

Enf^{orm} ação

Enfermagem em contínuo movimento

ULTRAPASSAR OBSTÁCULOS & CRIAR NOVOS DESAFIOS



A sexualidade da mulher
com cancro da mama

Construção, adaptação transcultural e
adequação de instrumentos de medida

Fidelidade e validade na construção e
adequação de instrumentos de medida

N.º 5 > Nov-Dez '14 > Jan '15
ISSN 2182-8261

Ajude-nos a conseguir mais parceiros institucionais.



ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE
Hospital S. José Lisboa - Pena
Rua José António Serrano
1150-199 LISBOA

Tel.: 218 841 896 • Fax: 218 841 087

+ inovação
+ benefícios
+ vantagens

- Acessos específicos para sócios
 - Apoio à formação / investigação
 - Protocolo de cooperação
 - Actividades e Eventos
- Espaço de Conteúdos Científicos
 - Submissão e publicação de artigos na revista
 - Biblioteca de artigos publicados
 - Revista digital
- Links de utilidade profissional



Promova o nosso site!

www.acenfermeiros.pt

editorial



Filomena Leal
Presidente

Ultrapassar obstáculos e criar novos desafios

Conselho Directivo

Filomena Leal
Elsa Folgado
Helena Xavier
Paula Santos
Luís Pereira
[enformacao.direcao@gmail.com]

Conselho Redatorial

Cláudia Gomes
Helena Xavier
Ivete Monteiro
João Oliveira
Maria Falcão
Paula Duarte
[enformacao.cr@gmail.com]

Conselho Científico

Ana Marinho
Delmira Pombo
Lúgia Malaquias
Luís Sousa
Maria das Neves Dinis
Pedro Jácome
[enformacao.cc@gmail.com]

Sede

Direção dos Serviços de Enfermagem
R. José António Serrano, 1150 Lisboa
Telefones 21 8841896/1573
Fax 21 8864616

Design Gráfico

Cognição
www.cognição.pt

Revista Digital

Periodicidade Quadrimestral
ISSN 2182-8261

Caros Colegas,

Mais um ano que termina, **Viva 2015!**

Este foi o primeiro ano de actividade dos novos corpos sociais da ACE.

Renovada: **Viver no Presente e sempre a Projectar o Futuro.**

Como Pessoa e Presidente da ACE sei que nada se consegue se não acreditarmos nos Outros. **Acreditar**, implica também, motivar, partilhar, analisar, ultrapassar obstáculos e criar novos desafios.

A história tem o seu peso e as memórias inundam o nosso cérebro com boas e “menos boas” recordações.

Realizámos várias atividades no âmbito da Academia ACE (visite site www.acenfermeiros.pt), que considerámos um sucesso pelo interesse das diferentes temáticas abordadas, pela excelência dos preletores, pela partilha inter pares e sem dúvida, espelho do esforço evidente para a organização das mesmas.

Tivemos vários pedidos de apoio à formação, novos sócios, aumento de artigos para a Revista e a inclusão de novos elementos no grupo do conselho redatorial e científico da Revista e a assinatura de novos protocolos com benefícios para os sócios. (visite site www.acenfermeiros.pt)

O desafio, para o Prémio de Investigação (a apresentar no Congresso em 2016) já foi lançado e acreditamos que haverá interessados em participar. (visite site www.acenfermeiros.pt)

O Dia Internacional do Enfermeiro foi por nós organizado com a colaboração da Sra. Enf. Directora Ana Soares e sentimos mais uma vez, que a mensagem foi transmitida, ou seja, os Enfermeiros são **um Recurso Vital para a Saúde e nós podemos e devemos ser a Força da Mudança.**

Mas, nem tudo é cor de rosa e houve algumas desistências de sócios, o que lamentamos, mas com os quais continuamos a contar, para estarem presentes nas atividades da ACE e com os seus contributos para o desenvolvimento da associação e da própria profissão.

Sinto também, que o nosso dia-a-dia conturbado nas diferentes unidades funcionais, a dispersão por várias atividades, foram entraves para uma maior divulgação dos objetivos da ACE e dos benefícios que os sócios podem usufruir. Este é um desafio importante para 2015.

Assim como, promover um espaço de apresentação da Associação na Maternidade Alfredo da Costa.

Acreditamos que vamos alcançar novos protocolos com diferentes entidades que permitam o desenvolvimento do conhecimento e o alcançar de novas oportunidades formativas importantes para os Enfermeiros.

Diariamente é importante reconciliarmo-nos com as nossas frustrações, mágoas, decepções, para conseguirmos sentir o que nos rodeia com afectividade, calor e humanismo. Numa palavra, **Viver.**

Li num artigo, que para viver é preciso esquecer, não direi tanto mas, talvez minimizar, não recluir o futuro, ir sempre caminhando.

Reconheço que nem sempre é fácil, mas não é impossível. E revejo tudo o que disse na força e empenho dos corpos sociais pela ACE e dos Enfermeiros no **Cuidar dos Doentes e Famílias.**

É importante mudar padrões de pensamento, sentir o momento, reconhecer o poder da mente, tomar decisões conscientes, ter capacidade de autocrítica, sentir e ouvir as pessoas.

Ser profissional há 32 anos permite-me valorizar o que acabei de citar.

A todos o meu sincero agradecimento.

Desejo que todos tenham um Ano Novo com muitos sucessos pessoais e profissionais, Saúde e Paz.

Contém com a ACE, Nós Contamos Convosco.

Saudações Cordiais

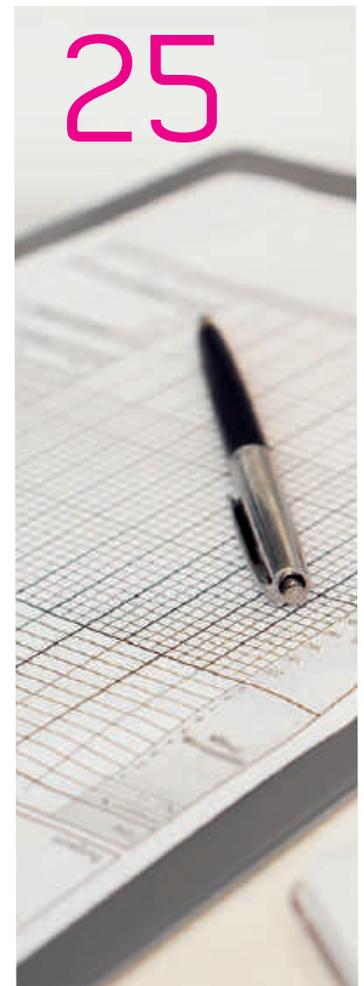
A sexualidade da mulher com cancro da mama 14

Fátima Backly, Elizabete Gil e Daniela Matias

Construção, adaptação transcultural e adequação de instrumentos de medida Parte 1 19

Fidelidade e validade na construção e adequação de instrumentos de medida Parte 2 25

Cristina Maria Alves Marques-Vieira, Luís Manuel Mota de Sousa, Maria Leonor Ramos Carvalho, Filipa Veludo e Helena Maria Guerreiro José





VISIBILIDADE

06 CHLC sempre a mexer

Notícias e outras novidades do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE

07 Enfermagem na atualidade

Comissão de Ética para a Saúde no CHLC

Armandina Antunes

AGENDA

12 Calendário

Eventos e atividades ACE

EMPENHO

33 Entrevista

Problemática do Ébola

João Pais e Ana Oliveira

09 Marcar a diferença

Associações do CHLC

Liga de Amigos do Hospital Santa Marta

Manuela Lima

10 Viver Verde

Roupa como nova

Reinventar, reciclando!

EVIDÊNCIA

Aconteceu

37 Workshop ACE

Vivência da Sexualidade no Indivíduo com Doença Neurológica

Natacha Sousa

38 Workshop ACE

A Problemática da Criança/Jovem e Família com Diabetes Mellitus (DM): Partilha de Experiências de Enfermagem

Ana Inês Costa

40 Unidade de Patologia Colo-Rectal

1.º Encontro e Doentes Ostomizados

Dulce Catanho

Exposição fotográfica

O CHLC acolheu a exposição fotográfica “10 anos de experiência – 10 casos de pé diabético”, numa iniciativa que visou assinalar 10 anos de luta deste Centro Hospitalar contra esta patologia localizada no átrio do edifício da Biblioteca do Hospital de São José. Incluído na mesma temática decorreu no Salão Nobre uma palestra intitulada “Importância do Pé Diabético” que serviu para assinalar uma década de luta do Centro Hospitalar contra esta patologia.

A palestra foi promovida pelo cirurgião José Neves e contou com a participação de vários comentadores entre eles o Director Clínico do CHLC, Dr. Eduardo Gomes da Silva, José Manuel Boavida, Coordenador do Plano Nacional da Diabetes, Luís Mota Capitão, Director do Serviço de Cirurgia Vascular de HSM, João Diamantino, Coordenador do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do HSAC, Ana Agapito, Coordenadora do Serviço de Endocrinologia do HCC, Tiago Bilhim, Responsável pela Radiologia de Intervenção do HSJ e HCC, Madalena Lisboa, Responsável pela Consulta de Diabetes do HSAC e, ainda, Rui Barbosa, antigo doente.



Projecto de Pedopsiquiatria Premiado

O projeto de Intervenção de Saúde Mental com crianças em contexto escolar recebeu o Prémio de Melhor Poster Científico no “Encontro da 8.ª Edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde”.

O evento foi organizado pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar e a Direção-Geral de Saúde, em parceria com a Administração Central do Sistema de Saúde e as Administrações Regionais de Saúde.

Este projecto foi desencadeado em 2011, quando a Proteção Civil de Tomar solicitou à Área de Pedopsiquiatria uma “intervenção pós-catástrofe” junto de 136 crianças do pré-escolar e primeiro ciclo que se encontravam no interior da escola quando esta foi destruída por um

tornado a 7 de dezembro de 2010. Tomar está a 150 Km do Hospital Dona Estefânia, distância pouco viável para intervir em ambiente hospitalar. A intervenção em contexto escolar foi uma alternativa à intervenção hospitalar, com ganhos no acesso aos cuidados de saúde, redução de custos e equidade em saúde. Este projeto desenvolveu-se em 3 fases: avaliação diagnóstica, intervenção terapêutica e reavaliação do estado de saúde mental das crianças.

Na sua implementação estiveram envolvidos quatro enfermeiros da Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria - Enfermeiro António Nabais, Enfermeira Cláudia Calças, Enfermeira Lurdes Simeão e Enfermeiro Ricardo Rodrigues - com apoio do Pedopsiquiatra Dr. Luis Simões Ferreira e da Administradora Hospitalar Dra. Manuela Almeida.

O projecto envolveu também a participação do Gabinete de Análise Epidemiológica e Estatística do Centro de Investigação do CHLC, integrando o Dr. Daniel Virella e a Dra. Marta Alves.



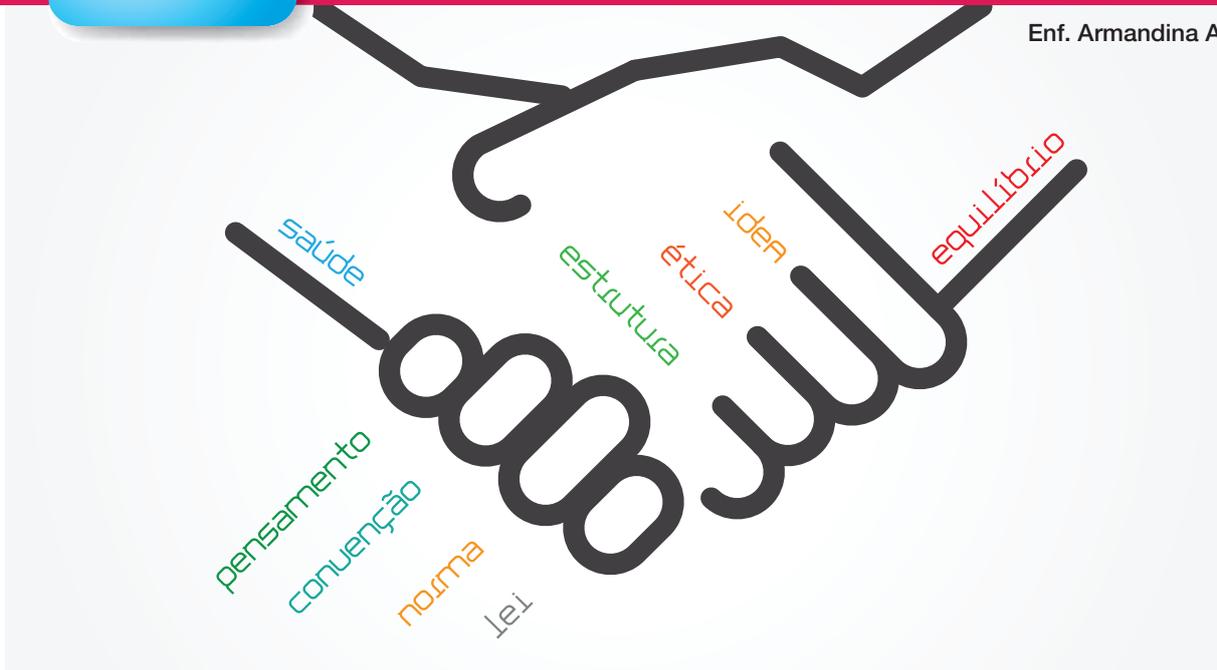
CHLC novamente acreditado pelo CHKS

Todas as áreas não clínicas do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) e a PMA-MAC foram sujeitas a uma auditoria externa de Acreditação, levada a cabo pela Caspe Healthcare Knowledge System (CHKS), que decorreu na semana de 14 a 17 de outubro.

Durante este período, foram trabalhadas normas muito diversas. No último dia, os resultados desta avaliação foram comunicados publicamente aos colaboradores do Centro Hospitalar. Dos 1368 critérios avaliados, os auditores identificaram 3 não conformidades parciais, significando que o CHLC conseguiu um total de 99,8% de Conformidades Totais.



Enf. Armandina Antunes



Comissão de Ética para a Saúde no CHLC

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) do CHLC integra a Estrutura de Apoio Técnico do Conselho de Administração, funcionando de forma independente de qualquer estrutura do CHLC, dependendo das suas decisões, exclusivamente do juízo realizado pelos seus membros sobre as situações em análise. Cada um destes elementos tem formação de base e sensibilidades diversas, cumprindo o desígnio da diversidade e promovendo diferentes “visões” sobre as situações que se colocam a esta comissão.

Para seu funcionamento contamos com documentos orientadores dos quais se destacam: **O Código de Nuremberg** (1947) – desenvolvido na sequência do julgamento dos crimes cometidos, durante a 2.ª Guerra Mundial, em nome da ciência e que constituem exemplos do quanto o homem pode desrespeitar a condição humana, a **Declaração Universal dos Direitos Humanos** (1948) – aprovada pela Assembleia Geral da ONU, da qual Portugal é membro desde o seu início, a **Declaração de Helsínquia** (1964, datando a sua última atualização de 2013) – desenvolvida pela Associação Médica Mundial, constitui-se numa referência para a investigação clínica e a **Convenção de Oviedo** (1998) – Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, foi ratificada para Portugal em 2001 – Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de Janeiro. Importante também referir: o **Relatório Belmont** – Proteção dos direitos humanos dos sujeitos de investigação (1979), as Normas do Conselho das Organizações Internacionais das Ciências Médicas (CIOMS) - **Normas Éticas Internacionais para a investigação e experimentação Biomédicas em seres humanos** (1982, sendo a última revisão de 2002) e as **Normas de Boas Práticas Clínicas** (1996).

A primeira CES em Portugal foi constituída em 1986 no Hospital da Universidade de Coimbra, tendo-se seguido outras instituições hospitalares, no entanto a extensão a toda a rede hospitalar nacional veio a desencadear-se após a publicação do Decreto-lei 97/95 – **Criação e Regulamentação das Comissões de Ética**. Este diploma surge na sequência de uma imposição de que toda a investigação, nomeadamente com medicamentos só pode ser desenvolvida após parecer favorável por uma Comissão de Ética. Assim, todos os hospitais possuem a sua comissão de ética cuja atividade se veio a desenvolver maioritariamente em torno da avaliação de projetos de investigação de medicamentos e dispositivos de uso médico.



Enfermagem na atualidade

CONTINUAÇÃO

A transposição para Portugal da Diretiva n.º 2001/20/CE na Lei 46/2004, veio a alterar a atividade das CES, passando os ensaios clínicos com medicamentos de uso humano a serem objeto de avaliação pela *Comissão de Ética para a Investigação Clínica* (CEIC), que emite um único parecer a nível nacional. Nova alteração, já em 2014 foi dada pela *Lei da Investigação Clínica* – Lei 21/2014 – passando igualmente para a CEIC a avaliação e parecer de todos os projetos de investigação clínica de desenho experimental.

De acordo com o enquadramento jurídico, das competências da Comissão de Ética¹ destacam-se: a) Zelar, pela salvaguarda da dignidade e integridade humanas; b) Emitir, pareceres sobre questões éticas no domínio das actividades da instituição ou serviço de saúde respectivo; c) Pronunciar-se sobre os protocolos de investigação científica e g) Promover a divulgação dos princípios gerais da bioética pelos meios julgados adequados.

Para além destas, de ressaltar ainda que o CHLC, no seu Regulamento² atribui à CES as seguintes competências: a) garantir a existência de informação clínica dirigida ao doente, essencial para garantir o consentimento informado, b) validar eticamente a investigação clínica/farmacológica, garantindo a adesão voluntária e consciente do doente, c) estimular a atividade em equipa na prestação de cuidados de saúde, garantindo o cumprimento das normas éticas, na relação entre profissionais e na organização da prática clínica, d) pugnar pelo acompanhamento e humanização da atividade clínica junto dos doentes em estado terminal de vida, garantindo a execução de critérios científicos no diagnóstico de morte cerebral, e) pronunciar-se do ponto de vista ético em relação às críticas e sugestões dos doentes e dos profissionais da instituição, f) contribuir para a integração da atividade assistencial no sistema de saúde pré e pós hospitalar, e g) suportar eticamente a decisão clínica, apoiando soluções com custo/benefício e custo/eficácia comprovados.

No sentido de dar cumprimento a este papel, a CES é presidida pelo Dr. António Castro e tem como vogais: Enf. Armandina Antunes, Dra. Cristina Lima, Dr. Gonçalo Cordeiro Ferreira, Dr. João Alves, Dr. Pedro Madeira de Brito e Monsenhor Victor Feytor Pinto, reunindo, na maioria das vezes, quinzenalmente. A sua atividade mantém-se, maioritariamente, em torno da avaliação de projetos de investigação, em grande parte desenvolvidos por profissionais do CHLC, no âmbito de formação académica e também de outros promovidos pelos investigadores/unidades clínicas. Para além da avaliação da documentação enviada e da emissão de pareceres, têm sido realizadas reuniões com investigadores, no sentido da clarificação de alguns aspetos e com um objetivo também formativo e de apoio aos mesmos. Do ponto de vista assistencial, esta CES tem ainda respondido a questões que se colocam em âmbito da prática pela clínica, nomeadamente no que reporta ao acesso a medicamentos *off-label*, con-



sentimento informado, acesso aos doentes, etc. Nesta área de atividade a CES inclui a EVA (Entidade para a Verificação da Admissibilidade Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante), que se debruça sobre a avaliação das condições da tomada de decisão de se tornarem dadores vivos de órgãos (neste caso). Na sua avaliação pretende ajuizar-se sobre a consciência dos riscos envolvidos (imediatos e a longo prazo, tanto do ponto de vista da saúde, quanto sociais, familiares ou outros), assim como de que a decisão foi tomada de livre e espontânea vontade, sem pressões de qualquer índole.

Outra atividade desenvolvida tanto pela CES em conjunto, quanto por alguns dos seus membros reporta à participação na elaboração de políticas e normas de procedimento, como por exemplo as relativas ao consentimento esclarecido, decisão de não tentar reanimar e outras.

Dos desafios que se colocam às CES em geral e a esta em particular ressaltamos, por um lado, um maior envolvimento e aproximação aos profissionais e aos contextos, nomeadamente no apoio à decisão clínica e por outro lado, a formação e preparação para a decisão ética na atividade assistencial, dado ser esta a finalidade maior do CHLC. Do ponto de vista da formação, contamos, em 2015 retomar as sessões de formação, à semelhança do já realizado em anos anteriores, assim como esperamos que cada profissional desafie a comissão com situações concretas sobre as quais se levantam questões éticas.

Fontes:

CHLC - Regulamento Interno do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE. Decreto-lei 97/95, de 9 de Abril – Regulamenta a investigação Clínica. Lei n.º 46/2004, de 19 de Agosto - Aprova o regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano. Lei 21/2014, de 16 de Abril – Lei da Investigação Clínica.

Nunes, Lucília (2013) – História das Comissões de Ética. Conferência de Abertura, Reunião Nacional das Comissões de Ética, Hospital da Luz.

¹ Dec-Lei 97/95, de 9 de abril – Art.º 6.º.

² Regulamento Interno do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE – Art.º 46.



marcar a diferença

Dra. Manuela Lima
Presidente da Liga dos Amigos do Hospital de Santa Marta

Liga de Amigos do Hospital de Santa Marta

A Liga de Amigos do Hospital de Santa Marta (LAHSM) foi constituída como Associação a 16 (dezasseis) de setembro de mil novecentos e noventa e sete.

Passou a ser considerada uma Instituição particular de Solidariedade Social (IPSS) desde fevereiro de 2012.

A situação financeira da LAHSM resulta das quotas de alguns sócios, dos contratos de exploração que a Liga tem com o Bar e o Quiosque do Hospital. Para além destas verbas fixas, executamos a gestão dos subsídios concedidos pelos laboratórios farmacêuticos aos serviços clínicos para trabalhos de investigação clínica e desempenhamos o secretariado de reuniões médicas e de enfermagem, tipo congresso, curso ou simpósio.

A LAHSM mantém trabalho conjunto com o Voluntariado do Hospital, com o Serviço Social e com o Serviço de Formação do Centro Hospital de Lisboa Central (Pólo do Hospital de Santa Marta).

A nossa ação junto dos doentes distribui-se por diferentes áreas. Para resumir: distribuição de refeições (leite, chá e bolachas) na Consulta Externa com apoio do Voluntariado; climatização sucessiva de vários espaços; diversos equipamentos oferecidos aos serviços: mesas de refeição para os doentes acamados, LCD e TV em algumas salas de espera; na área cultural, temos realizado desde há 9 (nove) anos uma sessão anual de poesia e música.

Foi criado em colaboração com o Serviço Social e o Voluntariado, um Banco Alimentar e um Banco de Roupas.

Dos nossos variados projetos, já se concretizou um deles: recebemos da Fundação Montepio uma carrinha adaptada para o transporte de doentes.

O nosso principal projeto de momento é conseguir instalar a “Casa do Doente Transplantado Pulmonar”, designado agora por “Novo Respirar”.

Nos nossos relatórios anuais de atividades, constam listas extensas de ofertas aos doentes e aos Serviços. Nos dias considerados festivos, nomeadamente no Natal fazemos ofertas que sejam úteis para os doentes e sempre que possível, um grupo de voluntários entoia canções nas diversas enfermarias.

Também pelo Natal organizamos uma dia festivo dedicado aos filhos dos funcionários do Hospital de Santa Marta sempre com a participação do Serviço de Cardiologia Pediátrica que promove a “Consulta da Brincadeira”.

Por último informamos que desde 2003 editamos um boletim informativo “A Fonte”, onde enunciamos com todo o detalhe, as nossas ações, as nossas múltiplas dificuldades, mas com todo o entusiasmo e toda a motivação que não nos abandonam.

Contactos: Tel.: 213 594 000, ext: 41 409 | email: liga.amigos@hsmarta.min-saude.pt





Reinventar reciclando



Experimente!

Se você é do tipo que não pode passar em frente a uma montra que sente logo vontade de comprar o que vê pela frente, hoje separamos algumas dicas de como reaproveitar aquelas peças do seu guarda-roupa que você já não usa, e economizar sempre é bom.

Uma boa ideia de reaproveitar roupa é doando, procure uma instituição de caridade ou alguma casa de ajuda a pessoas que necessitam, ajudar o próximo nunca é demais.

Mas se você acha que são peças, às quais tem apreço, porque não remodelar e reaproveitar?

Dê um pulinho à net e tire ideias e mãos à obra. É fácil. Algumas até vêm com instruções passo a passo.

Deixamos-lhe aqui algumas ideias e alguns links com peças de interesse.

<http://moldesedicasmoda.blogspot.pt/p/reciclagem.html>

http://www.domestic-divaonline.com/Site_1/crew-tee-to-lace-top.html

<http://www.lemonsquezyhome.com/2010/10/purse-week-kick-off-with-guest-tutorial.html>

<http://p3.publico.pt/vicios/espelho/2343/tres-formas-de-reinventar-o-guarda-roupa-sem-gastar-muito-dinheiro>



Prémio de Investigação em Enfermagem

2016



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

Prémio 2500 €

TRABALHO INOVADOR
NAS ÁREAS DE:

- › Prática Clínica;
- › Gestão/Liderança em Enfermagem;
- › Formação em Enfermagem.

Prazo de entrega de candidaturas:
11 março 2016

a.c.enfermeiros@gmail.com

Direcção de Enfermagem, CHLC, EPE | Rua José António Serrano 1150-199 Lisboa

Regulamento disponível para consulta: www.acenfermeiros.pt

agenda

15-17 janeiro

**XXX Jornadas de Cardiologia,
Hipertensão e Diabetes**

Hotel do Mar, Sesimbra

O encontro será palco de um balanço exaustivo relativamente aos avanços ocorridos na cardiologia, hipertensão e diabetes, através da análise dos estudos que foram concluídos no ano transato.



22-25 janeiro

**Congresso Português de
Endocrinologia 2015/66.ª Reunião
Anual da Sociedade Portuguesa
de Endocrinologia, Diabetes
e Metabolismo**

Centro de Congressos do Hotel Vidamar
Funchal

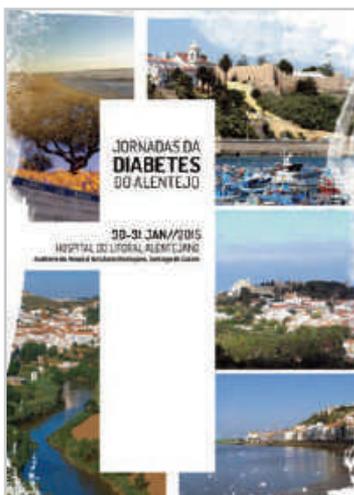
Este Congresso é a ocasião para a visibilidade do trabalho desenvolvido por todos os endocrinologistas portugueses e outros profissionais de saúde, com os quais temos em comum o "lidar" com as doenças endócrinas.

23-24 janeiro

**3.º Encontro dos Enfermeiros
Especialistas em Enfermagem
Médico-Cirúrgica**

Auditório Professora Maria de Lurdes Asseiro
Escola Superior de Saúde do Instituto
Politécnico de Santarém

O evento irá debater temas como a segurança do doente e qualidade dos cuidados; sistemas de informação e continuidade dos cuidados; relação, comunicação e informação; gestão dos cuidados; formação para melhores práticas; a prática especializada à pessoa em situação crítica e a prática especializada à pessoa com doença crónica e paliativa.



30-31 janeiro

**Jornadas da Diabetes
do Litoral Alentejano**

Hospital do Litoral Alentejano

Presididas pelo Dr. Francisco Azevedo, vários temas de interesse relacionados com a diabetes irão ser debatidos ao longo dos dois dias.



agenda



▶ 06-07 fevereiro

5.º Congresso ALGEDM

Hotel Crowne Plaza Porto

Fazendo parte integrante do 5.º Congresso da Associação Luso Galaica de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (ALGEDM) irá decorrer no dia 6 de fevereiro, um seminário pré-congresso, realizando-se, das 10:00h às 16:30h, a Reunião do Clube Ibérico de Patologia Endócrina da SEAP e o Seminário de Correlação de Cito-Histopatologia da Tireoide.

▶ 13-14 fevereiro

II Jornadas Temáticas de Doenças Infecciosas de Setúbal: Infeções em Meio Hospitalar

Fórum Municipal Luísa Todi, Setúbal

O Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar de Setúbal vai realizar, as II Jornadas temáticas de Doenças Infecciosas de Setúbal. Subordinado ao tema "Infeções em meio hospitalar".



▶ 14,21,28 fevereiro e 14 março

Tratamento de Feridas

Escola Profissional Gustave Eiffel, Lisboa

Curso proporcionado pelo Grupo FERIDASAU.

▶ 19-21 fevereiro

III Congresso da Sociedade Portuguesa de Simulação Aplicada às Ciências da Saúde

Porto

O Gabinete de Comunicação e Imagem da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) vai realizar o III Congresso da Sociedade Portuguesa de Simulação Aplicada às Ciências da Saúde no Centro de Investigação Médica da FMUP.



▶ 20-21 fevereiro

5.ªs Jornadas de Diabetologia Prática em Medicina Familiar da Região Sul

Hotel Vila Galé Ericeira

Sob a presidência do Dr. Jácome de Castro.

▶ 26-27 fevereiro

11.ªs Jornadas de Urologia da Zona Centro em Medicina Familiar

Hotel Tryp Coimbra - Coimbra

Sob presidência do Prof. Doutor Alfredo Mota.



A sexualidade da mulher com cancro da mama

RESUMO

O cancro da mama afeta milhares de mulheres em todo o mundo. Esta doença acarreta graves consequências, não só físicas, mas com repercussões na auto estima e imagem corporal da mulher. Naturalmente, a sua vida sexual sofre alterações. O tema da sexualidade assume cada vez mais um papel de relevo num cuidado holístico. O Enfermeiro, sendo um profissional com competência nesta área é o elemento de ligação entre a tríade mulher com neoplasia/família/equipa multidisciplinar na discussão do tema da sexualidade. O diálogo, a partilha de sentimentos, as experiências e as dificuldades, bem como, facultar exemplos positivos, promovem uma maior aceitação da doença e proporcionam o desenvolvimento de estratégias para a mulher/família lidarem com este processo. Este artigo tem como objetivo promover uma reflexão para a temática da sexualidade da pessoa com doença oncológica, especialmente da mulher com neoplasia da mama.

ABSTRACT

Breast cancer affects millions of women worldwide. This disease causes serious consequence, with repercussions on self esteem and body image of women. Naturally, his sex life changes. The topic of sexuality assumes an increasingly important role in holistic care to these people. The nurse, being a professional with expertise in this area is the liaison between the triad woman with cancer/family/multidisciplinary team discussion on the topic of sexuality. The dialogue, sharing feelings, experiences and difficulties as well as provide positive examples promote wider acceptance of the disease and provide the development of strategies for the woman/family deal with this process. This article aims to promote a reflection on the theme of sexuality of the person with cancer, especially of women with breast cancer.

Palavras-Chave: Sexualidade, Cancro da Mama, Cuidados de Enfermagem, Auto Imagem

CANCRO DA MAMA

O cancro da mama é na mulher uma das causas de maior mortalidade em todo o mundo tendo por isso conotações negativas, alterando toda a perceção / realidade como a mulher vê a sua sexualidade, como defende HUGHES (2009, p.241) "*quando pensamos sobre a sexualidade usamos palavras positivas ou neutras, mas o cancro é associado a palavras negativas (...)*".

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), nomeadamente da GLOBOCAN Project 2008, reportam que o cancro da mama é o mais comum nas mulheres europeias com uma incidência aproximada de 449.871 casos ano, sendo que na Comunidade Europeia (UE) foi de 332.503. Este é o cancro que tira mais vidas nas mulheres face a qualquer outro tipo de cancro. No ano de 2008 morreram na europa 139.797 mulheres com cancro da mama e nos países da União Europeia 89.559.



www.googleimages.com

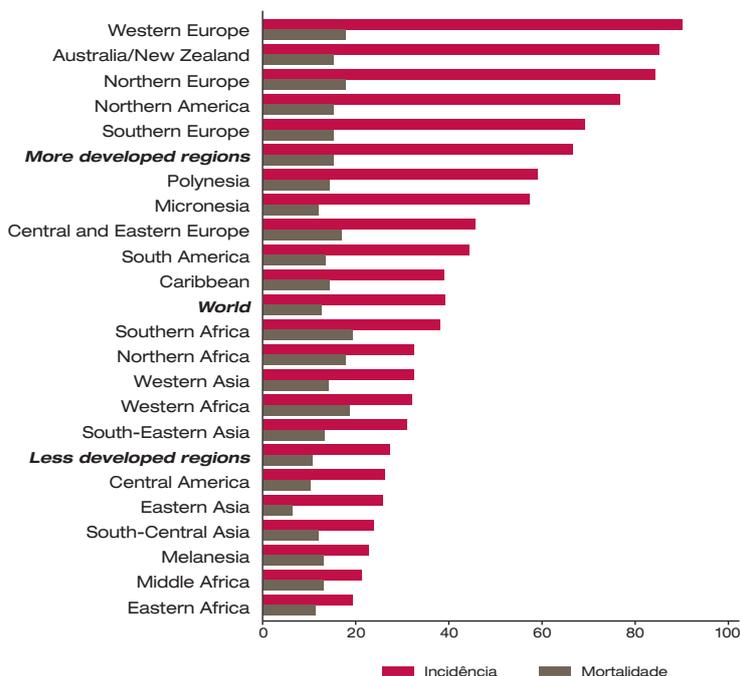
“ Apesar da constante evolução da investigação, dos avanços da ciência e tecnologia, dos conhecimentos médicos e dos tratamentos, o cancro persiste em ser uma doença com conotações ameaçadoras. ”

Segundo dados do Portal Oncológico Português (POP) de 2011, em Portugal surgem cerca de 4500 novos casos de cancro da mama por ano, sendo que morrem todos os anos 1500 mulheres, ou seja, todos os dias perecem quatro mulheres vítimas de cancro da mama.

De acordo com o The European Breast Cancer Coalition (DONNA) na Conferência Anual de 2011, afirma-se que o número de casos de cancro da mama tem vindo a aumentar. Contudo, as campanhas de alerta promovidas por todo o mundo, revelam que a mulher está mais sensibilizada para esta temática. Assim, a mortalidade tem vindo a diminuir conforme dados do seguinte quadro (Gráfico n.º 1).

Apesar da constante evolução da investigação, dos avanços da ciência e tecnologia, dos conhecimentos médicos e dos tratamentos, o cancro persiste em ser uma doença com conotações ameaçadoras. A mulher a quem é diagnosticado um cancro da mama enfrenta "assustadoras" possibilidades: doença incapacitante, mutilação, perda de uma parte importante do seu corpo, alteração da imagem corporal, receio da alteração na sua sexualidade, rejeição, perda de uma função fisiológica e morte, são sentimentos que se associam frequentemente. Segundo KEPLAN (2010, p.15) citando HORDERN (2008) "*receber um diagnóstico de cancro*

GRÁFICO N.º 1: INCIDÊNCIA E MORTALIDADE DO CANCRO DA MAMA A NÍVEL MUNDIAL (OMS; 2008)





O constante contacto com os pacientes por parte das enfermeiras fornece uma oportunidade para discutir a sexualidade e garantir a mesma prioridade com outros problemas de saúde.



e experimentar os efeitos secundários da terapia, pode ter um efeito devastador sobre a pessoa, a nível emocional, físico e do bem estar psicológico e auto imagem; e pode levar a significativas mudanças na qualidade de vida, no desejo sexual, função e prazer".

Esta doença não acarreta apenas implicações físicas, mas também psicológicas e emocionais, podendo não só afetar os relacionamentos pessoais, mas também limitar a pessoa nas actividades de vida diária, por vezes, alterando as perspetivas de futuro.

Segundo MARQUES e LÊDO (2003, p.7) citando CLARK (1992), dizem que "As mulheres submetidas a mastectomia estão em risco de sofrerem algumas complicações que, resultando de alterações emocionais, podem refletir-se a nível sexual, no aumento da ansiedade e na depressão". DEAN (2008, p.30) citando BURWELL et al. (2006) afirma que "(...) as mamas apesar de ter uma função de amamentar são vistas como um símbolo de feminilidade e atração sexual, e muitas mulheres afirmam sentirem-se menos atrativas e sensuais após cirurgia". Assim, é fundamental abordar o tema da sexualidade na mulher com cancro da mama, estimulando o auto cuidado, no sentido de promover a auto estima e contribuindo para uma melhor qualidade de vida e vida sexual.

A sexualidade é multidimensional, que não abrange só a dimensão sexual, mas também atividades e interesses. Esta é influenciável por fatores espirituais, culturais, éticos e pessoais. Constitui uma componente importante na saúde da mulher, principalmente na mulher com cancro da mama, que sofre uma alteração da sua imagem.

A mulher com cancro da mama sofre alterações no seu corpo que, muito provavelmente, levarão a sentimentos de conflito entre a imagem que foi estabelecida ao longo da vida e a imagem atual. Desta forma, sentimentos de rejeição, de mutilação sexual e de depressão podem também ser evidenciados, contribuindo para a diminuição da auto estima, dificultando as relações interpessoais e a sua sexualidade.

A OMS (2002) define sexualidade como um "aspecto central do ser humano ao longo da vida, que abrange sexo, identidade e papel, orientação sexual, erotismo e bem-estar social que se relaciona com a sua sexualidade". A mesma fonte refere, ainda, saúde sexual como "algo físico, emocional e de bem social, para o crescimento de cada um".

SOUTHARD and KELLER (2009, p.241) citado por HUGHES (2009) refere a sexualidade como "fator de

qualidade de vida, uma conexão de mente e corpo, atração, escolhas, capacidade de gostar da atividade sexual e, confiar não só no nosso parceiro mas também no nosso corpo".

Tendo em conta os aspetos atrás mencionados, considera-se que o Enfermeiro é o profissional de saúde mais próximo do cliente/família, para abordar este tema. Conversar sobre a sexualidade no doente oncológico não é fácil quer por parte do cliente, quer do profissional de saúde. Segundo LEE et al. (2012, p.28) "(...) as enfermeiras têm que ter confiança para abordar este tema com os clientes. No entanto, é estabelecido que os profissionais de saúde raramente iniciam a discussão sobre a sexualidade (...)".

De acordo com a nossa pesquisa verificamos que há escassez de informação do tema, ou seja, este assume um papel secundário nesta arte de relação que é o CUIDAR. Segundo PRICE (2008), Katz (2012), entre outros, têm-se esforçado ao longo dos anos para focar a sexualidade como parte integrante do ser humano.

O Enfermeiro pode e deve, sempre que a relação com o cliente o permita, iniciar a abordagem desta temática, ajudando a pessoa a verbalizar os seus sentimentos, receios e preocupações em relação ao companheiro, promovendo o diálogo entre ambos, embora com refere LEE (2012, p.28) citando PRICE (2008), "a sexualidade é um tema complexo, e muitas enfermeiras não se sentem à vontade para o discutir".

PRICE (2010, p.29, 30) tem realizado diversos workshops com enfermeiros referentes ao tema da sexualidade verificando que "os participantes destacam o seu desconhecimento relativa às práticas sexuais associadas com diferentes estilos de vida, suas dúvidas, disponibilidade ou a capacidade de discutir assuntos que pareciam controversos para o cliente, mas inquietantes para eles. Expressam temores de que a discussão poderia estender a áreas que deixaria a enfermeira com a sensação de vergonha, ameaça ou desconforto". Esta dificuldade em falar de sexualidade leva os enfermeiros a não abordar o tema, em vez de poderem parecer insensíveis ou gerar conflito com as suas crenças e valores.

Falar da sexualidade em diversas culturas é ainda um tabu, que deve ser ultrapassado, respeitando a individualidade de cada um. O Enfermeiro como o profissional de saúde presente 24 horas junto do utente durante o internamento, tem a capacidade de promover uma relação de abertura, de confiança, encorajamento e de suporte para abordar este tema. No entanto, devemos ter sempre presente que as crenças e valores dos pró-

prios profissionais devem ser respeitados tal como dos clientes/famílias.

Conversar sobre a sexualidade é importante, pois pode responder a uma necessidade do cliente. O diálogo pode e deve ter propósitos na arte do **CUIDAR**, facilitador da cura e promoção do envolvimento do cliente/parceiro/família. Neste aspeto, o parceiro desempenha um papel fundamental na recuperação da sexualidade e auto estima da mulher. HEATH and WHITE (2002) citados por PRICE (2010, p.31) afirmam, "o diálogo em si não resolve, mas inicia o processo de compreensão do que a doença e tratamento significa para a sexualidade e relações sexuais, é um bálsamo para o cliente e promove ferramentas para o trabalho emocional que vem a seguir".

Por outro lado, JULIEEN, THOM E KLINE, (2010, p.186) dizem que "as clientes mastectomizadas aceitam e preferem que os seus prestadores de cuidados sejam os primeiros a abordar o tema da sexualidade", podendo sempre que necessário ter facilidade de encaminhar para profissionais mais especializados caso haja necessidade de uma intervenção mais específica.

A partilha de sentimentos, dificuldades e experiências vivenciadas é outro passo importante no cuidado ao cliente com neoplasia da mama, pois é uma oportunidade de diálogo e de sentir que não está isolado na sua doença. Relativamente ao doente oncológico, este terá



www.googleimages.com

oportunidade de expressar os seus problemas e dificuldades e, ver que há mais pessoas a viver a mesma situação. A criação de grupos de apoio são fundamentais quer na comunidade, quer nas instituições de saúde para partilha. Durante estes momentos, o fornecimento de exemplos positivos, promove um aumento da auto estima e imagem corporal da mulher com cancro da mama. O quadro seguinte (Quadro n.º 1) demonstra os pontos chave na abordagem do tema da sexualidade na mulher com cancro da mama.

Quadro n.º 1: PONTOS CHAVE

A sexualidade é um aspeto multidimensional, sendo influenciável por fatores psicológicos, culturais, éticos, religiosos e pessoais.

A mulher com cancro da mama sofre alterações da sua auto estima e imagem corporal, refletindo um aumento da ansiedade, depressão e conseqüentemente perturbação ao nível da sexualidade.

As alterações que o corpo da mulher com cancro da mama sofre, promovem um conflito entre a imagem estabelecida e a atual.

A mulher com cancro da mama vivencia sentimentos de rejeição, mutilação sexual e depressão que levam à diminuição da auto estima, dificuldade nas relações inter pessoais e na sua sexualidade.

A sexualidade é um fator de qualidade de vida que implica uma conexão de mente e corpo, de escolhas e de confiança no nosso corpo e no parceiro.

Comunicar é fundamental e implica uma relação de confiança entre o enfermeiro/cliente/parceiro e família na abordagem do tema da sexualidade.

EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO

A nossa experiência a nível hospitalar baseia-se num momento bastante particular e sensível que é a cirurgia. Este é um período de grande ansiedade e stress, pois em muitos casos a mulher confronta-se pela primeira vez com a doença, alteração da sua imagem corporal, auto estima, alterações da sua vida quotidiana e medo de rejeição por parte do companheiro. Como Enfermeiros despertos para esta problemática, e tendo em conta as necessidades das mulheres com cancro da mama tentamos promover espaços de partilha e esclarecer dúvidas, como por exemplo o grupo de apoio Mulher Viva da Liga Portuguesa Contra o Cancro. Reforços positivos, carinho e partilha aumenta a auto estima e bem estar da mulher consigo própria.

A presença constante do Enfermeiro na construção de uma relação de confiança e de empatia, promove espaços para falar sobre a sexualidade bem como outros problemas relacionados com a saúde. SOUTHART and KELLER citando KRALIK, KOCH & TELFORD 2001 (2009, p.213) afirmam que "o constante contacto com os pacientes por parte das enfermeiras fornece uma oportunidade para discutir a sexualidade e garantir a mesma prioridade com outros problemas de saúde". A realidade vivenciada no nosso serviço permite-nos constatar uma certa resistência do Enfermeiro em abordar o tema com o cliente/família, sendo usualmente abordado pelo psicólogo. No Centro Hospitalar, é do nosso conhecimento a existência de um

grupo de Senologia e o grupo Unidade da Mama, porém, nenhum dos dois tem um enfermeiro de referência do internamento, sendo uma lacuna a colmatar futuramente.

Por outro lado, nos últimos anos tem-se verificado um interesse cada vez maior sobre o tema da sexualidade, indissociável do Ser Humano. Autores como KATZ (2012), PRICE (2010), HUGHES (2009) entre outros, têm abordado este tema de uma forma holística, realizando estudos para uma maior compreensão da problemática,

no sentido de dar resposta às necessidades da mulher com cancro da mama, bem como dos profissionais de saúde. Consequentemente, o investimento feito nos anos mais recentes pelos enfermeiros do serviço na aquisição de conhecimentos (pós graduações, mestrados) têm fornecido ferramentas que capacitam os enfermeiros para abordarem esta temática. Porém, a formação em serviço por técnicos especializados nesta área, é encarada por nós como uma mais valia para compreender esta temática e desmitificar o tema.

Conclusão

A sexualidade é um fenómeno complexo e rico, central ao Ser Humano. Falar sobre ela com o doente com neoplasia é difícil. Uma relação de confiança e disponibilidade para o diálogo são necessárias para abordar este tema. Partilhar sentimentos, experiências e dificuldades é uma mais valia na prevenção de problemas e promoção de uma vida sexual saudável. Por outro lado, profissionais de saúde, em especial os Enfermeiros, também devem partilhar as suas experiências, dificuldades e sentimentos, pois podem advir contributos importantes para a resolução de problemas relativamente à sexualidade. Segundo HUGHES (2009, p.241) citando LEIBLUM, BAUME and CROOG (1994) "*todos os clientes de todas as idades, todas as orientações sexuais, estados conjugais e circunstâncias da vida devem ter oportunidade de perguntar e discutir sobre a sexualidade com os profissionais de saúde*", porém, sentimos que há um longo caminho a percorrer no nosso serviço de internamento face a esta temática e a estas clientes.

BIBLIOGRAFIA

ALEXANDER, **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**, 10ª Edição, Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 1997, ISBN: 85-277-0403-X;

BLAGBROUGH, Joanne; **Importance of sexual needs assesment in palliative**; Nursing Standard, volume 24, número 52, Setembro de 2010, p.35-39;

DEAN, Antonia; **Supporting women experiencing sexual problems after treatment for breast cancer**; Cancer Nursing Practice, volume7, número 8, Outubro de 2008, p.29-33;

HARRISON et all, **Medicina Interna**, 16ª edição Mcgraw-Hill-Rio de Janeiro, Volume 1º e 2º, 2006, ISBN:0-07-140235-7;

HUGHES, Mary K. - **Sexuality and Cancer: The Final Frontier for Nurses**. Oncology Nursing Forum, Vol. 36, Nº 5, Setembro 2009, p.241-246;

MARQUES, Sónia; LÊDO, Vera Lúcia - **Impacto emocional da mastectomia na mulher**. Revista Nursing, número 173, Ano 15, Janeiro de 2003, p.7-10;

JULIEN, Jerelyn; THOM, Bridgette; KLINE, Nancy: **Identification of Barriers to Sexual Health Assessment in Oncology Nursing Practice**; Oncology Nursing Forum, Volume 37, Number 3, Maio 2010, p.186-190;

KAPLAN, Marcelle;PACELLI, Rita; **The Sexuality Discussion: Tools for the Oncology Nurse**, Clinical Journal of Oncology Nursing, Volume 15, Number 1; p.15-17;

KATZ, Anne; **Cancer and Sex: Out in the open**; Canadian-Nurse.Com; Volume 108, Number 3, March 2012; p.38-40;

LEE, Louise et al; **Giving staff confidence to discuss sexual concerns with patients**; Cancer Nursing Praticce, Volume 11, Number 2, Março 2012; p.28-32;

McLANCHLAN, Kathleen; **Information and support needs of young women with breast Cancer**, Cancer Nursing Practice, volume 8, número 8, Outubro 2009, p.21-24;

Núcleo Regional do Sul da Liga Portuguesa Contra o Cancro: **Viver e Vencer**, p.1-40;

OMS, GLobocan,2008 - www.oms.com, acedido em 20 de Março de 2013;

PRICE, Bob; **Sexuality: raising the issue with patients**, Cancer Nursing Practice, Volume 9, Number 5, Junho 2010, p.29-35;

SAUNAMAKI, Nina; ANDERSSON, Matilda; ENGSTROM, Maria-; **Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs**. Journal of Advanced Nursing, nº4, December 2009; p.1308-1316;

SHEPPARD, Lorraine A; ELY, Sally; **Breast Cancer and Sexuality**. The Breast Journal, Volume 14, Number 2, 2008; p.176-181;

www.googleimages.com acedido em 25/03/2013

SOUTHARD, Nadine Z.; KELLER; Jill; **The importance of Assessing Sexuality: A Patient Perspective**, Clinical Journal of Oncology Nursing, Volume 13, Number 2; p.213-217;

The European Breast Cancer Coalition (DONNA) na Conferência Anual de 2011.

Construção, adaptação transcultural e adequação de instrumentos de medida

Construction, transcultural adaptation
and adequacy of measurement
instruments

RESUMO

Objetivo: este é o primeiro de dois artigos que têm como objetivo sistematizar as primeiras etapas percorridas pelo investigador na elaboração, adequação e validação de instrumentos de medida de auto-preenchimento. **Método:** para o efeito foi realizada uma revisão da literatura, recorrendo à consulta de manuais e à pesquisa em bases de dados internacionais. **Resultados:** dá-se especial enfoque ao processo de construção e adequação de instrumentos de medida e sua adaptação cultural. **Conclusão:** os instrumentos de medida devem ser precisos e validados, de modo a garantir a fiabilidade dos resultados. **Descritores:** tradução; validação; psicometria.

ABSTRACT

Objective: this is the first of two articles which intend to systematize the stages covered by the investigator in the elaboration, adequacy and validation of the instruments of measurement which are auto-complete. **Methodology:** a review of the literature was done, using manuals and international data bases. **Results:** in this paper special emphasis is given towards the construction and adequacy of the instruments of measurement, its transcultural adaptation, as well as, the criteria used in decision making when a fidelity and validation analysis of the instruments is performed. **Conclusion:** the instruments of measurement must be precise and validated in order to guarantee the reliability of the results. **Descriptors:** translating; validation; psychometrics.





INTRODUÇÃO

Hoje podemos definir ciência por um conjunto organizado de conhecimento sobre a realidade, obtidos através do método científico (Almeida & Freire, 2003), por forma a serem reconhecidos pela comunidade académica, prestadores de cuidados em saúde e decisores políticos (Ferreira & Marques, 1998).

É consensual que a estatística é essencial para análise de dados, designadamente para a interpretação e elaboração de conclusões fundamentadas. Este domínio do conhecimento científico centra-se sobre os processos de recolha, análise e caracterização da informação, permitindo a tomada de decisão a partir dos dados recolhidos. No entanto, a utilização de métodos de análise, em estatística, apenas assume significado quando os números são devidamente contextualizados, no fenómeno em estudo (Maróco & Bispo, 2003).



(...) sistematizam-se aqui e com base numa revisão de literatura, as etapas percorridas na elaboração, adequação e validação de instrumentos de medida, (...)



Conhecimentos nesta área são fundamentais para a construção e adequação de instrumentos de medida de autopreenchimento, quer em situações de construção original de um instrumento de medida ou perante a utilização de um instrumento de medida já construído, mas carenciado da tradução e adaptação para a realidade linguística e cultural de um outro país.

A utilização de um instrumento passível de mensurar variáveis em estudo, em função da presença e pertinência de objetivos e de hipóteses prévias assenta, essencialmente, na validade das questões efetuadas e da fiabilidade dos resultados obtidos. Na investigação, em contexto de saúde, em que a subjetividade inerente às respostas humanas no processo de saúde-doença é uma constante, a utilidade e pertinência destes instrumentos de medida assumem um papel de destaque. Numa vertente macro, a utilização de instrumentos de medida válidos conduz a uma quantificação de resultados passíveis de estudar o fenómeno em si, de definir novas linhas de investigação e mensurar ganhos em saúde para a população das intervenções implementadas (LoBiondo-Wood & Haber, 2001; Polit & Beck, 2010).

Acreditando que o presente artigo possibilitará, a outros investigadores, agilizar procedimentos nesta fase da investigação, sistematizam-se aqui e com base numa revisão de literatura, as etapas percorridas na elaboração, adequação e validação de instrumentos de medida, abordando os critérios estatísticos para a tomada de decisão, no que concerne à fiabilidade e validade das medidas.

No sentido de conseguirmos ser o mais pormenorizados possível e de facilitar a leitura, optámos por subdividir em dois artigos, onde no primeiro focaremos a construção e adequação de um instrumento, equivalên-

cia de instrumentos de medida em diferentes contextos linguísticos e culturais. No segundo artigo, daremos continuidade ao anterior, onde destacaremos a importância da fidelidade ou confiabilidade e a validade dos instrumentos de medida.

CONSTRUÇÃO E ADEQUAÇÃO DE UM INSTRUMENTO: RECOMENDAÇÕES GERAIS

Os conceitos/constructos expressam características comuns de um aspeto do quotidiano, aos quais se atribui um nome. No contexto de uma investigação, quando se enuncia um conceito, bem como os que com este se relacionam, existe necessidade da sua operacionalização, através da produção de indicadores que permitirão torná-lo mensurável (Bryman & Cramer, 1993; Ercikan, 1998; Ketele & Roegiers; 1999; Pais-Ribeiro, 2007). A sistematização de procedimentos, desta fase metodológica, é vantajosa na aplicabilidade da teoria na prática do investigador. Evidenciamos, então, algumas recomendações na adoção de procedimentos sequenciados pelo investigador que inicia um processo de construção e adaptação de instrumentos de medida (Pais-Ribeiro, 2007):

1. Definição da variável: esta deve ser feita através de uma variável natural (variável como uma quantidade ou qualidade suscetível de flutuação, passível de tomar diferentes valores, chamados modalidades) (Ketele & Roegiers; 1999);
2. Relação da variável com um constructo que lhe dá origem. Do constructo emergem aspetos, dimensões, componentes, características, que auxiliam na clarificação do mesmo, permitindo o desenvolvimento de indicadores observáveis e mensuráveis;

Cristina Maria Alves Marques-Vieira, Mestre. Enfermeira Especialista em Reabilitação. Assistente no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa; **Luís Manuel Mota de Sousa**, Mestre. Enfermeiro Especialista em Reabilitação no Hospital Curry Cabral. Professor Assistente na Universidade Atlântica. Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa; **Maria Leonor Ramos Carvalho**, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Professora Assistente na Universidade Atlântica. Doutoranda em Ciências de Educação na Universidade de Sevilha; **Filipa Veludo**, Mestre. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assistente no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa; **Helena Maria Guerreiro José**, Doutora, Professora Auxiliar no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, *Scholar of The European Academy of Nursing Sciences*.



3. Realização de uma revisão da literatura com o objetivo de encontrar outros instrumentos de medida que avaliem a variável em causa: a adoção de instrumentos já construídos, é subjacente à apropriação das suas características (validade, fidelidade, utilidade e apropriabilidade);
4. Solicitação de autorização ao autor do instrumento que se pretende utilizar, caso já esteja publicado. Se o documento foi construído num contexto linguístico e cultural diferente do que se pretende aplicar, deve-se proceder à respetiva tradução e adaptação para o contexto português;
5. Desenvolvimento de itens que meçam o constructo: poderá também ser efetuado por uma compilação de itens de várias escalas, desde que avaliem o mesmo constructo e se relacionem estatisticamente uns com os outros (magnitude suficiente para poder pertencer a uma mesma escala). Se optar por utilizar partes de outros instrumentos deve proceder a um novo estudo para avaliar as propriedades métricas e justificar a razão pela qual não se manteve a versão original (a escolha e a inclusão dos itens é feita com base em critérios empíricos);
6. Definição do número de itens do instrumento: o número de itens que um instrumento deve ter, embora variável, recomenda-se 20 itens por escala. Se a população alvo for constituída por pessoas em situação de doença, é aconselhável, por vezes, que os instrumentos tenham poucos itens (Pais-Ribeiro, 2007);
7. Redação/tradução dos itens do instrumento de medida em estudo respeitando alguns princípios, enunciados na tabela 1.
Nesta etapa decide-se se o instrumento será unidimensional ou composto por várias subescalas, de acordo com as dimensões possíveis da variável em estudo. Após a seleção dos itens é recomendável solicitar a peritos (diferentes do processo de criação) que identifiquem a que constructos estes pertencem, num processo inverso ao de construção (processo de retro-tradução).
8. Decisão da magnitude da relação entre os itens (através da consistência interna). A estabilidade esperada pode ser clarificada pela utilização de teste/reteste, com um mês de intervalo;
9. Adequação do seu formato à população alvo e ao contexto em que se aplica;
10. Redação do protocolo de aplicação do teste: informação inicial aos respondentes, instruções de preenchimento, descrição metodológica da aplicação e sua recolha;
11. Redação da folha de rosto do instrumento de medida (precedente à apresentação dos itens): deve conter a apresentação do investigador, contextualização do estudo (objetivos) e o espaço de consentimento passível de certificar a vontade do respondente na participação do estudo. Esta etapa revela-se de maior pertinência quando é de auto-preenchimento;
12. Verificação da clareza dos itens, para a população alvo e se é concordante com o esperado pelos especialistas, através da realização de uma, ou várias entrevistas, à população em estudo;
13. Produção da versão definitiva da escala e início do estudo piloto a uma amostra da população alvo: as retificações finais são efetuadas atendendo à forma de preenchimento dos respondentes, a eventuais incidentes de preenchimento, a questões levantadas com a análise dos dados, bem como outras situações que tenham ocorrido e que fossem relevantes;
14. Avaliação das suas propriedades métricas;
15. Produção do relatório: procedimentos e valores encontrados;
16. Divulgação dos dados obtidos em eventos/revistas científicas (Pais-Ribeiro, 2007).

Tabela 1: Regras de criação/tradução de itens de um instrumento de medida (Ercikan, 1998)

Regras para criar ou traduzir itens

Usar frases simples e curtas (< a 16 palavras)	Evitar advérbios e preposições
Utilizar a voz ativa em detrimento da voz passiva	Declinar formas possessivas, se possível
Usar substantivos, em vez de pronomes	Utilizar termos específicos e não genéricos
Evitar metáforas e formas verbais complexas	Evitar palavras vagas
Acautelar o modo verbal subjuntivo (ex. poderia)	Eliminar frases com dois verbos que indiquem ações diferentes



EQUIVALÊNCIA DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA EM DIFERENTES CONTEXTOS LINGÜÍSTICOS E CULTURAIS

Na década de 90, do século passado, o fenómeno da globalização trouxe consigo o gosto por estudos transculturais (estudos com variáveis iguais e constructos análogos, com as mesmas técnicas de avaliação, em povos e culturas diferentes, que utilizam idiomas distintos).

A adaptação de um instrumento de medida a uma população diferente para a qual foi desenvolvida originalmente baseia-se numa equivalência entre constructos a serem medidos e devem ter por base o processo de validação original (Almeida & Freire, 2003).

Tradicionalmente este processo de transposição de técnicas de avaliação para culturas diferentes incidia nos termos lingüísticos e na equivalência semântica

dos conceitos explorados. Atualmente encontra-se largamente fundamentado na literatura pelo facto da cultura ser um determinante crítico do comportamento humano, a metodologia deve implicar não só uma tradução rigorosa, mas também um processo metódico de equivalência, que contemple igualmente o contexto cultural da população (Pais-Ribeiro, 2007; Penã, 2007).

Estudos no âmbito da saúde, os investigadores devem ser prudentes na utilização de um instrumento para contexto cultural diferente daquele para o qual foi construído, dada a influência da cultura, nos determinantes de saúde. Aspetos como a equivalência deve ser considerada para as duas culturas (original e a que se pretende aplicar). Assim na equivalência dos instrumentos de medida, deve-se (Pais-Ribeiro, 2007):

- **Construir técnicas de avaliação transcultural:** sabendo que dentro de uma mesma cultura existem grandes variações entre os grupos, suscetíveis de influenciar a realização nos testes, a simples tradução de um instrumento raramente é suficiente, exigindo adaptação e revisão do conteúdo (Tabela 2).
- **Adaptar instrumentos:** Apesar destes princípios serem aceites e reconhecidos, é frequente depararmo-nos com outras estratégias mais fáceis de adoção, no que respeita à avaliação. Como um item traduzido, com respeito pelas regras lexicais, tem uma probabilidade reduzida de ter o mesmo significado na língua original e na traduzida, pelo que existe a necessidade de ajustar o texto, respeitando a validade de conteúdo. Um processo de adaptação eficaz consiste num procedimento muito semelhante ao da construção dado que, uma nova tradução, necessita ser submetida aos mesmos procedimentos métricos a que foi submetida a versão original (Bradley, 1994).

Tabela 2: Abordagens no desenvolvimento de instrumentos de medida destinados a respondentes de diferentes culturas (Anastasi, 1990)

Instrumentos de Medida destinados a respondentes de diferentes culturas	
Escolha de itens que sejam comuns às diversas culturas e a validação dos resultados do teste perante critérios locais de cada cultura	
Desenvolvimento de um teste numa cultura e aplicá-lo a indivíduos de outras culturas, (identificar se o instrumento avalia os mesmos aspetos)	
Desenvolvimento de testes para cada cultura, e cada instrumento seria aplicado somente na cultura para que foi construído	

Tabela 3: Estratégias para a adaptação de instrumentos de medida a traduzir (Guyatt, 1993)

Estratégias para a adaptação dos instrumentos de medida a traduzir	
Estratégia <i>Rolls-Royce</i>	Sem limitação de recursos: processo semelhante ao da construção do instrumento
Estratégia <i>Volkswagen</i>	Recursos limitados: utilização da versão traduzida do instrumento
Estratégia <i>Volvo</i>	Tradução inicial e pré-teste do instrumento. Assume-se que os domínios do instrumento original são domínios importantes na cultura e língua destino. A estratégia para formular as questões também é credível para a nova cultura e língua. A estratégia para a formulação de respostas também é a adequada.



- **Hipótese psicolexical:** assumindo que diferenças individuais têm expressão na linguagem (De Raad, 1998), defende-se que o instrumento (idioma original) seja utilizado como guia. As estratégias utilizadas no processo de equivalência devem ser intencionais (Tabela 3).

No que diz respeito aos aspetos técnicos da tradução, defende-se ser esperado que a versão traduzida seja equivalente à original, podendo ser assegurado por (Brislin et al, 1973):

- Tradução e retro-tradução, independentes, por vários peritos, ou apenas por um, que dominem as línguas (bilingue), o conteúdo e a amostra do estudo. Autores falam em painel de juizes, composto de pessoas de várias origens, sendo abordados individualmente e orientados a analisar a presença de dificuldade na compreensão do vocabulário a que se recorreu no instrumento(Ribeiro et al, 2012, Chaves et al, 2010);
- Utilização de classificadores que examinem as versões original, tradução e retroversão, para analisar possíveis erros;
- Um pré-teste da versão original e da versão traduzida com pessoas bilingues, o que nem sempre é exequível na realidade portuguesa (Pais-Ribeiro, 2007).

Neste contexto, poderá usar-se a Técnica Delphi, recorrendo à escrita, com o objetivo de chegar a um consenso (Todd & Bradley, 1994).

CRITÉRIOS DE EQUIVALÊNCIA

São varias as propostas para implementar a equivalência entre instrumentos de medida (Hays et al, 1993; Lohr et al, 1996; Herdman et al, 1998), contudo algumas sistematizam os critérios a ter em consideração neste processo de equivalência (Herdman et al, 1998). Assume-se, deste modo, a possibilidade de haver variações na natureza de constructos multidimensionais, em diferentes culturas, pelo que é importante investigar alguns aspetos, nomeadamente:

- **Equivalência conceptual:** esta é conseguida quando o instrumento tem, em ambas as culturas, a mesma relação com o constructo subjacente, quer em termos dos domínios incluídos, quer da ênfase neles colo-

cada. Os autores recomendam a pesquisa da literatura local, investigação, registos etnográficos, consulta de especialistas da cultura alvo e o envolvimento da população (que se pronuncia, numa perspetiva etnográfica), como meio para a realização da equivalência conceptual;

- **Equivalência de item:** a validade dos itens pode variar enquanto medida de um dado domínio. Existe equivalência do item quando estima o mesmo parâmetro do domínio em avaliação e quando é igualmente relevante e aceitável em ambas as culturas;
- **Equivalência semântica:** refere-se à variação de significado existente entre as diversas línguas e expressa-se pela consecução de efeitos semelhantes, nos respondentes nas diversas línguas, sobretudo o significado de referência, de estilo, de reflexo, conotativo, afetivo, coloquial e temático;
- **Equivalência operacional:** existe quando o formato, instruções, modo de administração e métodos de medição, não afetam os resultados. Aspetos como a forma de resposta, que é requerida pelos instrumentos, pode não ser igualmente acessível em diferentes culturas (ex: nível de iliteracia suscetível de influenciar a compreensão das questões).
- **Equivalência de medida:** pretende-se que as propriedades métricas das versões do mesmo instrumento em diferentes línguas são semelhantes (consistência interna idêntica). Através da análise fatorial deve-se verificar se a distribuição de itens, pelos fatores, é a mesma da versão traduzida e se a variância explicada pela solução fatorial é idêntica à original;
- **Equivalência funcional:** considera-se como a extensão em que o instrumento funciona, de modo equivalente, nas duas culturas. Demonstra-se esta equivalência analisando a forma como a dimensão em análise é definida ou conceptualizada na cultura alvo, seguido da verificação de que o instrumento reflete essa característica e por fim, a análise das semelhanças dos resultados obtidos, nas diferentes culturas.

Terminada esta etapa de equivalência dos instrumentos de medida, em diferentes contextos linguísticos e culturais, prossegue-se com a avaliação da fidelidade e validade.

Considerações finais

A construção e a adequação são fundamentais para avaliar os constructos identificados na primeira etapa do processo de investigação. Deste modo, foi propósito central deste artigo, o início da sistematização do processo de construção e adequação de instrumentos de medida de autoperenchimento, através de uma síntese dos principais procedimentos e critérios.

Esperamos que esta síntese possa ser uma ajuda na caminhada de tomada de decisão, quando se tem como meta um desenho rigoroso de um instrumento de medida.

Importa realçar que, em todas as situações referidas, os autores consultados apontam para a necessidade de utilização de instrumentos padronizados, de modo a garantir a fiabilidade e validade dos resultados obtidos.

Seguir-se-á a publicação da continuidade deste artigo, onde exploraremos a importância da fidelidade e validade neste percurso.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, L.S. & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. 3ª ed. Braga: Psiquilibrios.
- Anastasi, A. (1990). *Psychological testing*. New York: MacMillan.
- Bradley, C. (1994). Translation of questionnaires for use in different languages and cultures. In: C. Bradley (ed.) *Handbook of Psychology and Diabetes: A Guide to Psychological Measurement in Diabetes Research and Practice* (43-55). Harwood Academic, Chur, Switzerland.
- Brislin, R. & Lonner, W. (1973). *Thorndike R. Cross-cultural research methods*. New York: John Wiley.
- Bryman, A. & Cramer, D. (1993). *Análise de dados em ciências sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras: Editora Celta.
- Chaves, E.C.L., Carvalho, E.C., Dantas, R.A.S., Terra, F.S., Nogueira, D.P. & Souza, L. (2010). Validação da escala de espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro em pacientes com insuficiência renal crónica em hemodiálise. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 4(2), 715-721.
- De Raad, B. (1998). Five Big, Big Five Issues: Rationale, Content, Structure, Status, and Crosscultural Assessment. *European Psychologist*; 3(2), 113-124.
- Ercikan, K. (1998). Translation effects in international assessments. *International Journal of Educational Research*, 29, 543-553.
- Ferreira, P.L. & Marques, F.B. (1998). *Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: Princípios metodológicos gerais*. Documento de trabalho 1. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Guyatt, G.H. (1993). The philosophy of health-related quality of life translation. *Quality of Life Research*, 2, 461-465.
- Hays, R.D., Anderson, R. & Revicki, D. (1993). Psychometric considerations in evaluating health-related quality of life measures. *Quality of Life Research*, 2, 441-449.
- Herdman, M., Fox-Rushby, J. & Badia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: The universalist approach. *Quality of Life Research*, 11, 213-218.
- Ketele, J.M. & Roegiers, X. (1999). *Metodologia da recolha de dados: Fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de documentos*. Lisboa: Instituto Piaget: Epistemologia e Sociedade.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2001). *Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Lohr, K.N., Aaronson, N.K., Alonso, J., Burnam, M.A., Patrick, D.L., Penin, E.B., et al (1996). Evaluating quality-of-life and health status instruments: development of scientific review criteria. *Clinical Therapeutics*, 18 (5), 979-992.
- Marôco, J. & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Manuais universitários 27. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J.L. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.
- Penã, E.D. (2007). Lost in translation: methodological considerations in cross-cultural research. *Child development*. July/August, 78 (4), 1255-1264.
- Polit, D. & Beck, C. (2010). *Nursing Research: Appraising evidence for nursing practice*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ribeiro, M.C.O., Pereira, C.U., Hora, E.C., Nunes, M.S., Silva, C.B. & Santos, D.S. (2012). Construção e validação de instrumento de coleta de dados para vítimas de trauma cranioencefálico. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 6(4), 1118-29.
- Todd, C. & Bradley, C. (1994). Evaluating the design and development of psychological scales. In: Bradley, C (Ed.). *Handbook of psychology and diabetes*. Switzerland: Harwood Academic Press.

Fidelidade e validade na construção e adequação de instrumentos de medida

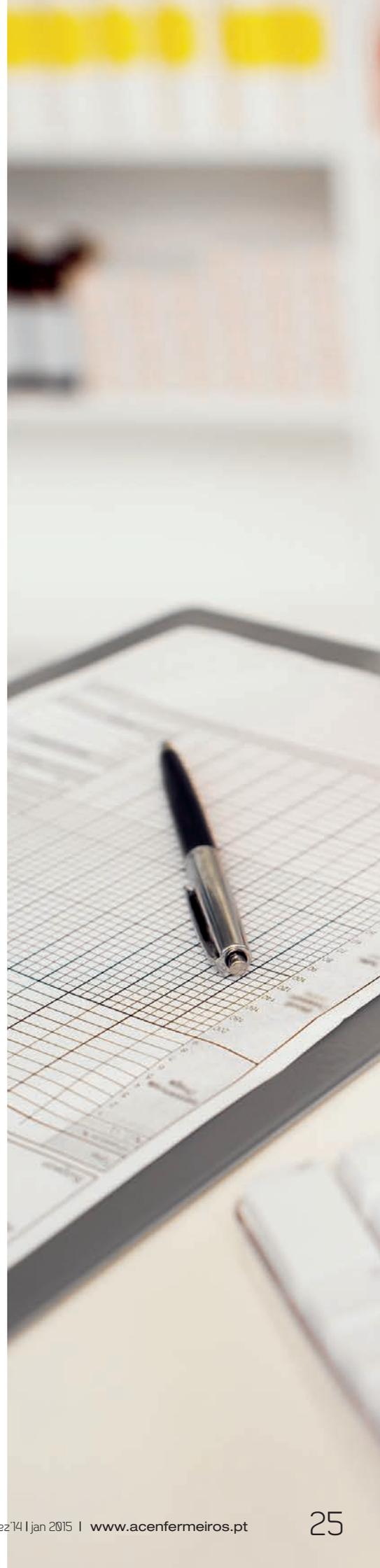
Fidelity and validity in construction and adequacy of measurement instruments

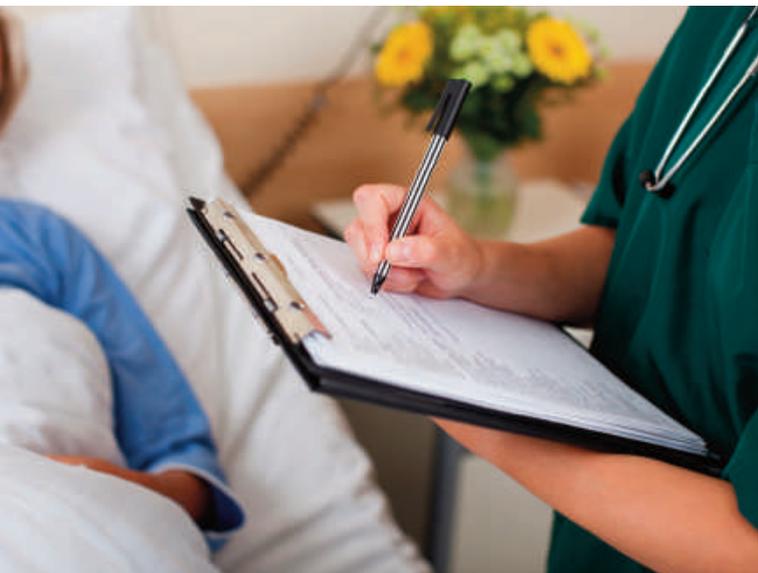
RESUMO

Objetivo: este artigo tem como objetivo sistematizar as primeiras etapas percorridas pelo investigador na elaboração, no processo de adequação e validação de instrumentos de medida de auto-preenchimento. **Método:** para o efeito foi realizada uma revisão da literatura, recorrendo à consulta de manuais e à pesquisa em bases de dados internacionais. **Resultados:** neste artigo dá-se especial enfoque à análise da fidelidade e validade dos referidos instrumentos de medida. Realça-se, também, a utilização da análise fatorial exploratória e confirmatória para a validação de construto. **Conclusão:** os instrumentos de medida devem ser precisos e validados, de modo a garantir a fiabilidade dos resultados. **Descritores:** validação; análise fatorial; psicometria.

ABSTRACT

Objective: the current article intends to systematize the first stages covered by the investigator in the elaboration, adequacy and validation of the instruments of measurement which are auto-complete. **Methodology:** a review of the literature was done, using manuals and international data bases. **Results:** in this paper special emphasis is given towards the construction and adequacy of the instruments of measurement. The use of exploratory and confirmatory factorial analysis to validate the construct, is also emphasized. **Conclusion:** the instruments of measurement must be precise and validated in order to guarantee the reliability of the results. **Descriptors:** validation; factor analysis; psychometrics.





INTRODUÇÃO

Atualmente podemos definir ciência por um conjunto organizado de conhecimento sobre a realidade, obtidos através do método científico (Almeida & Freire, 2003), para que possam ser reconhecidos pela comunidade académica, prestadores de cuidados em saúde e decisores políticos (Ferreira & Marques, 1998).

Este domínio do conhecimento científico centra-se nos processos de recolha, análise e caracterização da informação, permitindo a tomada de decisão a partir dos dados recolhidos, mas a utilização de métodos de análise, em estatística, apenas assume significado quando os números são devidamente contextualizados, no fenómeno em estudo (Marôco & Bispo, 2003).

Dando continuidade ao artigo publicado anteriormente, com título “Construção, adaptação transcultural e adequação de instrumentos de medida”, prosseguiremos com a ideia de que os conhecimentos nesta área são fundamentais para a construção e adequação de instrumentos de medida de autopreenchimento, quer em situações de construção original de um instrumento de medida ou perante a utilização um instrumento de medida já construído, mas com necessidade de tradução e adaptação para a realidade linguística e cultural de um outro país.

A utilização de instrumentos de medida válidos conduz a uma quantificação de resultados passíveis de estudar o fenómeno em si, de definir novas linhas de investigação e mensurar ganhos em saúde para a população das intervenções implementadas (LoBiondo-Wood. & Haber, 2001; Polit & Beck, 2010).

Pensamos que este artigo possibilitará a outros investigadores, agilizar procedimentos, uma vez que se sistematizam aqui, as etapas percorridas na elaboração, adequação e validação de instrumentos de medida, abordando os critérios estatísticos para a tomada de decisão, no que concerne à fiabilidade e validade das medidas.

FIDELIDADE OU CONFIABILIDADE

A fidelidade, ou confiabilidade, é a precisão e a constância das medidas obtidas quando se utiliza um instrumento de medida. Significa que o instrumento é fiel, que

se obtém resultados semelhantes em situações comparáveis, mensurando-se sob a forma de coeficiente de correlação (r). O r operacionaliza-se num contínuo entre 0.00 (ausência de correlação) até 1.00 (correlação perfeita) (Almeida & Freire, 2003; Hill & Hill, 2002; Marôco, 2007; Pais-Ribeiro, 2007). Para a sua avaliação utilizam-se diversos critérios:

- **Consistência interna ou homogeneidade:** assegura a concordância entre os diferentes itens que pretendem medir distintos aspetos de um conceito. É usualmente avaliada através do cálculo do *alfa de Cronbach* (α) ou coeficiente *alfa* (Polit & Beck, 2010), que averigua se cada enunciado, de um instrumento de medida, mede da mesma forma que outros, um determinado conceito. O seu valor varia de 0.00 a 1.00 e quanto mais itens tiver, mais elevado será o seu valor (Pais-Ribeiro, 2007). A reavaliação do (α), sempre que o instrumento é utilizado, é considerada como uma etapa de rigor metodológico do estudo em desenvolvimento. Para melhor interpretação, operacionaliza-se os resultados do (α) da seguinte forma: <0.6 – Inaceitável; [0.6 e 0.7[- Fraco; [0.7 e 0.8[- Razoável; [0.8 e 0.9 – Bom e [1 e 0.9] – Excelente (Hill & Hill, 2002; Marôco, 2007).

Citando alguns exemplos, no estudo o valor *alfa de Cronbach* da escala Perceção do Trabalho em Equipa é de 0.93, apresentando uma consistência excelente (Grilo & Mendes, 2011).

- **Estabilidade:** consiste no grau de concordância entre duas medidas obtidas através do teste/reteste, nas mesmas pessoas, em momentos diferentes, cujo intervalo pode ir de duas a quatro semanas (Polit & Beck, 2010). Esta análise preconiza-se ser utilizada para variáveis relativamente estáveis no tempo (ex: traços de personalidade), assim como atendendo a circunstâncias em que não é previsível a alteração das variáveis em estudo (ex: humor). Considera-se que quanto menor for o intervalo de tempo entre os dois momentos, maior será o efeito de aprendizagem dos respondentes no seu preenchimento, o que poderá funcionar como desvantagem. A relação entre as duas medidas é expressa por um coeficiente de estabilidade e variam pouco se se obtiver um coeficiente de correlação (r) elevado, ou seja, progressivamente maior que 0.70.
- **Equivalência:** quando dois ou mais observadores têm uma alta correlação na coerência ou concordância de um mesmo comportamento observado, ou quando se utilizam formas alternadas de um mesmo teste e se obtém uma alta correlação (LoBiondo-Wood & Haber, 2001).

VALIDADE

A validade é o segundo elemento mais importante para avaliar a qualidade de um instrumento de medida, é o grau de precisão (garantia) com que o instrumento mede o que é suposto (Polit & Beck, 2010). A validade é uma característica importante que o instrumento deve possuir e refere-se ao grau que o mesmo mede e se supõe medir (Ribeiro *et al*, 2012).

Embora sejam elementos de avaliação distintos, a validade e fidelidade não se comportam de forma total-

Luís Manuel Mota de Sousa, Mestre. Enfermeiro Especialista em Reabilitação no Hospital Curry Cabral. Professor Assistente na Universidade Atlântica. Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa; **Cristina Maria Alves Marques-Vieira**, Mestre. Enfermeira Especialista em Reabilitação. Assistente no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa; **Maria Leonor Ramos Carvalho**, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Professora Assistente na Universidade Atlântica. Doutoranda em Ciências de Educação na Universidade de Sevilha; **Filipa Veludo**, Mestre. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assistente no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa; **Helena Maria Guerreiro José**, Doutora, Professora Auxiliar no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, *Scholar of The European Academy of Nursing Sciences*.



“ A utilização de instrumentos de medida válidos conduz a uma quantificação de resultados passíveis de estudar o fenómeno em si, de definir novas linhas de investigação e mensurar ganhos em saúde para a população das intervenções implementadas ”

mente independente (Polit & Beck, 2010; Hill & Hill, 2002; Pais-Ribeiro, 2007; Polit *et al*, 2004).

Embora uma medida possa assumir boa fiabilidade e validade fraca, não evidencia coerência, no sentido em que não poderá medir validamente um atributo se não for fiável (Polit & Beck, 2010). A avaliação da validade pode centrar-se em quatro aspetos (Murphy. & Davidshofer, 1998).

VALIDADE DE CONTEÚDO

A validade do conteúdo deve ser estabelecida, sendo o pré-requisito para todos os tipos de validade, uma vez que não requer qualquer tipo de tratamento estatístico e revela o quão representativas são as perguntas do instrumento dentro do universo de todas as perguntas que poderiam ser feitas sobre uma temática específica (Polit *et al*, 2004).

Podendo ser analisada em cinco etapas (tabela 1), a validade de conteúdo assegura a abrangência e representatividade dos enunciados do um instrumento (itens) para medir o conceito em estudo, permitindo que este seja interpretado de forma apropriada (Paschoal, 2000) e centrando-se na procura da representabilidade dos itens, no domínio em estudo (Polit *et al*, 2004).

Tabela 1: Etapas na análise de validade de conteúdo (Green & Lewis, 1986)

Etapas na análise de validade de conteúdo

1. Revisão da literatura do conceito em estudo
2. Reflexão sobre a significação do conceito no contexto em estudo
3. Identificação das dimensões do conceito
4. Formulação de enunciados utilizando os indicadores específicos identificados
5. Análise das relações entre os enunciados

Pela dificuldade de análise da validade de conteúdo, de um instrumento de medida, de forma objetiva solicita-se a colaboração de peritos, de três a cinco, pretendo-se que estimem se este mede o que é suposto. Esta avaliação poderá também ser objetivada com a utilização de indicadores de validade de conteúdo, ou seja, pela percentagem de concordância entre peritos na sua aplicação, classificando cada item individualmente: 1 - Pertinente; 2 - Pouco pertinente; 3 - Pertinente e 4 - Bastante pertinente (Walzy. & Bausse, 1981).

O índice de validade de conteúdo é o cálculo efetuado, tendo por base o número de enunciados pontuados com 3 e 4, sobre o número total de enunciados ou questões, sendo aceitável um resultado superior a 0.80.

VALIDADE DE CONSTRUCTO

As leis científicas são construídas tendo como base os constructos (Pais-Ribeiro, 2007). Os constructos ocorrem com regularidade e estão ligados a fenómenos observáveis e concretos, sendo que quanto mais abstratos forem os conceitos, mais difícil será estabelecer a validade de constructo (Polit *et al*, 2004; Murphy. & Davidshofer, 1998). A definição de um constructo poderá ser operacionalizada em diferentes fases (Tabela 2).

Tabela 2: Fases para definição de um constructo (Pais-Ribeiro, 2007)

Fases para definição de um constructo

Identificação dos comportamentos que constituem o constructo a medir

Identificação de outros constructos, para estabelecer a relação com o que se pretende medir

Determinação da forma como o comportamento do constructo em estudo se relaciona com outros identificados anteriormente

- A validade de constructo pode ser medida de diversas formas, tendo por base o teste das relações centrado nos conceitos teóricos, pretendendo dar resposta ao



As principais razões para a utilização deste tipo de análise são a informação e a validação dos resultados de uma avaliação e o desenvolvimento de uma teoria, tendo em consideração a natureza do constructo e a síntese de relações,...



que o instrumento realmente mensura (Polit & Beck, 2010), podendo ser realizada através de validade convergente e divergente, grupos de contraste e análise fatorial (LoBiondo-Wood & Haber, 2001).

Por validade convergente entende-se a verificação de maior correlação entre instrumentos que meçam o mesmo constructo, quando comparada com a encontrada entre instrumentos que medem constructos diferentes, nos mesmos sujeitos. A validade divergente refere-se à baixa correlação obtida, quando se utilizam instrumentos que medem constructos diferentes, face aos que medem o mesmo constructo (LoBiondo-Wood & Haber, 2001; Polit & Beck, 2010; Pais-Ribeiro, 2007). A análise de grupos contrastantes consiste na comparação de um grupo, com características específicas, com outro, no qual tais características não existem (LoBiondo-Wood & Haber, 2001). A análise fatorial permite determinar se os conceitos de um instrumento estão fortemente ligados entre si, bem como, se os enunciados se reagrupam em torno de um só fator (Nunnally & Bernstein, 1994).

A abordagem estatística para avaliar a validade de constructo passa pela aplicação de um dos dois tipos de procedimentos possíveis: a análise fatorial exploratória e a análise fatorial confirmatória. Estas duas abordagens refletem perspetivas paradigmáticas diferentes necessitando da respetiva contextualização ao fenómeno em estudo (Pais-Ribeiro, 2007). A análise fatorial exploratória enquadra-se nos métodos indutivos, onde se perspetiva a descoberta de um conjunto ótimo de variáveis latentes. Neste procedimento utiliza-se software como o SPSS e não se conhecem hipóteses prévias (Marôco, 2010a). A análise fatorial confirmatória é um método hipotético dedutivo que pretende testar hipóteses sobre relações entre variáveis, que constituem fatores comuns. O número e a interpretação dos resultados já são conhecidos, antes da realização da análise fatorial confirmatória. Nesta análise utiliza-se *software* como o AMOS (Marôco, 2010b) ou o LISREL.

Descrevem-se agora, de forma pormenorizada, os procedimentos para cada análise fatorial mencionada.

ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA

Foi concebida para efetuar a redução dos dados iniciais, permitindo procurar as variáveis latentes (fatores) que apresentem um poder explicativo relevante. Esta análise é utilizada como ferramenta base na determinação das qualidades métricas de um instrumento de medida, possibilitando a descrição de um conjunto de variáveis (ou itens), que são elementos comuns entre os vários itens (Martinez & Ferreira, 2007). Quando se agrupam

essas variáveis obtêm-se os fatores, através de inter-relações, sendo que nesta análise, o investigador não tem uma ideia pré-definida sobre o número de fatores a extrair, daí a denominação de análise fatorial exploratória (Reyment & Jöreskog, 1996).

As principais razões para a utilização deste tipo de análise são a informação e a validação dos resultados de uma avaliação e o desenvolvimento de uma teoria, tendo em consideração a natureza do constructo e a síntese de relações, na forma de um conjunto de fatores que podem ser utilizados em análises posteriores (Thompson, 2004).

O número de sujeitos da amostra, necessário para uma análise fatorial, é no mínimo cinco por item (ex: se pretender fazer uma análise fatorial de um teste com 25 itens, devem incluir-se pelo menos 125 sujeitos). Este critério é também utilizado na regressão múltipla em que a análise fatorial deverá incluir pelo menos 100 casos (Bartlett *et al*, 2001). Constatam-se outras recomendações (10 > 20 sujeitos por item) que, no entanto, também assumem como possível o mínimo de cinco sujeitos por item (Gorsuch, 2003). Num estudo (Chaves *et al*, 2010), utilizou-se uma amostra de 52 pessoas (considerada pequena), contudo a escala apresentava 5 itens, o que permitiu ter 10 respondentes por item. Numa tentativa de uniformização apresenta-se uma forma de classificação para as amostras adequadas, à realização de análises fatoriais exploratórias: n=50 – Muito pobre; n=100 – Pobre; n=200 – Razoável; n=300 – Bom e n=500 – Muito bom (Comrey & Lee, 1992).

Em situação de amostras inferiores a 60 pode realizar-se a análise fatorial, desde que as comunalidades sejam superiores a 0.60. Em casos de comunalidades de 0.50, são necessárias amostras superiores a 100 (MacCallum *et al*, 1999).

Quando os itens, ou variáveis, apresentam correlações, com os fatores superiores a 0.80, não requerem amostras grandes, sendo suficiente 150 sujeitos (Guadagnoli & Velicer, 1988).

Na extração de fatores, por vezes, surgem dúvidas relativamente ao método a utilizar na análise fatorial exploratória (se a opção é a análise dos componentes principais ou análise fatorial). De facto, existem diferenças nos dois métodos já que a análise dos componentes principais visa retirar a máxima variância dos dados, com o mínimo de componentes ortogonais, incluindo o erro associado à variância da variável observada. Este método é recomendado no tratamento empírico dos dados, quando se pretende reduzir um número elevado de variáveis, obtendo-se uma única solução matemática.

Na análise fatorial o erro da variância é omitido, apenas se encontrando disponível, para análise, a variância que a variável observada partilha com as outras. Nem todas as soluções são únicas com este método, pois a análise fatorial parece ser a mais apropriada em estudos teóricos que não sejam “contaminados” por erros de variância (Martinez & Ferreira, 2007).

A análise fatorial procura estimar os fatores comuns e os fatores específicos dos dados, mas antes de iniciar a estimação dos seus pesos, é necessário definir quando é que as correlações entre as variáveis originais são suficientemente elevadas para que tenha utilidade na estimação dos fatores comuns. Neste contexto, existe o teste de Esfericidade de Bartlett para testar H_0 : Matriz (π) de correlações populacionais = variância (I) vs H_1 : $\pi \neq I$. Quando se rejeita H_0 conclui-se que as variáveis estão correlacionadas significativamente. Contudo, em amostras de grandes dimensões, poder-se-á rejeitar H_0 , mesmo quando as correlações são muito reduzidas. Este teste exige que as variáveis apresentem distribuição normal, sendo muito sensível à violação deste pressuposto (Marôco, 2010a). Neste sentido é pouco utilizado uma vez que é muito sensível ao tamanho da amostra].

O método de utilização mais geral é a “medida da adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin - KMO”, sendo uma medida da homogeneidade das variáveis, que compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis. Os valores do KMO são < 0.50 são inaceitável, entre 0.5 e 0.6 são maus, mas aceitáveis, entre 0.6 e 0.7 são medíocres, entre 0.7 e 0.8 são médios, entre 0.8 e 0.9 são bons e entre 0.9 e 1.0 são excelentes (Kaiser, 1970; Kaiser & Rice, 1974).

Com valores superiores a 0.5 pode utilizar-se todas as variáveis em estudo e prosseguir a análise (Marôco, 2010a).

Após a obtenção de uma solução fatorial, ou seja, depois de estimados os fatores que explicam o comportamento apenas, o número mínimo de fatores que permitam explicar convenientemente o fenómeno em estudo. As regras mais utilizadas, na prática, para decidir o número de fatores mais apropriados são (Marôco, 2010a):

- O critério Kaiser propõe a extração de fatores com *eigenvalues* (valores próprios) superiores à unidade (Guttman, 1954). Os números próprios representam a variância dos fatores. Esta tese tem na sua égide o facto da variância, de cada variável estandardizada, contribuir para a extração dos componentes principais com apenas uma unidade, por isso não se aceitam valores inferiores a um (Pais-Ribeiro, 2007; Martinez & Ferreira, 2007). Este critério tem sido indicado para situações em que o número de variáveis é menor que trinta e a média das comunalidades é maior que 0.70 ou, então, se a amostra for superior a 250 casos e a comunalidade média for maior ou igual a 0.60 (Bryman & Cramer, 1993);
- Critério do *Scree plot* consiste em representar num gráfico os valores próprios associados a cada fator (Cattell, 1966). A retenção dos fatores faz-se até ao momento em que começa a inflexão da curva (cotovelo). De acordo com este critério, é neste ponto que se obtém o número mínimo de fatores (Pais-Ribeiro, 2007; Marôco, 2010a);



- Na variância extraída por cada fator e variância extraída total, os fatores são retidos se apresentarem pelo menos 5% da variância total. Deve-se extrair um número mínimo de fatores de forma a explicar pelo menos 50% da variância total das variáveis originais, sendo este o valor mínimo de variância aceitável (Marôco, 2010a). A título de exemplo, na validação da escala de espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro em pessoas com insuficiência renal crónica em hemodiálise obtiveram uma variância total de 75,1%, sendo considerada válida, pois foi superior a 50% (Chaves *et al*, 2010);
- O ajustamento significativo é aplicado quando se utiliza o método da máxima verosimilhança na extração dos fatores, em que se utiliza a estatística χ^2 para comparar modelos com diferentes números de fatores. Neste caso, faz-se a adição de fatores um a um e termina-se quando a variância da estatística do χ^2 do “modelo com mais um fator” *versus* “modelo anterior com menos um fator”, não for significativa. Quando as diferenças da estatística χ^2 dos dois modelos são superiores a 4 indicam, aproximadamente, que o modelo com mais um fator se ajusta significativamente melhor à estrutura correlacional das variáveis originais, do que o modelo com menos um fator aceitável (Marôco, 2010a).

A nível teórico existem mais dois critérios para seleccionar o número de fatores que deverá expressar a escolha do número de processos teóricos subjacentes à área que está a ser investigada (Pais-Ribeiro, 2007):

- Seleção semelhante ao critério de Kaiser, que resulta do número de variáveis a dividir por três, ou cinco. Este critério é razoável se a amostra for grande e o número de itens for inferior a 40 (Tabachnick & Fidell, 1996);
- Para cada fator têm de existir pelo menos três itens que tenham uma carga, que respeite a relação entre o valor da carga fatorial mais elevada e a menor, tendo em consideração a fórmula: $C = \sqrt{H/2}$ (H: valor do item com carga fatorial mais elevada; C: valor mínimo de carga fatorial considerado aceitável para um item) (Boyle & Harrison, 1981).

Além dos critérios que são utilizados na determinação e retenção de fatores, na análise fatorial exploratória,



A validade de critério indica a eficiência de um teste em prever o comportamento de pessoa numa determinada situação.



existem disponíveis em programas estatísticos vários métodos de extração dos fatores (Martinez & Ferreira, 2007), onde destacamos:

- O Método dos componentes principais é o mais utilizado e recomendado como primeira abordagem (Marôco, 2010a; Tabachnick & Fidell, 1996). Assume que os valores das variáveis possuem uma consistência interna perfeita e tenta reproduzir a variância de informação dos dados e não da população. Não sendo aconselhado em amostras não representativas da população, é bastante recomendado quando existe um elevado número de variáveis (itens), num número reduzido de componentes (Martinez & Ferreira, 2007);
- A análise dos eixos principais (*Principal Axis Factoring*) utiliza o coeficiente de comunalidades para substituir os valores da diagonal da matriz fatorial. Este processo efetua as interações entre as variáveis até que os valores da variável estabilizem, formando posteriormente fatores. Este método é o mais desejável, uma vez que assume uma estrutura fatorial composta por fatores comuns e específicos. Contudo, apresenta como desvantagem o facto de ser fortemente dependente da amostragem efectuada (Marôco, 2010a);
- A análise fatorial do *Alpha* (*Alpha factor Analysis*) consiste na formação de fatores com valores de consistência interna máximas (Martinez & Ferreira, 2007);
- O método de máxima verosimilhança (*Maximum Likelihood*) permite criar os fatores que reproduzem correlações ou matrizes de covariância na população ao invés da amostra. A estimação dos valores da população é obtida, tendo em consideração a elevada probabilidade de pertencerem à amostra da matriz de correlações observada (Martinez & Ferreira, 2007). Este método é pouco recomendado, pois exige que as variáveis em estudo apresentem distribuição normal multivariada, no entanto, em caso de amostras de grandes dimensões, permite calcular índices avaliativos da qualidade do modelo fatorial (Marôco, 2010a).

No processo de desenvolvimento das matrizes da análise fatorial exploratória, realiza-se a rotação dos eixos das estruturas fatoriais que obedecem a dois critérios de rotação: ortogonal e oblíqua. Na rotação ortogonal, um ângulo de 90° é mantido durante este processo, permitindo assim que os fatores se mantenham não correlacionados. Este tipo de rotação é utilizada para maximizar as elevadas correlações e minimizar as inferiores (Martinez & Ferreira, 2007). Os dois métodos mais populares são o método *varimax* e o *quartrimax*.

O objetivo no método *varimax* é obter uma estrutura fatorial na qual uma e apenas uma das variáveis originais, esteja fortemente associada com um único fator e pouco associada com os restantes (Kaiser, 1958).

No método *quartrimax*, o objetivo é encontrar uma estrutura fatorial onde todas as variáveis possuam pesos elevados num fator (geral) e que cada variável tenha pesos fatoriais elevados num outro fator (específico) e pesos reduzidos nos outros fatores (Marôco, 2010a). A rota de difícil interpretação.

Este método forma estruturas mais simples e interpretáveis (Martinez & Ferreira, 2007), contudo alguns autores não o recomendam, por ir contra ao fundamento da análise fatorial exploratória (Marôco, 2010a).

ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA

Consiste numa técnica de modelação linear geral, que tem por objetivo identificar um conjunto reduzido de variáveis latentes (fatores), que permitem explicar a estrutura correlacional observada entre um conjunto de variáveis manifestas ou itens. Esta análise é utilizada quando existe informação prévia sobre a estrutura fatorial que é necessário confirmar, ou seja, pretende verificar se determinados fatores latentes são responsáveis pelo comportamento de determinadas variáveis manifestas, específicas, tendo em conta um determinado estudo ou teoria. Por defeito, a análise fatorial confirmatória, considera que os fatores estão correlacionados. Os fatores específicos (erros ou resíduos), podem estar correlacionados, sugerindo a existência de problemas com a conceptualização das medidas das variáveis manifestas e/ou a existência de fatores comuns que não estão estabilizados no modelo (Marôco, 2010a). O modelo análise fatorial confirmatória é estabelecida pelo investigador, tendo em conta a teoria ou estudos anteriores.

A estimação do modelo consiste na obtenção de estimativas dos parâmetros deste, que melhor reproduzem os dados observados na amostra, sendo efetuada a partir das matrizes de covariância das variáveis manifestas. Esta estimação é feita através de métodos que procuram maximizar a verosimilhança das covariâncias entre as variáveis manifestas, ou através da procura de minimizar os erros de ajustamento.

Na fase de avaliação da qualidade do ajustamento do modelo, pretende-se avaliar se o modelo é capaz de reproduzir a estrutura correlacional das variáveis manifestas, observadas na amostra. A qualidade do ajustamento do modelo é realizada, usualmente, através de testes de ajustamento, de índices empíricos que baseiam-se nas funções de verosimilhança ou na matriz dos resíduos obtidos durante o ajustamento e análise dos resíduos e da significância dos parâmetros (Almeida & Freire, 2003).

O teste de χ^2 de ajustamento permite testar a significância da função de discrepância minimizada durante o ajustamento do modelo (Marôco, 2010b).

Esta análise não será desenvolvida neste artigo.

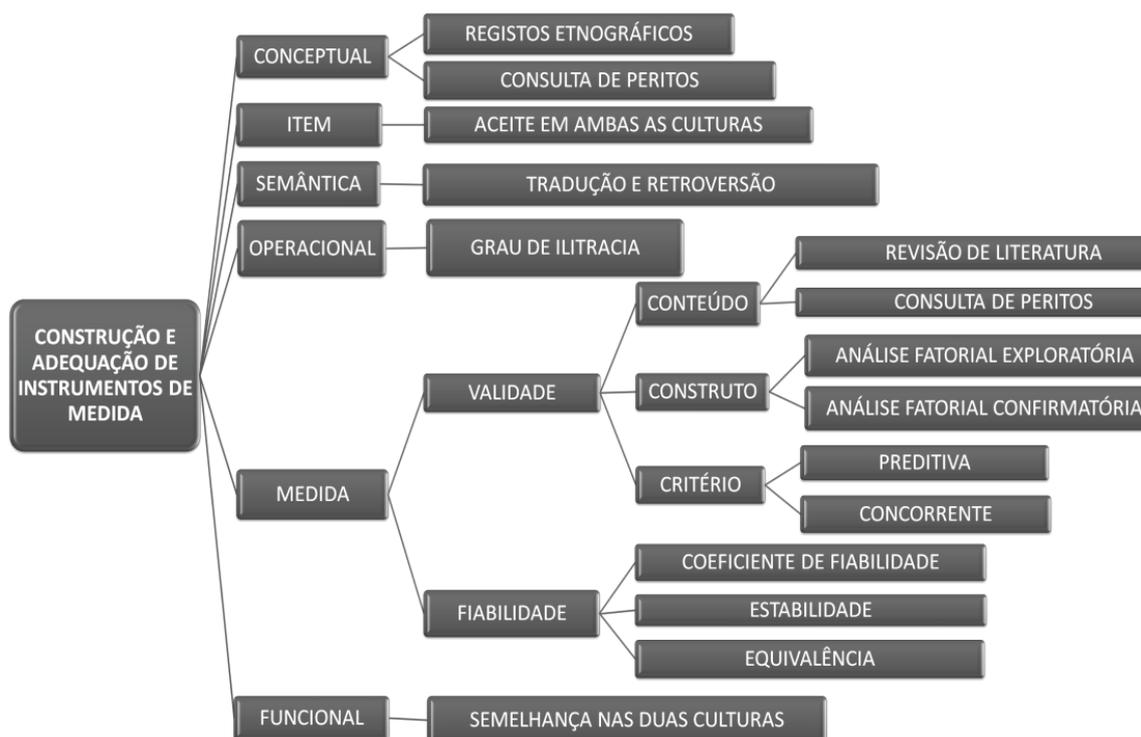
VALIDADE DE CRITÉRIO

A validade de critério indica a eficiência de um teste em prever o comportamento de pessoa numa determinada situação (Anastasi, 1990). Existem dois tipos de validade de critério: preditiva (capacidade de prever uma situação futura, características e atitudes, a partir de resultados atuais) e concorrente (quando se verifica, ao mesmo tempo, correlação entre duas medidas que medem o mesmo conceito). Um valor (r), igual ou superior a 0.70, indica que o grau de validade é aceitável (Polit *et al*,

2004). Na avaliação da validade convergente da escala de espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro com a escala de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, obteve-se uma correlação fraca a moderada e significativa ($r=0,33$), mas para os autores era um instrumento de referência por se encontrar validado para português (Chaves *et al*, 2010).

Finda esta sistematização das etapas para equivalência de instrumentos de medida, optámos por as plasmar na figura 1.

Figura1: Etapas da sistematização da equivalência de instrumentos de medida



Fonte: Adaptado de Pais-Ribeiro (2007)

Considerações finais

Este artigo deu continuidade ao anteriormente publicado com o título “Construção, adaptação transcultural e adequação de instrumentos de medida”. Pretendeu-se com estas publicações reforçar a ideia que a construção e a adequação, mediante a validação do instrumento de medida de autoperenchimento, são fundamentais para avaliar os constructos identificados na primeira etapa do processo de investigação. Deste modo, foi propósito central, a sistematização do processo, através de uma síntese dos principais procedimentos e critérios, passíveis de facilitar a análise dos *outputs* obtidos pelos *softwares* estatísticos.

Na realidade consideramos que esta síntese poderá ser facilitadora da tomada de decisão e do desenho rigoroso do percurso inerente ao estudo da fidelidade e validade dos instrumentos de medida, utilizados na área da saúde.

Importa realçar que, em todas as situações referidas, os autores consultados apontam para a necessidade de utilização de instrumentos padronizados, precisos e validados, de modo a garantir a fiabilidade dos resultados obtidos.



BIBLIOGRAFIA

- Almeida, L.S. & Freire, T.(2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. 3ª ed. Braga: Psiquilíbrios.
- Anastasi, A. (1990). *Psychological testing*. New York: MacMillan.
- Bartlett, J.E., Kottrik, J.W. & Higgins, C.C. (2001) Organizational research: Determining appropriate sample size in survey research. *Information Technology, Learning and Performance Journal*, 19(1), 43-50.
- Boyle, E. & Harrison, B. (1981). Fator structure of the health locus of control scale. *Journal of Clinical Psychology*, 37(4), 819-824.
- Bryman, A. & Cramer, D. (1993). *Análise de dados em ciências sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras: Editora Celta.
- Cattell, R.B (1966). *Handbook of multivariate experimental psychology*. Chicago: Rand McNally.
- Chaves, E.C.L., Carvalho, E.C., Dantas, R.A.S, Terra, F.S., Nogueira, D.P. & Souza L. (2010). Validação da escala de espiritualidade de Pinto e Pais-Ribeiro em pacientes com insuficiência renal crónica em hemodiálise. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 4(2),715-721.
- Comrey, A.L. & Lee, H.B. (1992). *A first course in fator analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbam.
- Ferreira, P.L. & Marques, F.B.(1998). *Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: Princípios metodológicos gerais*. Documento de trabalho 1. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Gorsuch, R.L. (2003). Fator analysis. In J.A. Schinka & W. F. Velicer (Eds), *Handbook of Psychology: Research Methods in Psychology*.
- Green, L.W. & Lewis, F.M. (1986). *Measurement and Evaluation in Health Education and Health Promotion*. Palo Alto: Mayfield Public.
- Grilo, C.M.C. & Mendes, F.R.P.(2011). The healthcare professionals perception on teamwork in a hospital context. *Journal of Nursing UFPE*, 5(2), 336-343
- Guadagnoli, E. & Velicer, W.F. (1988). Relation of sample-size to the stability of coponent patterns. *Psychological Bulletin*, 103(2), 265-275.
- Guttman, L. (1954). A new approach to factor analysis: The radex. In *Mathematical Thinking in the Social Sciences*. New York: Ed. Lazarsfeld.
- Hill, M.M. & Hill, A.B. (2002). *Investigação por Questionário*. 2ª Edição. Lisboa, Edições Sílabo.
- Kaiser, H.F. & Rice, J.L. (1974). *Educational and Psychological Measurement*, 34, 111-117.
- Kaiser, H.F. (1958). The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika*, 23, 187-200.
- Kaiser, H.F. (1970). A second generation Little Jiffy. *Psychometrika*, 35, 401-415.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J (2001). *Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- MacCallum, R.C., Widaman, K.F., Zhang, S. & Hong, S.(1999). Sample size in factoranalysis. *Psychological Methods*, 4, 84-99.
- Marôco J (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. 3ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marôco, J. (2010a). *Análise estatística com o PASW Statistic (ex-SPSS)*. Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J. (2010b). *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações*. Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J. & Bispo, R (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Manuais universitários 27. Lisboa: Climepsi Editores.
- Martinez, L. & Ferreira, A. (2007). *Análise de dados com SPSS: primeiros passos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Murphy, K. & Davidshofer, C. (1998). *Psychological testing: principles and applications*. 4th ed. New Jersey: Prentice-Hall International, Inc.
- Nunnally, J.C. & Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric theory*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill.
- Pais-Ribeiro, J.L.(2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.
- Paschoal, S.M.P.(2000). *Qualidade de vida do Idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de mestrado em Medicina na Universidade de São Paulo.
- Polit, D. & Beck, C. (2010). *Nursing Research: Appraising evidence for nursing practice*. 7td ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D., Beck, C. & Hungler, B.(2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*, 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Reyment, R. & Jöreskog, K.G. (1996). *Applied fator analysis in the natural sciences*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Ribeiro, M.C.O., Pereira, C.U., Hora, E.C., Nunes, M.S., Silva, C.B. & Santos, D.S.(2012) Construção e validação de instrumento de coleta de dados para vítimas de trauma cranioencefálico. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 6(4), 1118-29.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (1996). *Using multivariate statistics*. 3rd ed. New York: Harper Collins.
- Thompson, B. (2004). *Exploratory and confirmatory fator analysis: Understanding concepts and applications*. Washington, DC: American Psychological Association; 2004.
- Walyz, C.F. & Baussel, R.B. (1981). *Nursing research: Design, statistics and computer analysis*. Philadelphia: F.A. Davis.



Enfermeira Chefe Ana Oliveira
Infecciologia e Unidade de Adolescentes
do Hospital de Dona Estefânea



Enfermeiro Chefe João Pais
Serviço de Infecciologia
do Hospital Curry Cabral

Problemática do Ébola e a necessária adequação das equipas e das estruturas

O Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) foi definido pelo Ministério da Saúde como um dos dispositivos de Coordenação para dar resposta à epidemia por vírus Ébola. As equipas interdisciplinares do Serviço de Doenças Infecciosas do pólo Hospital de Curry Cabral (HCC) e do pólo Hospital de Dona Estefânia (HDE) reúnem competências para cuidar da criança e do adulto com Doença por vírus Ébola.

Revista ACE: Como foi preparada a equipa para receber os casos prováveis ou confirmados de infeção por vírus Ébola?

Enf. João Pais: A equipa de enfermagem do Serviço de Doenças Infecciosas detém um conjunto de conhecimentos sobre as doenças Infecciosas que permite encarar estas e outras situações epidémicas, como exemplo refiro o desempenho do serviço na epidemia de Síndrome Respiratório Agudo Grave (SARS) e na pandemia de Gripe A, com tranquilidade e segurança. No entanto, apesar da formação contínua programada para o serviço visar novas situações no contexto das doenças infecciosas, em presença de um risco potencial e real como a doença por vírus Ébola, foi reforçada a formação multiprofissional, nos vários aspetos da abordagem da doença, isto é, nas vertentes da epidemiologia, da clínica e da segurança ambiental e dos profissionais.

O ênfase esteve sempre na formação multiprofissional e através desta, partimos para a discussão conjunta da revisão de procedimentos, adequando-os à entidade nosológica em presença e às recomendações internacionais existentes. Foram diversos e repetidos os momentos de formação, discussão e reflexão que nos ajudou como equipa a encontrar as melhores estratégias de atuação. A discussão alargada permitiu um conhecimento profundo deste assunto por todos os profissionais, com a identificação exata do que cada um tem que fazer



Serviço de Infeciologia do Hospital Curry Cabral



Serviço de Infeciologia do Hospital Dona Estefânia



Quarto de Isolamento

e porque o tem que fazer, com uma consequente melhoria da organização do serviço para o atendimento dos doentes com esta suspeita de patologia. Realço o trabalho desenvolvido com a Unidade de Cuidados Intensivos, para a eventualidade de abordagem conjunta destes doentes entre as nossas equipas.

Este trabalho decorre de forma exemplar dentro do mesmo espírito de colaboração proactiva entre os profissionais, com a identificação dos problemas, trabalhando todos para soluções adequadas e seguras. Não posso deixar de referir também a nossa colaboração com a Direção Geral de Saúde na elaboração da Orientação n.º 020/2014 sobre “Doença por vírus Ébola. Procedimentos e Equipamento de Proteção Individual (EPI).” Colaboramos também na formação realizada a grupos profissionais exteriores ao serviço mas que interagem com ele, como é o caso de Laboratórios de Anatomia Patológica e Patologia Clínica, funcionários do serviço de Instalação e Equipamentos, entre outros.

Concordo com o descrito pelo Enf. João, quer no que se refere à formação e ao treino dos profissionais na colocação e remoção do EPI (Equipamento de Proteção Individual) como na participação na elaboração das Orientações técnicas da DGS. De salientar que tivemos uma preocupação acrescida na formação das funcionárias da limpeza, com quem mantivemos um programa de formação intensivo com duas sessões por dia, de modo a abranger cada uma em pelo menos 3 sessões por semana e atualmente 1; porque identificamos ser o grupo com maior dificuldade e maior risco.

Revista ACE: Face a um caso provável ou confirmado de infeção por vírus Ébola, que circuitos e medidas são necessárias adotar pelos profissionais de saúde para prevenir a transmissão da doença?

Enf. João Pais: Até ao momento, as situações que surgiram neste serviço revelaram-se negativas para a doença por vírus ébola, ou seja, apenas recebemos casos suspeitos.

De forma a prevenir a transmissão da doença, e para esta situação em particular, existem alguns princípios que foram definidos internacionalmente e que nós, obviamente, adequamos ao nosso serviço. Esses princípios são:

- o isolamento de contacto rigoroso;
- limitação do número de contactos dos profissionais com o doente;
- utilização rigorosa de equipamentos de proteção individual com características específicas para este tipo de situação, nesses contactos;
- o transporte de produtos biológicos para laboratório com elevado nível de biossegurança.

O isolamento destes doentes é realizado na nossa área de isolamentos respiratórios, por ser a área do serviço que reúne melhores condições estruturais e que proporcionam a máxima segurança para o doente e profissionais. Foram criados circuitos bem definidos para o doente, os profissionais e os produtos biológicos.

Para o doente, o encaminhamento será sempre feito pelo INEM até ao quarto de isolamento, onde este permanecerá até haver um esclarecimento diagnóstico e, sendo positivo para doença por vírus ébola, permanecerá neste quarto de isolamento até à resolução da sua situação clínica. Se houver necessidade de apoio de cuidados intensivos, do ponto de vista do suporte respiratório ou hemodinâmico, este apoio será realizado neste mesmo quarto de isolamento.

O número de profissionais envolvidos no atendimento a esta situação, casos suspeitos ou confirmados, será sempre o menor possível, limitando quer o número de

contactos, quer o número de profissionais expostos. Salvaguardando sempre a segurança do doente.

Os equipamentos de proteção individual (EPI) utilizados foram, no decurso da epidemia e do conhecimento adquirido internacionalmente, alterados na sua qualidade intrínseca, capacidade de proteção e quantidade de componentes utilizados. Nesta doença específica, os EPI são utilizados de forma redundante, promovendo diversas camadas de proteção nas áreas corporais mais expostas.

O ênfase da formação, realizada de forma exaustiva, focou-se na utilização dos EPI e, principalmente na sua remoção. Diversos estudos demonstram que a atividade de retirar os EPI é crítica para a segurança dos profissionais. No serviço, a remoção de EPI é feita em diferentes zonas da área de isolamento, utilizando sempre uma sequência específica, com vigilância e orientação contínua de outro profissional.



EPI (Equipamento de Proteção Individual)



Com este conjunto de medidas, atingimos um nível de proteção adequado, com a segurança necessária para os profissionais e uma contenção segura da doença.



Com este conjunto de medidas, atingimos um nível de proteção adequado, com a segurança necessária para os profissionais e uma contenção segura da doença.

Em relação aos produtos biológicos para análise laboratorial, e ao seu transporte, foram criadas condições de acondicionamento e circuitos de transporte para os laboratórios em máxima segurança, reduzindo o risco de contaminação ambiental ou profissional. No sentido de reduzir ao mínimo a saída para o exterior do isolamento de produtos biológicos para análise laboratorial, dotou-se o serviço com equipamentos portáteis de realização de análises clínicas que, de forma imediata e no local de isolamento, nos dão um conjunto de resultados necessários para monitorização da situação.

Enf. Ana Oliveira: No serviço temos duas situações possíveis para o isolamento das crianças doentes com suspeita de ébola, consoante a sua proveniência:

- Se vier através do INEM, a sua entrada será pelas traseiras do serviço, diretamente para um quarto de isolamento com sistema de pressão negativa junto a essa entrada.
- Se vier pelo Serviço de Urgência, a sua entrada será pela Área Reservada, área com sistema de pressão negativa e circuito próprio para triagem e cuidados, onde permanecerá até ser conhecido o resultado, e posteriormente encaminhado para o respectivo quarto.

O acompanhante/pai, acompanha a criança e durante a validação do caso com a DGS, é também validada a sua situação. No caso de ter sintomas será enviado por INEM para o HCC, caso esteja bem pode ficar a acompanhar a criança permanecendo sempre no quarto, com EPI igual ao dos profissionais de saúde.

Revista ACE: Quais as principais dificuldades apresentadas pela equipa no cuidar da pessoa com infeção provável ou confirmada por vírus Ébola?

Enf. João Pais: A principal dificuldade relatada por todos os profissionais prende-se com as limitações sensoriais e respiratórias durante a utilização do conjunto de EPI. Estes EPI produzem no utilizador limitações no tato, na visão, na audição e dificuldades na respiração. A duplicação de proteção das áreas corporais, nomeadamente na face, provoca limitações nos sentidos: a utilização de óculos e viseira limitam a visão, o capuz do fato e a cogula limitam a audição, o triplo par de luvas limita a sensibilidade táctil e o respirador P3, associado a todas as proteções da face (que implicam controlo da respiração para impedir o embaciamento dos óculos e viseira), dificulta a respiração.

O trabalho de enfermagem, nos procedimentos mais comuns, associa a visão ao tato, por exemplo na cateterização de veias periféricas, que com estes EPI se encontram limitados. Acresce que a utilização do conjunto dos EPI provoca um aumento de temperatura corporal, com conseqüente sudorese profusa e muito desconforto. É nestas situações que têm ocorrido mais relatos de dificuldades pelos profissionais. Apesar deste desconforto inerente ao uso do conjunto de EPI preconizado para esta situação, é reconhecida e aceite por todos a necessidade do cumprimento rigoroso dessas orientações como o método mais eficaz de proteção e segurança.

Enf. Ana Oliveira: Também de referir o calor excessivo provocado pelo EPI.

Na pediatria usamos 2 pares de luvas, o que dificulta bastante a técnica da punção venosa, sobretudo quando se tratam de crianças pequenas cujas veias são frequentemente de difícil acesso.

INFORMAÇÃO DE SAÚDE



SE NOS ÚLTIMOS 21 DIAS



Esteve num país afetado pela epidemia de Ébola



OU Esteve em contacto com um doente infetado por Ébola



+ Se tem ou teve febre



NÃO SE DESLOQUE

Evite os contactos com outras pessoas



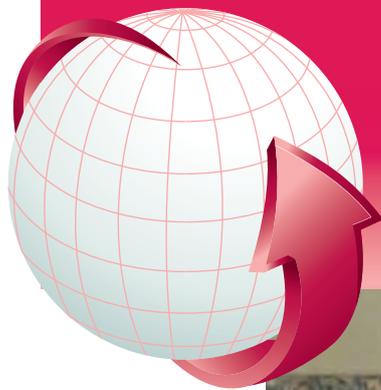
LIGUE DE IMEDIATO

808 24 24 24

Estamos preparados para **o aconselhar**

Aconteceu

Enf. Natacha Sousa



Palestrantes, da esquerda para a direita: Enf. João Pêla, Enf. Luis Antão e Dra. Rute Moura Pires



Vivência da Sexualidade no Indivíduo com Doença Neurológica

Realizou-se o segundo workshop promovido pela Academia ACE com o tema Vivência da Sexualidade no indivíduo com Doença Neurológica. Este decorreu no dia 19 de junho no Salão Nobre do Hospital de S. José.

Contámos com a participação de excelentes oradores que nos ajudaram a compreender e a quebrar tabus relativamente a esta temática.

Começámos com o Enfermeiro João Pêla - Enfermeiro Especialista em Reabilitação do Serviço de Neurocirurgia (Enfermaria) do Hospital de S. José - que abordou o tema principal do workshop através da sua vasta experiência nesta área. Ao longo da sua preleção falou-nos da definição de sexualidade humana, dos mecanismos neurofisiológicos da resposta sexual, das disfunções sexuais mais frequentes nos doentes com lesões cerebrais, das intervenções dos enfermeiros nas mesmas e dos dispositivos de compensação existentes. Terminou a sua intervenção enfatizando a relação estreita que existe entre afectividade e sexualidade.

A segunda preleção esteve a cargo do Enfermeiro Especialista em Reabilitação da Unidade Vértebro Medular (UVM) Luís Antão que abordou o tema da Sexualidade Masculina na Lesão Vértebro Medular demonstrando um trabalho realizado por si e pela Enf. Telma de Melo também da UVM. Este trabalho focou-se na sexualidade masculina devido ao facto da percentagem de homens afetados por uma lesão vertebro medular internados na UVM ser mais elevada e de estes demonstrarem maior curiosidade acerca do tema. O Enf. Luís procurou desmistificar alguns mitos e crenças definindo a disfunção sexual neurogénica. Abordou a etiologia da lesão medular e de como esta pode afetar a resposta sexual masculina e qual o papel do Enfermeiro de Reabilitação nestas situações. Terminou a sua preleção demonstrando os vários tipos de tratamento existentes assim como soluções para a

fertilidade e dando alguns exemplos de situações que aconteceram na sua prática diária.

Na segunda parte enfatizou-se a importância dos Aspectos Psicológicos inerentes à Sexualidade da Pessoa com Doença Neurológica. Este Tema foi abordado pela Dra. Rute Moura Pires - Psicóloga Clínica que dá apoio a muitos dos utentes da UVM. A Dra. Rute relacionou os aspetos orgânicos e psicológicos relativos à sexualidade incidindo a sua apresentação no utente com Lesão Vértebro Medular. Considerou como obrigatória a integração da Reabilitação Sexual em qualquer programa de reabilitação enumerando intervenções importantes a serem realizadas pelo psicólogo assim como por toda a equipa multidisciplinar integrante do programa de Reabilitação.

Este workshop foi dirigido a todos os profissionais de saúde do CHLC e contou com uma audiência modesta mas participativa nos momentos de debate. Pensamos ter contribuído para que os profissionais de saúde comecem a considerar a Reabilitação Sexual do indivíduo com doença neurológica tão importante como as áreas de reabilitação motora e respiratória.



Vista geral da sala

Aconteceu

Enf. Ana Inês Costa



Palestrantes, da esquerda para a direita: Enf. Fernanda Seixas, Enf. Marina Dingle, Enf. Mafalda Silva, Enf. Anabela Simões e Enf. Mara Pereira



A Problemática da Criança / Jovem e Família com Diabetes Mellitus (DM): Partilha de Experiências de Enfermagem

No passado dia 26 de setembro de 2014 decorreu no Auditório do Hospital D. Estefânia, entre as 10h e as 13h, o workshop organizado pela Academia ACE, subordinado ao tema “A Problemática da Criança/Jovem e Família com Diabetes Mellitus (DM): Partilha de Experiências”.

A temática da “Criança e Jovem com DM Tipo I” apresentada pela Sra. Enf. Mara Pereira, Sra. Enf. Fernanda Seixas e Sra. Enf. Mafalda Silva relembrou que esta doença crónica, caracterizada pelo aumento dos níveis de glucose no sangue – hiperglicemia – não pode ser curada, mas pode ser controlada através do efeito cumulativo da medicação, da atividade física, da alimentação, do apoio psicológico e da educação terapêutica. Salienta-se, ainda o Enfermeiro de Referência com o pilar fundamental da continuidade de cuidados e avaliador da eficácia do ensino-aprendizagem da criança e família relativamente à doença.

É crucial promover uma boa percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde, que inclui o bem-estar e a saúde mental, a percepção de saúde física, revelando um controlo da sintomatologia associado à doença, e a participação social, que diz respeito à relação com os outros na família, com os amigos, no trabalho/escola e nos tempos de lazer. A Sra. Enf. Anabela Simões, que apresentou a palestra “Acompanhamento da Criança/Jovem e Família com DM: Intervenções de Enfermagem na Consulta Externa em Ambiente Hospitalar”, salientou a importância dos três fatores em cima referidos para um processo adaptativo à DM eficaz. Refere que a conjugação das características intrínsecas da criança/jovem, da família e dos profissionais de saúde são fundamentais para a aquisição dessa adaptação à doença. A deslocação dos Enfermeiros à escola da criança/jovem com DM é uma iniciativa levada a cabo pela UMAD, em parceria com os Enfermeiros

dos HDE, e pelas Enfermeiras da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, no sentido de facilitarem a integração da criança/jovem no meio escolar.

A Sra. Enf. Marina Dingle, que apresentou o “Papel da Enfermeira da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal na prestação de cuidados à criança/jovem e família com DM” considerou que a adaptação à DM tem uma grande variação interpessoal, associada não só à gravidade e características da doença, como à qualidade do suporte social e dos serviços de saúde. Deste modo, o conhecimento da doença e a aceitação do diagnóstico, a vivência da doença por parte da criança/jovem e família, e a adaptação e confronto com procedimentos invasivos/dolorosos ou agravamento da situação de saúde são essenciais para uma vida plena com o diagnóstico de DM.

As palestrantes concordaram com a importância de se desenvolverem iniciativas de partilha de experiências, tais como encontro de pais de crianças/jovens com DM, campos de férias, encontro de professores das escolas que têm na turma crianças/jovens com o diagnóstico de DM, encontros de crianças/jovens e atividades que assinalem o Dia da Diabetes.

No final do workshop, os participantes verbalizaram que o balanço do mesmo foi positivo pois permitiu o conhecimento e reflexão dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família com DM, mas também a partilha de experiências facilitadoras da adaptação à doença.

VENHA CRESCER CONNOSCO!

Seja sócio em www.acenfermeiros.pt

CRESCER FAZ PARTE INTEGRANTE DA VIDA

A ACE, Associação Científica dos Enfermeiros está continuamente a trabalhar desde 2001 em prol da Formação dos Enfermeiros e pela visibilidade da Enfermagem.

Por si, por nós e por todos.

Contamos consigo!



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL-EPE



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS



Aconteceu

Enf. Dulce Catanho



Testemunho de uma doente - Daniela Coelho

1.º Encontro de Doentes Ostromizados

A Unidade de Patologia Colo-Rectal organizou e realizou o 1.º Encontro de Doentes Ostromizados, no dia 18 de outubro, no Centro Paroquial do Sagrado Coração de Jesus, em Lisboa.

Este Encontro nasceu da vontade expressa quer pelos utentes da Consulta de Enfermagem da Unidade de Patologia Colo-Rectal, quer pelos elementos da equipa de profissionais (de enfermagem) e teve como objetivo proporcionar aos doentes e/ou prestadores de cuidados um espaço de partilha das suas experiências.

Com um total de 145 participantes, cuidadores e colaboradores tiveram a possibilidade de expressar a sua opinião e contribuir para a melhoria da prestação de cuidados e qualidade de vida dos doentes ostromizados. Houve ainda oportunidade para avaliar a relevância da iniciativa e a motivação por detrás de cada presença, mediante a mensagem deixada pelos participantes nos painéis que estavam disponíveis no local (foto 2). Cremos que o objetivo inicial foi alcançado, o que constitui motivação para iniciativas futuras.

Agradecemos a todos os que contribuíram para o sucesso deste evento: aos participantes, a todos os colaboradores e animadores que colaboraram para a concretização deste dia, bem como a todos os preletores convidados que partilharam com grande empenho as suas experiências e saberes.



Local de recepção dos convidados



Mensagens que espelham o parecer dos convidados



Marco Paulo - um dos convidados para a animação do Encontro



Participantes e colaboradores do Encontro



ACE

ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA DOS ENFERMEIROS

QUEREMOS CRESCER MAIS!

Contamos com a sua colaboração para aumentar o número de colegas que queiram aderir à nossa Associação Científica, pois só assim poderemos ser mais fortes e obter mais vantagens para todos.



Venha juntar-se a nós!
Juntos conseguimos fazer mais.