000$ ), apurando-se que o tempo gasto por dia na realização das tarefas domésticas por género é maior, em média, nas mulheres.

Constatou-se que as mulheres gastam mais tempo, em média, a cuidar/arrumar a casa ( $M=82.84$ ) e a preparar as refeições ( $M$ , e menos

tempo a dar banho a adultos/idosos dependentes ( $M=4.53$ ) e a vestir adultos/idosos dependentes ( $M=3.96$ ). As mulheres gastam também mais tempo do que os homens a cuidar das crianças/jovens. Verifica-se ainda que as tarefas domésticas nas quais os homens gastam, em média, mais tempo do que as mulheres são: cuidar do jardim, lavar o carro, aspirar o carro e manutenção do carro. O grupo dos homens gasta em média mais tempo a fazer compras e menos tempo a vestir adultos/idosos dependentes (Cf. Tabela 2).

**Tabela 1 - Prestação de Cuidados à Família em Função do Gênero.**

		Masculino			Feminino			Total		Qui-Quadrado		
		<i>n</i>	%	<i>residuais</i>	<i>n</i>	%	<i>residuais</i>	<i>n</i>	%	$\chi^2$	gl	p
<b>Alimentação e higiene diária dos filhos</b>	Nunca	303	37.5	6.7	200	22.6	-6.7	503	29.7	236.02	2	.000
	Com frequência	294	36.4	10.3	131	14.8	-10.3	425	25.1			
	Sempre	210	26.0	-15.1	555	62.6	15.1	765	45.2			
<b>Acompanhamento da vida escolar dos filhos</b>	Nunca	256	32.4	3.8	206	24.0	-3.8	462	28.0	145.49	2	.000
	Com frequência	274	34.6	9.4	127	14.8	-9.4	401	24.3			
	Sempre	261	33.0	-11.5	525	61.2	11.5	786	47.7			
<b>Brincar com os filhos</b>	Nunca	235	29.5	2.1	212	25.0	-2.1	447	27.2	35.00	2	.000
	Com frequência	308	38.6	4.1	247	29.1	-4.1	555	33.7			
	Sempre	254	31.9	-5.8	390	45.9	5.8	644	39.1			
<b>Levar os filhos ao médico</b>	Nunca	269	33.4	5.5	187	21.4	-5.5	456	27.1	132.43	2	.000
	Com frequência	301	37.3	7.1	188	21.5	-7.1	489	29.1			
	Sempre	236	29.3	-11.5	499	57.1	11.5	735	43.8			
<b>Apoio a adultos dependentes</b>	Nunca	383	62.0	3.6	348	52.1	-3.6	731	56.8	40.85	2	.000
	Com frequência	161	26.1	1.8	146	21.9	-1.8	307	23.9			
	Sempre	74	12.0	-6.4	174	26.0	6.4	248	19.3			
<b>Cuidar da roupa</b>	Nunca	689	63.5	29.5	94	7.1	-29.5	783	32.4	1236.47	2	.000
	Com frequência	307	28.3	7.1	218	16.4	-7.1	525	21.7			
	Sempre	89	8.2	-33.6	1020	76.6	33.6	1109	45.9			
<b>Limpeza regular da casa</b>	Nunca	569	50.6	-30.3	91	6.8	30.3	660	26.8	1020.27	2	.000
	Com frequência	449	39.9	8.9	310	23.2	-8.9	759	30.9			
	Sempre	106	9.4	24.4	934	70.0	-24.4	1040	42.3			
<b>Preparação de refeições</b>	Nunca	458	39.3	22.2	49	3.6	-22.2	507	20.2	939.71	2	.000
	Com frequência	539	46.3	11.6	327	24.3	-11.6	866	34.5			
	Sempre	168	14.4	-29.0	971	72.1	29.0	1139	45.3			
<b>Compras habituais</b>	Nunca	210	17.1	13.2	27	2.0	-13.2	237	9.2	381.49	2	.000
	Com frequência	610	49.7	10.5	397	29.5	-10.5	1007	39.1			
	Sempre	408	33.2	-17.9	924	68.5	17.9	1332	51.7			

**Tabela 2 – Resultados do Teste t de Student entre o tempo gasto por dia na realização das tarefas domésticas e o gênero.**

Gênero	Mulher		Homem		Levens	Teste t de Student	
	Mé-dia	Desvio padrão (s)	Mé-dia	Desvio padrão (s)		p	t
Tempo gasto por dia (minutos)							
Cuidar/arrumar a casa	<b>82.84</b>	93.72	16.22	61.97	.000	22.58	<b>.000</b>
Preparar as refeições	68.97	68.10	19.3	40.30	.000	23.90	<b>.000</b>
Cuidar do Jardim	17.76	47.64	22.88	48.46	.001	- 2.87	<b>.004</b>
Fazer Compras	54.37	49.44	<b>30.01</b>	43.72	.001	14.06	<b>.000</b>
Lavar o Carro	11.72	29.68	27.08	36.20	.000	- 12.49	<b>.000</b>
Aspirar o Carro	9.85	40.44	20.88	31.76	.000	- 8.17	<b>.000</b>
Manutenção do Carro	9.03	38.14	26.31	38.84	.000	- 12.08	<b>.000</b>
Cuidar das Crianças / Jovens	56.63	167.40	28.63	115.00	.000	5.25	<b>.000</b>
Dar banho a Adultos /Idosos Dependentes	4.53	28.91	0.94	10.54	.000	4.45	<b>.000</b>
Vestir Adultos/Idosos Dependentes	<b>3.96</b>	27.56	<b>0.84</b>	8.29	.000	4.14	<b>.000</b>

**Tempo gasto por dia na realização das tarefas domésticas em função das variáveis sociodemográficas (idade, tempo de conjugalidade, habilitações literárias, rendimento, estado civil, zona de residência e região)**

Assumindo que o teste de Kruskal-Wallis é significativo ( $p=.000$ ), verifica-se que:

- o tempo gasto por dia na realização das tarefas domésticas foi, em média, superior nos participantes com idade inferior ou igual a 34 anos e menor nos detentores de idade igual ou superior a 65 anos ( $X^2=24.34$ ;  $p=.000$ );
- os indivíduos com tempo de conjugalidade entre 11 e 24 anos gastam em média mais tempo na realização das tarefas domésticas enquanto que os que têm 50 ou mais anos de conjugalidade gastam menos ( $X^2=21.28$ ;  $p=.000$ );
- os indivíduos com habilitações literárias, ensino básico e secundário gastam em média mais tempo na realização das tarefas domésticas e que aqueles que gastam menos tempo estão habilitados com ensino superior ( $X^2=19.55$ ;  $p=.000$ );
- os indivíduos que recebem 500 euros ou menos gastam mais tempo na realização das tarefas domésticas e quem gasta menos tempo são os que ganham mais de 3000 euros (Cf. Tabela 3).



**Tabela 3 - Resultados do teste de Kruskal-Wallis relativo ao tempo gasto por dia na realização das tarefas domésticas em função da classe etária, tempo de conjugalidade, habilitações literárias e rendimento mensal.**

	Tempo gasto no total por dia	Teste de Kruskal-Wallis	
		$\chi^2$	<i>p</i>
	<b>Ordenação Média</b>		
<b>Classe etária</b>			
≤34anos	1383.49	24.34	<b>.000</b>
35-64anos	1267.39		
≥65anos	1097.14		
<b>Tempo de conjugalidade</b>			
≤10 anos	1195.33	21.28	<b>.000</b>
11-24 anos	1211.71		
25-49 anos	1080.16		
≥50 anos	941.94		
<b>Habilitações literárias</b>			
Analfabeto e saber ler e escrever	1203.42	19.55	<b>.000</b>
Ensino básico e secundário	1290.72		
Ensino superior	1153.15		
<b>Rendimento mensal</b>			
≤500euros	1152.43	86.71	<b>.000</b>
501-1500 euros	970.73		
1501-3000 euros	744.46		
≥3001 euros	743.35		

Através do teste t de Student ( $t=2.05$ ;  $p=.040$ ) podemos constatar que os indivíduos que vivem na zona rural gastam, em média ( $M=743.39$ ), mais tempo por dia na realização do trabalho doméstico do que os que habitam na zona urbana ( $M=$ ).

Em face dos resultados do teste U Mann Whitney e considerando que as diferenças entre os grupos não são significativas, aceita-se que o tempo gasto por dia nas tarefas domésticas seja independente da forma da união civil (indivíduos casados  $OM=1264.91$ ; união de fato  $OM=1241.32$ ;  $UMW=116471.00$ ;  $p=.754$ ) e região do país onde o casal reside (região norte  $OM=1308.26$ ;

região centro  $OM=1284.10$ ;  $UMW=473504.50$ ;  $p=.526$ ).

#### **Relação entre o tempo gasto por dia na realização das tarefas domésticas, a idade, o tempo de conjugalidade e o rendimento mensal**

A idade ( $r=-.07$ ;  $p=.001$ ), o tempo de conjugalidade ( $r=-.078$ ;  $p=.000$ ) e o rendimento mensal ( $r=-.078$ ;  $p=.000$ ), associaram-se de forma significativa com o tempo gasto, explicando respetivamente em 0.49%, 0.61% e em 4.2% a sua variabilidade. Sendo as correlações inversas, infere-se que os mais novos, com menor o tempo de conjugalidade e com menor o rendimento mensal, gastam mais tempo.

#### **Preditores do tempo gasto pelos casais nas tarefas domésticas**

A regressão linear múltipla entre a idade, o tempo de conjugalidade, o rendimento mensal e o tempo gasto nas tarefas domésticas, mostrou que a correlação que estas variáveis estabelecem com o tempo nas tarefas domésticas é fraca, explicando no seu conjunto 2.1% da variabilidade total do tempo gasto (Cf. Tabela 4).

O valor de F é significativo ( $F=12.848$ ;  $p=.000$ ) aceitando-se que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão são preditores do tempo gasto nas tarefas domésticas. Através dos coeficientes padronizados beta, tradutores dos preditores do tempo gasto nas actividades domésticas, constata-se que a idade revela maior valor preditivo e uma relação inversa relativamente ao tempo gasto nas tarefas domésticas (predizendo em 22.8% o tempo gasto nas tarefas domésticas), o tempo de conjugalidade tem relação directa (predizendo em 17.7% o tempo gasto) e o rendimento mensal apresenta relação inversa (predizendo em 8.7% o tempo gasto nas tarefas domésticas).

A equação de regressão será  $\text{tempo} = 1225.491 + (-15.431) \text{idade} + (11.693) \text{tempo de conjugalidade} + (-.099) \text{rendimento mensal}$  (Cf. Tabela 4).

**Tabela 4 - Regressão linear múltipla entre a idade, tempo de conjugalidade, rendimento mensal e tempo gasto nas tarefas domésticas.**

<b>Variável dependente = Tempo gasto nas tarefas domésticas</b>					
$R = .144$					
$R^2 = .021$					
$R^2 \text{ Ajustado} = .019$					
Erro padrão da estimativa = 862.59646					
Incremento de $R^2 = .006$					
$F = 12,848$					
$p = .000$					
<b>Pesos de Regressão</b>					
<b>Variáveis independentes</b>	<b>Coefficiente B</b>	<b>Coefficiente Padronizado Beta</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>Colinearidade VIF</b>
<b>Constantes</b>	1225.491		11.202	.000	
Idade	-15.431	-.228	-3.687	.000	1.035
Tempo de conjugalidade	11.693	.177	-4.143	.000	5.639
Rendimento mensal	-.099	-.087	3.210	.001	5.644
<b>Análise de Variância</b>					
<b>Efeito</b>	<b>Soma quadrados</b>	<b>GL</b>	<b>Média quadrados</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Regressão	2.868 <sup>7</sup>	3	9559644	12,848	.000
Residual	1.353 <sup>9</sup>	1818	744072.6		
Total	1.381 <sup>9</sup>	1821			

### Valor do trabalho do casal no cuidar semanal da roupa

Num total de 1450 casais, verificou-se que estes cuidam em média de 83,75 peças de roupa por semana. O número de peças de roupa, mínimo e máximo, cuidadas em casa ao longo da semana na amostra total oscilou entre o zero e 418, destacando-se entre outras as seguintes peças: meias (M=10.00), cuecas (M=7.48), t-shirts (M=6.24), boxers (M=5.26), calças (M=5.26), camisolas (M= 4.72) camisas (M=4.01). Algumas das menos cuidadas em casa são: gorros (M= 0.33), barretes (M= 0.36), gravatas (M= 0.42) e coletes (M= 0.50). Relativamente ao valor do trabalho de cuidar da roupa, os valores mínimos e máximos na amostra total oscilaram entre os zero euros e os 1061.68€, sendo que a média semanal é de 173,86€. Realizado o produto do número total de cada peça cuidada em casa pelo casal pelo valor médio/custo em euros da limpeza na

lavandaria constatou-se que a peça de roupa que apresentou semanalmente valor superior foram as calças (M=13,828 euros). Em contrapartida, em média o valor mais baixo foi relativo aos gorros (M= 0,195) (Cf. Tabela 5).

**Tabela 5 - Peças cuidadas/semana pelo casal vs valor do trabalho do casal ao cuidar da roupa.**

Peças de roupa cuidadas por semana	Valor na lavanderia	Número de peças cuidadas/semana pelo casal				Valor do trabalho do casal no cuidar semanal da roupa em euros (€)			
		Min.	Máx.	Média ( $\bar{X}$ )	Desvio padrão (s)	Min.	Máx.	Média ( $\bar{X}$ )	Desvio padrão (s)
Aventais	3.20 €	0,00	10,00	1,06	1,51	0,00	32,00	3.40	4,85
Babets	0.50 €	0,00	30,00	0,89	2,92	0,00	15,00	0.44	1,46
Barretes	0.60 €	0,00	28,00	0,36	1,41	0,00	16,80	0.21	0,84
Blusas	3.87 €	0,00	30,00	2,83	3,20	0,00	116,10	10.96	12,40
Boxers	0.70 €	0,00	40,00	5,26	5,51	0,00	28,00	3.69	3,86
Calças	2.63 €	0,00	36,00	5,26	4,94	0,00	94,68	13.83	13,01
Calções	1.50 €	0,00	30,00	1,96	2,74	0,00	45,00	2.94	4,11
Camisas	2.73 €	0,00	47,00	4,01	3,75	0,00	128,31	10.96	10,26
Camisolas	2.50 €	0,00	40,00	4,72	5,09	0,00	128,31	10.96	10,26
Camisolasinteriores	2.50€	0,00	35,00	2,84	4,35	0,00	87,50	7.10	10,87
Casacos	6.50 €	0,00	32,00	1,63	2,29	0,00	208,00	10.61	14,90
Cobertores	7.75 €	0,00	21,00	0,59	1,28	0,00	157,50	4.44	9,63
Colchas	5.83 €	0,00	10,00	0,52	1,09	0,00	67,50	1.36	4,55
Coletes	2.70 €	0,00	25,00	0,50	1,68	0,00	67,50	1.36	4,55
Cuecas	0.70 €	0,00	71,00	7,48	7,74	0,00	49,70	5.24	5,42
Edredão	11.63 €	0,00	20,00	0,51	1,30	0,00	233,40	6.01	15,26
Fardas de trabalho	6.00€	0,00	28,00	1,22	2,30	0,00	168,00	7.34	13,82
Fraldas	0.50 €	0,00	27,00	0,57	2,26	0,00	13,50	0.28	1,13
Gorros	0.60 €	0,00	45,00	0,33	1,87	0,00	27,00	0.19	1,12
Gravatas	2.73 €	0,00	24,00	0,42	1,40	0,00	65,52	1.13	3,83
Guardanapos	0.75 €	0,00	71,00	1,47	3,91	0,00	53,25	1.09	2,93
Lençóis de cama	2.60 €	0,00	20,00	2,11	2,16	0,00	52,00	5.49	5,62
Lenços de bolso	0.50 €	0,00	56,00	1,14	2,89	0,00	28,00	0.57	1,44
Lenços de mão	0.50 €	0,00	20,00	0,77	1,87	0,00	10,00	0.39	0,93
Lenços do pescoço	0.50 €	0,00	16,00	0,73	1,75	0,00	8,00	0.37	0,87
Meias	0.85 €	0,00	80,00	10,00	10,33	0,00	154,00	8.68	9,31
Saias	3.30 €	0,00	21,00	1,66	22,90	0,00	69,30	5.50	7,58
Soutiens	0.60 €	0,00	30,00	3,06	3,47	0,00	55,00	1.90	2,60
Tapetes	6.80 €	0,00	21,00	1,21	2,10	0,00	142,80	8.21	14,24
Toalhas de banho	2.50 €	0,00	35,00	3,62	4,07	0,00	87,50	9.16	10,32
Toalhas de rosto	0.90 €	0,00	30,00	2,91	3,24	0,00	66,00	2.68	3,29
Toalhas de pés	0.40 €	0,00	25,00	2,47	3,51	0,00	88,00	1.06	2,55
Toalhas de mesa	3.56 €	0,00	100,00	1,86	3,23	0,00	356,00	6.66	11,57
T-shirts	1.30 €	0,00	40,00	6,24	6,19	0,00	119,70	8.12	8,04
Vestidos	7.98 €	0,00	15,00	1,44	1,88	0,00	119,70	11.51	15,02
<b>Total</b>		<b>0,00</b>	<b>418,00</b>	<b>83,75</b>	<b>64,00</b>	<b>0,00</b>	<b>1061,68</b>	<b>173,86</b>	<b>135,55</b>

**Valor do trabalho de cuidar a roupa em função das variáveis sociodemográficas (zona de residência, classe etária, tempo de conjugalidade, habilitações literárias, rendimento, estado civil e região)**

O valor do trabalho do cuidar da roupa dos casais da zona rural ( $M=196,67 \pm 125,69$ ) a viver juntos (1,7%) é superior ao valor do trabalho do cuidar da roupa da zona urbana ( $=157,10 \pm 140,20$ ) (t de Student = 7.865;  $p=0,000$ ).

O valor do trabalho de cuidar da roupa na classe etária com idade mais jovem ( $\leq 34$  anos) é superior relativamente às restantes classes etárias, embora sem significância estatística ( $X^2=3,19$ ;  $p=0,203$ ).

Os casais com tempo de conjugalidade entre 11 e 24 anos apresentam um valor do trabalho do cuidar da roupa significativamente superior, relativamente aos outros casais ( $X^2=17,31$ ;  $p=0,001$ ).

Os indivíduos com habilitações literárias ensino básico e secundário apresentam um valor de trabalho de cuidar da roupa superior aos restantes grupos, sendo esse valor significativo ( $X^2 = 156,53$ ;  $p = 0,000$ ).

Os casais com rendimento mensal inferior ou igual a 500 euros têm um valor do trabalho de cuidar da roupa superior aos restantes casais, sendo este valor altamente significativo ( $X^2 = 79,146$ ;  $p = 0,000$ ).

Em síntese, através do teste de Kruskal-Wallis apurou-se que valor do trabalho de cuidar da roupa é superior nos casais com menor tempo de conjugalidade, com habilitações literárias mais baixas e com menor rendimento mensal (Cf. Tabela 6).

Assumindo os resultados do teste de U Mann Whitney, averiguámos que os participantes casados ( $OM=1464,56$ ) revelaram um valor do trabalho do cuidar da roupa superior, comparativamente aos casais a viver em união de fato ( $OM=1260,59$ ), sendo este valor altamente significativo ( $UMW=533928,50$ ;  $p= 0,000$ ).

O valor do trabalho de cuidar da roupa pelos casais da zona centro ( $OM=1454,19$ ) é superior ao valor dos casais da zona norte ( $OM=1351,29$ ), porém sem significância estatística ( $UMW=135074,00$ ;  $p=0,217$ ).

**Tabela 6 - Resultado do teste Kruskal-Wallis relativo ao valor do trabalho do cuidar da roupa no domicílio pelo casal e a classe etária, tempo de conjugalidade, habilitações literárias e o rendimento mensal.**

	Valor do cuidar da roupa em casa pelo casal	Teste de <i>Kruskal-Wallis</i>	
	Ordenação Média	$X^2$	$p$
<b>Classe etária</b>			
$\leq 34$ anos	1462.10	3.19	.203
35-64anos	1456.45		
$\geq 65$ anos	1350.04		
<b>Tempo de conjugalidade</b>			
$\leq 10$ anos	1275.29	17.31	.001
11-24 anos	1402.58		
25-49 anos	1315.61		
$\geq 50$ anos	1120.68		
<b>Habilitações literárias</b>			
Analfabeto e sabe ler e escrever	1276.72	156.53	.000
Ensino básico e secundário	1549.32		
Ensino superior	1136.63		
<b>Rendimento mensal</b>			
$\leq 500$ euros	1250.27	79.146	.000
501-1500 euros	1149.04		
1501-3000 euros	882.64		
$\geq 3001$ euros	642.50		

**Correlação de Pearson entre a idade, o tempo de conjugalidade, o rendimento mensal e o valor do trabalho do cuidar da roupa no domicílio pelo casal.**

A idade ( $r=0,04$ ;  $p=0,020$ ) e o tempo de conjugalidade ( $r=0,01$ ;  $p=0,484$ ) não se associaram neste estudo com o valor do trabalho do cuidar da roupa. Porém, o rendimento mensal ( $r=-0,13$ ) e o tempo de actividades ( $r=0,16$ ), estabeleceram correlações fracas mas significativas com o valor do trabalho do cuidar da roupa ( $p=0,000$ ).

**Preditores do valor do trabalho do cuidar da roupa no domicílio pelo casal.**

A regressão linear múltipla entre a idade, o tempo de conjugalidade, o tempo de atividades, o rendimento mensal e o valor do trabalho do cuidar da roupa no domicílio pelo casal mostra que a correlação entre estas variáveis é fraca, explicando no seu conjunto 5.2% da variabilidade total do valor do trabalho do cuidar da roupa (Cf. Tabela 7).

O valor de F é significativo (F= 24,890; p=.000) permitindo considerar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão são preditores do valor do trabalho do cuidar da roupa. Através dos coeficientes padronizados beta, apuraram-se os preditores do valor do trabalho do cuidar da roupa pelo casal, constatando-se que a idade revela maior valor preditivo e uma relação

inversa relativamente ao valor do trabalho do cuidar da roupa pelo casal (predizendo em 28% o valor do trabalho do cuidar da roupa pelo casal), o tempo de conjugalidade tem relação directa (predizendo em 25.1% o valor do trabalho do cuidar da roupa pelo casal), o rendimento mensal apresenta relação inversa (predizendo em 13.9% o valor do trabalho do cuidar da roupa pelo casal) e o tempo de actividades apresenta uma relação direta (predizendo em 8,7% o valor do trabalho do cuidar da roupa pelo casal).

A equação de regressão será tempo = 277.812 + (-2.958) idade + (2.591) tempo de conjugalidade + (-.025) rendimento mensal + (.014) tempo de actividades (Cf. Tabela 7).

**Tabela 7 - Regressão linear múltipla dos preditores do valor do trabalho de cuidar da roupa pelo casal.**

Variável dependente = Valor do trabalho de cuidar da roupa pelo casal					
R = 0,228 R <sup>2</sup> = 0,052 R <sup>2</sup> Ajustado = 0,050 Erro padrão da estimativa = 132,8867 Incremento de R <sup>2</sup> = 0,011 F = 24,890 p = 0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Padronizado Beta	t	p	Colinearidade VIF
Constante	277,812		15,94	0,000	
Idade	-2,958	-0,280	-5,132	0,000	5,692
Tempo de atividades	0,014	0,087	3,779	0,000	1,021
Tempo Conjugalidade	2,591	0,251	4,604	0,000	5,676
Rendimento Mensal	-0,025	-0,139	-5,957	0,000	1,042
Análise da Variância					
Efeito	Soma de quadrados	df	Média dos quadrados	F	p
Regressão	1758137,370	4	439534,343	24,890	0,000
Residual	32086167,113	1817	17658,870		
Total	33844304,483	1821			

Da síntese dos resultados emerge que quanto maior a idade, menor é o tempo gasto no trabalho doméstico e menor é o valor do cuidar da roupa no domicílio; quanto maior o tempo de conjugalidade, menor é o tempo gasto no trabalho doméstico, porém maior é o valor do cuidar da roupa em casa; quanto maior o rendimento do casal, maior é o tempo gasto no trabalho doméstico e menor será o valor do cuidar da roupa pelo casal; quanto maior o tempo gasto nas atividades domésticas maior será o valor do cuidar da roupa.

### DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O desenho de pesquisa e a análise dos dados basearam-se, no pressuposto de que o espaço doméstico é uma das áreas privilegiadas para a (re)produção das desigualdades de gênero. Ou seja, “household is a gender factory” (Davis et al., 2007, p. 1249 Cit. por Nico & Rodrigues (2011), mesmo quando ao nível dos valores se verifica que o aumento da consideração de que homens e mulheres devem partilhar as tarefas domésticas, ideia que é transversal aos vários países europeus (Nico & Rodrigues, 2011).

Na prestação dos cuidados à família, a mulher é quem os pratica maioritariamente. As atividades que esta mais realiza são: cuidar da roupa, preparação de refeições e limpeza regular da casa. Estes resultados são apoiados pelo estudo realizado por Silva (2012), afirmando este, que as mulheres participam, em média, com mais regularidade em tarefas domésticas relacionadas com o tratamento da roupa (lavar, estender, passar a ferro), cozinhar, limpar e arrumar a casa. Os homens realizam menos as atividades cuidar da roupa e limpeza regular da casa, sendo que as realizadas com mais frequência são as compras habituais e brincar com os filhos.

Os resultados mostram que as mulheres gastam por dia, em média, mais tempo na realização de tarefas domésticas do que os homens. Os nossos resultados vão de encontro aos estudos realizados por Carrasco & Dominguez (2011) e Hoof (2011), verificando-se existir diferença entre os géneros na realização do trabalho doméstico, inferindo-se que as mulheres realizavam mais trabalho doméstico do que os homens, apesar da ideologia

de igualdade. As tarefas domésticas nas quais as mulheres gastam mais tempo são cuidar/arrumar a casa e a preparar as refeições. As mulheres investem (em média) também mais tempo por dia a cuidar das crianças/jovens, facto também descrito por Carrasco & Dominguez (2011), que afirmam que estas continuam a estar mais envolvidas na responsabilidade e educação dos filhos.

É sobejamente conhecido que as mulheres efectuam mais as tarefas de cozinhar, limpar, lavar, cuidar da roupa e fazer compras e os homens as actividades mais esporádicas e limpas, relacionadas com a manutenção e a gestão de pagamentos e outras burocracias, ou com o exterior da casa. Sendo assim, as mulheres tendem a fazer, muito mais do que os homens, actividades de que (tal como os homens) não gostam particularmente, as limpezas (Nico & Rodrigues, 2011). Em contrapartida, os homens não participam muito mais do que as mulheres (partilhando quando muito de forma igualitária) nas tarefas potencialmente mais prazerosas, como cozinhar e fazer as compras (Nico & Rodrigues, 2011).

Os resultados patenteiam que o total da amostra cuida em média de 83,75 peças de roupa por semana, o que corresponde a um valor médio de trabalho doméstico de 173,86 euros por semana. Caso a roupa fosse cuidada numa lavandaria, o valor despendido nesta atividade doméstica constituiria um impacto económico significativo para a maioria dos orçamentos familiares.

Relativamente aos participantes com classe etária inferior ou igual a 34 anos, estado civil de casados, tempo de conjugalidade de 11 a 24 anos, a residir na zona rural, com habilitações literárias correspondentes ao ensino básico e secundário, cujo rendimento mensal é inferior ou igual a 500 euros, estes são os que gastam mais tempo na realização das tarefas domésticas e apresentam um maior valor no trabalho do cuidar da roupa em casa. Em relação à região, os indivíduos residentes na região Norte, gastam mais tempo na realização das tarefas domésticas, enquanto os da região Centro apresentam maior valor no trabalho do cuidar da roupa pelo casal no domicílio.

A idade, o tempo de conjugalidade e o



rendimento mensal são preditores do tempo gasto nas tarefas domésticas. Estas variáveis acrescidas do tempo gasto nas atividades revelaram-se igualmente preditores do valor médio do cuidar da roupa pelo casal no domicílio.

Os resultados sugerem que quanto maior o rendimento mensal, menor o tempo despendido no desempenho das tarefas domésticas, o que vai de encontro ao estudo de Carrasco & Domínguez (2011), que afirmam que à medida que o rendimento mensal aumenta, o trabalho doméstico realizado pela mulher diminui, algo que não se verifica com o homem.

Dos resultados emerge a necessidade urgente de continuar a implementar programas promotores de uma cultura de cidadania ativa facilitadora da igualdade de género e valorização do trabalho realizado pela mulher e cujo enfoque deveria privilegiar como alvos prioritários as crianças, os jovens e os adultos jovens (e nestes, profissionais da educação, saúde, segurança, direito, serviços sociais e do trabalho, entre outros, interventores em grupos de maior vulnerabilidade), porquanto é urgente fomentar o desenvolvimento socioeducativo infantil, juvenil e a adultez de forma sustentada com o potencial de serem amanhã futuros cidadãos/educadores/trabalhadores responsáveis conscientes, literatos e ativos em prole de organizações/sociedade que se querem entre outros, inclusivas, justas, literadas e salutogénicas.

Outro eixo de intervenção prioritária integra a efectiva implementação das políticas promotoras da igualdade de género na família, no trabalho, na saúde, na educação, na justiça, na política e na vida social em geral.

Realizar futuras investigações sobre igualdade de género em casais hétero e homossexuais assume-se como uma estratégia concertada na procura de evidências explicativas dos determinantes da desigualdade de género, cujas graves implicações afetam a vida das famílias e preocupam na actualidade cidadãs/cidadãos comuns, profissionais da saúde, educação, justiça, política e da vida social em geral.

## BIBLIOGRAFIA

Carrasco, C. & Domínguez, M. (2011). Family Strategies for meeting care and domestic work needs: Evidence from Spain. *Feminist Economics*, 17, pp. 159 - 188.

Copur, Z.; et al. (2011). Sharing and Spending Time on Domestic Tasks: A Turkish Sample. *Journal of Comparative Family Studies*, 41, pp. 87-109.

Cunha, M. (2013). Questionário Desenvolvimento do Trabalho Doméstico. Não Publicado.

Domingos, L. (2012). Conceções e experiências de conciliações entre a vida profissional, familiar e pessoal: a perspetiva das pessoas que trabalham numa autarquia. Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Viseu, Portugal.

Fortin, M.F. (2009). O Processo de Investigação: Da concepção à realização. 5ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8383-10-7.

Hooff, J. H. (2011). Rationalising inequality heterosexual couples' explanations and justifications for the division of housework along traditionally gendered lines. *Journal of Gender Studies*, 20, pp. 19-30.

Nico, M. & Rodrigues, E. (2011). Organização do trabalho doméstico em casais do mesmo sexo. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 65, pp. 95-118.

Pochmann, M.; et al. (2012). Trabalho para o mercado e trabalho para casa: persistentes desigualdades de género. IPEA. Consultado em: 1/11/2013 Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/120523\\_comunicadoipea0149.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/120523_comunicadoipea0149.pdf)

Schouten, M. J.; et al. (2012). Relatório Final do Projeto Tempo e Tecnologia: uma abordagem de género para o contexto português. Universidade da Beira Interior, Covilhã.

Silva, C. C. (2012). Igualdade de Género e Práticas de Gestão de Recursos Humanos. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal.

# STRESSE DOS ESTUDANTES NAS AULAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Isabel Araújo<sup>(1)</sup>; Joaquim Filipe Fernandes<sup>(2)</sup>; Rui Jesus<sup>(3)</sup>; Bárbara Ferreira<sup>(4)</sup>; Sara Costa<sup>(5)</sup>; Teresa Costa<sup>(6)</sup>



## Resumo

O stress constitui uma experiência transversal às vivências dos estudantes nos seus diferentes percursos de formação. Como tal, pareceu relevante realizar um estudo quantitativo, exploratório descritivo, com um grupo de estudantes (n=173, amostra de conveniência estratificada), do curso de licenciatura em enfermagem de uma escola do norte de Portugal, com o objetivo de avaliar o nível de stress sentido nas aulas práticas ao longo da sua formação, e identificar quais dessas aulas originam maior nível de stress. A recolha de informação foi efetuada por questionário. Os dados recolhidos foram organizados e analisados com recurso ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23, tendo-se utilizado técnicas da Estatística Descritiva e Inferencial. Os resultados mostraram que estes estudantes manifestaram baixos níveis de stress aquando das aulas práticas/procedimentos específicos. O nível de stress foi maior nos participantes do sexo feminino, e nos estudantes que não vivem com a família em período de aulas. No entanto, o stress não sofreu alterações significativas ao longo dos diferentes anos de formação. A técnica que gerou mais stress foi a dos posicionamentos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estudantes; Enfermagem; Stresse.

## Abstract

### STUDENTS' STRESS IN NURSING PRACTICAL CLASSES: AN EXPLORATORY STUDY

Stress is widely experienced by students during their different learning paths. As such, it seemed relevant to conduct a quantitative, exploratory and descriptive study, with a group of undergraduate students (n = 173, stratified convenience sample), from a school in the northern region of Portugal, in order to assess the level of stress perceived in practical classes throughout their degree in Nursing, and to identify which of these classes originate higher levels of stress. Data was collected through questionnaires and organized using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 23. The analysis used descriptive and inferential statistics techniques. The findings showed that these students perceived low levels of stress in practical classes and specific procedures. The stress level was higher in female participants, and in students who are displaced from home (away from their families). However, the stress level has not changed significantly over the different years of the Nursing degree. The technique that has generated more stress was the placements.

**KEYWORDS:** Students; Nursing; Stress.

## Resumen

### EL ESTRÉS EN LOS ESTUDIANTES EN LAS CLASES PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA: UN ESTUDIO EXPLORATORIO

El estrés es ampliamente experimentado por los estudiantes durante sus diferentes vías de aprendizaje. Como tal, pareció relevante llevar a cabo un estudio cuantitativo, exploratorio y descriptivo, con un grupo de estudiantes universitarios (n = 173, muestra de conveniencia estratificada), de una escuela en la región norte de Portugal, con el fin de evaluar el nivel de estrés percibida en las clases prácticas a lo largo de su grado en Enfermería, y identificar cuál de estas clases originan mayores niveles de estrés. Los datos fueron recogidos a través de cuestionarios y organizados utilizando el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 23. El análisis se hizo con técnicas de estadística descriptiva y inferencial. Los resultados mostraron que estos estudiantes perciben bajos niveles de estrés en las clases prácticas y procedimientos específicos. El nivel de estrés era mayor en las mujeres participantes, y en los estudiantes que se desplazan desde su casa (lejos de sus familias). Sin embargo, el nivel de estrés no ha cambiado significativamente en los diferentes años del grado de enfermería. La técnica que ha generado más estrés fue la de colocaciones.

**PALABRAS CLAVE:** Estudiantes; Enfermería; Estrés

Recebido em 2016. Aceite em 2016.

<sup>(1)</sup> Doutoranda em Ciências de Enfermagem. Professora Coordenadora; Diretora do Departamento das Ciências de Enfermagem e da Saúde da Escola Superior de Saúde de Vale do Ave. Instituto Politécnico de Saúde do Norte. Investigadora na CESPU, Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde. (isabel.araujo@ipsn.cespu.pt).

<sup>(2)</sup> Licenciado. Professor Adjunto. Departamento das Ciências de Enfermagem e da Saúde da Escola Superior de Saúde de Vale do Ave. Instituto Politécnico de Saúde do Norte. Investigador na CESPU, Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde. (Joaquim.fernandes@ipsn.cespu.pt).

<sup>(3)</sup> Doutorando em Ciências de Educação. Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde de Vale do Sousa. Instituto Politécnico de Saúde do Norte. Investigador na CESPU, Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologias da Saúde. (rui.jesus@ipsn.cespu.pt).

<sup>(4)</sup> Licenciada Enfermagem. (ba\_ferreira.7@hotmail.com).

<sup>(5)</sup> Licenciada em Enfermagem (saracosta\_23@hotmail.com).

<sup>(6)</sup> Licenciada em Enfermagem (teresacosta15@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

A formação em enfermagem, em Portugal, foi integrada no sistema educativo do ensino superior desde o ano de 1988, permitindo o acesso a diferentes graus académicos. Esta mudança aumentou as responsabilidades nas áreas da conceção de planos de estudos, e na organização e prestação dos cuidados de saúde. Sabe-se que os conhecimentos, as habilidades, as atitudes e as competências desenvolvidas durante a formação inicial são ferramentas essenciais para que haja um desenvolvimento pessoal e profissional.

Pode-se ler no artigo 8.º do decreto-lei nº353/99 de 3 de Setembro, publicado em Diário da República, através do Ministério da Educação, que o curso de licenciatura em enfermagem tem como objetivo “[...]assegurar a formação científica, técnica e humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção”. Para se atingir este objetivo os estudantes passam por diferentes contextos de ensino/aprendizagem, onde adquirem conhecimentos e competências progressivas.

Pela evidência científica recente, pode-se apurar que os estudantes do ensino superior, durante o seu percurso académico, deparam-se com situações causadoras de stresse, tais como: a adaptação ao ensino superior, a mudança de habitação (região demográfica), a dificuldade de integração num novo processo de ensino/aprendizagem, a sobrecarga de atividades académicas, e as suas expectativas e preocupações com a saída profissional (Silva, Chiquito, Andrade, Brito, & Camelo, 2011).

Neste estudo entende-se o stresse como uma reação do organismo e da mente quando confrontados com uma situação que altere o equilíbrio. Representa a relação que se estabelece entre a dificuldade sentida pela pessoa, fruto de uma pressão externa, e a resposta física e/ou psicológica que é desencadeada (Natal, Dias, Martins, & Fernandes (2012). Os estudantes que mantêm a sua saúde física e psíquica são capazes de melhor controlar os fatores de stresse aos quais são expostos ao longo dos diferentes anos de formação.

Os autores deste trabalho, quando recordam o seu percurso de formação, relembram vários fatores que tiveram influência no trajeto académico, fatores esses causadores de stresse, entre os quais a realização de provas de avaliação, o cumprimento de prazos de entrega de trabalhos, as aulas práticas e os ensinamentos clínicos. Entre os vários fatores que provocaram um maior nível de stresse destaca-se a avaliação em aulas práticas, em que o medo de errar na técnica, a falta de destreza para manusear o material, e o facto de estarem a ser continuamente observados pelos professores, foram os fatores que mais contribuíram para o aumento do nível de stresse.

Monteiro, Freitas, & Ribeiro (2007), que monitorizaram o stresse vivenciado por estudantes, salientam nos resultados do seu estudo, que o stresse tem implicações negativas no desenvolvimento das atividades académicas, conduzindo a problemas de ordem motivacional em relação às atividades desempenhadas durante o curso. Outros investigadores com a mesma inquietação referenciam como fontes de stresse enumeradas pelos estudantes, o facto de terem menos tempo de férias, a dificuldade em equilibrar o tempo de estudo/lazer e o aumento da carga de estudo. Os mesmos autores realçam que as aulas práticas realizadas no decorrer do percurso académico foram referidas como fator de stresse por 50% da população inquirida (Sharma e Kaur, 2011).

No que diz respeito às variáveis sociodemográficas que podem influenciar os níveis de stresse, Veríssimo, Costa, Gonçalves e Araújo (2011), identificaram que as estudantes do sexo feminino apresentavam maior nível de stresse do que os estudantes do sexo masculino. Já Kumar (2011) referiu que o nível de stresse sentido pelos estudantes de enfermagem estava correlacionado com o ano de curso que frequentavam, apesar de não indicar em que ano os estudantes sentem mais stresse. Contudo, o trabalho de Pereira, Miranda e Passos (2010) referencia que é no 2º ano do curso que se registam maiores níveis de stresse, seguindo-se o 3º ano e por fim o 4º ano.

Face ao supracitado, questionamo-nos: Qual o nível de stresse dos estudantes da licenciatura

em enfermagem, quando frequentam as aulas práticas?

Com a resposta a esta inquietude procuramos atingir os objetivos:

- Avaliar o nível de stresse sentido pelos estudantes, ao longo da sua formação, nas aulas práticas do curso de licenciatura em enfermagem;
- Identificar quais as aulas práticas que desencadeiam maior nível de stresse nos estudantes da licenciatura em enfermagem;
- Verificar a existência de relação entre as características sociodemográficas dos estudantes e os seus níveis de stresse.

## METODOLOGIA

Como estratégia de investigação o estudo enquadrou-se no paradigma quantitativo. Foi realizado um estudo exploratório-descritivo numa Escola Superior de Saúde da zona Norte de Portugal. Nesta instituição de ensino, o curso de licenciatura em enfermagem está estruturado em 4 anos curriculares, com aulas teóricas e práticas, orientações tutoriais, seminários e ensinamentos clínicos. No primeiro ano as aulas teóricas constituem a base do conhecimento que apoia as aulas práticas e os ensinamentos clínicos. As aulas práticas decorrem nos três primeiros anos e servem de apoio para os ensinamentos clínicos que se iniciam no 2º ano e culminam no 4º e último ano de formação.

Nas aulas práticas são simuladas técnicas e procedimentos de enfermagem, sendo que primeiramente são exemplificadas pelos professores, seguindo-se o treino por parte dos estudantes, e posteriormente a avaliação.

Para participar no estudo foram convidados todos os estudantes que frequentavam os 2º, 3º e 4º anos da licenciatura em enfermagem. Os instrumentos de colheita de informação foram aplicados de forma coletiva, em salas de aula, com uma duração aproximada de meia hora. Participaram 173 estudantes (48 do 2º ano, 65 do 3º ano, e 60 do 4º ano), resultando numa amostra de conveniência estratificada. A recolha de informação foi realizada por questionário no período de janeiro a março de 2015.

Por forma a respeitar os princípios éticos e

manter a confidencialidade dos participantes, os inquiridos convidados foram informados dos objetivos do estudo, e as suas respostas foram codificadas com um código numérico que começava com 2, para os estudantes do 2º ano, 3, para os do 3º ano e 4, para os do 4º ano, sendo assim possível identificar o ano a que o estudante estava alocado, mantendo a confidencialidade e o anonimato. O consentimento informado foi pedido verbalmente aos estudantes, aquando da entrega dos questionários, e a devolução dos mesmos por parte dos estudantes demonstrou que estes aceitaram a participação no estudo. Antes deste procedimento foi solicitada autorização formal à direção da instituição supracitada.

O questionário foi composto por 3 grupos. Com o grupo I obteve-se informação sobre variáveis sociodemográficas. Com as questões do grupo II foi avaliado o nível de stresse com recurso à escala de sintomas de stresse (Custódio, 2010). A escala é composta por 37 itens com possibilidade de resposta tipo Likert, onde o participante teria de colocar um círculo no algarismo que melhor correspondia à sua vivência nas aulas práticas (1 - Nunca; 2 - Poucas vezes; 3 - Algumas vezes; 4 - Muitas vezes; 5 - Sempre). Desta descrição advém que o valor máximo da soma dos 37 itens da escala resulta num nível de stresse de 185 pontos (que acontece quando o sujeito responde '5. Sempre' a todas as perguntas da escala:  $37 \times 5 = 185$ ); e o valor mínimo resulta num nível de stresse de 37 pontos ( $37 \times 1$ ). Assim sendo, e de forma a avaliar o nível de stresse em percentagem (em vez de na escala de 37 a 185 pontos), foi criada uma variável com a seguinte fórmula:

. No grupo III recolheu-se a opinião dos estudantes acerca das aulas práticas/procedimentos que geravam maior nível de stresse, aquando da execução das mesmas.

A informação recolhida foi organizada e analisada recorrendo a técnicas da análise estatística descritiva e inferencial, com recurso ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23. Os testes estatísticos utilizados foram os de comparação de médias entre grupos de sujeitos, neste caso, testes não paramétricos (Mann-Whitney e Kruskal-Wallis), pois os níveis

de stresse percentuais não seguiam a distribuição normal. Em todos os testes, valores de  $p < 0,05$  (bilateral) foram considerados estatisticamente significativos.

## RESULTADOS

A apresentação dos resultados está organizada tendo por base os objetivos previamente definidos, sendo a primeira apresentação referente à caracterização dos participantes.

### 1) Caracterização Sociodemográfica

Para a concretização do estudo contou-se com a participação de 173 estudantes, 48 frequentavam o 2º ano do curso (27,7%), 65 pertenciam ao 3º ano (37,6%) e 60 ao 4º ano (34,7%). Destacou-se a participação do sexo feminino com 152 estudantes (87,9%) e 21 estudantes do sexo masculino (12,1%). As idades variaram entre os 19 e os 39 anos, com um valor médio de 22,1 anos. No que diz respeito ao estado civil, 163 estudantes eram solteiros (94,2%), 8 estudantes casados (4,6%) e apenas 2 estudantes viviam em união de facto (1,2%). Relativamente ao local onde moram em período de aulas, 158 estudantes (91,3%) viviam com a família, 14 estudantes (8,1%) viviam com amigos ou sozinhos e 1 estudante não respondeu (0,6%).

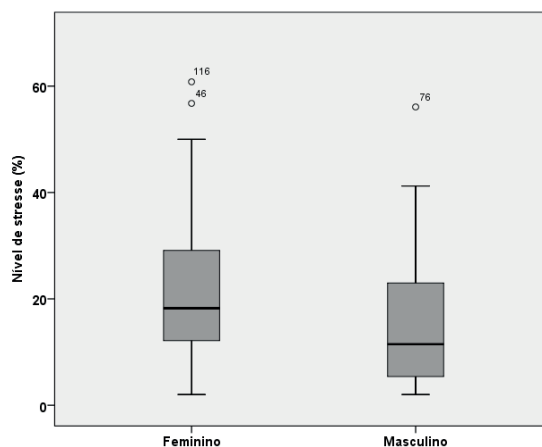
### 2) Nível de stresse ao longo da formação e relação com as características sociodemográficas

Por forma a responder ao objetivo de avaliar o nível de stresse sentido pelos estudantes, ao longo da sua formação, nas aulas práticas do curso de licenciatura em enfermagem, conclui-se pela leitura da tabela 1, que no 2º ano, a mediana do nível de stresse foi de 17,9%, no 3º ano foi de 18,2% e no 4º ano foi de 17,6%. Estas diferenças entre as medianas dos três anos não se revelaram estatisticamente significativas ( $p=0,96$  no teste de Kruskal-Wallis), pelo que os níveis de stresse dos estudantes não diferem muito de ano para ano do curso.

Além disso, são níveis de stresse que estão no primeiro quarto da escala de 0 a 100% em que foi medido o stresse, pelo que se podem considerar

**Tabela nº1 – Nível de stresse dos estudantes (%), por ano de curso.**

Ano de curso que frequenta	Número de casos	Mediana	Amplitude de interquartilica	Mínimo	Máximo
2º Ano	48	17,91	14,53	2,70	56,76
3º Ano	65	18,24	18,64	2,03	56,08
4º Ano	60	17,57	18,24	2,03	60,81
Total	173	17,57	17,23	2,03	60,81

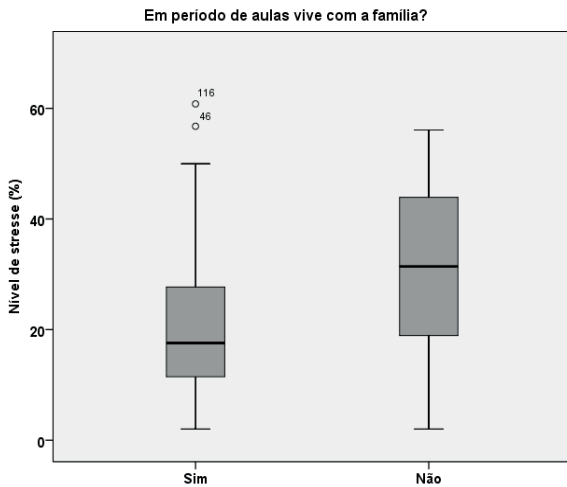


**Gráfico nº 1 – Nível de stresse dos estudantes (%), por sexo.**

níveis baixos de stresse (mas não desprezáveis).

Analisando a variável stresse por sexo dos estudantes, e através da análise do gráfico 1, verifica-se que elas têm, em mediana, mais 6,7% de nível de stresse do que eles (18,2% vs. 11,5%) e essa diferença revelou-se estatisticamente significativa ( $p=0,038$  no teste de Mann-Whitney). Esse maior stresse sentido pelas mulheres também se verifica ao comparar os valores máximos sentidos por elas (60,81%) e por eles (56,08%). O nível mínimo de stresse sentido por ambos os sexos foi de 2,03%. A idade dos estudantes não apresentou nenhuma relação estatisticamente significativa com o nível de stresse ( $p=0,055$  no teste de correlação de Spearman). No entanto, o fraco coeficiente de correlação de Spearman ( $r=0,146$ ) permite constatar que, nesta amostra, foram os estudantes mais velhos que sentiram os maiores níveis de stresse.





**Gráfico nº 2 – Nível de stress dos estudantes (%), por afastamento da família.**

Mas foi o afastamento das suas famílias, em tempo de aulas, que se revelou o maior preditor para os níveis aumentados de stress.

Como se pode ver no gráfico 2, os estudantes que não vivem com a família em período de aulas têm, em mediana, mais 13,8% de nível de stress do que os que vivem com a família (31,4% vs. 17,6%), e essa diferença revelou-se estatisticamente significativa ( $p = 0,028$  no teste de Mann-Whitney). Este facto revela a importância do suporte familiar, para que os estudantes consigam lidar melhor com o stress sentido nas aulas.

### 3) Aulas práticas vs stress nos estudantes de enfermagem

Através da análise do gráfico 3, conclui-se que a aula prática que provocou maior stress nos estudantes foi a de posicionamentos, sendo que num total de 173 inquiridos, 70 deles manifestaram esta opinião.



**Gráfico nº 3 – Aulas práticas que causaram maior stress nos estudantes.**



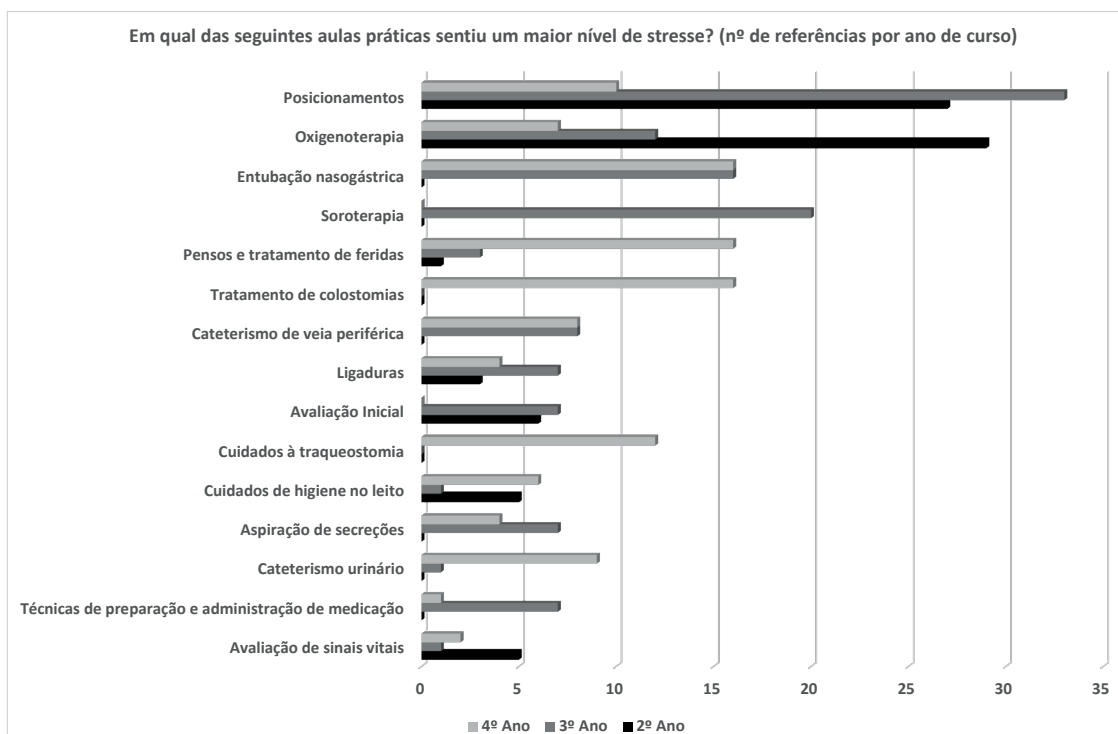


Gráfico nº 4 – Aulas práticas que causaram maior stresse nos estudantes, por ano de curso.

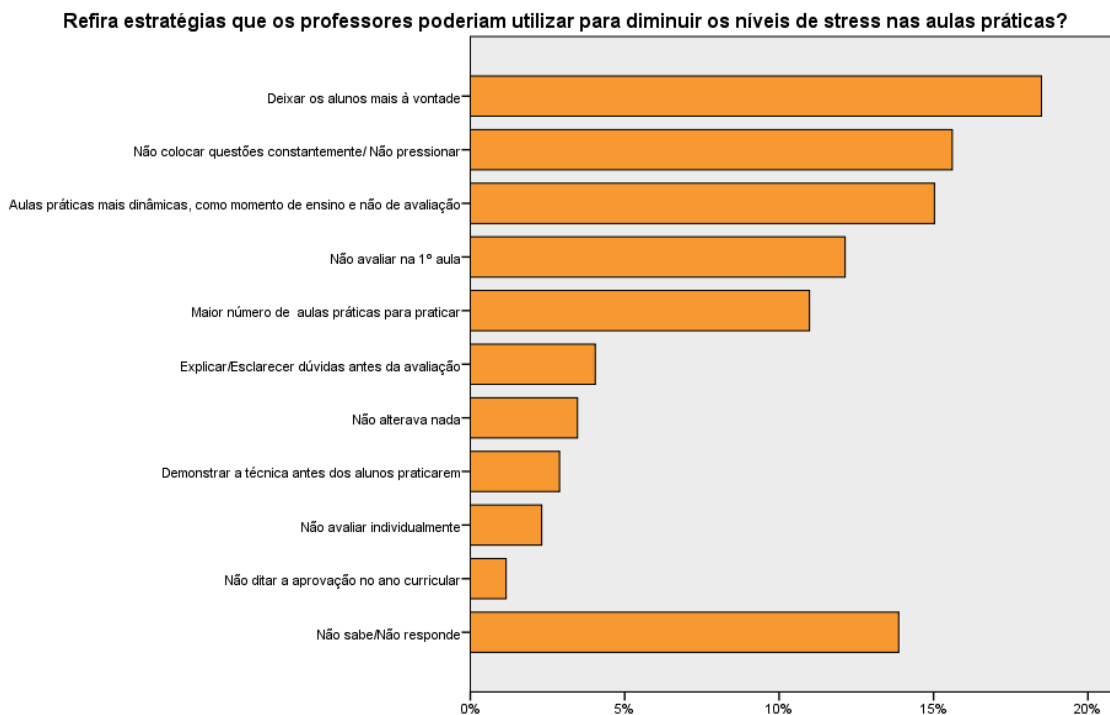


Gráfico nº 5 – Estratégias sugeridas pelos estudantes para diminuir o stress nas aulas práticas.

Pela análise efetuada por ano de frequência do curso (gráfico 4), constata-se que a aula prática que provocou maior nível de stresse nos estudantes do 2º ano, foi a de oxigenoterapia com 29 referências. Já nos estudantes do 3º ano, a aula prática que provocou maior nível de stresse foi a de posicionamentos com 33 referências. Os estudantes do 4º ano classificaram três aulas práticas como as mais geradoras de stresse (todas com 16 referências): entubação nasogástrica, tratamento a colostomias, e tratamento de feridas.

No que concerne às estratégias para diminuir o nível de stresse gerado nas aulas práticas, no gráfico 5, pode ler-se como principal estratégia “deixar os estudantes mais à vontade” com 32 respostas (18,5%), seguindo-se não colocar questões constantemente com 27 respostas (15,6%) e desenvolver aulas mais dinâmicas, sem serem sujeitos a avaliação com 26 respostas (15,0%).

## DISCUSSÃO

O presente estudo investigou o nível de stresse de um grupo de estudantes do curso de licenciatura em enfermagem, aquando da frequência das aulas práticas. Esta investigação foi realizada com uma amostra predominantemente do sexo feminino. O grupo em estudo caracterizou-se como um grupo de estudantes jovens. As suas idades variaram entre os 19 e os 39 anos com uma média de 22,1 anos. A grande maioria eram solteiros e viviam na sua área de residência com a sua família. Este perfil de participantes corrobora com trabalhos de outros investigadores que contaram com a participação de estudantes ou profissionais de enfermagem nos seus estudos (Custódio, Pereira & Seco 2009; Custódio, 2010; Pereira, Miranda & Passos 2010; Veríssimo et al, 2011). Este perfil deve-se ao facto de a enfermagem ser uma profissão tradicionalmente desempenhada por mulheres.

Da análise das respostas dos inquiridos sobressaiu que os estudantes apresentavam um nível de stresse baixo quando frequentam as aulas práticas. Verificou-se que independentemente do ano de frequência do curso, o nível de stresse não variou. Este resultado é oposto ao estudo publicado

por Pereira, Miranda e Passos (2010), onde referem que o nível de stresse está relacionado com o ano de curso tendo registado mais stresse no grupo de estudantes do 3º ano. Esta diferença encontrada tem que ser ponderada com análise mais pormenorizada, porque os planos de estudos do curso não eram iguais.

Destaca-se neste estudo que dependendo da técnica/procedimento que simulam, o nível de stresse foi variável ao longo do processo ensino/aprendizagem. Este resultado deve-se aos diferentes conhecimentos, habilidades, competências psicomotoras e outras necessárias para as simulações. Assim, a complexidade das técnicas/procedimentos são um fator de stresse, no entanto, é possível reconhecer que outros fatores podem influenciar o stresse, já que independentemente do ano de frequência, a técnica que gerou mais stresse foi a de posicionamentos. Não foi propósito deste estudo saber se os métodos e as técnicas pedagógicas utilizadas nas aulas práticas influenciavam o nível de stresse. No entanto, fica reconhecido que estas variáveis tiveram alguma influência no nível no stresse dos participantes.

Da correlação entre variáveis foi possível verificar que a idade tem uma ligeira influência no nível de stresse. Os estudantes mais velhos manifestaram valores mais elevados de stresse aquando da simulação das técnicas/procedimentos. Este resultado pode dever-se ao facto de, no grupo de participantes, haver estudantes que ingressaram no curso através do regime de maiores de 23 anos. São estudantes que já não estudam há algum tempo ou até não frequentaram o percurso de formação do ensino secundário de forma tradicional. Este resultado não é novo na comunidade científica, corrobora o estudo de Rios (2006), em que referiu que os estudantes mais velhos apresentavam mais stresse.

Os resultados permitiram verificar que o stresse manifestou-se mais no sexo feminino do que no sexo masculino. Este resultado reforça o estudo de Veríssimo, Costa, Gonçalves e Araújo (2011) e de Custódio, Pereira e Seco (2009), que afirmaram que o sexo está relacionado com o nível de stresse, sendo que o sexo feminino apresentou maiores

níveis de stresse.

O facto de viverem com ou sem a família em tempo de aulas, também se mostrou relacionado com o stresse, com os estudantes afastados das suas famílias, a manifestarem níveis mais elevados de stresse. Apesar deste resultado contradizer o estudo de Rios (2006), em que não se detetou relação entre estas duas variáveis, faz todo o sentido que, na ausência de um suporte familiar mais permanente, os estudantes não consigam lidar tão bem com o stresse sentido nas aulas.

Da análise das estratégias referidas pelos estudantes para a diminuição do nível de stresse nas aulas práticas, evidenciou-se como principais “deixar o estudante mais à vontade”, não colocar questões constantemente, tornar as aulas mais dinâmicas e não serem sujeitos a avaliação. Com valor significativo, foi ainda, a sugestão de terem um maior número de aulas práticas para praticar as diferentes técnicas/procedimentos simulados.

Tratando-se de um estudo com uma amostra não representativa da população dos estudantes de enfermagem, as evidências encontradas foram significativas para promover mudanças na instituição onde se realizou o estudo. Como referenciado por alguns autores, o stresse tem interferência no desenvolvimento do projeto profissional ou pessoal dos estudantes, podendo gerar problemas de ordem motivacional e ou de bem-estar (Monteiro, Ribeiro, Freitas, 2007; Sharma e Kaur, 2011).

## CONCLUSÃO

O stresse constitui uma experiência transversal às vivências do ser humano nos seus diferentes projetos de vida. Reconhecendo as limitações da investigação realizada, pelo número de participantes, pelas metodologias utilizadas e pela exclusividade de colheita de informação numa só instituição de ensino superior, consideramos as evidências encontradas importantes para melhoria do processo de ensino/aprendizagem no ensino superior.

Salientou-se um nível baixo de stresse nos estudantes, da licenciatura em enfermagem, aquando da realização de técnicas/procedimentos específicos. O nível de stresse foi mais sentido

pelos estudantes do sexo feminino, e pelos estudantes que não vivem com a família em período de aulas; mas foi semelhante nos diferentes anos de formação. A técnica mais geradora de stresse foi a de posicionamentos. Este resultado é sugestivo para a continuidade de trabalhos de investigação, no sentido de monitorizar métodos e técnicas utilizadas nas aulas práticas e correlacionar com o nível de stresse. É urgente adaptarem-se metodologias proativas e criar ambientes favoráveis ao desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes. A presente investigação contribuiu para a reflexão do grupo de docentes responsáveis pelas aulas práticas, na instituição onde foi realizado o estudo. Consideramos pertinente manter continuidade de estudos similares ao apresentado, no sentido de contribuir para a redução de stresse nos estudantes, e desta forma promover melhor qualidade de vida dos mesmos, já que o stresse é quase sempre visualizado como fator negativo que ocasiona prejuízo no desempenho global dos estudantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Custódio, S.M.R., Pereira, A.M.S., Seco, G.M.B. (2009). Stresse e saúde do estudante de enfermagem em ensino clínico. IC Online: Instituto Politécnico de Leiria. Acedido em Janeiro 29, 2016, em <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/317>

Custódio, S. M. (2010). Stresse, suporte social, optimismo e saúde em estudantes de enfermagem em ensino clínico [dissertação]. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Decreto-lei n.º 353/99 de 3 de Setembro. Diário da República nº 206- I serie – A. Ministério da educação. Lisboa.

Kumar, N.R.(2011). Stress and Coping Strategies among Nursing Students. Nursing and Midwifery Research Journal, 7. Acedido em Dezembro 16, 2015, em <http://medind.nic.in/nadt11/i4/nadt11i4p141.pdf>

Monteiro, C.F.S., Freitas, J.F.M., & Ribeiro, A.A.P. (2007). Estresse no cotidiano acadêmico: o olhar dos alunos de enfermagem da universidade federal do Piauí . (Universidade Federal do Piauí, Brasil). Acedido em Junho 25, 2014 em <http://>

[www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a09.pdf)

Natal, C., Dias, M., Martins, S., Fernandes, F. (2012, Maio 27). Os Enfermeiros e...O Stresse. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em Janeiro 27, 2016, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoeres/artigospublicadoimpresalocal/Paginas/OsEnfermeiroseOStresse.aspx>

Rios, O.F.L. (2006). Níveis de stresse e depressão em estudantes universitários. (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil). Acedido em Junho 26, 2014, [http://www.sapientia.pucsp.br/tde\\_arquivos/22/TDE-2006-07-19T07:32:34Z-2394/Publico/OlgaDeFatimaLeiteRios.pdf](http://www.sapientia.pucsp.br/tde_arquivos/22/TDE-2006-07-19T07:32:34Z-2394/Publico/OlgaDeFatimaLeiteRios.pdf).

Sharma, N. & Kaur, A. (2011). Factors associated with stress among nursing students. *Nursing and Midwifery Research Journal*, nº1, 12-21. Acedido em Julho 15, 2014, em [http://scholar.google.pt/scholar?hl=ptPT&as\\_sdt=0,5&q=kaur+%26+sharma+2011+stress+and+students](http://scholar.google.pt/scholar?hl=ptPT&as_sdt=0,5&q=kaur+%26+sharma+2011+stress+and+students)

Silva, V.L., Chiquito, N.C., Andrade, R.A., Brito, M.F., Camelo, S.H. (2011). Fatores de estresse no último ano de curso de graduação em enfermagem: perfeição dos estudantes. *Revista Enfermagem UERJ*, 19, 121-126. Acedido em Janeiro 10, 2016, em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=591026&indexSearch=ID>

Pereira, C.A., Miranda, L.S., Passos, J.P. (2010). O estresse e seus fatores determinantes na concepção dos graduados de enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14.2. Acedido em Janeiro 6, 2016, em <http://reme.org.br/artigo/detalhes/107>

Verissimo, A. C., Costa, R., Gonçalves, E., & Araújo, F. (2011). Níveis de stresse no ensino superior. *Psicologia e Educação*. Acedido em Julho 16, 2014 em [http://psicologiaeducacao.ubi.pt/2011\\_volbranco/Ana%20Verissimo.pdf](http://psicologiaeducacao.ubi.pt/2011_volbranco/Ana%20Verissimo.pdf).

# CIÊNCIA ONLINE - A UTILIZAÇÃO DE E-QUESTIONÁRIOS NA PESQUISA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

Ana Paula Teixeira de Almeida Vieira Monteiro<sup>1</sup>; Aida Cruz Mendes<sup>2</sup>



## Resumo

O número de questionários online com finalidade de colheita de dados para investigação científica tem aumentado drasticamente nos últimos anos, devido à exponencial disseminação da utilização da internet e das redes sociais. Este facto observa-se também na investigação em Enfermagem de Saúde Mental. Este artigo pretende analisar de forma crítica as questões éticas, metodológicas e os procedimentos na realização de pesquisa online na área da saúde mental. Apresentam-se algumas propostas e recomendações para que este tipo de pesquisa seja realizada com rigor metodológico e possa contribuir para o desenvolvimento da investigação em enfermagem.

**PALAVRAS-CHAVE:** Técnicas de Pesquisa. Questionários. Internet. Saúde Mental

## Abstract

### SCIENCE ONLINE - THE USE OF E-QUESTIONNAIRES IN MENTAL HEALTH NURSING RESEARCH

The number of surveys being conducted over the internet has increased in the last 10 years, driven by a dramatic rise in internet penetration and social networks. This fact is also observed in research in Mental Health Nursing. This article seeks to critically analyze the ethical, methodological and procedures issues in conducting online research in mental health nursing. We present some proposals and recommendations for this type of research. Online questionnaires conducted with methodological rigor can contribute to the development of mental health nursing research.

**KEYWORDS:** Investigative Techniques. Questionnaires. Internet. Mental health.

## Resumen

### CIENCIA ONLINE : EL USO DE E-CUESTIONARIOS EN LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

El número de cuestionarios online con el fin de recoger datos para la investigación científica se ha incrementado dramáticamente en los últimos años debido a la propagación exponencial del uso de Internet. Esto se observa en la investigación en Enfermería de Salud Mental. Este artículo pretende analizar críticamente los problemas éticos, metodológicos y de procedimiento en la realización de investigaciones online en salud mental. Presentamos algunas propuestas y recomendaciones para este tipo de investigación. La pesquisa online, llevada a cabo con rigor metodológico, puede contribuir al desarrollo de la investigación en Enfermería de Salud Mental.

**PALABRAS CLAVE:** Técnicas de Investigación. Questionarios. Internet. Salud Mental.

Recebido em Março 2016. Aceite em Abril 2016.

<sup>1</sup> RN, MSc, PhD; Affiliation - Nursing School of Coimbra ; UCPEM, Email – anapaula@esenfc.pt

<sup>2</sup> RN, MD, PhD. Affiliation - Nursing School of Coimbra; UCPEM, Email: acmendes@esenfc.pt

## INTRODUÇÃO

A utilização de questionários como instrumento de medida é muito comum em investigação em ciências sociais e humanas. Não é uma simples inquirição conversacional, mas antes o resultado de um complexo trabalho de construção e validação, pois com ele se pretende medir constructos complexos tais como atitudes ou valores. Um questionário é definido como um documento que contém questões e outro tipo de itens, propositadamente construído para solicitar informação apropriada para análise.<sup>1</sup>

O número de questionários online com finalidade de colheita de dados para investigação científica tem aumentado drasticamente devido à exponencial utilização da internet. Trata-se de uma tendência que veio para ficar, colocando novas questões e desafios específicos aos investigadores relativamente a questões de rigor metodológico e dilemas éticos na investigação em enfermagem.<sup>2-3</sup>

Este artigo pretende fazer uma síntese das vantagens e dilemas na utilização de questionários online para recolha de dados para investigação científica em enfermagem de saúde mental, numa perspectiva crítica e reflexiva.

## VANTAGENS DOS E-QUESTIONÁRIOS NA INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Enquanto técnica e/ou procedimento, a colheita de dados através de questionários online tem inúmeras vantagens. Desde logo o seu custo relativamente baixo em comparação com outros métodos, nomeadamente a entrevista presencial ou o auto-preenchimento de questionários em suporte não digital.<sup>4</sup> Nos estudos online os investigadores podem colher dados de centenas ou mesmo de milhares de participantes com uma intervenção directa mínima, o que tende a aumentar o rigor dos dados colhidos.<sup>5</sup> Destaca-se ainda a fácil adequação e acessibilidade aos instrumentos por parte dos inquiridos, que podem realizar o seu preenchimento livremente, em função do tempo disponível e ao seu próprio ritmo. A ausência de algumas limitações inerentes ao preenchimento de questionários em formato de papel faz com que o preenchimento de questionários através da web sofram menos viés e apresentem menos tendência

a respostas condicionadas pela deseabilidade social.<sup>6</sup> O viés é ainda menor quando comparado com colheita de dados face-a-face ou por contacto telefónico.<sup>7</sup> Por outro lado, a colheita de dados online permite utilizar instrumentos mais flexíveis e interativos, incluir elementos multimédia, vídeos ou clipes de áudio, que não estão disponíveis noutros modos de pesquisa.<sup>8</sup>

Uma outra enorme vantagem para os investigadores na utilização de pesquisas online é que os dados obtidos ficam disponíveis em bases de dados organizadas.<sup>9</sup> Isto facilita enormemente a análise estatística de dados e reduz possibilidade de erros na transcrição de dados, que é especialmente relevante em estudos que incluam uma grande quantidade de informação.<sup>10</sup> Este fato também reduz possibilidade de fraude ou alteração de dados por parte dos pesquisadores.

Apesar de todas estas vantagens, a pesquisa através de e-questionários na área da saúde mental, psicologia ou estudos comportamentais tem sido alvo de algum preconceito e questionamento do ponto de vista ético, metodológico ou relativamente à fiabilidade e validade dos seus resultados. Vários estudos emergentes, que comparam dados online e dados obtidos de um modo convencional, assim como meta-análises mais complexas de estudos através de Internet permitem responder a algumas estas dificuldades.<sup>11</sup>

## QUESTÕES ÉTICAS

De acordo com a Associação de Investigadores na Internet - Association of Internet Researchers - um princípio ético fundamental global que deve ser criteriosamente seguido quando se faz investigação através da Internet é que, quanto maior for a vulnerabilidade da comunidade/sujeito/participante objecto da investigação, tanto maior é a obrigação do investigador de proteger a comunidade/sujeito/participante de qualquer dano decorrente da actividade de investigação. Visto que a noção de “dano” enquanto conceito ético é sempre conceptualizada contextualmente, a tomada de decisão ética deve ser ancorada na aplicação de um julgamento prático atento ao contexto específico.<sup>12</sup>



A investigação online na área da saúde mental pode integrar áreas muito abrangentes que implicam uma avaliação criteriosa, caso-a-caso, sobre a melhor forma de respeitar este princípio ético. Não tem o mesmo impacto (ou risco potencial para o participante), aplicar um questionário sobre ideação suicida ou um questionário sobre os hábitos de sono. Não é a mesma coisa inquirir jovens adultos saudáveis ou aplicar questionários a pessoas com perturbação esquizofrénica diagnosticada. Além disso, a investigação científica online veio colocar questões éticas mais radicais, como a de saber o que são efectivamente “sujeitos humanos” numa investigação. Por exemplo, um avatar virtual é uma pessoa? A informação digital sobre as pessoas inquiridas é uma extensão do seu Self? <sup>13</sup>

A colheita de dados online tem sido analisada sob o ponto de vista das questões éticas, nomeadamente a confidencialidade dos dados e o consentimento informado. A aplicação de questionários através da Internet tem vantagens específicas, como a possibilidade dos inquiridos serem informados devidamente sobre os objetivos do estudo antes da sua participação e poderem aceder com maior facilidade aos seus resultados finais.

A literatura reporta que as colheitas de dados ou a realização online de exames psicológicos são susceptíveis de menores riscos para a privacidade dos participantes versus os questionários aplicados pessoalmente/presencialmente. A participação através da Internet permite verdadeiramente o anonimato e é completamente voluntária, o que não sucede noutra tipo de procedimentos.

Os participantes podem sentir-se mais confortáveis para fornecer informação pessoal através da Internet sobre questões de intimidade ou aspectos emocionais mais sensíveis ou aspetos comportamentais considerados estigmatizantes. A informação tende a ser mais extensa quando o anonimato aumenta. <sup>14</sup>

Os participantes online podem desistir das respostas em qualquer ponto do preenchimento do questionário, quando quiserem, sem qualquer constrangimento, bastando para isso sair da página. Na verdade, os pesquisadores consideram

que neste tipo de colheita de dados pode ser utilizado um consentimento passivo, ou seja, se as pessoas concluírem o questionário, se o preencherem integralmente, isso significa que concordaram em participar no estudo). As atuais Guidelines sugeridas pela American Psychological Association's vão neste sentido, nomeadamente a não necessidade de um documento assinado para o Consentimento Informado em questionários preenchidos online. <sup>15</sup>

Mas as questões éticas inerentes à investigação através da Internet incluem outras questões mais complexas. Por exemplo este pressuposto do “anonimato absoluto” implica uma maior vulnerabilidade dos participantes e uma exposição íntima mais intensa. Por trás de uma base de dados automaticamente organizada através de uma plataforma online existem pessoas concretas, que, em alguma fase do processo, podem ser, direta ou indiretamente, afectadas pela pesquisa. Além disso, há evidências consideráveis de que, mesmo sendo completamente anónimos, alguns conjuntos de dados informáticos que contêm informações pessoais, podem ser suficientes para resultar em dados sobre indivíduos identificáveis. Quando os participantes online são pagos pela sua colaboração na investigação, isto coloca sérias dificuldades na manutenção do seu anonimato. Também as colheitas de dados online utilizando listagens de emails, emails pessoais ou emails institucionais, ainda que remetam para links de sites específicos para colher os dados, colocam problemas na garantia da confidencialidade e anonimato. <sup>16</sup>

Por tudo isto, as garantias de segurança relativamente ao armazenamento dos dados colhidos online, a questão de colheita de dados sensíveis, as barreiras entre a esfera pública e a esfera privada ou as expectativas dos respondentes face aos resultados do estudo, requerem, quando se faz colheita de dados online através de questionários, um rigor ético acrescido, havendo guidelines precisas que podem ajudar os investigadores a cumprir princípios éticos fundamentais.

## QUESTÕES METODOLÓGICAS

Apesar de todas as vantagens, os métodos de pesquisa científica online colocam algumas questões relativamente à obtenção de resultados cientificamente válidos e precisos, nomeadamente taxas de amostragem, índices de resposta ou saber se os inquiridos fornecem informações diferentes consoante o modo de preenchimento questionário.<sup>17</sup>

Um estudo alargado sobre comportamentos relacionados com a saúde comparou dados colhidos numa amostra de 269 adolescentes, através de um questionário aplicado online e a mesma versão em papel.<sup>18</sup> Os resultados foram comparados em termos das taxas de conclusão e relativamente ao conteúdo dos dados. Observou-se que as taxas de conclusão foi ligeiramente mais elevada nos e-questionários versus a administração em papel. Também relativamente ao conteúdo dos dados concluiu-se que não existia evidência de um efeito de viés relativamente aos dados colhidos online.

### Representatividade das amostras

Uma das questões mais debatidas é a de saber se as amostras obtidas através da aplicação de questionários online são ou não representativas das populações em estudo ou se apresentam maiores riscos de viés versus as colheitas de dados mais tradicionais.

Há que fazer uma distinção prévia entre a pesquisa científica na área da saúde mental através de e-questionários que envolvem instrumentos de colheita de dados precisos e validados, testes psicológicos, auto-relato de experiências ou mesmo ensaios clínicos com parâmetros precisos, de outras pesquisas avulsas realizadas na Internet - como pesquisas de opinião ou estudos de mercado. Estas tendem a ser simplistas e com um curtíssimo número de questões. Isto significa que algumas das objeções relativas à validade dos resultados de questionários online tem mais sentido relativamente a pesquisas genéricas, menos precisas ou que tenham como foco questões políticas e temas sociais mobilizadores/fraturantes. Nestas áreas, como em inquéritos relacionados como o ativismo político, as respostas obtidas online tendem a ser enviesadas e a questão da

representatividade das amostras é mais evidente.<sup>19</sup>

Quando as pesquisas online surgiram colocava-se a questão da acessibilidade da população em geral aos dispositivos electrónicos digitais. Tal como nos inquéritos ou questionários por via telefónica, haveria uma parte da população em geral que ficaria excluída destes estudos porque não teria possibilidade de responder visto não ter acesso a esta tecnologia. Os estudos iniciais em que se abordavam a questão de saber se amostras obtidas através da Internet são tendenciosas, evidenciavam esta possibilidade.<sup>20</sup> Algumas meta-análises evidenciam que os respondentes de inquéritos online integram uma população que domina as novas tecnologias, com elevada qualificação académica, sexo masculino, branco e de classe média. Verificava-se também a tendência dos respondentes serem pessoas que acedem com mais frequência à internet ou que têm um interesse específico pelas tecnologias digitais.<sup>21</sup> No entanto, estas questões foram em grande parte ultrapassadas. A disseminação da acessibilidade a computadores e plataformas digitais, tal como a utilização de telefones, está hoje amplamente massificado, abrangendo a maior parte da população. Por outro lado, os estudos científicos baseados em questionários online tendem a abranger populações específicas e têm como pressuposto metodológico que os participantes estão familiarizados com a utilização das novas tecnologias de informação e/ou têm acessibilidade a dispositivos informáticos. Os questionários online permitem aceder a grupos populacionais até agora afastados em estudos mais globais sobre a população em geral, como pessoas com doenças específicas, estruturas familiares minoritárias, minorias étnicas. Finalmente, os e-questionários podem ser úteis para contactar e inquirir grupos/ pessoas social e fisicamente isolados.<sup>22</sup> Há mesmo alguns estudos que têm como população os habituais utilizadores da internet ou um grupo específico de utilizadores da internet com características definidas (por exemplo um estudo sobre utilizadores de grupos de ajuda online). Nestes casos os e-questionários são a forma adequada (e a única) de aceder a esta população.

Considerando que as amostras tradicionais têm sido relatadas como consistindo predominantemente de entrevistados do sexo feminino, as amostras obtidas através da internet foram considerados mais equilibradas, embora muitas vezes com um viés para entrevistados do sexo masculino.<sup>23-24</sup> Algum Software já oferece uma maneira simples, mas eficaz para lidar com viés de amostragem. A pós-estratificação permite que um administrador de pesquisa corrija dados relativamente a grupos que estão sobre-representados ou sub-representados na população da pesquisa.

### **Validade dos dados e Controlo da colheita de dados**

Uma das questões mais debatidas desde o início da utilização destas metodologias para investigação científica é a dificuldade em controlar, por parte do investigador, a forma como os dados são fornecidos pelos participantes do estudo. Esta perda de algum controlo do processo traduz-se na impossibilidade de saber se os participantes leram cuidadosamente e compreenderam as instruções de preenchimento, controlar a tendência dos participantes online a desistirem mais rapidamente do preenchimento por falta de motivação e/ou aborrecimento ou a tendência para apresentarem respostas sem sentido.<sup>25</sup>

O total anonimato dos respondentes online pode também comprometer a qualidade/veracidade de dados ou possibilitar fraudes. Inicialmente os investigadores não tinham ferramentas informáticas para controlar se o mesmo sujeito respondia mais do que uma vez ao mesmo questionário. Actualmente é possível tomar medidas para eliminar participantes repetidos ou impedir que a mesma pessoa responda mais que uma vez. E por isso mesmo o software e os sites disponíveis para a realização de questionários online devem ser cuidadosamente seleccionados antes da pesquisa. Por último, análises estatísticas em amostras mais largas de estudos psicológicos e de personalidade demonstraram que respostas repetidas não alteraram significativamente os resultados finais.<sup>26</sup> Muitas das dúvidas inicialmente levantadas quanto a este tipo de procedimento de

recolha de dados transformaram-se em mitos e preconceitos que importa rebater.

Foi realizada uma meta análise comparando estudos com dados colhidos através da Internet e estudos com dados colhidos através de métodos tradicionais (papel).<sup>27</sup> Seleccionaram-se apenas questionários de autopreenchimento, a partir de amostras auto seleccionadas e na área da psicologia. Desta forma, avaliaram a veracidade de preconceitos sobre a qualidade de dados colhidos através da Internet, comparando uma larguíssima amostra de estudos online (N =361703) com um conjunto de 510 amostras tradicionais, publicados em revistas científicas de referência. Os resultados são apresentados sumariamente na tabela 1:

**Tabela 1 – Mitos sobre colheita de dados através da internet  
(Adaptado de Gosling, Vazire, Srivastava & John, 2006).**

Mitos	Achados	Observações
Amostras obtidas através da <i>Internet</i> não são demograficamente diversificadas.	Amostras obtidas através da <i>Internet</i> tendem a ser mais diversificadas do que amostras tradicionais e mais representativas em alguns domínios (por exemplo, sexo), embora possam não ser completamente representativas da população em estudo.	<b>Mito</b>
Os respondentes através da <i>internet</i> são pessoas socialmente isoladas ou deprimidas e por isso as amostras <i>online</i> não têm as mesmas características psicológicas da população em geral.	Os utilizadores da <i>Internet</i> não diferem dos não utilizadores relativamente a marcadores de ajustamento social e depressão.	Estudos <i>online</i> específicos sobre psicopatologia devem ser aplicados com alguma cautela
Os participantes da <i>internet</i> apresentam maiores índices de desmotivação no preenchimento de questionários.	Existem métodos específicos para aumentar a motivação da participação <i>online</i> .	<b>Mito</b>
As amostras obtidas através da <i>internet</i> não são representativas das populações em estudo e são enviesadas.	Resultados de estudos psicológicos baseados em amostras na <i>internet</i> são consistentes com amostras obtidas por métodos tradicionais (sobretudo em questionários de auto-estima, testes de personalidade).	<b>Mito?</b>
Os dados obtidos <i>online</i> estão comprometidos devido ao anonimato dos participantes	Apesar do anonimato, os pesquisadores podem tomar medidas preventivas e utilizar software para eliminar a repetição dos respondentes	<b>Mito?</b>

## RECOMENDAÇÕES NA PESQUISA ONLINE ATRAVÉS DE QUESTIONÁRIOS

A utilização de e-questionários na colheita de dados em pesquisa na área de enfermagem de saúde mental oferece inúmeras vantagens. No entanto, os investigadores devem estar conscientes que a opção metodológica por e-questionários tem implicações na taxa de respostas, nos dados obtidos e nos custos totais da investigação.<sup>28-29</sup> Neste processo, algumas recomendações práticas poderão ser úteis:

Construa um desenho de investigação congruente e adequado a um procedimento de colheita de dados online.

As questões teóricas e metodológicas de base na selecção dos procedimentos de colheita de dados através de um questionário online devem ser claras e definidas previamente. Por exemplo, avaliações psicopatológicas online ou e-questionários incidindo sobre perturbações emocionais podem estar relacionados com viés devido ao processo de auto-selecção de participantes.<sup>30</sup>

Selecione um pacote de software válido e

cientificamente sólido para a implementação de um questionário online.

Actualmente existem dezenas de pacotes de software de questionário que podem ser aplicados online e serviços de pesquisa na Web disponíveis para investigadores dispostos a pagar por eles. Estes produtos e serviços de pesquisa na web, alguns de elevada qualidade, facilitam bastante o processo de criação e realização de questionários online, assim como a análise estatística de dados. A escolha do produto mais adequado tem a ver com critérios de custos/qualidade, mas deve ter em conta a preservação da confidencialidade dos dados, a confiabilidade científica dos procedimentos e a adequação à população que pretendem inquirir. Alguns pacotes de software já trazem integrados sistemas que reduzem a possibilidade de preenchimentos sucessivos. Tal como acontece com a compra de qualquer produto ou serviço, os investigadores devem avaliar as suas necessidades específicas tendo em conta a investigação que vai ser desenvolvida, avaliar o orçamento disponível e os prazos, decidindo qual

a opção mais adequada.

Planeie a acessibilidade online à população alvo do estudo. E use a Internet para o fazer.

A utilização de questionários através de email, deve ser realizada com cuidados específicos.<sup>31</sup> Sendo as listagens de email pouco acessíveis ou com mais possibilidades de viés, uma das possibilidades é divulgar o link ou o site do estudo em várias redes sociais, grupos de partilha onde existam populações que serão alvo do estudo, comunidades online ou grupos de discussão sobre temas afins. Mais uma vez, use a Internet para divulgar os objetivos e a utilidade do seu estudo, assim como a credibilidade da equipa de investigadores e do desenho da investigação. E defina, com rigor, uma janela temporal para a colheita de dados.

Valide permanentemente os processos éticos de implementação do estudo.

Devido à especificidade da investigação online, diferentes questões éticas podem emergir à medida que o investigador aprofunda as questões de pesquisa, consegue aceder à população em estudo e obter dados e/ou informações, gere e protege informações de identificação pessoal, selecciona ferramentas analíticas e dissemina os dados através divulgação em relatórios publicados, apresentações em conferências ou documentos científicos. Em cada um destas etapas, os procedimentos éticos devem ser validados e revistos.

Partilhe dúvidas metodológicas ou dilemas éticos com peritos. E use a Internet para o fazer.

Muitas questões metodológicas podem ser resolvidas através do diálogo com peritos de referência, que agora estão acessíveis e contactáveis em redes transnacionais. Inscreva-se e use activamente redes de comunidades científicas online, partilhe objetivos, questionamentos, dúvidas com os seus pares, divulgue resultados preliminares, compare dados e questões metodológicas. A utilização da Internet como rede de partilha de questões éticas aplicadas à investigação científica tem produzido excelentes resultados.<sup>32</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de e-questionários na investigação na área de enfermagem de saúde mental apresenta inúmeras vantagens e possibilidades de desenvolvimento. Ainda existem mitos e preconceitos infundados sobre métodos de colheita de dados através da internet. Esta opção metodológica deve ter em conta os objetivos da investigação, o desenho do estudo, as características da população alvo do estudo e a especificidades dos instrumentos de medida que vão ser utilizados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BABBIE, Earl - Survey research methods. 2ª ed. Belmont, CA: Wadsworth, 1990. ISBN-10: 0534126723.
2. COPE, Diane - Using electronic surveys in nursing research. *Oncology Nursing Forum*. ISSN: 0190-535X. Vol 41, nº6, (2014) p. 681-2.
3. HUNTER, Louise - Challenging the reported disadvantages of e-questionnaires and addressing methodological issues of online data collection. *Nursing Research*. ISSN 1351-5578. Vol 20 nº 1 (2012) p. 11-20.
4. NAKAMURA I, NISHIOKA K, USUI C. - An Epidemiologic Internet Survey of Fibromyalgia and Chronic Pain in Japan..2014; 66 (7): 1093-1101.
5. WRIGHT, Kevin - Researching Internet-Based Populations: Advantages and Disadvantages of Online Survey Research, Online Questionnaire Authoring Software Packages, and Web Survey Services. *Journal of Computer-Mediated Communication*. (Em linha); Vol 10, nº3, 2006, p.0-0. [Consult. 28 Mar 2016]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1083-6101.2005.tb00259.x/full>.
6. BARCHARD, Kimberly; WILLIAMS, John - Practical advice for conducting ethical online experiments and surveys for United States psychologists. *Behavior Research Methods*. Nº 40 (2008) p. 1111-1128.
7. GOLDENBELD, Charles; CRAEN, Saskia - The comparison of road safety survey answers between web-panel and face-to-face; Dutch results of SARTRE-4 survey. *Journal of*



Safety Research. ISSN: 0022-4375. Nº46 (2013) p.13-20.

8. GANASSALI, Stephane - The influence of the design of web survey questionnaires on the quality of responses. Survey Research Methods. ISSN: 1864-3361. Vol.2, nº.1 (2008) p. 21-32.

9. DUFFETT, Mark; BURNS, Karen; ADHIKARI, Neill; ARNOLD, Donald; LAUZIER, François; KHO, Michelle; MEADE, Maureen; HAYANI, Omar; KOO, Karen; CHOONG, Karen; LAMONTAGNE, François; ZHOU, Qi; COOK, Deborah - Quality of reporting of surveys in critical care journals: A methodologic review. Critical Care Medicine. ISSN: 1530-0293. Vol.40, nº2 (2012) p. 441- 449.

10. ALESSI, Edward; MARTIN, James - Conducting an internet based survey: Benefits, pitfalls and lessons learned. Social Work Research. ISSN 1070-5309. Vol 34, nº2 (2010) p.122-128.

11. ASSOCIATION OF INTERNET RESEARCHERS (AOIR) - Ethical Decision-making and Internet Research Recommendations from the AoIR Ethics Working Committee (Version 2.0). 2012. (Em linha); [Consult. 1 Out 2014]. Disponível em <http://aoir.org/reports/ethics2.pdf>.

12. MARKHAM, Annete; BUCHANAN, Elizabeth - Ethical Decision-Making and Internet Research Recommendations from the AoIR Ethics Working Committee. 2012. [Consult. 10 Jun 2013]. Disponível em <http://aoir.org/reports/ethics2.pdf>.

13. TURNER, Charles; KU, Lydia; ROGERS Sm; LINDBERG, Laura; PLECK, Joseph; STONENSTEIN, Freya - Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: Increased reporting with computer survey technology. Science. ISSN:0036-8075 Nº 280 (1998) p.867-873.

14. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION'S (APA) - Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. 2013. (Em linha); [Consult. 8 Jun 2013]. Disponível em <http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>.

15. BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY - ETHICS Guidelines for Internet-mediated Research. The British Psychological

Society, Leicester. 2013. (Em linha); [Consult. 9 Jun 2013]. Disponível em: <http://www.bps.org.uk/system/files/Public%20files/inf206-guidelines-for-internet-mediated-research.pdf>.

16. SAX, Linda; GILMARTIN, Shannon; BRYANT, Alissa - Assessing response rates and non response bias in web and paper surveys. Research in Higher Education. ISSN: 0361-0365. Vol 44, nº4 (2003) p.409-431.

17. DENSCOMBE, Martyn - Web-Based Questionnaires and the Mode Effect - An Evaluation Based on Completion Rates and Data Contents of Near-Identical Questionnaires Delivered in Different Modes. Social Science Computer Review. ISSN: 0894-4393. Vol. 24, no. 2 (2006) p. 246-254

18. GOLDENBELD, Charles; CRAEN, Saskia - The comparison of road safety survey answers between web-panel and face-to-face; Dutch results of SARTRE-4 survey. Journal of Safety Research. ISSN: 0022-4375. Nº46 (2013) p. 13-20.

19. COUPER, Mick - Web surveys: a review of issues and approaches. Public Opinion Quarterly, ISSN 0033-362X Vol 64, nº4 (2000) p. 464-494.

20. DUFFY, Bobby; TERHANIAN, George; BREMER, John; SMITH, Kate - Comparing data from online and face-to-face surveys. International Journal of Market Research. ISSN: 1470-7853 Vol. 47, nº6 (2005) p. 615-639.

21. MINER, Michael; BOCKTING, Walter; ROMINE, Rebecca; RAMAN Sivakumaran - Conducting Internet Research with the Transgender Population: Reaching Broad Samples and Collecting Valid Data. Social Science Computer Review. ISSN: 1552-8286. Vol 30, nº2 (2012) p. 202-211.

22. BUCHANAN, Tom; SMITH, John - Using the Internet for psychological research: Personality testing on the World-Wide Web. British Journal of Psychology. ISSN: 2044-8295. Volume 90, nº1 (1999) p.125-144.

23. SMITH, Michael; LEIGH, Brant - Virtual subjects: Using the Internet as an alternative source of subjects and research environment. Behavior Research Methods, Instruments, & Computers.



ISSN: 0743-3808. Vol 29 (1997) p.496-505.

24. SARGIS, Edward; SKITKA, Linda; MCKEEVER, William - The Internet as psychological laboratory revisited: Best practices, challenges, and solutions. In Y. Amichai-Hamburger (Ed.) *The social net: Understanding our on-line behavior* (2nd Ed), Oxford, UK: Oxford University Press pp.253–270.2013.

25. DILLMAN, Don; BOWKER, Dennis - The Web questionnaire challenge to survey methodologists. In U. D. Reips, & M. Bosnjak (Eds.), *Dimensions of Internet science* (pp. 159-178). Lengerich: Pabst Science Publishers. 2001.

26. GOSLING, Samule; VAZIRE, Simine; SRIVASTAVA, Sanjay; JOHN, Oliver - Should We Trust Web-Based Studies? A Comparative Analysis of Six Preconceptions About Internet Questionnaires? *American Psychologist*. ISSN: 1935-990X. Vol. 59, No. 2, (2004). p. 93–104.

27. FLOYD FOWLER, Jr. - *Survey Research Methods*, 4rd Edition, Sage: Boston. 2008. ISBN: 9781412958417.

28. KRAUT,Robert; OLSON, Judithe; BANAJI , Mahzarin; BRUCKMAN, Amy; COHEN, Jeffrey; COUPER, Mick - Psychological Research Online: Report of Board of Scientific Affairs' Advisory Group on the Conduct of Research on the Internet. *American Psychologist*. Vol. 59, No. 2, (2004) p.105–117.

29. SCOTT, Anthony; JEON, Sung-Hee; JOYCE, Catherine; HUMPHREYS, John; KALB, Guyonne; WITT, Julia; LEAHY, Anne - A randomised trial and economic evaluation of the effect of response mode on response rate, response bias, and item non response in a survey of doctors. *BMC Medical Research Methodology*. ISSN: 1471-2288. Vol. 11, nº 126 (2011) p. 1 12.

30. HEIERVANG, Einar; GOODMAN, Robert. Advantages and limitations of web-based surveys: evidence from a child mental health survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. ISSN: 1433-9285. Vol 46, nº1 (2011) p:69-76.

31. SANCHEZ GONZALEZ, Miguel Angel - Los modelos del razonamiento moral y la investigación de la ética utilizando internet: la "red de conciencia virtual", un proyecto de

investigación inspirado en el coherentismo. *Texto contexto - enfermagem* [em linha]. 2005, vol.14, n.1 [accedido2016-03-31], p.49-57. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072005000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072005000100007&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1980-265X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000100007>.

# REABILITAÇÃO NA PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE AVC COM ALTERAÇÕES DO EQUILÍBRIO POSTURAL

Ana Lúcia da Silva João<sup>(1)</sup>; António Fernando Saldanha Portelada<sup>(2)</sup>



## Resumo

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) representa uma das principais causas de morte e incapacidade em Portugal. Cerca de 6 pessoas sofrem um AVC em cada hora, do qual resultam 2 a 3 óbitos. No que concerne à mobilidade as consequências repercutem-se ao nível de alterações da força e do tónus muscular, alteração do mecanismo de controlo postural e da sensibilidade.

No presente artigo será apresentada uma revisão sistemática da literatura no sentido de analisar diversas práticas de reabilitação que promovem a melhoria do equilíbrio postural do doente em situação de AVC. Deste modo, tendo por base a questão PI(C)O foram definidas as palavras-chave e efetuada uma pesquisa de artigos científicos em base de dados eletrónica. Dos artigos obtidos, foram selecionados três de acordo com os critérios previamente definidos e a problemática em estudo.

Posteriormente foi efetuada a análise reflexiva sobre a importância da enfermagem de reabilitação na recuperação funcional da pessoa em situação de AVC e sua reintegração no contexto familiar e na comunidade.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Reabilitação, Acidente Vascular Cerebral, Idoso, Equilíbrio Postural

## Abstract

### REHABILITATION IN THE ELDERLY IN A SITUATION OF STROKE, WITH CHANGES IN THE POSTURAL BALANCE

The stroke represents one of the main causes of death and disability in Portugal. About 6 people suffer a stroke in each hour, that result 2 or 3 deaths. Concerning the patient mobility the consequences are changes to the strength and muscular tonus, and alterations in postural control mechanism and sensitivity.

In this article we will present a systematic review of the literature in order to analyse several rehabilitation practices that promote the improvement of postural balance in stroke patient situation. In this way, based on the question PI(C)O were defined the keywords and performed a scientific articles search on electronic databases. From the results obtained we selected three articles according to predefined criteria and the problematic in study.

Subsequently was performed a reflective analysis on the importance of rehabilitation nursing in the functional recovery of the person in a stroke situation and their reintegration in family and community context.

**Key Words:** Nursing, Rehabilitation, Stroke, Elderly, Postural Balance.

## Resumen

### REHABILITACIÓN DE ADULTOS MAYORES EN SITUACIÓN DE AVC CON CAMBIOS EN EQUILIBRIO POSTURAL

El accidente cerebrovascular (AVC) es una de las principales causas de muerte y discapacidad en Portugal. Aproximadamente seis personas sufren un accidente cerebrovascular cada hora, que da como resultado 2 a 3 muertes.

En cuanto a la movilidad, las consecuencias se manifiestan a través de cambios en la fuerza y tono muscular, cambios en el mecanismo de control postural y la sensibilidad.

En este artículo se presenta una revisión sistemática de la literatura con el fin de analizar las diversas prácticas de rehabilitación que promueven la mejora del equilibrio postural del paciente en situación de AVC.

Por lo tanto, con base en la pregunta PI(C)O se definieron las palabras clave y se realizó una búsqueda de artículos científicos en la base de datos electrónica. Se seleccionaron tres artículos en función de criterios predefinidos y el problema objeto de estudio.

Posteriormente se realizó un análisis reflexivo de la importancia de la enfermería de rehabilitación en la recuperación funcional de la persona en situación AVC y su inserción en la familia y la comunidad.

**Palabras clave:** Enfermería, Rehabilitación, Derrame cerebral, Adultos mayores, Equilibrio postural.

Recebido em abril 2016. Aceite em maio 2016

<sup>(1)</sup> Doutorada em Intervenção Psicológica em Educação, Saúde e Qualidade, Mestre em sociopsicologia da Saúde; Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Enfermeira no serviço de Cirurgia do Hospital Distrital de Santarém. Email: Alsjoao@hotmail.com

<sup>(2)</sup> Doutorando em Ciências da Educação; Mestre em Educação Especial, Bolseiro da Fundação de Ciências e Tecnologia. Email: aportelada@sapo.pt

## INTRODUÇÃO

Atualmente, a sociedade depara-se com uma alteração demográfica importante que se traduz pelo envelhecimento da população. Perante esta realidade coloca-se vários desafios a nível social, familiar e para o próprio doente. Aliado ao envelhecimento surgem, frequentemente, limitações funcionais motoras, sensoriais, cognitivas, cardiorrespiratórias, alimentares, de eliminação vesical e intestinal e da sexualidade. Todas estas limitações poderão levar o doente à perda de autonomia e de independência nas suas atividades de vida diárias. Deste modo, torna-se de fulcral importância a atuação dos profissionais de saúde no sentido prevenir, e quando não é possível, reduzir as incapacidades resultantes da doença. A atuação deverá ser multidisciplinar, adequada às necessidades individuais de cada doente e da sua família inseridos na Comunidade. Assim no processo de reabilitação, o meio, a pessoa e a família deverão ser incluídos, com a partilha de responsabilidades e tendo em consideração os objetivos do doente/família.

Em alguns casos, as doenças são de longa duração, não têm cura, mas podem ser controladas através de medicação e estilos de vida saudáveis. A Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>1</sup> reforça esta ideia afirmando que as doenças crónicas, ou seja de duração prolongada e progressão lenta exigem tratamento continuado ao longo de um período de anos ou décadas.

No caso das doenças neurológicas não traumáticas, como é o caso das doenças cerebrovasculares verifica-se de acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) que elas são a principal causa de morte a nível global, sendo que anualmente morrem mais pessoas devido a estas, do que em relação a qualquer outra patologia<sup>2</sup>.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC), resultante de uma ausência no aporte sanguíneo a uma parte do cérebro, pode causar imensos comprometimentos relacionados com o equilíbrio, mobilidade, comunicação, alimentação, função cognitiva e eliminação<sup>3</sup>.

O presente trabalho tem como objetivos gerais:

- Refletir sobre a prática do enfermeiro especialista em reabilitação baseada em evidência científica, mobilizando para a mesma a conceção teórica da pessoa idosa em situação de AVC com alterações do equilíbrio postural em contexto domiciliário.

E como objetivos específicos:

- Descrever as competências do enfermeiro de reabilitação, ao longo do processo de revisão sistemática da literatura;
- Concetualizar os cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, no cuidar da pessoa com AVC com alterações do equilíbrio postural;
- Demonstrar a importância da enfermagem de reabilitação na comunidade.

Como modelo seguiu-se o de Roper, Logan e Tierney, o modelo de vida, que engloba cinco componentes: atividades de vida, duração da vida, continuum dependência/independência, fatores que influenciam as atividades de vida e individualidade de vida<sup>4</sup>.

O presente artigo é constituído pela concetualização teórica, metodologia e reflexão crítica.

A parte metodológica é suportada na revisão sistemática da literatura e pretende dar resposta à questão PICO formulada: “Quais as intervenções do enfermeiro de reabilitação face à pessoa idosa em situação de AVC em contexto domiciliário que promovem o controlo do equilíbrio postural?”

Na reflexão serão mobilizados os conhecimentos obtidos na revisão sistemática da literatura e comparados com o enquadramento teórico, tendo em consideração a experiência profissional na área de enfermagem, na temática abordada.

## CONCEPTUALIZAÇÃO

Em Portugal, tal como nos restantes países europeus, devido ao desenvolvimento tecnológico e científico, assiste-se a um aumento da esperança média de vida. No entanto, esse aumento surge associado a um envelhecimento da população e ao prolongamento de doenças que deixaram de ser

fatais, mas que conduziram a pessoa ao estado de incapacidade prolongado.

A dependência e a independência encontram-se presentes ao longo do ciclo de vida, em diferentes dimensões e quase sempre relacionadas com a idade, sendo o auge da independência a idade adulta e o início do seu declínio a velhice.

No entanto, as mudanças relativas ao envelhecimento requerem não só, cuidados de estimulação e de manutenção das capacidades, mas também, a compreensão por parte dos técnicos de saúde de que cada pessoa é um ser único, num contexto próprio, com dificuldades e necessidades específicas<sup>5</sup>.

Em qualquer fase do seu ciclo de vida, a pessoa pode ver-se privado da sua independência por problemas de saúde física e/ou mental, alterando-se este processo natural e instaurando-se a dependência<sup>6</sup>.

Mediante esta realidade, a reabilitação atinge uma dimensão de extrema importância, na sociedade atual, pois torna-se necessário atuar na prevenção e na diminuição da incapacidade e de acordo com a OMS obter o grau máximo possível de independência a nível físico e psicológico<sup>7</sup>.

No processo de reabilitação é necessária a utilização de técnicas e ações interdisciplinares, e o trabalho em equipa de todos os profissionais e familiares, no sentido de melhorar e/ou reabilitar as funções diminuídas ou perdidas<sup>8</sup>.

Enquanto especialidade multidisciplinar, a reabilitação é composta por um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que permite a atuação eficaz em pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas resultantes de uma patologia, no sentido de maximizar o seu potencial funcional e promover a sua autonomia<sup>9</sup>.

A excelência da enfermagem de reabilitação, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE)<sup>10</sup> leva a ganhos em todos os contextos da prática de enfermagem, nomeadamente na prevenção de incapacidades, na recuperação de capacidades, conduzindo a pessoa a um estado de maior autonomia.

Neste sentido, o enfermeiro de reabilitação, no âmbito das suas funções, e como regulamentado no n.º 125/2011 do Diário da República,

“capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”<sup>9</sup> (p.8658), o que compreende o ensino e treino de técnicas específicas de autocuidado à pessoa e família/cuidador, e a referência/ensino sobre a utilização de produtos de apoio.

É muito importante que o enfermeiro de reabilitação, quando necessário, forneça informação à pessoa sobre a existência de produtos de apoio e o modo de utilizá-los. A utilização de produtos de apoio proporciona bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida, permitindo uma atividade mais independente com maior comodidade, com menor esforço e dor<sup>11</sup>.

A prática de cuidados de enfermagem de reabilitação tem por base os resultados da investigação, as orientações de boas práticas dos cuidados de enfermagem de reabilitação, baseados na evidência considerados instrumentos essenciais para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional e dos cuidados prestados<sup>10</sup>.

Um acidente vascular cerebral (AVC) ocorre quando uma parte do cérebro deixa de ser irrigada pelo sistema sanguíneo. Pode ocorrer devido à formação de um coágulo num vaso sanguíneo cerebral, ou devido ao deslocamento para o cérebro de um coágulo de outra parte do corpo, interrompendo o fornecimento de sangue a uma determinada região cerebral. Em outros casos, pode também ser causado pela rutura de uma artéria cerebral, levando à destruição do tecido cerebral circundante<sup>12</sup>.

Nas últimas duas décadas, verificou-se na população portuguesa uma redução da taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório<sup>13</sup>. No entanto, elas ainda continuam a representar uma das principais causas de morte e morbidade em Portugal e a nível mundial, levando em alguns casos a graves repercussões na qualidade de vida.

O doente após AVC, na generalidade dos casos, tem de enfrentar incapacidades residuais, tais como a paralisia de músculos, a rigidez nas partes do corpo afetadas, perda da mobilidade das articulações, dores difusas, problemas de memória, dificuldades na comunicação oral e escrita e incapacidades sensoriais<sup>14</sup>.

Os sintomas e sinais de AVC variam de acordo com a área cerebral envolvida, podendo levar à diminuição de força e/ou sensibilidade contralateral, apraxia, disartria, hemianópsia parcial ou completa, afasia, alteração de consciência e confusão, nistagmo, diplopia, vertigem e ataxia<sup>15</sup>.

O compromisso da mobilidade física, relacionada com a doença ou como consequência do processo de envelhecimento tem consequências no funcionamento dos diversos sistemas do organismo. Neste sentido e de acordo com a ordem dos enfermeiros, o planeamento adequado dos cuidados de Enfermagem deve incluir intervenções ao nível da manutenção da mobilidade com vista ao autocuidado<sup>16</sup>.

As alterações da mobilidade estão relacionadas com alterações da força e do tônus muscular, alteração do mecanismo de controlo postural e da sensibilidade<sup>11</sup>.

Na mesma linha de pensamento, algumas das estratégias terapêuticas para atuar na alteração da mobilidade são: a facilitação cruzada, indução de restrições forçando o uso do sistema lesado, posicionamentos em padrão antispástico que devem ser mantidos até à recuperação total do doente, estimulação sensorial (atua na plasticidade cerebral), mobilizações de todas as articulações, podendo estas ser passivas, ativas assistidas, ativas e ativas resistidas, de acordo com a evolução do doente e atividades terapêuticas que se baseiam no desenvolvimento motor adquirido pelos recém-nascidos<sup>11</sup>.

Nos casos onde existe a limitação da mobilidade do tronco, verifica-se um desequilíbrio corporal e insegurança no controlo postural, aumento da espasticidade dos músculos e défices no seu controle motor<sup>17</sup>.

O equilíbrio é assim uma faculdade essencial na vida do ser humano que permite autonomia e independência. As pessoas com hemiparésia e hemiplégia apresentam um equilíbrio diminuído, e a oscilação postural pode ser o dobro das pessoas com a mesma idade sem sequelas de AVC<sup>18</sup>.

De acordo com Menoita<sup>11</sup> a alteração mais verificada em doentes com AVC com a alteração do equilíbrio postural é a marcha hemiparética

ou ceifante resultado do padrão espástico do membro inferior que apresenta rotação externa da articulação coxo-femural, extensão da articulação coxo-femural e do joelho inversão túbio-társica e dorsi-flexão do pé.

As pessoas em situação de AVC, em geral, sofrem de alterações do controlo postural que os tornam propensos a risco de quedas, comprometimento das atividades de vida diária e mobilidade. A prática regular de atividades físicas tem influência positiva sobre a manutenção do controle postural e, conseqüentemente, proporciona um menor risco de queda<sup>19</sup>. Por exemplo, a prática regular de Hidroginástica, em idosos, pode contribuir para a melhoria dos níveis do equilíbrio, dinâmico e estático<sup>20</sup>.

O equilíbrio estático e dinâmico é avaliado na posição sentado e de pé, fazendo-se também a análise do VIII par craniano, responsável pelo equilíbrio e pela audição.

Tal como foi referido anteriormente, a instabilidade postural pode levar a quedas e fraturas, motivo pelo qual a investigação no âmbito do equilíbrio é de crucial importância<sup>21</sup>. Neste sentido, a reabilitação deve iniciar-se o mais rapidamente possível, ou seja, assim que o doente se encontre clinicamente estável<sup>22</sup>.

Os resultados da reabilitação não dependem apenas de um conjunto de técnicas, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda a equipa, com o objetivo da resolução de problemas e da obtenção de ganhos em qualidade de vida e bem-estar<sup>11</sup>.

A intervenção deverá ser multidisciplinar, na qual deverão estar envolvidos o enfermeiro de reabilitação, o enfermeiro de cuidados gerais, o médico, o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o terapeuta da fala, o psicólogo e a família, no sentido de maximizar a recuperação e facilitar a reintegração no ambiente familiar e social.

Quando o estado clínico da pessoa permitir a execução do levante, deverá começar a realizar-se os exercícios que possibilitem reeducar o equilíbrio na posição de sentado, estático e dinâmico. No caso do equilíbrio estático sentado, o enfermeiro senta o doente com os pés apoiados numa superfície dura e tranca, com as suas



pernas, as pernas do doente, que mantem as mãos alinhadas ao lado do tronco com o intuito de o colocar sentado com uma postura correta. Em relação ao treino do equilíbrio dinâmico sentado, o enfermeiro induz um ligeiro balanço no tronco da pessoa, de modo a que esta possa compensar o movimento, recuperando o equilíbrio<sup>11</sup>.

Os exercícios de equilíbrio têm como objetivos:

- Reeducação do mecanismo reflexo-postural;
- Inibir a espasticidade;
- Estimular a sensibilidade postural exercendo carga no membro superior e inferior;
- Estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado;
- Preparar a marcha<sup>11</sup>.

A enfermagem de reabilitação baseia-se em fundamentos teóricos e científicos que procuram definir objetivos no sentido de alcançar níveis máximos de independência funcional nas AVD's, promover o autocuidado, reforçar comportamentos de adaptação positiva e assegurar a acessibilidade

23.

## METODOLOGIA

Após a formulação dos objetivos e tendo em consideração a conceptualização teórica, emergiu a seguinte questão com base no método PI(C)O: Quais as intervenções do enfermeiro de reabilitação face à pessoa idosa em situação de AVC em contexto domiciliário que promovem o controlo do equilíbrio postural?

No seguimento da elaboração da questão, foram definidas as palavras-chave Nurs\*, Rehabilitation, Stroke, Elderly, Postural Balance. Foi efetuada uma pesquisa na pubmed e encontrados 27 artigos relacionados com a temática.

Após esta pesquisa, as mesmas palavras-chave foram submetidas a avaliação através da plataforma Mesh-browser, tendo-se constatado que as mesmas eram termos descritores. Procedeu-se à ordenação das palavras-chave do seguinte modo:

1. Nurs\* - Enfermagem;
2. Rehabilitation – Reabilitação;
3. Stroke – AVC;
4. Elderly – Idoso;
5. Postural Balance – Equilíbrio Postural.

Numa fase seguinte, foram delimitados os critérios de inclusão/ exclusão que estiveram subjacentes à seleção dos artigos (tabela 1).

**Tabela 1 - Critérios de Inclusão e de Exclusão na seleção dos artigos**

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Artigos em língua inglesa ou portuguesa;	Artigos em outra língua sem ser inglês ou português;
Artigos com corelação com o objeto de estudo;	Artigos sem corelação com o objeto de estudo;
Artigos relacionados com a atividade de vida mobilizar-se;	
Artigos relacionados com a preparação do regresso a casa do idoso com AVC.	

Posteriormente, acedeu-se ao site da Ordem dos Enfermeiros no qual se encontra alojada a plataforma EBSCO e procedeu-se à pesquisa de estudos/ artigos em bases de dados eletrónicas:

- CINAHL Plus with Full Text
- MEDLINE with full text
- Nursing & Allied Health Collection Comprehensive
- Cochrane Database of Systematic Reviews
- MedicLatina

Optou-se pela escola dos seguintes delimitadores:

Texto completo;

- Data da publicação: Dezembro 2009 – Dezembro 2015 (friso cronológico de 5 anos);
- Resumo disponível;
- Língua inglesa;
- Prática baseada em evidências;
- Metassíntese;
- Humano;
- Qualquer autor é enfermeiro;
- Texto completo em PDF;



- Todos os idosos com idade superior ou igual a 65 anos.

Inicialmente, foi efetuada a pesquisa de cada palavra-chave individualmente e de seguida procedeu-se ao cruzamento das mesmas, hierarquizadas de acordo com o protocolo de forma a identificar os artigos existentes que correspondessem à pergunta PI(C)O.

Após a realização da mesma pesquisa com todas as palavras-chave escolhidas surgiram 105 artigos. Efetuou-se a leitura dos títulos e dos resumos efetuou-se a exclusão de 96 artigos, tendo sido considerados para leitura integral do texto, 9 artigos. No seguimento da leitura efetuada foram aplicados os critérios de inclusão/exclusão, tendo sido excluídos 6 artigos que não iam de encontro à problemática em estudo.

Deste modo, efetuou-se a seleção, no final 3 artigos que apresentavam evidência científica e reflexiva, relacionada com a temática em estudo e procedeu-se à realização de uma ficha de caracterização de cada artigo.

### ANÁLISE REFLEXIVA

Terminada a escolha dos artigos foi executada uma ficha síntese de cada um, no sentido de resumir a informação disponível. Na pesquisa e escolha dos artigos científicos para análise foi tido em consideração o facto de pelo menos um autor ser enfermeiro e da pessoa em situação de AVC ter mais de 65 anos e se encontrar no domicílio.

No primeiro artigo “Reabilitação da estabilidade postural em pacientes com ataxia/hemiplegia após AVC” dos autores Januário, Campos e Amaral (2010) com nível de evidência III é analisada eficácia da plataforma de biofeedback, um sistema interativo composto por um tapete com sensores e um ecrã de computador<sup>24</sup>. No mesmo estudo os investigadores verificaram que o programa de treino utilizando plataforma de força biofeedback visual melhora as medidas objetivas da estabilidade postural bilateral em doentes com hemiplegia e/ou ataxia após acidente vascular cerebral.

Num estudo realizado por Barcala et al com o programa Wii fit, na consola de jogos Wii, com biofeedback, verificou-se que eram obtidos resultados significativos de caráter positivo

na reabilitação, demonstrando ser um recurso lúdico e interativo que motivava os utentes com hemiparesia<sup>25</sup>.

Estes sistemas permitem que o enfermeiro de reabilitação obtenha uma avaliação objetiva da condição e evolução da pessoa com alterações do equilíbrio postural. A utilização desta plataforma proporciona também, um maior envolvimento da pessoa, na medida em que lhe permite ter uma melhor perceção da qualidade e evolução do seu processo de reabilitação. O sentir-se envolvido leva também a um aumento da motivação com o intuito de obter melhores resultados, o que vai de encontro à OMS que afirma que a motivação da pessoa e o apoio da sua família e amigos são determinantes no seu grau de recuperação<sup>7</sup>.

Neste sentido, é importante que o Enfermeiro de Reabilitação tenha conhecimento das capacidades, motivação e estilos de vida do indivíduo, da família e comunidade de modo a poder coordenar e mobilizar os meios necessários, no sentido de implantar os programas de educação ou reabilitação individual familiar, ou comunitária<sup>26</sup>.

A Ordem dos Enfermeiros, que afirma que a prática de cuidados de enfermagem de reabilitação tem por base os resultados da investigação, as orientações de boas práticas dos cuidados de enfermagem de reabilitação, baseados na evidência essenciais para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional e dos cuidados prestados<sup>10</sup>.

Na opinião de Menoita<sup>11</sup> os enfermeiros especialistas são uma mais-valia na reabilitação, porque as suas intervenções são baseadas em conhecimentos fundamentados e em aptidões e técnicas cada vez mais aperfeiçoadas.

Acredito que os enfermeiros de reabilitação devem ser ativos na procura de novos conhecimentos, pois são eles que conduzem à mudança ou aperfeiçoamento das suas práticas no sentido de prestar melhores cuidados de reabilitação de modo consciente e competente.

No segundo artigo escolhido “Um estudo randomizado de dois programas de exercícios domiciliares para melhorar a caminhada funcional pós-acidente vascular cerebral” de Mayo,

MacKay-Lyon, Moriello, Scott, e Brophy (2013) com nível de evidência II, era avaliada a eficácia da utilização da bicicleta estática e dos exercícios de mobilidade e caminhada rápida no doente no domicílio em situação de AVC<sup>27</sup>. Neste estudo verificou-se que a utilização da bicicleta estática versus exercícios de mobilidade e caminhada rápida eram ambos eficazes na manutenção da capacidade de caminhar, mas ineficazes na melhoria da capacidade de caminhar.

A análise deste estudo demonstra que o exercício de apenas 30 minutos mantém a capacidade de caminhar, mas não a melhora. Então levantam-se diversas questões: “Quando se iniciou a reabilitação, após o AVC, destes doentes?”, “Será que 30 minutos é suficiente?”

De acordo com Ferreira e Marques<sup>28</sup> a reabilitação precoce contribui na prevenção das complicações. Neste sentido, a reabilitação deve começar o mais cedo possível, logo que as lesões sejam identificadas. Deve começar-se no internamento hospitalar e dar-se continuidade aos cuidados, através da articulação com os Centros de Saúde e ensino à família/cuidador, de forma a reduzir sequelas<sup>29</sup>.

Na reabilitação, os objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa tendo em consideração a sua autoestima<sup>9</sup>.

No caso do AVC os processos de reparação e organização ao nível do sistema nervoso central começam a acontecer logo após a lesão, pelo que a reabilitação deve começar precocemente, procurando resgatar padrões de comportamentos mais próximos da normalidade<sup>30</sup>.

Nos primeiros 6 meses ocorre muita recuperação espontânea e a reabilitação pode ser eficaz no sentido de produzir a restituição funcional até cerca de dois anos após o AVC<sup>11</sup>.

A equipa multidisciplinar deve estabelecer objetivos de reabilitação claros para o doente, nos quais tanto o doente como os seus entes mais próximos possam ter uma participação ativa. O trabalho de equipa é importante pois o seu resultado é superior à soma dos trabalhos individuais. O trabalho de equipa produz melhores resultados na partilha de conhecimentos e de sobrecarga de

trabalho<sup>31</sup>.

No terceiro e último artigo analisado cujo tema é “O Desequilíbrio dinâmico está associado à queda de pacientes no pós-AVC” de Cho e Lee (2013) com nível de evidência IV é descrita a importância da função cognitiva e física na ocorrência de quedas<sup>32</sup>. Tendo-se verificado nesse estudo que as pessoas em situação de AVC com défices motores e cognitivos apresentavam um maior risco de ocorrência de quedas. Costa, Oliveira, Rafella, Cavalcante e Araújo<sup>33</sup> vão de encontro a este estudo, na medida em que referem que as limitações da função cognitiva constituem um dos maiores riscos de quedas.

Inclusivamente, no caso dos idosos as alterações do equilíbrio postural associado ao processo de envelhecimento, bem como o declínio das funções cognitivas aumentam o risco de queda e redução da funcionalidade e independência no idoso<sup>3</sup>.

Mediante esta situação considero que o enfermeiro de reabilitação tem um papel de extrema importância na comunidade no “diagnóstico das respostas humanas desadequadas a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das atividades de vida diárias”<sup>9</sup> (p.8658), identificando as necessidades de intervenção por forma a otimizar e/ ou reeducar a função não só a nível físico como também a nível cognitivo.

Neste sentido, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)<sup>34</sup> é um importante instrumento para o enfermeiro de reabilitação, pois permite descrever a funcionalidade e a incapacidade relacionadas com as condições de saúde, fazendo referência às limitações que a pessoa pode ter ou não nas suas AVD's, tendo em atenção as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações de participação social no meio ambiente onde vive a pessoa.

## CONCLUSÃO

A pesquisa de artigos que fundamentem a prática de enfermagem e a subsequente reflexão sobre a sua implicação/aplicabilidade é de extrema importância na prestação de cuidados de

enfermagem de excelência.

Na enfermagem de reabilitação a aquisição de novos conhecimentos e procedimentos específicos na área da reabilitação permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas resultantes de alterações neurológicas traumáticas e não traumáticas, a maximizar o seu potencial funcional e de independência.

As pessoas em situação de AVC têm de viver, em alguns casos, com a dependência, podendo a mesma ser resultado de limitações adquiridas a nível motor, sensitivo/sensorial, da compreensão e da expressão da linguagem e pensamento. Estas limitações podem condicionar a pessoa em situação de AVC no desempenho das suas AVD's no domicílio<sup>35</sup>.

Nos hemiparéticos, a assimetria postural com distribuição de menor peso para o lado que ficou afetado, condiciona o equilíbrio. O progresso da reabilitação, nestes casos, varia de pessoa para pessoa, sendo que para algumas fica completo ao fim de algumas semanas após o AVC, para outras pode implicar meses ou anos<sup>36</sup>.

Na comunidade o enfermeiro de reabilitação instrui o doente e família sobre os recursos disponíveis na comunidade, os apoios económicos que podem usufruir, assim como produtos de apoio e centros de reabilitação, no sentido de os auxiliar na satisfação das suas necessidades.

O trabalho em equipa ou multidisciplinar é determinante no sucesso de reabilitação pois permite ter em consideração as diferentes experiências e subsequentemente um melhor conhecimento do doente, na qual está presente a avaliação, diagnóstico e definição da melhor estratégia de atuação e acompanhamento na evolução do tratamento.

A Reabilitação é um processo dinâmico, orientado para a saúde, que auxilia um indivíduo que está enfermo ou incapacitado a atingir a independência na realização das AVD's. O caminho para a realização independente das AVD's é muito importante para o bem-estar emocional, físico e social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial de Saúde. Innovative Care for Chronic Conditions. Geneva: Building Blocks for Action; 2002.
2. Conselho Internacional de Enfermeiros. Servir a comunidade e garantir qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2010.
3. Silva J. Reabilitação após o AVC [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2010.
4. Roper N, Logan W, Tierney J. O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney. Lisboa: Climepsi Editores; 2001.
5. Sousa D. Relação Enfermeiro - Idoso, Crenças e Valores. Ordem dos Enfermeiros, 2012.
6. Dias L. Avaliação funcional da pessoa pós fratura do colo do fémur [dissertação]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2012.
7. Organização Mundial de Saúde. Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral. São Paulo: Artmed; 2003.
8. Faria F. Lesões vertebro-medulares: a perspetiva da Reabilitação. Rev Port Pneumol. 2006;12:45-53.
9. Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Sect. Diário da República, II série (2011).
10. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011.
11. Menoita E. Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência; 2012.
12. Direcção-Geral da Saúde. Viver após um acidente vascular cerebral. Lisboa: Ministério da Saúde/Direcção-Geral da Saúde; 2000.
13. Direcção-Geral de Saúde. Doenças cerebro-cardiovasculares em números: Programa nacional para as doenças cerebro-cardiovasculares. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde; 2013.
14. Rabelo D, Neri A. Bem-estar subjetivo e senso ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. Estud Psicol. 2006;11:403-12.
15. The European Stroke Organization.

Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório. Alemanha: Executive Committee and the ESO Writing Committee, 2008.

16. Carinhas M, Eusébio A, Carvalho L, Lopes T, Braga R. Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Cadernos OE [Internet]. 2013; 1(7). Available from: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>.

17. Schuster R. Correlação entre disfunções motoras e respiratórias no AVC. *Rev Neuroscienc*. 2011;19:587-8.

18. Nichols DS. Balance retraining after stroke using force platform biofeedback. *Phys Ther*. 1997;77(5):553.

19. Buranello M, Campos S, Quemelo P, Silva A. Equilíbrio corporal e risco de queda em idosas que praticam atividades físicas e sedentárias. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. 2011;3(8):313-23.

20. Fernandes B, Sérgio J, Beckert P, Evangelista I, Ferreira M, Prates L. Equilíbrio e funcionalidade após acidente vascular cerebral. *Pratice 2009: Prevenção e reabilitação activa com o exercício: Idoso e qualidade de vida; 2009 maio; Universidade Lusófona. Lisboa: Universidade Lusófona e Clínica das Conchas; 2009. p.4.*

21. Freitas C, Carvalho J, Vasconcelos O. Efeito de um programa de hidroginástica no equilíbrio estático e dinâmico em idosos. *Pratice 2009: Prevenção e reabilitação activa com o exercício: Idoso e qualidade de vida; 2009 maio; Universidade Lusófona. Lisboa: Universidade Lusófona e Clínica das Conchas; 2009. p.5.*

22. Costa C, Nunes M, Ressurreição J. Equilíbrio no idoso: o papel da reabilitação vestibular. *Pratice 2009: Prevenção e reabilitação activa com o exercício: Idoso e qualidade de vida; 2009 maio; Universidade Lusófona. Lisboa: Universidade Lusófona e Clínica das Conchas; 2009. p.13.*

23. Hoeman S. *Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e Processo*. Loures: Lusociência; 2000.

24. Januário F, Campos I, Amaral C. Rehabilitation of postural stability in ataxic/hemiplegic patients after stroke. *Disabil Rehabil*.

2010; 32(21):1775-9.

25. Barcala L, Colella F, Araujo M, Salgado A, Oliveira C. Análise do equilíbrio em pacientes hemiparéticos após o treino com o programa Wii Fit. *Fit. Fisioter. mov*. 2011; 24(2): 337-343.

26. Ferreira A. (In)dependência funcional em idosos domiciliados: Intervenção de enfermagem de reabilitação. Viseu: Piaget - Instituto Superior de Saúde de Viseu; 2011.

27. Mayo N, MacKay-Lyons M, Scott S, Moriello C, Brophy J. A randomized trial of two home-based exercise programmes to improve functional walking post-stroke. *Clin Rehabil*. 2013;27(7):659-71.

28. Ferreira A, Marques J. Fase Aguda do AVC isquémico: A importância da Neuroproteção e da Reabilitação Precoce. *Enfermeiro [Internet]*. 2011 julho.

29. Hesbeen W. *A Reabilitação*. Loures: Lusociência; 2003.

30. Oliveira C, Salina M, Annunziato M. Fatores ambientais que influenciam a plasticidade do SNC. *Acta Fisiátr*. 2001;8(1):6-13.

31. Christoph G, Ward A, Chamberlain M. Livro branco de medicina física e de reabilitação na europa. Coimbra: Secção de Medicina Física e de Reabilitação da Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) e Académie Européenne de Médecine de Réadaptation e Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação; 2009.

32. Cho K, Lee G. Impaired dynamic balance is associated with falling in post-stroke patients. *Tohoku J Exp Med*. 2013;230(4):233-9.

33. Costa A, Oliveira A, Moreira R, Cavalcante T, Araujo T. Identificação do risco de quedas em idosos após acidente vascular encefálico. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2010;14:684-9.

34. Organização Mundial de Saúde. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2004.

35. Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação. *Parecer nº 12/2011: Parecer sobre actividade de vida diária*. 2011.

36. Leal F. *Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral*. Coimbra: Sinais Vitais; 2001.



# FATORES EXPLICATIVOS DA APRECIÇÃO DE FILMES CÔMICOS EM PESSOAS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

Luis Manuel Mota de Sousa<sup>(1)</sup>; Cristina Maria Alves Marques-Vieira<sup>(2)</sup>; Sandy Silva Pedro Severino<sup>(3)</sup>; Juan Luis Pozo Rosado<sup>(4)</sup>; Helena Maria Guerreiro José<sup>(5)</sup>



## Resumo

**Objetivos:** Identificar os fatores que influenciam a apreciação de filmes humorosos em pessoas com doença renal crônica e conhecer os filmes humorosos mais apreciados por estas pessoas durante a sessão de hemodiálise. Métodos: Pesquisa descritiva e correlacional de delineamento transversal. Amostra randomizada composta por pessoas com doença renal crônica submetidas a hemodiálise numa clínica. A colheita de dados foi por meio de entrevista individual e questionário autoperenchido, utilizando-se os instrumentos: caracterização dos sujeitos e o formulário do sentido de humor. Os dados foram analisados recorrendo a procedimentos da estatística descritiva como média, desvio padrão e frequência simples e relativa e teste de hipóteses t student e qui quadrado para estabelecer a associação entre variáveis independentes e dependentes.

**Resultados:** Dos 171 participantes, os jovens e casados apreciam mais filmes de humor. As pessoas com doença renal crônica que apreciam filmes de humor consideram-se alegres e divertidas, referem ter sentido de humor e ter uma família divertida. Além disso, mencionam gostar de brincar, de rir, que as façam rir, de estar com pessoas com sentido de humor, de ouvir anedotas, de ler livros cômicos e de ouvir histórias engraçadas.

**Conclusões:** Foram verificados os fatores sociodemográficos e clínicos que estão relacionados com o sentido de humor e que influenciam a apreciação de filmes de humor, bem como foram identificados os principais tipos de filmes/vídeos de humor/cômicos apreciados pelas pessoas com doença renal crônica. Este estudo traz contributos importantes para a intervenção de enfermagem humor da Classificação das intervenções de enfermagem.

**Palavras-chave:** Senso de humor e humor como assunto; insuficiência renal crônica; enfermagem.

## Resumen

*FACTORS THAT INFLUENCE THE APPRECIATION OF HUMOROUS MOVIES IN PEOPLE WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE*

**Objectives:** To identify the factors that influence the appreciation of humorous movies in people with chronic kidney disease) and to know the humorous films most appreciated by these persons during the hemodialysis session.

**Methods:** descriptive and correlational research of cross-sectional design. A random sample comprised of 171 people with chronic kidney disease undergoing hemodialysis in two clinics. Data collection occurred through individual interviews and self-completed questionnaire, using the tools: characterization of the subjects and the sense of humor survey. Data were analyzed using descriptive statistics procedures such as mean, standard deviation and simple and relative frequency and hypothesis Student t and chi square tests to establish the association between independent and dependent variables.

**Results:** The young and married appreciated more humor movies. People with chronic kidney disease who appreciate comedies, consider themselves happy and fun, refer a sense of humor and have a fun family. In addition, they mentioned enjoying playing, laughing, things that make you laugh, living with people with a sense of humor, listening to anecdotes, reading comic books and listening to funny stories.

**Conclusions:** sociodemographic and clinical factors that are related to sense of humor and that influence the appreciation of humor movies were verified, as well as, the main types of films / videos of humor / comic appreciated by people with chronic kidney disease have been identified. This study brings important contributions to the Intervention Humor of the Nursing Interventions Classification.

**Key-words:** Wit and Humor as Topic; Renal Insufficiency, Chronic; Nursing Care.

## Abstract

*FACTORES QUE INFLUENCIAN A APRECIACIÓN DE PELÍCULAS CÓMICAS POR PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA*

**Objetivos:** Identificar los factores que influyen la visualización de películas cómicas en personas con enfermedad renal crónica y conocer las películas cómicas más apreciadas por estas personas durante la sesión de hemodiálisis.

**Métodos:** Pesquisa descritiva y correlacionada del delineamiento transversal. Muestra aleatoria compuesta por 171 personas con enfermedad renal crónica sometidas a hemodiálisis en dos clínicas. La recogida de datos fue por medio de entrevista individual y cuestionario auto-rellenado, utilizándose los instrumentos: caracterización de los sujetos y el formulario del sentido de humor. Los datos fueron analizados utilizando procedimientos de la estadística descriptiva como media, desvío estándar y frecuencia simple y relativa y test de hipótesis t Student y Qui cuadrado para establecer la asociación entre variables independientes y dependientes

**Resultados:** los jóvenes y casados ven más películas de humor. Las personas con enfermedad renal crónica que ven películas de humor se consideran alegres y divertidas, refieren tener sentido de humor y tener una familia divertida. Además, les gusta bromear, reír, que las hagan reír, estar con personas con sentido de humor, de oír chistes, de leer libros cómicos y de oír historias graciosas.

**Conclusiones:** Se verificaron los factores sociodemográficos y clínicos que están relacionados con el sentido de humor y que influencia la visualización de películas de humor, bien como fueron identificados los principales tipos de películas/vídeos de humor/cômicos vistos por las personas con ERC. Este estudio trae contribuciones importantes para la Intervención Humor de la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería.

**Palabras-clave:** Ingenio y Humor como Asunto; Insuficiencia Renal Crónica; Atención de Enfermería.

Recebido em abril 2016. Aceite em maio 2016.

<sup>(1)</sup> Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Hospital Curry Cabral do Centro Hospitalar Lisboa Central. Professor Assistente na Universidade Atlântica. Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa.

<sup>(2)</sup> Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Assistente no Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa. Estudante de Doutoramento em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa.

<sup>(3)</sup> Mestre. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeira no Hospital Curry Cabral, do Centro hospitalar Lisboa Central.

<sup>(4)</sup> Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Enfermeiro no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

<sup>(5)</sup> Doutora em Enfermagem, Diretora da Escola de Saúde Multipéfil, Luanda, Angola, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Investigadora do CHS e Scholar of the European Academy of Nursing Science.

## INTRODUÇÃO

A palavra “humor” tem uma história longa e apresenta muitos significados.<sup>1</sup> Atualmente o humor tem sido definido como um estado emocional, um estado de ânimo mais ou menos estável, bem como uma expressão de sentimentos que produzem bem-estar numa pessoa.<sup>2</sup>

O humor e o riso estão associados, influenciam-se mutuamente. São condicionados por um contexto, ou situação, e não podem ser discutidos separadamente, contudo, não são sinónimos. Considera-se que a resposta emocional ao humor, seja a alegria, e o comportamento correspondente, o riso.<sup>1-2</sup>

A apreciação do humor está estreitamente relacionada com as atitudes face à pessoa humorosa e estão intimamente interligadas com as atitudes relativas ao humor consigo próprio. Esta apreciação é influenciada pelo contexto social e pelos tipos de humor apreciados.<sup>3</sup>

A intervenção em enfermagem humor (5320) é definida como a facilitação de recursos ao cliente para que este perceba, aprecie e expresse o que é engraçado, divertido ou lúdico, de modo a estabelecer relações, aliviar tensões, libertar sentimentos de raiva, facilitar a aprendizagem ou enfrentar sentimentos dolorosos.<sup>4</sup> Esta intervenção é constituída por 15 atividades, em que uma delas é disponibilizar uma seleção de jogos, desenhos, piadas, vídeos, gravações, livros e outros materiais humorísticos.<sup>4</sup>

A visualização de filmes facilita uma resposta humorosa por meio da percepção de incongruências divertidas, que se manifestam por riso ou alegria. Esta resposta diminui o estresse, ansiedade e a dor, por outro lado, melhora a qualidade de vida e imunidade.<sup>5</sup>

A seleção de cassetes áudio e vídeo, livros de comédia pode ser feita para escolha e uso das pessoas doentes.<sup>2</sup> Os vídeos humorosos são um modo perfeito de assegurar humor 60 a 90 minutos, uma vez que a pessoa pode escolher o filme que deseja e aprecia. Os vídeos são a prescrição de enfermagem para a terapia do humor.<sup>6</sup> A opção pela pessoa com doença renal crónica (DRC), que é uma doença degenerativa, geralmente lenta e progressiva, irreversível, caracterizada pela perda

da capacidade dos rins de excretar metabólitos<sup>7-10</sup>, foi porque a intervenção humor pode ter efeitos relevantes ao nível da saúde e bem-estar em pessoas que são submetidas a hemodiálise.<sup>11</sup>

As pessoas que vivenciam uma DRC focalizam as suas atividades em torno da enfermidade e do tratamento, uma vez que o regime terapêutico de hemodiálise requer periodicidade de sessões semanais.<sup>12</sup>

As atividades da intervenção humor em contexto de hemodiálise podem ser variadas, nomeadamente, a visualização de vídeos humorísticos, histórias, palhaços do riso e terapia do riso.

A visualização de vídeos de humor pode ser utilizada como terapia de distração.<sup>12</sup> A pessoa ao ver filmes de humor/cômicos tem um efeito positivo na sua saúde e seu bem-estar<sup>2</sup>, mais especificamente, sobre a depressão, a ansiedade, a dor, a imunidade, a fadiga, a qualidade do sono, a função respiratória. A aplicação desta intervenção pode ser em contexto de diálise, ainda que seja necessária mais investigação.<sup>11</sup> Assim surgiram as seguintes questões de pesquisa: Quais os fatores que influenciam a apreciação de filmes humorosos em pessoas com DRC durante a sessão de hemodiálise? Quais os filmes mais apreciados pelas pessoas com DRC durante a sessão de hemodiálise?

Os objetivos deste estudo são: identificar os fatores que influenciam a apreciação de filmes humorosos em pessoas com DRC; e conhecer os filmes humorosos mais apreciados pelas pessoas com DRC durante a sessão de hemodiálise.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva e correlacional de delineamento transversal.<sup>13</sup> O estudo foi realizado em duas unidades de diálise da Clínica Diaverum na região de Lisboa entre maio e junho de 2015. A população do estudo são pessoas com DRC em programa de hemodiálise.

Os critérios de inclusão da amostra foram: pessoas com DRC em tratamento hemodialítico há seis meses ou mais, com idade superior a 18 anos e que consentissem participar no estudo. Os critérios de exclusão definidos foram défice



cognitivo e doença psiquiátrica ativa.

A amostra foi constituída pelas pessoas que cumpriam os critérios de elegibilidade e foi selecionada de forma probabilística (aleatória sem reposição, com intervalo de confiança (IC) de 95% e erro amostral de 5%<sup>14</sup>, atendendo aos critérios de elegibilidade. Foram utilizados dois instrumentos para a colheita de dados, um instrumento sobre os dados sociodemográficos e clínicos, e outro para a colheita de dados referentes ao sentido de humor.<sup>2</sup>

As variáveis sociodemográficas e clínicas do estudo foram: idade, sexo, nacionalidade, escolaridade, atividade profissional, estado civil, tempo de diálise, presença de hipertensão arterial e diabetes mellitus. O formulário do sentido de humor é constituído por 15 afirmações, com duas possibilidades de resposta (1=Sim ou 0=Não): se é uma pessoa alegre e divertida, se tem sentido de humor, se costuma rir de si próprio e se família era divertida, se gosta de brincar, de rir, que o (a) façam rir, de estar com pessoa com sentido de humor, de contar anedotas, que lhe contem anedotas, de ver filmes cômicos, de ler livros cômicos e que lhe contem histórias engraçadas, e uma pergunta aberta sobre exemplos de filmes cômicos que gosta.

A confiabilidade do formulário do sentido de humor foi avaliada através de sua consistência interna, com o coeficiente alfa de Cronbach. Adotou-se 0,70 como valor mínimo para consistência interna satisfatória.<sup>15</sup>

A reprodutibilidade ou estabilidade foi avaliada conforme o coeficiente de correlação intraclassa (CCI) e teste-reteste com coeficiente de correlação de Spearman-Brown<sup>15-16</sup> (48 a 96 horas após). As variáveis categóricas foram expressas com percentagem ou valor absoluto e as contínuas com médias  $\pm$  desvio padrão ou mediana. Foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes para as variáveis contínuas e o teste qui quadrado para as variáveis nominais. Os dados obtidos na pergunta aberta foram agrupados em categorias de filmes cômicos estabelecidas após análise dos dados.

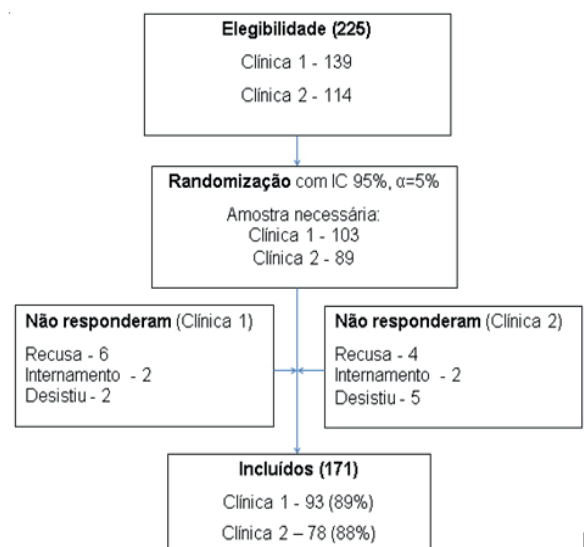
Os dados foram analisados com o IBM SPSS Statistics versão 20.0 e foram consideradas diferenças estatisticamente significativas aquelas

que apresentam valor de prova inferior ao nível de significância de 5%.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Clínica Diaverum (nº1/2015). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e foram informados sobre os mecanismos de garantia do sigilo dos seus dados e do direito de desistência sem qualquer repercussão para o próprio.

## RESULTADOS

A amostra é randomizada e constituída por 171 pessoas que cumpriam os critérios de elegibilidade (figura 1).



**Figura 1: Fluxograma de seleção da amostra de pessoas com DRC.**

Relativamente aos dados sociodemográficos, a média de idade é de  $60,20 \pm 14,34$  anos. A maioria são homens (61%), de nacionalidade portuguesa (80,1%), têm 4 anos de escolaridade (42,9%), são reformados (76,7%) e casados (56,5%). A nível dos dados de saúde, os sujeitos da amostra fazem hemodiálise há  $72,17 (\pm 54,23)$  meses, 62,1% referem ter hipertensão arterial e 27,1% apresentam diabetes mellitus (tabela 1).

**Tabela 1: Descrição das variáveis sociodemográficas e clínicas das pessoas com DRC (n=171).**

Características da Amostra	Frequência	Porcentagem
<b>Sexo</b>		
Feminino	66	38,6
Masculino	105	61,4
<b>Nacionalidade</b>		
Portuguesa	137	80,1
Cabo verdiana	24	14,0
Santomense	6	3,5
Guineense	1	0,6
Angolana	3	1,8
<b>Escolaridade</b>		
Iltrado	6	3,6
4º Ano do Ensino Básico	72	42,9
6º Ano de Escolaridade	31	18,5
9º Ano do Ensino Secundário	25	14,9
12º Ano do Ensino Secundário	19	11,3
Licenciatura	13	7,7
Mestrado/Doutoramento	2	1,2
<b>Atividade profissional</b>		
Aposentado	125	76,7
Ativo	38	23,3
<b>Estado civil</b>		
Solteiro(a)	44	25,9
Casado(a)	96	56,5
Viúvo(a)	20	11,8
Divorciado(a)/Separado(a)	10	5,9
<b>Hipertensão arterial</b>		
Ausente	64	37,9
Presente	105	62,1
<b>Diabetes mellitus</b>		
Ausente	124	72,9
Presente	46	27,1

No estudo da confiabilidade e reprodutibilidade do formulário do sentido de humor participaram 38 pessoas, o coeficiente  $\alpha$  Cronbach foi de 0,81, coeficiente de correlação de Spearman-Brown foi de 0,94 e CCI foi de 0,90 [IC de 95% 0,85-0,94].

Quanto aos fatores que estão associados à apreciação de filmes de humor, são as variáveis jovens (idade) e casados (estado civil) que referem gostar mais de filmes cômicos. Nos fatores respeitantes ao sentido de humor, os que mais estão associados à apreciação de filmes cômicos/humor são as pessoas que se consideram alegres e divertidas, que têm sentido de humor, que têm uma família divertida. Além disso, as pessoas que apreciam filmes cômicos referem gostar de brincar,

de rir, que as façam rir, de estar com pessoas com sentido de humor, de ouvir anedotas, de ler livros cômicos e de ouvir histórias engraçadas (tabela 2).

**Tabela 2: Comparação entre as pessoas com DRC que gostam e as que não gostam de filmes cômicos.**

Características dos participantes	Gosta de filmes cômicos	Não gosta de filmes cômicos	p-value
Clínica 1 (%)	56,3	51,2	0,57
Clínica 2 (%)	43,8	48,8	
Idade (anos)	58,47±14,75	65,32±12,32	0,01
Tempo de diálise (meses)	72,32±56,86	71,90±46,52	0,96
Sexo masculino (%)	60,9	61	0,99
Nacionalidade portuguesa (%)	78,9	85	0,39
Escolaridade inferior ao 12º ano (%)	76,4	84,6	0,27
Reformado (%)	74,6	82,1	0,34
Casado (%)	53,9	62,5	0,07
Hipertensão arterial (%)	64,1	59	0,56
Diabetes (%)	27,3	25	0,77
Alegre e divertido (% Sim)	84,1	61	0,002
Sentido de humor (SH) (% Sim)	92,1	70,7	<0,000
Ri de si próprio (% Sim)	75	73,2	0,81
Família divertida (% Sim)	90,6	73,2	0,005
Brincar (% Sim)	93,8	68,3	<0,000
Rir (% Sim)	98,4	82,9	<0,000
Que o façam rir (% Sim)	98,4	77,5	<0,000
Estar com pessoas com SH (% Sim)	100	85,4	<0,000
Contar anedotas (% Sim)	48,4	39	0,29
Ouvir anedotas (% Sim)	98,4	80,5	<0,000
Ler livros cômicos (% Sim)	34,1	10	0,003
Histórias engraçadas (% Sim)	93,7	78	0,004

No que respeita à apreciação de filmes cômicos, os dados foram colhidos a partir da opinião de 108 pessoas que constituíram a amostra (62,3%).

Agruparam-se os filmes em 9 categorias: filmes mudos (“Charlie Chaplin”), filmes portugueses antigos (como é o exemplo do “Pátio das Cantigas”), filmes realizados entre 1960 e 1999 (como é o exemplo do “Monty Phyton” e “Eddie Murphy”), filmes realizados a partir de 2000, denominado frequentemente de humor britânico (como são exemplos: “Mr. Bean” e “Benny Hill”), comédias românticas (como é o exemplo de “Mama Mia”), filmes portugueses atuais (como são exemplos: “Filme da Treta” e “Gaiola Dourada”), sketch cômicos (como são exemplos: “Gato Fedorento” e “Herman José”) e filmes de animação (como são exemplos: “Idade do Gelo” e “Rio”) (tabela 3).

**Tabela 3: Caracterização dos filmes e vídeos cômicos apreciados pelas pessoas com DRC.**

Categorias dos filmes/vídeos cômicos	n	%	Exemplos
Mudos (Charlie Chaplin)	10	9%	“Bombeiro”, “Vagabundo” e “Dentista”.
Portugueses antigos (<1960)	15	14%	“Aldeia da roupa branca”, “Costa do castelo”, “Pai tirano”, “Leão da estrela” e “Pátio das cantigas”.
Entre 1960 e 1999	26	24%	“Cantiflas (Pepe)”, “Monty Phytton” (“A vida de Brian”, “Cálice sagrado”, entre outros), “Academia de polícia”, “Os deuses devem estar loucos”, “Doidos à solta” e “Sozinho em casa”.
A partir de 2000	6	6%	“Loiras à força”, “Bruce todo poderoso”, “Norrbbit” e “Ted”.
Humor britânico	11	10%	“Mr Bean” (“Dentista”, “Igreja”, “Piscina”) e “Benny Hill”.
Comédias românticas	7	6%	“Mama Mía”, “Virgem aos 40”, “Melhor é impossível”
Portugueses atuais	15	14%	“Filme da treta”, “Conversa da treta”, “Gaiola dourada” e “Virados dos avessos”.
Sketch cômicos portugueses	7	6%	“Gato fedorento”, “Notícias em segunda mão” e “Herman José”.
Filmes de animação	13	12%	“Pantera cor de rosa”, “Asterix”, “Simpson”, “South Park”, “Idade do gelo”, “Madagáscar”, “Rio 1”, “Rio 2”, “UP altamente” e “Divertidamente”.

Legenda: n=Freqüência; %=Porcentagem.

## DISCUSSÃO

O instrumento de recolha de dados sobre os fatores do sentido de humor demonstrou ser confiável e reprodutível.<sup>15</sup>

Nesta pesquisa os mais jovens apreciam mais a visualização de filmes cômicos, o que pode indicar que a idade é uma variável que influencia a apreciação deste tipo de recurso de humor. A idade num estudo de validação da versão portuguesa da escala multidimensional do sentido de humor foi discriminativa da “Objecção ao uso do humor” e “Atitude pessoal face ao humor”.<sup>3</sup>

A intervenção humor em enfermagem apresentada na Classificação das Intervenções de Enfermagem apresenta algumas atividades que podem ser apoiadas pelos resultados obtidos. Entre estes resultados destaca-se: determinar os tipos de humor apreciados pelo cliente, selecionar material humorístico que criem um despertar moderado no indivíduo, disponibilizar uma seleção de jogos, desenhos, piadas, vídeos, gravações, livros e outros materiais humorísticos.<sup>4</sup>

É importante perceber como é que a pessoa se autoavalia relativamente ao humor, se é divertido, se tem sentido de humor, se teve, ou se tem uma família divertida.

O enfermeiro deve ter em consideração que tipo

de recursos a pessoa com DRC utiliza, no âmbito do humor, nomeadamente se gosta de brincar, de rir, que o façam rir, de estar com pessoas com sentido de humor, de ouvir anedotas e histórias engraçadas, assim como de ler livros cômicos, uma vez que a utilização destes recursos influencia a apreciação de filmes cômicos. A visualização de filmes cômicos é uma atividade que tem sido estudada e tem demonstrado ser muito benéfica para a saúde e bem-estar das pessoas em geral<sup>5</sup>, e das pessoas com DRC em particular.<sup>12</sup>

Quando se disponibilizam filmes humorosos, o enfermeiro tem de adequar o tipo de filmes que as pessoas apreciam, para que a intervenção seja eficaz. Este estudo apresenta um conjunto de opções que podem ser utilizadas tanto na prática clínica, como em futuras pesquisas no contexto de hemodiálise. Estas opções variam entre 60 a 90 minutos de humor, mas também serão úteis vídeos de 10 a 20 minutos como são exemplo os filmes de “Charlie Chaplin”, “Mr. Bean”, “Gato Fedorento” e “Herman José”. Além disso, também referem apreciar filmes de animação, como é o caso da “Idade do gelo” e “Rio”.

## CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo permitiram verificar quais os fatores sociodemográficos e clínicos que estão relacionados com o sentido de humor e que por sua vez influenciam a apreciação de filmes de humor.

Foram identificados os principais tipos de filmes/vídeos de humor/cômicos que as pessoas com DRC apreciam, listagem essa que poderá ser útil para futuras investigações.

Neste estudo foram utilizadas apenas variáveis uni-item, pelo que em futuras pesquisas seria importante utilizar variáveis multi-item.

A intervenção humor em enfermagem requer uma avaliação prévia dos fatores que influenciam o humor, do tipo de humor apreciado pelas pessoas, dos recursos humorísticos mais adequados à pessoa e dos diagnósticos de enfermagem que podem beneficiar desta intervenção.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. José H. Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros. Loures: Lusociência; 2002.
2. José HMG. Resposta humana ao humor: humor como resposta humana. Loures: Lusociência; 2010.
3. José H, Parreira P. Adaptação para Português da Escala Multidimensional do Sentido de Humor MSHS. Referência. 2008; (6):7-18.
4. Bulechek GM, Butcher KH, Dochterman JC. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 5ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
5. Bennett MP, Lengacher CA. Humor and Laughter May Influence Health IV. Humor and Immune Function. Evid Based Complement Alternat Med. 2009; 6(2):159–164.
6. Fament A. Humor in health care: irreverent or invaluable? Nursing. 2006; 36(4): 6-7.
7. Oliveira CS, da Silva EC, Ferreira LW, Skalinski L.M. Perfil dos pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. Rev Baiana Enferm. 2015; 29(1):42-49.
8. Ottaviani AC, Souza EN, Drago NC, de Mendiondo MSZ, Pavarini SCL, Orlandi FS.

Esperança e espiritualidade de pacientes renais crônicos em hemodiálise: estudo correlacional. Rev Latino-Am Enferm. 2014; 22(2):248-54.

9. Bosenbecker NRV, Menegon MBC, Zillmer JGV, Dall'agnol J. Perfil das pessoas em hemodiálise de um serviço de nefrologia. J Nurs Health. 2015;5(1):38-46

10. Silva CF, Ribeiro Santos TR, Andrade-Barbosa TL, Silva CSO, Xavier-Gomes LM. Vivenciando o tratamento hemodialítico pelo portador de insuficiência renal crônica. Rev Cubana de Enferm. 2014; 30(3). [acesso agosto 2015]. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/316/95>

11. Bennett PN, Parsons T, Ben-Moshe R, Weinberg M, Neal M, Gilbert K, Karen Gilbert K, Rawson H, Ockerby C, Finlay P, Hutchinson A. Laughter and humor therapy in dialysis. Sem dial. 2014; 27(5):488-493.

Nascimento MEB, Campos CGP, Mantovani MF, Cassi CCV. Representações sociais sobre o adoecimento de pessoas com doença renal crônica. Rev Gaúcha Enferm. 2015 jun;36(2):106-12.

12. Lima DVM. Desenhos de pesquisa: uma contribuição para autores. Online Brazilian Journal of Nursing. 2011;10(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3648/html>

13. Santos GEO. Cálculo amostral: calculadora on-line. [Acesso maio 2015]. Disponível em: <http://www.calculoamostral.vai.la>

14. Marques-Vieira CMA, Sousa LMM, Carvalho ML, Veludo F, José HMG. Construção, adaptação transcultural e adequação de instrumentos de medida. Enformação. 2015; 5:19-24. [acesso agosto 2015] Disponível em: <http://www.acenfermeiros.pt/index.php?id1=15&id2=9>.

15. Sousa LMM, Marques-Vieira CMA, Carvalho ML, Veludo F, José HMG. Fidelidade e validade na construção e adequação de instrumentos de medida. Enformação. 2015; 5:25-32. [acesso agosto 2015] Disponível em: <http://www.acenfermeiros.pt/index.php?id1=15&id2=9>.

# DEBATES PARLAMENTARES NA 1<sup>A</sup> REPÚBLICA E NO ESTADO NOVO.

## LEVANTAMENTO DE FONTES PARA O ESTUDO DA HISTÓRIA DE ENFERMAGEM.

Paulo Joaquim Pina Queirós<sup>(1)</sup>; Antonio José Almeida Filho<sup>(2)</sup>; Ana Paula Almeida Monteiro<sup>(3)</sup>; Tânia Cristina Franco Santos<sup>(4)</sup>; Maria Angélica de Almeida Peres<sup>(5)</sup>



### Resumo

A história da enfermagem em Portugal começa a ganhar sistematização. No processo de construção histórica é essencial o levantamento e a análise das fontes. As fontes localizadas neste estudo possibilitam estudos posteriores com vista à compreensão do processo de visibilidade da enfermagem portuguesa. Procedeu-se a pesquisa através de descritores, nos diários das sessões das câmaras de representantes da nação portuguesa, no período 1910-1974, disponíveis no sítio da Assembleia da República. Encontrou-se 2367 páginas de 1446 diários de sessões. Organizou-se cronologicamente a informação e procedeu-se à caracterização das tendências, lacunas, pontos altos, aglomerados e densidades. Concluiu-se pela enormidade e riqueza de informação o que possibilitará tratamento pormenorizado com ganhos para a construção da histórica da enfermagem e da história da ciência.

**Palavras-chave:** História da Ciência; História; Enfermagem; Debates Parlamentares

### Abstract

*PARLIAMENTARY DEBATES IN THE 1ST REPUBLIC AND THE NEW STATE. SURVEY SOURCES FOR THE STUDY OF NURSING HISTORY.*

*The nursing history in Portugal starts earning systematization. In the historic building process it is essential to survey and analysis of the sources. The sources in this study enable further studies aimed at understanding the Portuguese nursing visibility process. Proceeded to search through descriptors, in the daily sessions of the chamber of representatives of the Portuguese nation in the period 1910-1974, available on the Parliament's website. It was found 2367 pages in 1446 diaries of sessions. It was organized chronologically the information and proceeded to the characterization of trends, gaps, highlights, clusters and densities. It was concluded by the enormity and richness of the information which will enabled the detailed treatment gains for the construction of historical nursing and the history of science.*

**Keywords:** History of Science; History; Nursing; Parliamentary debates

### Resumen

*DEBATES PARLAMENTARIOS EN LA 1ª REPÚBLICA Y EL ESTADO NUEVO. FUENTES PARA EL ESTUDIO DE LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA.*

*La historia de la enfermería en Portugal comienza a ganar sistematización. En el proceso de construcción histórica es esencial para estudiar y análisis de las fuentes. Las fuentes de este estudio permiten nuevos estudios destinados a comprender el proceso de la visibilidad de enfermería portuguesa. Procedió a buscar a través de descriptores, en las sesiones diarias de la cámara de representantes de la nación portuguesa en el período 1910-1974, disponible en la página web del Parlamento. Se encontró 2367 páginas en 1446 diarios de sesiones. Fue organizado cronológicamente la información y procedió a la caracterización de las tendencias, lagunas, puntos culminantes, las agrupaciones y densidades. Se concluyó por la enormidad y la riqueza de la información. Eso permitió que con el tratamiento detallado, el desarrollo de la enfermería histórica y la historia de la ciencia.*

**Palabras clave:** Historia de la Ciencia; historia; enfermería; debates parlamentarios

Recebido em abril 2016. Aceite em abril 2016

<sup>(1)</sup> Pós-doutorado em Enfermagem; Professor Coordenador; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Investigador UICISA-E. E-mail: pauloqueiros@esenfc.pt

<sup>(2)</sup> Pós-doutorado em História da Enfermagem; Professor Associado da Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rua Afonso Cavalcanti, 275, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: ajafilhos@gmail.com

<sup>(3)</sup> Pós-doutoranda; Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Avenida Bissaya Barreto, Apartado 7001, 3046-851, Coimbra, Portugal. E-mail: anapaula@esenfc.pt

<sup>(4)</sup> Pós-doutorado em História da Enfermagem; Professora Associada da Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rua Afonso Cavalcanti, 275, Rio de Janeiro, Brasil, Bolsista de Produtividade do CNPq. E-mail: taniacristinafsc@terra.com.br

<sup>(5)</sup> Pós-doutorado em História da Enfermagem; Professora Associada da Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rua Afonso Cavalcanti, 275, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: angelica.ufjf@uol.com.br



## INTRODUÇÃO

Conhecer o passado, a história, é essencial para a compreensão do presente com os seus constrangimentos e as suas possibilidades. Investigar na área da história da enfermagem tem sido considerado como um fator decisivo para a compreensão da evolução do ensino e da ciência de enfermagem, dos cuidados e da sua organização. Desocultar o passado permite ter uma visão do presente, contextualizada, em que se percebe com maior clareza as formas de organização, as identidades profissionais, as diversas perspetivas do reconhecimento social, assim como o posicionamento relativo no contexto de outras profissões e de outras ciências.

A possibilidade do resgate de informações históricas da memória é um importante recurso nas pesquisas históricas para a construção e preservação da identidade profissional e, por extensão, institucional (Santos; Barreira; Gomes; Batista; Peres, Almeida Filho, 2011). Não há história sem fontes, da mesma forma que não há história só com fontes (Mattoso, 1997). As fontes históricas são a base para a construção do saber histórico. Toda a investigação histórica passa por uma metodologia que supõe a procura das fontes (heurística) e o seu estudo e interpretação (hermenêutica) (Torgal, 2015). As fontes históricas são imprescindíveis à compreensão dos eventos pretéritos já que asseguram uma base científica à História, conferindo legitimidade ao discurso do pesquisador, portanto, produzindo a distinção entre a História e o relato de ficção (Barros, 2012).

O objetivo deste estudo é identificar e caracterizar sumariamente fontes disponíveis de forma a contribuir para o estudo do processo de afirmação da enfermagem moderna em Portugal através da sua visibilidade /invisibilidade na arena dos decisores políticos o que permitirá integrar futuros estudos e aprofundar o debate historiográfico global sobre a história de enfermagem.

## METODOLOGIA

Metodologicamente procurou-se identificar através de uma busca exaustiva o material existente no Arquivo da Assembleia da República referente aos debates parlamentares das várias câmaras que funcionaram no período de tempo em consideração. Procedeu-se à consulta sistemática do material digitalizado e disponibilizado no sítio informático da Assembleia da República de Portugal, no que se refere aos Diários das Sessões das várias Câmaras de Representantes da nação, para um período longo, de 1910 a 1974, ou seja, desde a revolução republicana de 1910 à revolução democrática de 1974. Para o levantamento das fontes com relevância para os fins pretendidos, foi realizada uma pesquisa através do motor de busca disponibilizado no referido sítio digital, utilizando os descritores “enfermeiro”, “enfermeiros”, “enfermeira”, “enfermeiras”, “enfermagem”, “enfermaria”, “enfermarias”.

Após a identificação dos números de diários das diversas câmaras com referências e o número de páginas em cada, organizou-se a informação de forma a ter uma ideia de conjunto para o recorte temporal (1910-1974) e para cada um dos dois períodos: Primeira República e Estado Novo. Quantificaram-se as referências por cada ano e pela sua proveniência, ou seja, a câmara respetiva. Procuraram-se tendências, ausências e concentrações, determinaram-se índices de concentração e dispersão das fontes.

Norteou-se este estudo no sentido de rigor e profundidade da observação, da abordagem sistemática, não lacunar, nem aleatória. Importa considerar que dos três aspetos consecutivos das boas práticas metodológicas da história: coleta de dados (fontes, sua crítica e organização); posterior análise e síntese criando quadro interpretativo e, por último, a comunicação discursiva escrita a que se chegou, este artigo se concentra na identificação de fontes abrindo caminho a desenvolvimentos posteriores.

Os aspetos científicos serão assegurados pelo rigor da delimitação temporal e espacial, pela atenção aos ciclos temporais, aos cortes e às lacunas, ao estabelecimento de séries e de sequências com ordem, tempo e ritmo, Utilizou-

se métodos quantitativos em história para a determinação das concentrações temáticas, e efectou-se uma análise interpretativa.

### **Da primeira república ao golpe militar de 1926**

A revolução de 5 de outubro de 1910 pôs fim à monarquia e instaurou a república. A alternativa a que deu lugar “apontava para uma sociedade mais progressiva e mais justa, criando enormes expectativas na população” (Tavares, 2001, p. 493).

Logo em 1911, foi formada uma Assembleia Nacional Constituinte, decorrente de eleições que tiveram lugar em 28 de maio desse ano. Esta Assembleia Nacional funcionou entre 15 junho e 25 de agosto de 1911, aprovando a 1ª Constituição Republicana a 21 de agosto.

Com a indicação por ocasião da pesquisa, em janeiro de 2015, de que o catálogo não está totalmente disponível no sítio da Assembleia da República identificámos 6 diários de sessões com 6 páginas de interesse, ou seja com a presença de qualquer um dos descritores.

O sistema constitucional saído desta primeira Constituição Republicana (1911) é bi-cameral, Câmara de Deputados e Senado da República, com a particularidade de existir uma terceira câmara, institucionalizada, com poderes diferenciados das duas já referidas, e que mais não era do que a junção dessas duas em reunião específica, com a designação de Congresso da República. Todas estas três câmaras funcionaram entre 1911 e 1926.

À Câmara de Deputados competia iniciativas sobre impostos, organização das forças militares, a discussão das propostas feitas pelo governo sobre revisão constitucional, prorrogações e adiamentos de sessões legislativas. Competia ao Senado da República para além do que era comum aos deputados, aprovar ou rejeitar as nomeações para governadores e comissários para as províncias ultramarinas. O Congresso da República, com poderes de destituir os membros do executivo (governo), podia ainda legislar sobre vastas matérias e elaborar leis necessárias à execução da Constituição.

Com a salvaguarda de que o catálogo de diários em relação à Câmara de Deputados ainda não estar todo disponível foi possível identificar com os descritores utilizados, 308 diários e 427 páginas. No que respeita ao Senado da República, com a mesma salvaguarda relativa a incompletude da coleção, identificámos 169 diários com os descritores presentes em 245 páginas. Com a mesma salvaguarda, em relação ao Congresso da República identificámos nos Diários do Congresso, 2 números que correspondem a 2 páginas. Naturalmente são a Câmara dos Deputados e o Senado que reúne um número mais expressivo de material, em detrimento das outras duas câmaras mais específicas, Assembleia Nacional Constituinte e Congresso da República.

O material disponível para este período correspondente à Primeira República, apresentou-se em 485 diários, com 680 páginas. O que permitiu calcular um índice de densidade de páginas com descritores/ano ( $680/26$ ) de 26,15. E um índice de densidade de diários com descritores/ano ( $485/26$ ) de 18,65. Comparando estes índices com os índices que calculámos para a Monarquia Constitucional 1821-1910 (respetivamente 14,63 e 10,03 dados coligidos, estudados e analisados e a divulgar em outro artigo a editar em breve) verifica-se um aumento substancial do número de material disponível, quer seja se considerarmos os diários, quer seja se considerarmos o número de páginas.

Neste período, Primeira República, as entradas obtidas com os descritores relativos às pessoas “enfermeiro(s)/enfermeiras(s)” assumem a maioria, seguindo os relativos a instituições “enfermaria(s)” e por último a “enfermagem”.

**Quadro nº 1 – Número de páginas e de diários das sessões distribuídos pelas várias câmaras e pelas palavras de pesquisa. Período da Primeira República (1910-1926)**

Descritores	Nº páginas					Nº diários				
	1 ANC	2 CD	3 SR	4 CR	totais	1 ANC	2 CD	3 SR	4 CR	totais
Enfermeiro	2	68	56		126	2	52	35		89
Enfermeiros	1	117	50	1	169	1	72	29	1	103
Enfermeira		27	31		58		20	21		41
Enfermeiras		16	18		34		11	12		23
Enfermagem	2	64	32		98	2	46	24		72
Enfermaria	1	72	39	1	113	1	56	31	1	89
Enfermarias		63	19		82		51	17		68
totais	6	427	245	2	680	6	308	169	2	485

**Legenda:**

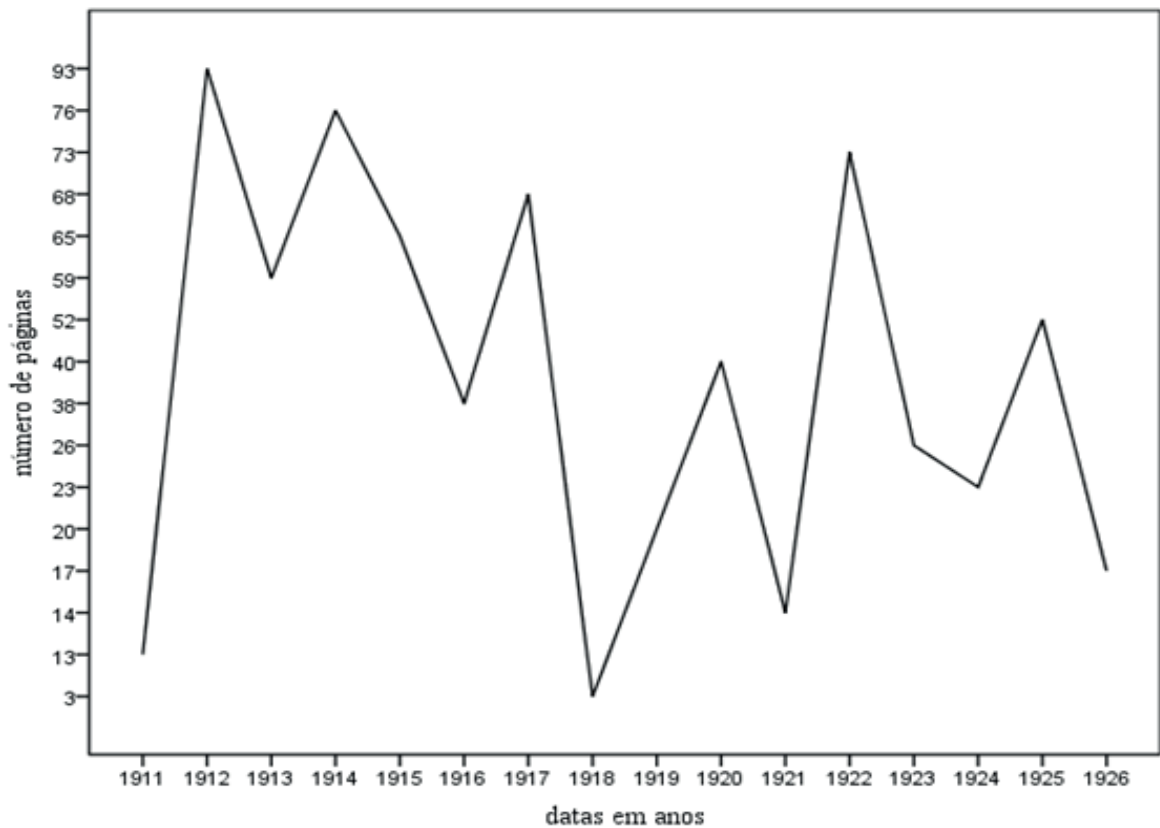
1 ANC : Assembleia Nacional Constituinte - 1911-1911

2 CD : Câmara dos Deputados - 1911-1926

3 SR : Senado da República - 1911-1926

4 CR : Congresso da República - 1911-1926

**Fonte:** Construção com dados extraídos do sítio na internet da Assembleia da República Portuguesa, acedido em janeiro de 2015.



**Gráfico nº1 – Distribuição do número de páginas com referências aos descritores pelos anos de publicação dos diários. Período da Primeira República (1910-1926)**

**Fonte:** Construção com dados extraídos do sítio na internet da Assembleia da República Portuguesa, acedido em janeiro de 2015.

A análise da distribuição do número de páginas com referência aos descritores para este período 1910-1926, reportaram uma distribuição com uma linha ligeiramente descendente entre 1912 e 1926. Os picos situam-se em 1912 com 93 páginas; 1914 (76); 1917 (68); 1922 (73). Os pontos mais baixos surgiram são mesmo nos anos 1911 (13) e 1918 (3). Observando aglomerados pudemos situar um ponto alto entre 1912 e 1917, e como pontos baixos os biénios 1918-1919 e 1923-1924.

De realçar que o curto espaço da Primeira República, apenas 16 anos, se traduz num número significativo das presença do “assunto” enfermeiro(s)a(s) /enfermagem/enfermaria(s) nos diários das sessões.

#### **Do estado novo salazarista ao assistencialismo marcelista (1935-1974)**

No seguimento da revolta militar de 1926 que pôs termo à primeira república entrou-se num período de ditadura militar em que não funcionaram câmaras de representantes. O recorte temporal aqui representado reporta-se a 1935 a 1974 período de funcionamento de duas câmaras colegiais. Este horizonte temporal insere-se num período mais largo de ditadura com duração de 48 anos, que se iniciou com a Ditadura Militar (1926-1933), seguiu-se com Estado Novo salazarista (1933-1968) e terminou com o marcelismo (1968-1974). O marcelismo emerge “como um disfarce demagógico do Salazarismo, uma tentativa do velho regime mascarar a sua continuidade essencial” (Rosas, 1994, p.546).

A 16 de dezembro de 1934 houve eleições para a Assembleia Nacional. No âmbito da nova constituição de 1933, este órgão era uma câmara política e orgânica e de soberania a quem competia legislar e fiscalizar a vida administrativa e governativa. Acerca da Assembleia Nacional refira-se que “... o seu lugar no sistema constitucional estado-novista é, desde o início, de clara subalternidade face ao Executivo: carece de real legitimidade representativa, pois é fruto dos atos eleitorais forjados e não livres...” (Rosas, 2013, p.40).

A Assembleia Nacional funcionou entre 1935 e 1974, período histórico de Estado Novo, em

11 sessões legislativas de três meses cada. Da pesquisa efetuada nos diários das sessões surgem 882 diários com um total de 1462 páginas onde têm presença os descritores utilizados nesta busca.

Sem funções legislativas mas apenas funções consultivas, funcionou, em simultâneo neste período histórico, outro órgão – a Câmara Corporativa. As Atas da Câmara Corporativa estão também disponibilizadas no acervo digital da atual Assembleia da República. Da análise efetuada nessas Atas, mantendo os mesmos descritores, surgem 79 diários com a presença dos descritores em 225 páginas.

Uma primeira análise às fontes reveladas permitem constatar o volume quantitativo superior, quer em número de diários, quer em páginas da Assembleia Nacional, que compara com número substancialmente menor da Câmara Corporativa. Dados que ganham significado pelo facto da Câmara Corporativa ser meramente consultiva por contraste com a Assembleia Nacional detentora do poder legislativo.

Refira-se que o descritor “Enfermagem” encontra neste período um volume de diários e de páginas bastante significativo pelo número a comparar com os descritores pessoalizados “enfermeiro/a/os/as” e com os institucionais “enfermaria/as”, o que deve ser comparando com o período da Monarquia Constitucional (objeto de estudo a editar em breve) para suscitar a hipótese de investigação, a confirmar pela leitura e análise qualitativa posterior, de que a enfermagem enquanto entidade em si se encontra agora mais assumida.

O cálculo, para todo este período, do índice de densidade de páginas com descritores/ano (1687/39) é de 43,25 e o índice de densidade de diários com descritores/ano (961/39) é de 24,64. O que comparando com o período histórico anterior, nos faz realçar a disponibilidade em crescendo de bastante mais material, ou seja uma significativa maior presença de enfermeiro(s), enfermeira(s), enfermagem, enfermaria(s), nos debates das várias Câmaras. O índice de densidade de páginas por ano progride ao longo dos dois períodos, Primeira República e Estado Novo, de 26,15 para 43,25 (no período da monarquia constitucional, em estudo

**Quadro nº 2 – Número de páginas e de diários das sessões distribuídos pelas várias câmaras e pelas palavras de pesquisa. Período do Estado Novo (1935-1974).**

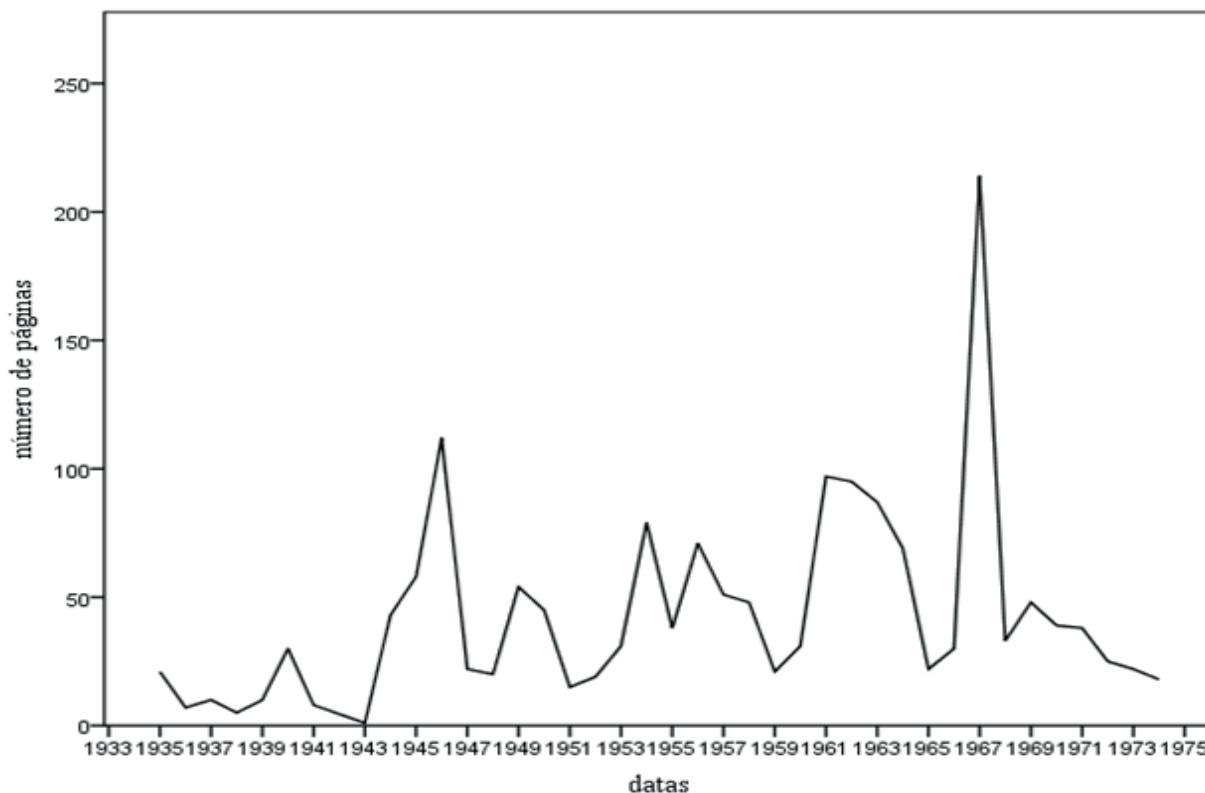
descritores	Nº páginas			Nº de diários		
	1 - AN	2 - CC	totais	1 - AN	2 - CC	totais
Enfermeiro	89	7	96	69	4	73
Enfermeiros	220	26	246	149	12	161
Enfermeira	82	15	97	58	6	64
Enfermeiras	178	29	207	108	12	120
Enfermagem	557	98	655	281	23	304
Enfermaria	91	17	108	67	10	77
Enfermarias	245	33	278	150	12	162
totais	1462	225	1687	882	79	961

**Legenda:**

1 – AN : Assembleia Nacional - 1935-1974 (Diário das Sessões)

2 – CC : Câmara Corporativa - 1935-1974 (Atas da ...)

**Fonte:** Construção com dados extraídos do sítio na internet da Assembleia da República Portuguesa, acedido em janeiro de 2015.



**Gráfico nº2– Distribuição do número de páginas com referências aos descritores pelos anos de publicação dos diários. Período do Estado Novo (1935-1974).**

**Fonte:** Construção com dados extraídos do sítio na internet da Assembleia da República Portuguesa, acedido em janeiro de 2015.

a publicar é de 14,63). O índice de densidade de diários por ano progride de 18,65 para 24,64 (no período da monarquia constitucional, em estudo a publicar é de 10,03).

O estudo da evolução da disponibilidade de fontes ao longo dos anos do Estado Novo (1935-1974) permite perceber uma linha ascendente até 1967, com dois pontos altos, os anos de 1946 e de 1967, a que corresponde respetivamente 112 e 214 páginas dos diários. Importa referir para posterior clarificação a quebra abrupta na continuidade ascendente após 1968 e que desenha uma linha contínua de diminuição até 1974. Os valores mais baixos situam-se no início do período com expressão nos anos 1936 a 1939, e significativamente mais baixo em 1943 com uma referência. Não passa despercebida a concentração de valores razoáveis em dois aglomerados, entre 1954 e 1958, e 1962-1964.

No período do estado Novo deparámo-nos com um aumento significativo da presença nos diários das sessões de referências à enfermagem, enfermeiros(as), enfermaria(s). Os índices de densidade são bem reveladores desse aumento. Este período corresponde à instalação de uma ampla rede de formação em enfermagem, de passos embora ténues de afirmação de uma enfermagem moderna. Trespasado pela segunda guerra mundial e pela guerra colonial portuguesa. O aumento verificado de referências no final da década de sessenta hipoteticamente corresponderá ao movimento de reforço assistencialista pelo estado novo na fase marcelista.

#### **Uma visão de conjunto das fontes disponíveis nos diários das sessões para estes dois períodos históricos.**

O número de entradas em páginas traduz-se pelo aumento progressivo desde a Primeira República até ao Estado Novo, com as cifras 680 e 1687, números que ganham significado na observação de densificação por ano do número de páginas, traduzida nos índices 26,15 e 43,25. Sendo notório um ligeiro decréscimo no segundo quartel do século XX (início do Estado Novo), e o aumento exponencial no terceiro quartel do século XX, período correspondente ao assistencialismo marcelista.

#### **Quadro nº 3– Distribuição do número de páginas com referências aos descritores pelos anos de publicação dos diários e índices calculados, agrupados em quartéis, em todo o período em estudo (1910-1974).**

	Século XX		
	1º quartel	2º quartel	3º quartel
nº pág.	883	463	1241
nº anos	25	16	24
Índice	<b>35,32</b>	<b>28,93</b>	<b>51,70</b>

Fonte: Construção com dados extraídos do sítio na internet da Assembleia da República Portuguesa, acedido em janeiro de 2015.

Um exercício de agrupar os sete descritores definidos e utilizados à partida, em outros três, permite níveis de interpretação, lançando uma hipótese de trabalho para comprovação futura que julgamos de interesse. Recodificámos em um primeiro grupo os descritores pessoalizados, juntando enfermeiro, enfermeiros, enfermeira, enfermeiras. Um segundo grupo manteve o descritor enfermagem. Num terceiro grupo juntou-se os descritores enfermaria e enfermarias.

O resultado (Quadro nº4) permite verificar que o descritor enfermagem só atinge dimensão após 1935 (de forma intensa e fortemente expressiva) e na Primeira República a expressão mais forte está nos descritores que corresponde à pessoalização.

#### **Quadro nº 4– Distribuição do número de páginas com referências aos descritores pelos dois períodos históricos, em função dos descritores agrupados.**

	Primeira República	Estado Novo
Enfermeiro(s) a(s)	<b>387</b>	646
Enfermagem	98	<b>655</b>
Enfermarias(s)	195	386

Fonte: Construção com dados extraídos do sítio na internet da Assembleia da República Portuguesa, acedido em janeiro de 2015.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do levantamento efetuado nos diários das 6 câmaras de representantes da nação portuguesa, entre 1910 e 1974, através do sítio da Assembleia da República, acedido em janeiro de 2015, usando o motor de pesquisa com os descritores enfermeiro/a; enfermeiros/as; enfermagem; enfermaria/as, obtivemos um acervo de fontes primárias de enorme dimensão e valia, 2367 páginas de 1449 diários de sessões das diversas câmaras.

A determinação de índices de densidade por ano e por quartel, mostrou uma linha genericamente contínua e em crescendo ao longo do provir histórico, de fontes primárias disponibilizadas com interesse para a história da ciência e da enfermagem, que acompanha o natural aumento de informação e volume ocupado pela totalidade de assuntos nos diferentes diários.

Uma análise de pormenor permitiu identificar concentrações de fontes, lacunas, pontos altos, pontos baixos, descontinuidades pontuais, impulsos no volume de informação localizados temporalmente, com significado e proporcionarem pistas para o aprofundar da investigação.

O reagrupar de descritores em três grupos, permitem perceber que na Primeira República os descritores pessoais ganham distância numérica em relação aos outros, enfermagem entidade, e enfermagem instituição. Após 1935, já no Estado Novo, mantendo níveis elevados de informação para os descritores pessoalizados, estes são ultrapassados pela entidade “enfermagem”, que ganha aqui uma força expressiva também pela comparação com os valores da Primeira República (crescimento a multiplicar por 7).

Constatámos a existência de um manancial enorme de fontes primárias que permitirá o desenvolvimento de estudos em profundidade por tema e por épocas, considerando sincronias e diacronias, contribuindo para a perceção e interpretação histórica com interesse para a enfermagem e para a história da ciência.

Abertura de oportunidades de estudar com rigor metodológico, identificando os assuntos e temas eleitos pelas elites que tiveram assento nos órgãos representativos, bem como o estudo das ausências. Possibilitando contribuir para a compreensão da

visibilidade e da invisibilidade da enfermagem nos dias de hoje.

## REFERÊNCIAS

Barros, J. A. (2012): A fonte histórica e seu lugar de produção. *Cad. Pesq. Cdh*, Uberlândia. v.25, n.2, p.407-429.

Mattoso, J. (1997): *A escrita da História. Teoria e métodos*. Lisboa: Editorial Estampa.

Rosas, F. (1994): *Marcelismo: a liberalização tardia (1968-1974)*. In: Mattoso, J.: *História de Portugal, Sétimo Volume*. Lisboa: Círculo de Leitores.

Rosas, F. (2013): *Salazar e o poder. A arte de saber durar*. Lisboa: tinta da China.

Santos, T.; Barreira, I.; Gomes, M.; Batista, S.; Peres, M.; Filho, A. J. A. (2011): *A memória, o controle das lembranças e a pesquisa em história da enfermagem*. *Esc. Anna Nery*. vol.15 no.3. Rio de Janeiro.

Tavares, A. (2001): *A I República*. In: Carneiro, R.; Matos, A. T. *Memória de Portugal, o milénio português*. Lisboa: Círculo de Leitores.

Torgal, L. (2015): *História ... Que história?* Lisboa: Temas e Debates – Círculo de Leitores.

## NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

De acordo com o Estatuto Editorial, os domínios dos saberes espelhados na *RIE* situam-se no domínio da enfermagem enquanto disciplina científica e prática profissional organizada.

### 1 - TIPOS DE ARTIGOS

#### 1.1 - Cartas ao director:

Publicam-se nesta secção comentários, observações científicas ou críticas sobre artigos e temas surgidos na revista, assim como dúvidas ou experiências que podem ser resumidas. Quando justificar, a direcção da *RIE* envia aos autores visados as cartas para direito de resposta. *Extensão máxima recomendada 3 páginas.*

#### 1.2 - Artigos sobre teoria de investigação:

Artigos sobre teoria, métodos e técnicas de investigação numa construção de saberes original, revisão ou mistos. Estes artigos resultam da reflexão fundamentada sobre temas de investigação, desenvolvidos coerentemente de forma a obter conclusões válidas, podendo resultar da análise crítica da bibliografia relacionada com o tema em questão.

*Devem estruturar-se da seguinte forma:*

**Resumo:** Até 150-200 palavras, que contará com breve informação sobre o problema analisado, discutido ou revisto e se for caso o material e métodos utilizados e conclusões.

**Palavras Chave:** até um máximo de seis palavras que espelhem os conteúdos desenvolvidos.

**Introdução:** Deve ser breve, focando o tema e os objectivos do trabalho.

**Desenvolvimento da temática**

**Conclusão:** Breve e sucinta, focando os elementos fortes do desenvolvimento que constituam novidade científica ou uma nova visão sobre problemáticas já existentes.

**Bibliografia:** Seguindo a Norma Portuguesa - NP 405-1 (1994), ou outra norma aceite na comunidade científica.

*Extensão máxima recomendada 15 páginas.*

#### 1.3 - Artigos síntese de trabalhos de investigação:

Artigos que se constituam em sínteses de investigação e que se estruturam da seguinte forma:

**Resumo:** **Palavras Chave:** **Introdução** (com as características atrás enunciadas)

**Fundamentação:** Breve revisão e localização da problemática.

**Material e métodos:** Descrevendo-se com detalhe os métodos e as técnicas de investigação de forma a que possam ser avaliados e repetidos por outros investigadores.

**Resultados:** Os resultados devem ser concisos e claros e incluir o mínimo necessário de tabelas e quadros. Apresentam-se de forma a que não exista duplicação e repetição de dados no texto e nas figuras.

**Discussão:** Comentará os resultados alcançados confrontando-os com a revisão bibliográfica efectuada e relacionando-os com resultados de trabalhos prévios do próprio ou de outros autores.

**Conclusão:** Breve e sucinta focando os elementos fortes resultantes da investigação e que constituem novidade científica ou um novo equacionar de dados já existentes.

**Agradecimentos:** Se considerar necessário, nomeia-se pessoas e entidades.

**Bibliografia**

*Extensão máxima recomendada 20 páginas.*

### 2 - RESPONSABILIDADES ÉTICAS

As investigações realizadas em instituições carecem de autorização prévia das administrações. Quando se descrevem experiências realizadas em seres humanos deve-se indicar se os procedimentos estão de acordo com as normas da comissão de ética. Não se devem utilizar nomes, iniciais ou números hospitalares.

Deve ser clara a permissão de publicação por entidades/instituições que financiaram a investigação.

A revista não aceita material já publicado. Os autores são responsáveis por obter as necessárias autorizações para a reprodução parcial ou total de material (texto, quadros e figuras) de outras publicações. Estas autorizações devem pedir-se tanto ao autor como à editora.

Na lista de autores devem figurar unicamente as pessoas que contribuíram intelectualmente para o desenvolvimento do trabalho. De forma geral para figurar como autor deve-se cumprir os seguintes requisitos:

- 1 - Ter participado na concepção e realização do trabalho do qual resultou o artigo em questão.
- 2 - Ter participado na redacção do texto e nas eventuais revisões do mesmo.
- 3 - Estar de acordo com a versão que finalmente vai ser publicada.

A **RIE** declina qualquer responsabilidade sobre possíveis conflitos decorrentes da autoria dos trabalhos que se publicam.

**Os autores devem mencionar na sessão de métodos se os procedimentos utilizados nos utentes e grupos de controlo se realizaram com o consentimento informado.**

Os autores (todos os que constarem na autoria do artigo) devem juntamente com o envio dos originais enviar uma folha onde declarem ceder graciosamente os direitos de publicação do artigo. Daí decorre que um artigo enviado para a **RIE** até rejeição da sua publicação não pode ser enviado para outro periódico.

### **3 - COMO ENVIAR ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO**

Os artigos e cartas devem de preferência ser enviados **via on-line** através do site da RIE: <http://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-investigacao-enfermagem>

Podem também ser serão endereçados ao director da **RIE**, Parque Empresarial de Eiras, lote 19 - 3020-265 Coimbra, ou Apartado 8026, 3021-901 PEDRULHA.

Neste caso, deve enviar um original em suporte papel dactilografado em espaço duplo, letra 12, papel formato A4, com o tamanho máximo recomendado conforme atrás descrito para cada tipo.

Deve enviar CD com o texto, de preferência em Word, construído de forma simples sem utilização de cor.

Deve acompanhar carta com título do trabalho, nome dos autores, morada e forma de contacto, categoria profissional, título académico, local de trabalho.

Deve acompanhar declaração, manuscrita ou dactilografada em como cedem à **RIE** os direitos de publicação do artigo (identificar título), datado e assinado por todos os autores.

**Imagens, figuras e fotografias** a inserir, devem ser enviados os originais de forma ordenada e em função da sua introdução sequencial no texto (formato JPEG ou TIFF, com boa resolução).

**Tabelas, quadros e gráficos** devem ser incluídos(as) por ordem de inclusão no texto. **Os autores devem ter em atenção à sua forma gráfica, à clareza de apresentação dos dados e resultados e ao formato dos símbolos da linguagem estatística.**

**A taxa de submissão de artigo é de 5€.**

### **4 - PROCEDIMENTOS DA RIE**

A **RIE** acusa a recepção do artigo em carta enviada ao 1º autor. A **RIE** assim que proceder à aceitação do artigo comunica ao 1º autor a data provável de publicação.

Após publicação será(ão) enviada(s) ao(s) autor(es) senha(s) de acesso à **RIE** em formato PDF.

Os juízos e opiniões expressos nos artigos e cartas ao director são dos autores e não necessariamente do Conselho Editorial e da Formasau, Formação e Saúde Lda, editora da **RIE**, entidades que declinam qualquer responsabilidade sobre o referido material.

Terão prioridade na publicação os artigos provenientes de autores assinantes da **RIE**, da Revista Sinais Vitais.

**A aceitação do artigo para publicação, implica o pagamento de taxa de publicação com um custo de 15€.**

### **5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Utilizam-se normas aceites pela comunidade científica nomeadamente a Norma Portuguesa, NP 405-1 (1994), alguns exemplos:

#### **Monografias;**

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade – **Metodologia do trabalho científico**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1992. ISBN 85-224-0859-9 (Com mais de dois autores utilizar *et al.*)

#### **Artigos de publicações periódicas;**

WEBB, Patt – **A sociedade europeia de enfermagem oncológica: passado, presente e futuro**. *Enfermagem Oncológica*. Porto. ISSN 0873-5689. Ano 1, Nº1 (1997), p.11-18.

**NOTA FINAL: Todos os artigos devem ter título, resumo e palavras-chaves em língua portuguesa, inglesa e espanhola.**