



Universidade Nova de Lisboa

Instituto de Higiene e Medicina Tropical

A malnutrição infantil numa área remota de Timor Leste – influência das práticas e atitudes do enfermeiro e factores que as determinam

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em
Saúde e Desenvolvimento

Autora: Maria Saraiva Sousa e Faro Sacchetti

Orientadora: Prof. Dra. Sónia Ferreira Dias

Co-Orientador: Prof. Dr. Gilles Dussault



Lisboa, Janeiro de 2011

A malnutrição infantil numa área
remota de Timor Leste – influência das práticas
e atitudes do enfermeiro e factores que as determinam

Dissertação para a obtenção do grau de
Mestre em Saúde e Desenvolvimento

Autora: Maria Saraiva Sousa e Faro Sacchetti

Orientadora: Prof. Dra. Sónia Ferreira Dias

Co-Orientador: Prof. Dr. Gilles Dussault

Lisboa, Janeiro de 2011

*Descobrir as pessoas nos diferentes meios de vida,
atrever-se cada vez mais a partir do desconhecido
das situações que vivem. Ir ao encontro das pessoas
em diferentes meios sociais e lugares de vida é o ponto
de partida de todos os cuidados de saúde primários.*

Marie-Françoise Collière, 2003

AGRADECIMENTOS

Os meus sinceros agradecimentos à Organização Médicos do Mundo - Portugal, que me proporcionou a realização deste trabalho, e me abriu portas a uma experiência inesquecível, em especial João Blasques, Paula Fernandes, Ana Godinho e Paulo Seixas.

Agradeço também ao Dr. Fernando Vasco pela revisão final e sugestões.

Agradeço ainda ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical, que me autorizou e apoiou neste desafio, em especial aos orientadores Professora Dra. Sónia Dias e Professor Dr. Gilles Dussault que não me deixaram desistir, apesar das dificuldades inerentes a uma orientação à distância.

Ao Ministério da Saúde de Timor Leste e Serviços Distritais de Saúde de Lautem, aos parceiros para a Nutrição com quem tanto aprendi, ao Instituto de Ciências da Saúde e aos enfermeiros de Lautem, não só aos participantes mas a todos que comigo se cruzaram e me deram a conhecer as suas dificuldades.

E por fim à minha família e amigos, que me receberam no regresso como se nunca me tivesse ausentado,

Muito obrigada.

RESUMO

Estima-se que Timor Leste atinge níveis de mortalidade infantil muito elevados, cerca de 60 por 1000 nados vivos. Entre as mais comuns causas de morte destas crianças, aponta-se a malnutrição. Mais de uma em cada dez crianças timorenses sofrem de malnutrição, das quais uma em cada duas padece de malnutrição crónica (Unicef, 2007).

Inadequadas práticas de cuidados de saúde materno-infantil são apontadas como causa subjacente do estado nutricional destas crianças, dada a provável existência de limitações no desempenho dos profissionais de saúde, em particular na sua intervenção face à malnutrição infantil. Competência, motivação, crenças e valores, feedback e atitude no trabalho, são apontados como alguns dos factores individuais que determinam o desempenho do enfermeiro.

Através de uma abordagem qualitativa, utilizando como metodologia o estudo exploratório descritivo etnográfico, procurou-se explorar a influência de factores individuais no desempenho do enfermeiro face à malnutrição infantil, no Distrito de Lautem, em Timor Leste. Através da técnica de observação directa dos enfermeiros durante a prevenção, rastreio e tratamento da malnutrição infantil, reconheceram-se as suas práticas. Recorrendo posteriormente a entrevistas semi-estruturadas e análise de conteúdo das mesmas, identificaram-se as suas atitudes face à malnutrição infantil e factores determinantes presentes.

Foi possível constatar nos resultados a presença de crenças e valores determinantes nas práticas dos enfermeiros, na abordagem à criança durante os rastreios de malnutrição. A atitude no trabalho é marcada principalmente pela falta de empatia para com os pais das crianças e revelação de práticas imprudentes, associadas à falta de competências. A necessidade de formação profissional foi assumida pelos próprios enfermeiros, ao contrário do insucesso das suas intervenções, que não foi assumido, o que poderá vir a ser uma barreira ao processo de mudança necessário à reversão da situação. A ausência de feedback positivo declarada, associada à falta de supervisão adequada, foram também identificados como factores presentes. Por outro lado, os enfermeiros demonstram-se coesos, privilegiando o trabalho de equipa e funcionando em uniformidade. A capacidade para lidar com o stress e espírito de missão, foram também apontados como mais-valias.

PALAVRAS CHAVE:

Malnutrição, Desempenho, Enfermeiro, Timor Leste

ABSTRACT

It is estimated that East Timor achieves very high levels of infant mortality, about 60 per 1000 live births. Among the most common causes is the malnutrition. More than one in ten East Timorese children are malnourished, of which one in two suffers from chronic malnutrition (UNICEF, 2007).

Inadequate healthcare practices are identified as underlying cause of the nutritional status of these children, given the probable existence of limitations in the health workers performance, on nutrition interventions. Competences, motivation, beliefs and values, feedback and work attitude, are mentioned as some of the individual factors affecting nurse's performance.

Considering a qualitative approach, through the exploratory and ethnographic methodology was explored the influence of individual factors in nurses performance during infant nutrition interventions, in Lautem District, East Timor. For data collection, the selected techniques were the direct observation of nurses during malnutrition prevention, screening and treatment activities, and semi-structured interviews. Data analysis was completed by the number of expected and non-expected practices observed and interviews content analysis.

It was possible to confirm in the results, the presence of beliefs and values affecting nurse's performance. Work attitude is patent by the lack of empathy with the children's parents and reckless disclosure practices associated with low skills. The participant nurses mentioned training needs, however, they did not assumed their interventions failure, what could be a barrier for the necessary changes to the situation reverse. Lack of positive feedback reported, associated with proper supervision needs were also identified. On the other hand, nurses demonstrated tight, focusing on teamwork and working in a consistent way. The ability to handle stress and sense of mission were noticed as capital gains.

KEY WORDS:

Malnutrition, Performance, Nurse, East Timor

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 – Mapa de Timor Leste

Figura 2 – Adaptado de: *Classification of Malnutrition in CMAM* (Ministério da Saúde, 2009)

Figura 3 – Adaptado de: *Situação Nutricional em Timor Leste* (Ministério da Saúde, 2009)

Figura 4 – Adaptado de: *Public Sector Health Worker Motivation and Health Sector Reform: a conceptual framework*. Bennett e Franco (1999)

Figura 5 – Adaptado de: *The perception, motivation and performance model*. Sharpley (2002)

Figura 6 – Adaptado de: *The Performance Model*. Awases

Quadro 1 – Práticas dos enfermeiros na abordagem geral à criança na consulta de saúde infantil

Quadro 2 – Práticas dos enfermeiros na abordagem à criança com malnutrição

SIGLAS E ABREVIATURAS

CHC – Community Health Centres

CMAM – Community Based Management of Acute Malnutrition

IMC – Índice de Massa Corporal

IMCI – Integrated Management of Childhood Illness

MCH – Maternal and Child Health

MdM-P – Médicos do Mundo – Portugal

MICS – Multiple Indicator Cluster Survey

MUAC – Middle Upper Arm Circumference

ODM – Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não Governamental

RDTL – República Democrática de Timor Leste

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UNDP – United Nations Development Programme

UNICEF – United Nations Children’s Fund

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

Agradecimentos	4
Resumo	5
Palavras-Chave	5
Lista de Figuras	7
Siglas e Abreviaturas	8
Introdução	11
Contextualização da Problemática	14
Malnutrição infantil: definição e contextualização em Timor Leste	14
Ser enfermeiro em Timor Leste: formação, papel e desempenho	22
Enquadramento Teórico	26
Factores que influenciam o desempenho dos enfermeiros: modelos de referencia	27
Factores individuais determinantes do desempenho do enfermeiro: Definição de conceitos	30
Possíveis factores organizacionais e sociais determinantes do desempenho do enfermeiro enquadrados no contexto de Timor Leste	36
Definição de Objectivos	39
Objectivo Geral	39
Objectivos Específicos	39
Material, população e procedimentos	40
Desenho do estudo	40
População e Amostra	41
Instrumentos de colheita de dados	42
Procedimentos	43
Considerações éticas e legais	44
Conflitos de interesses	45
Resultados	46
Análise da Observação Directa: Práticas dos Enfermeiros durante a consulta de Saúde Infantil	46

Análise das entrevistas: percepções e atitudes do enfermeiro face à malnutrição infantil -----	50
Discussão -----	63
Limitações do estudo -----	69
Considerações finais e recomendações -----	71
Referencias Bibliográficas -----	74
Anexos -----	80
Anexo I – Grelhas de Observação Directa -----	81
Anexo II – Guião de entrevista -----	84
Anexo III – Formulários de consentimento -----	87
Anexo IV – Grelha de Análise de Conteúdo -----	92

INTRODUÇÃO

A malnutrição infantil, em particular a malnutrição decorrente do défice de consumo de nutrientes, é um problema de saúde prioritário, especialmente em países de baixo rendimento. Está directamente associada a condições de vida precárias e pobreza, tendo a particularidade de, simultaneamente, ser causa e consequência do aparecimento de outras doenças infecciosas e parasitárias graves, o que desencadeia um ciclo vicioso que contribui em muito para o aumento das taxas de morbi-mortalidade infantil a nível mundial. Cerca de 70% das crianças com malnutrição vivem na Ásia, 26% vivem em África, e 4% na América Latina e Caraíbas (WHO, 2000).

A Declaração do Milénio das Nações Unidas, assinada em Setembro de 2000 por 191 estados membro, estabeleceu o compromisso de atingir oito objectivos até 2015, denominados os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Entre as metas estabelecidas, e com vista a alcançar o quarto objectivo traçado correspondente à redução da mortalidade infantil, a declaração comprometeu-se a reduzir em dois terços, até 2015, a mortalidade de crianças abaixo dos 5 anos de idade, a nível mundial.

Estima-se que Timor Leste atinge níveis de mortalidade infantil muito elevados, cerca de 60 por 1000 nados vivos. Até atingirem os 5 anos de idade, morrem 83 crianças por 1000 nados vivos, consequência da combinação de vários factores: condições de saneamento precárias, doenças infecciosas e parasitárias, malnutrição, entre outras causas. Mais de uma em cada dez crianças timorenses sofrem de malnutrição, das quais uma em cada duas padece de malnutrição crónica (Unicef, 2007).

No ano de 2004 foi implementada pelo Ministério da Saúde de Timor Leste uma política de estratégia nacional de nutrição, com o objectivo de prestar orientação para a implementação das intervenções que asseguram o estado nutricional adequado da população. Ainda no mesmo ano, foi implementada outra política pelo Ministério da Saúde, a de Estratégia Nacional de Promoção de Saúde 2004 – 2010. Esta política estabeleceu como missão que, *“nos próximos cinco anos, os programas de promoção de saúde devem operar como método para ajudar os cidadãos a serem responsáveis pela sua própria saúde, serem participantes activos nos programas de desenvolvimento da saúde, e a terem óptimo acesso a informação e cuidados de saúde de qualidade”*¹. No entanto, os indicadores de saúde infantil não coincidem com resultados esperados aquando a implementação destas políticas.

¹ *“National Strategy for Health Promotion”* ” Ministério da Saúde, RDTL. Agosto 2004.

As situações de conflito e pobreza extrema poderão ter influência no insucesso expresso nos indicadores de saúde infantil de Timor Leste, mas não só. No que diz respeito à malnutrição infantil, e tendo sido apontadas como causas de malnutrição infantil inadequadas práticas de cuidados materno-infantis e os pobres serviços de saúde e saneamento, existe uma provável relação entre o desempenho dos profissionais de saúde e os resultados observados. O Relatório da OMS 2006 (WHO, 2006) foca que “*O desempenho dos profissionais de saúde é crucial, pois não só tem impacto directo na prestação de cuidados de saúde, como também sobre a saúde da população. O profissional com bom desempenho é aquele que trabalha de maneira ágil, justa e eficiente para alcançar os melhores resultados de saúde possível, tendo em conta os recursos disponíveis e as circunstâncias*”.

Alguns estudos revelam a presença de factores determinantes que condicionam o desempenho dos enfermeiros em países de rendimento baixo. Entre outros, apontam-se a insuficiente capacitação e experiência dos profissionais de saúde, a fraca capacidade de gestão, as más condições de trabalho, o ambiente de trabalho adverso, e a remuneração inadequada (Awases, 2006).

No entanto, não são conhecidos estudos sobre factores que influenciam o desempenho dos enfermeiros, realizados em Timor Leste, pelo que se torna pertinente aprofundar conhecimentos acerca das práticas adoptadas pelo enfermeiro na prevenção, detecção e encaminhamento/tratamento de casos de malnutrição infantil no país em questão, assim como sobre as suas atitudes face ao problema, tendo em consideração os factores que determinam o seu desempenho.

Os modelos criados como base nos estudos existentes que referem factores determinantes do desempenho, consideram a existência de vários níveis de factores, e essencialmente dividem-nos em três grandes grupos: factores socioculturais, organizacionais e individuais. Na impossibilidade de considerar todos os factores e modelos existentes, e dada, por um lado, a complexidade e limitações temporais para estudar factores socioculturais, e por outro lado, a existência de documentos e estudos focados em factores organizacionais noutros países em situação similar a Timor Leste, optou-se na presente investigação por se considerarem apenas os factores individuais, utilizando como base o modelo de factores que influenciam o desempenho dos enfermeiros proposto por Awases, em 2006 – *The performance model*. As crenças e valores, pensamento crítico, prudência, competência, feedback, motivação e satisfação no trabalho são alguns dos factores individuais considerados no modelo adoptado. No entanto, será feita uma breve abordagem aos factores sociais e organizacionais.

O presente estudo visa assim explorar a influência de factores individuais no desempenho do enfermeiro relativamente ao problema de malnutrição infantil, no Distrito de Lautem, em Timor Leste. Em particular, pretende-se na presente investigação reconhecer as práticas do enfermeiro timorense na prevenção, detecção e encaminhamento/tratamento de casos de malnutrição infantil, e identificar quais as suas atitudes face à malnutrição infantil, considerando os factores individuais que influenciam o seu desempenho.

Para alcançar os objectivos propostos optou-se pelo método de investigação qualitativo, numa abordagem exploratória descritiva, etnográfica. Foi realizada a observação directa das práticas de dezassete enfermeiros durante as consultas de saúde infantil e realizadas oito entrevistas, numa amostra de vinte enfermeiros de saúde infantil a exercer funções no Distrito de Lautem, em Timor Leste.

É desejável que os resultados da presente investigação possam abrir caminho a outros estudos de investigação na mesma área, e que sirvam de base a uma estrutura de formação e gestão que prospere o desempenho dos enfermeiros, não só em Timor Leste, mas também noutros países em situação similar.

Este trabalho encontra-se organizado em seis grandes capítulos: o capítulo I corresponde ao enquadramento teórico, onde se aborda a problemática da malnutrição infantil, o papel do enfermeiro e a importância do seu desempenho para a reversão da situação, no contexto de Timor Leste. Serão ainda neste capítulo referidos outros estudos relacionados com o tema, assim como quadros de referência de factores que determinam o desempenho dos enfermeiros, e são por fim definidos conceitos fundamentais. Posteriormente, no capítulo II são apresentados os objectivos geral e específicos da investigação, formulados a partir da problemática de investigação apresentada na introdução. O capítulo III é dedicado à apresentação do desenho do estudo, população, métodos e procedimentos. O quarto e quinto capítulos são respectivamente reservados à apresentação e análise dos resultados obtidos, considerando os objectivos da investigação. As considerações finais e recomendações são apresentadas no capítulo VI.

Abaixo se apresenta a contextualização da problemática, como forma de introdução ao Capítulo I.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Malnutrição infantil: definição e contextualização em Timor Leste

A malnutrição infantil é uma doença grave que afecta principalmente as camadas mais pobres da população mundial. Segundo Blossner e Onis (2005), o termo malnutrição geralmente refere-se tanto ao excesso como ao défice de consumo de nutrientes, embora neste contexto seja relevante apenas o seu défice. A malnutrição pode ser consequência de inúmeros factores, sendo a maioria destes relatados como dietas pobres a muito pobres, infecções de repetição, e afectam principalmente populações menos favorecidas. A malnutrição é também factor de risco para o desenvolvimento de outras doenças ou malnutrição grave, que podem resultar em morbidade e morte. Contudo, raramente a malnutrição é causa directa de morte (excepto em situações extremas). O estado nutricional de mulheres e crianças é particularmente importante. Grávidas com malnutrição dão muitas vezes à luz crianças com baixo peso, susceptíveis a desenvolverem doenças e terem uma morte prematura. Muitos factores, tais como instabilidade política ou um crescimento económico lento, prevalência de doenças infecciosas e níveis baixos de educação, podem contribuir para elevadas taxas de malnutrição infantil. Segundo os mesmos autores, em 2001, em países de rendimento baixo, a malnutrição infantil estava associada a 54% das mortes de crianças (10,8 milhões de crianças).

Torna-se essencial, tanto para a compreensão desta doença como do seu impacto a curto e longo prazo, aprofundar o seu conceito em termos mais técnicos, e fazer a distinção entre malnutrição aguda e malnutrição crónica. Em meados de 1970, Waterlow (citado por Vitória, 1992) assinalou duas formas de malnutrição infantil: o défice ponderal, que corresponde ao défice de peso relativamente à altura, que foi originalmente definido como uma situação aguda, indicando recente perda de peso; e o nanismo (decorrente da malnutrição), que corresponde a um défice no peso ou comprimento relativamente à idade de criança, tendo sido o mesmo proposto como um indicador de longa data ou malnutrição crónica. Esta ideia foi suportada em 1977 pelo comité da Organização Mundial de Saúde que definiu “peso por altura” como um indicador do presente estado de nutrição e “peso por idade” como um indicador do passado nutricional (Vitória, 1992).

Timor-leste é um país com uma área de 19000 Km², situado entre a Austrália e a República da Indonésia. Partilha a sua existência física com Timor Ocidental, território indonésio.

*A malnutrição infantil numa área remota de Timor Leste:
Influência das práticas e atitudes do enfermeiro e factores que as determinam*



Figura 1 – Mapa de Timor Leste (disponível em: <http://www.asia-turismo.com/mapas/timor-leste.htm>)

Povoado por aproximadamente 800 000 pessoas, é hoje conhecido como o primeiro Estado a surgir durante o Terceiro Milénio. A população é relativamente jovem devido à cronicamente baixa esperança de vida à nascença e à elevada taxa de mortalidade infantil (Araújo, 2005). Foi colónia portuguesa entre 1859 e 1975, após o que foi invadido e ilegalmente anexado à Indonésia. Durante os 24 anos seguintes, os timorenses foram vítimas de massacres e morreram mais de 300 000 pessoas (mais de um terço da população), vítimas de fome e genocídio (Gonçalves, 2002). A consulta popular organizada pelas Nações Unidas (ONU) no final de Agosto de 1999, através da qual a maioria da população timorense recusou um pacote de autonomia proposto pelo estado Indonésio, acarretou a destruição de cerca de 70% das infra-estruturas do país, levada a cabo pelo exército indonésio. Uma grande proporção de edifícios privados e públicos, inclusive Centros de Saúde, Hospitais e outras instalações de saúde, foi severamente danificada ou destruída (Araújo, 2005). A intervenção das Nações Unidas, responsável pela administração transitória do país, fez regressar gradualmente a paz, e a 20 de Maio de 2002 foi dada a restauração da independência (Gonçalves, 2002). No entanto, o ambiente pacífico foi de curta duração. Em Abril de 2006, uma complexa crise política e um conflito civil fez despontar novamente a violência. Cerca de 3 000 casas foram queimadas e estima-se que aproximadamente 150 000 pessoas, cerca de 15% da população do país, tenham ficado desalojadas. Mais de 64 campos de desalojados surgiram espontaneamente em Díli, tendo sido posteriormente suportados por várias organizações e instituições.

Aparte dos conflitos, Timor Leste é propício a desastres naturais, especialmente inundações e deslizamento de terras, durante a estação das monções (Unicef, 2007).

Dados presentes no *Relatório Mundial de Saúde 2005* (OMS, 2005) demonstram que, dos 43 países que apresentam estagnação ou reversão das taxas de mortalidade infantil, 19 correspondem a países vítimas de crises humanitárias com duração igual ou superior a dois anos. Tais situações levam a que haja uma resposta inadequada ou mesmo ausência de resposta, da parte das autoridades nacionais às necessidades básicas da população. O abatimento das autoridades e o aumento da violência fazem com que mulheres e crianças paguem o preço mais alto, por serem mais vulneráveis e estarem mais expostas.

Timor Leste é classificado em 120º lugar no *United Nations Human Development Index* (UNDP, 2010) e é considerado como o país mais pobre da região. Estima-se que 40% da população viva abaixo do limiar da pobreza que corresponde a 0,55 dólares americanos por dia. Os níveis de escolaridade são baixos. Em 2004 apenas metade dos adultos da população total eram alfabetizados. Cerca de 50% da população total não tem acesso a água potável e 20% não tem acesso a saneamento. O nível de desemprego é alto, em particular entre a população jovem do meio rural (43% destas pessoas são desempregadas). A iniquidade de género está patente na maioria dos indicadores socioeconómicos, que demonstram que as mulheres estão significativamente em desvantagem e são discriminadas em relação à saúde, emprego e educação (Zwi *et al*, 2006).

A dimensão de tais problemas, e a forma como poderão afectar o acesso das crianças a cuidados de saúde, é evidenciada no *Relatório Mundial de Saúde 2005* (OMS, 2005), onde está descrito que a exclusão de acesso a cuidados de saúde é vasta, e varia de país para país. Em algumas regiões da África sub Sahariana as condições socioeconómicas limitam o acesso de muitas pessoas aos cuidados de saúde. Na Índia, o internamento hospitalar de uma rapariga é 1,5 vezes menos “desejável” do que o de um rapaz. Na Nigéria, filhos de uma mulher sem estudos têm 2,5 vezes maior risco de morrer do que filhos de uma mulher com ensino secundário completo ou com um curso superior.

O sistema de saúde de Timor Leste é baseado num modelo de cuidados de saúde primários. Existem quatro níveis de distribuição de serviços: nacional, regional, distrital e sub distrital. Existe um Hospital Nacional, situado em Díli, que funciona como facilidade de saúde de referência para casos que requeiram cuidados médicos especializados ou meios de diagnóstico diferenciados. Há ainda mais cinco hospitais regionais de referência, dos quais o maior fica situado em Baucau. A nível distrital e sub distrital existem 67 Centros de Saúde (CHC), dos quais 9 dispõem de algumas camas para internamento e um pequeno laboratório. Os restantes 55 oferecem tratamentos básicos,

medicina preventiva e serviços de promoção de saúde. Os profissionais de saúde dos CHCs são responsáveis pela oferta ao utente do pacote básico de cuidados, promovido pelo Ministério da Saúde (tuberculose, malária, saúde mental e planeamento familiar). Em acréscimo aos CHCs, existem 172 postos de saúde, distribuídos por cada sub distrito, em que a responsabilidade de prestação de cuidados cabe, habitualmente, a um enfermeiro ou uma parteira. A relativamente recente cooperação médica cubana em Timor, e distribuição de profissionais de saúde cubanos pelos distritos, sub distritos e hospitais tem mudado a posição dos recursos humanos do sector saúde. Os serviços a nível dos postos de saúde contam com a colaboração de clínicas móveis que providenciam cuidados de saúde em comunidades remotas (Zwi *et al*, 2006).

O financiamento do Sistema de Saúde é assegurado pelo governo, mas principalmente por fundos provenientes de entidades internacionais – Banco Mundial, Comissão Europeia, cooperação bilateral e outras instituições e organizações. Os serviços de saúde são gratuitos para os utentes, tendo estes apenas de efectuar o pagamento de alguns exames complementares de diagnóstico ou tratamentos, se os mesmos forem requisitados por serviços de saúde do sector privado².

O sistema de saúde de Timor Leste enfrenta limitações significativas no que diz respeito a progresso e reabilitação de infra-estruturas de saúde e autonomia dos serviços de saúde. O acesso aos serviços, pobre e com iniquidades, afecta principalmente as comunidades pertencentes a áreas rurais, em que muitas pessoas têm de percorrer longas distâncias para encontrar um posto de saúde. Muitas das estruturas de saúde não têm acesso a água, electricidade ou meios de comunicação, e funcionam sem o pessoal e recursos adequados. Serviços de laboratório e sistemas de vigilância epidemiológica e diagnóstico são também limitados. A capacitação da força de trabalho do Sector Saúde e a criação de uma estrutura organizacional sólida e apropriada constituem os maiores desafios do Sistema de Saúde timorense. A comunidade tende a recorrer a práticas tradicionais ancestrais em alternativa ao sistema “ocidental” de cuidados de saúde (Zwi *et al*, 2006).

O estudo *Multiple Indicator Cluster Survey* (OMS e UNICEF, 2002) faz uma análise detalhada da situação de nutrição em Timor Leste. Em relação à situação nutricional das crianças timorenses, o estudo revela que: 42,6% das crianças com menos de cinco anos apresentam baixo peso; 46,7% das crianças são consideradas “muito pequenas” ou atrofiadas; 12% das crianças com menos de cinco anos são muito leves para o seu peso (défice ponderal); 28% das mulheres têm um Índice de Massa Corporal (IMC) baixo até aos 18,5, o qual é considerado peso baixo; 7% das mulheres tinham um IMC abaixo dos 16, indicando subnutrição grave; somente 4% das mulheres foram

² Fonte: António Calares Júnior – Director Geral de Saúde de Timor Leste.

consideradas acima do peso, tendo um IMC acima dos 25³. O aleitamento materno exclusivo, essencial ao bom desenvolvimento nutricional e do sistema imunitário da criança, está somente um pouco acima dos 60% ao nascimento; aos cinco meses, somente 20% das crianças são alimentadas exclusivamente por leite materno. Relativamente ao reforço de micronutrientes, protocolado pelo Ministério da Saúde no país, a cobertura de sal com iodo é de 72% ; apenas 35% das crianças entre os 6 – 59 meses receberam cápsulas de vitamina A nos seis meses anteriores ao estudo; apenas cerca de 27% das mulheres referiram ter recebido uma cápsula de vitamina A no pós-parto.

Segundo dados do Ministério da Saúde de Timor Leste (2004), as causas primárias da subnutrição da sociedade relacionam-se quer com os antecedentes actuais e históricos da sociedade quer com factores externos à sociedade. Tais factores têm a ver com questões de nível “macro”, que têm impacto sobre o acesso da população aos recursos e sobre as suas escolhas. Para além disso, as causas primárias incluem ainda aspectos como os níveis educacionais, o rendimento *per capita*, a produtividade e Produto Nacional Bruto, os recursos minerais, o acesso à terra e à água, a infraestrutura e a governação. As crenças e os valores morais e espirituais, a consciencialização e activismo da sociedade civil, são também considerações importantes sobre a análise das causas primárias da subnutrição. Timor Leste é ainda em grande escala uma sociedade agrária. Em 2001, a agricultura era a maior fonte de rendimento em 94% dos Sucos⁴. Contudo, 24% das famílias possuíam menos de 0,5 hectares de terra agrícola, e 60% entre 0,5 e os 2,0 hectares. Ou seja, a segurança alimentar a nível nacional ou a nível do agregado familiar, não é assegurada devido à escassez sazonal, à baixa produtividade, ao pouco acesso à terra e ao facto de Timor Leste possuir pouca ou mesmo nenhuma vantagem comparativa nos produtos agrícolas. Assim, segundo as directivas de Estratégia Nacional de Nutrição para Timor Leste (2004), apuram-se como causas imediatas de malnutrição infantil no país dietas inadequadas e a doença (pela perda excessiva de nutrientes do corpo que provoca e redução do apetite). Como causas subjacentes de malnutrição aponta-se a falta de Segurança Alimentar do Agregado Familiar, as inadequadas Práticas de Cuidados Materno-Infantis (falta de cuidados especializados para crianças doentes, cuidados maternos deficientes, elevadas taxas de mortalidade materna, elevadas taxas de fertilidade, elevadas taxas de gravidez na adolescência e escassos cuidados durante a gravidez) e os serviços de saúde e saneamento precários (baixa cobertura de imunização, baixa cobertura de cuidados pré-natais, baixa cobertura de partos assistidos por pessoal formado, baixa cobertura de distribuição de cápsulas de vitamina A).

³ O estado nutricional de mulheres em idade fértil é relevante, pois grávidas malnutridas geram crianças com baixo peso (Blossner e Onis, 2005)

⁴ O Suco corresponde a um agrupamento de aldeias (entre três e sete) com proximidade geográfica.

Lautem é um dos distritos mais periféricos e isolados do país. Os níveis de desnutrição infantil parecem ser mais significativos em Lautem, relativamente à média timorense: uma criança de 2 anos em Lautem pesa em média 7 a 8 Kg, sendo a média timorense para uma criança da mesma idade de 12 Kg. A nível cultural, o consumo de carne só é feito excepcionalmente e a fruta só é consumida em situação de carência extrema de alimentos.⁵ Os serviços de saúde existentes limitam-se a um Centro de Saúde de referência, localizado na capital do distrito - Lospalos, e dispõe de 20 camas para internamento. Cada um dos cinco sub distritos tem um centro de saúde onde um enfermeiro acumula funções com a visita a aldeias mais remotas. O Serviço Nacional de Saúde dispõe de um total de 47 enfermeiros em todo o distrito (Médicos do Mundo-Portugal, 2005).⁶

Para a detecção e tratamento dos casos de malnutrição infantil, em Timor Leste, os enfermeiros e parteiras regem-se pelo Protocolo *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI) ao nível de tratamento hospitalar de casos graves de malnutrição aguda, e pelo Programa *Community Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM) a nível de detecção e tratamento de casos moderados na comunidade e encaminhamento de casos graves para o hospital. Este último foi introduzido pelo Ministério da Saúde de Timor Leste em Janeiro de 2009 e visa facilitar a detecção dos casos de malnutrição na comunidade, durante a vigilância nutricional mensal realizada nos centros de saúde, postos de saúde e postos móveis, contemplando um maior envolvimento da comunidade. O programa tem uma ligação estreita com o Programa de Reforço Alimentar, implementado desde 2008 para a prevenção e tratamento de casos de malnutrição aguda (Ministério da Saúde, 2009).

A figura 2 representa o fluxograma de decisão do CMAM.

⁵ Projecto “Prevenir é crescer” MdM-P. (2005). Não Publicado.

⁶ Projecto “Prevenir é crescer” MdM-P. (2005). Não Publicado

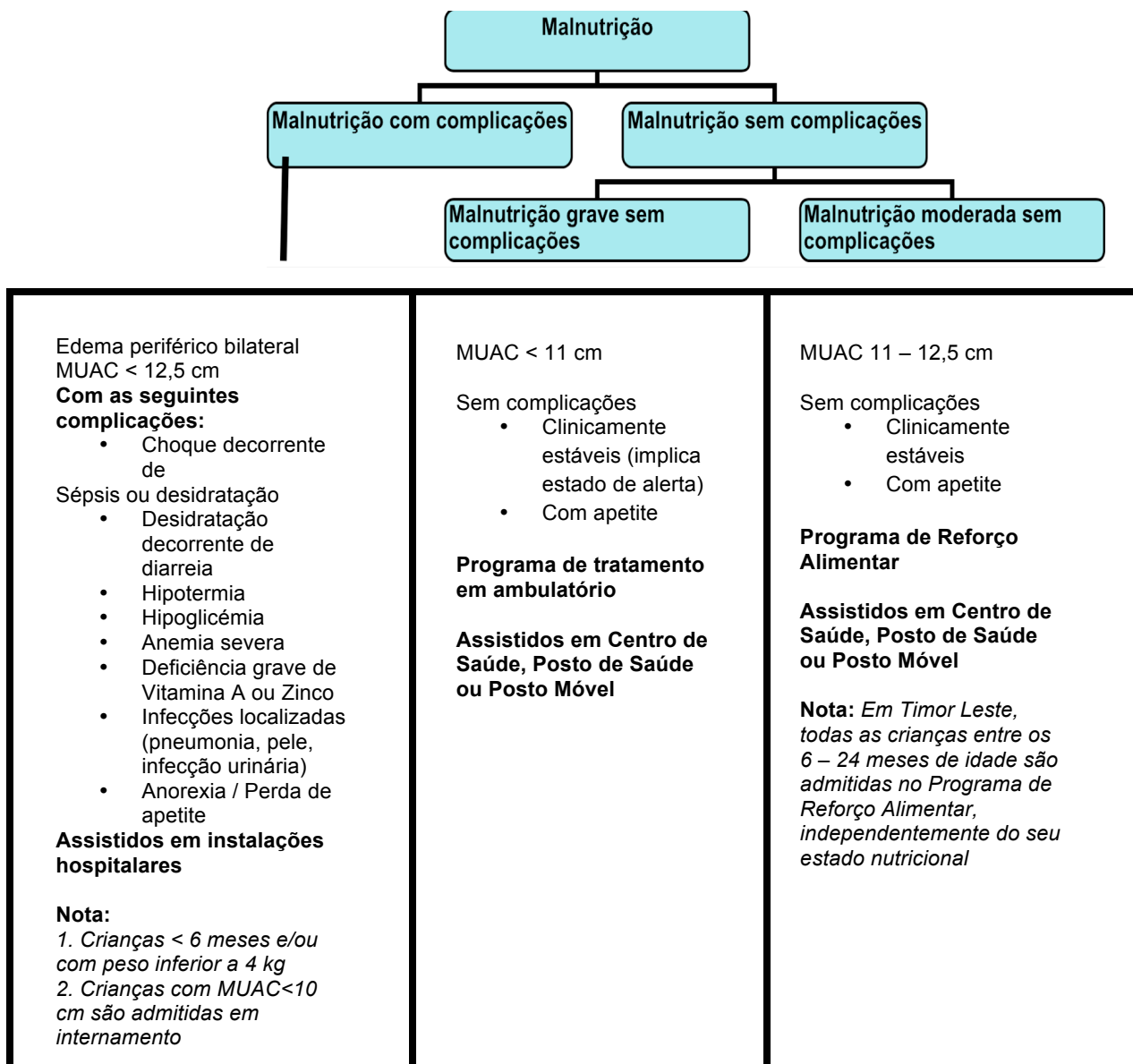


Figura 2 – Adaptado de: *Classification of Malnutrition in CMAM* (Ministério da Saúde, 2009)

Apesar dos esforços, em 2009 o cenário da malnutrição infantil em Timor Leste mantém-se bastante insatisfatório. A Figura 3 representa a situação de malnutrição infantil no país, apresentando níveis de défice ponderal (a vermelho) que chegam a atingir os 20% a nível nacional, a malnutrição crónica (a amarelo) chega a afectar 55% das crianças de todo o país, e o baixo peso (a azul) atinge 45% das crianças da nação. Em todos os distritos do país, 15% das crianças abaixo dos 5 anos de idade apresentam défice ponderal, uma situação considerada de emergência pelas linhas orientadoras internacionais, que exige cobertura de um programa de alimentação suplementar (WHO,2009)

*A malnutrição infantil numa área remota de Timor Leste:
Influência das práticas e atitudes do enfermeiro e factores que as determinam*

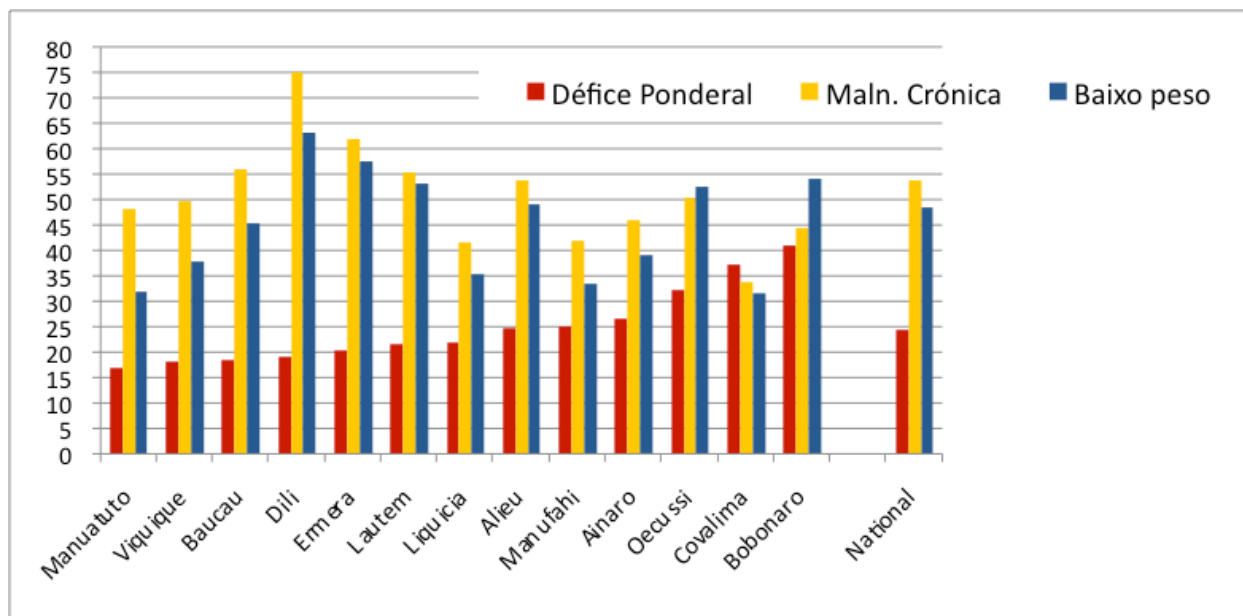


Figura 3 – Adaptado de Situação Nutricional em Timor Leste (*Timor Leste Landscape Analysis* – WHO, 2009)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e outras entidades, realizaram em 2009 uma análise panorâmica da situação nutricional em Timor Leste – *Timor Leste Landscape Analysis 2009* - com o objectivo de mobilizar recursos para uma intervenção efectiva em nutrição em países de elevado risco, e com esta medida acelerar a concretização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio 1 - Redução da extrema pobreza e fome, 4 – Redução da mortalidade infantil e 5 – Melhoria da saúde materna (WHO, 2009). Reforçaram a necessidade emergente de intervenção, pois em todos os distritos do país se ultrapassa os 15% de crianças com défice ponderal. Algumas das conclusões desta análise são relevantes para a presente investigação, na medida em que revelam a atenção dada à malnutrição infantil no país.

Assim, a análise mostra que as actividades de nutrição são identificadas primeiramente como pesagem e alimentação suplementar. Não há um completo reconhecimento da importância de seguir as intervenções em nutrição, tais como a promoção do aleitamento materno e suporte, prevenção e tratamento de doenças, a prevenção e tratamento de deficiências em micronutrientes e para reduzir a malnutrição durante a gravidez e aleitamento materno. A avaliação ponderal das crianças não revela eficácia comprovada, ocupa a maior parte do tempo e dos recursos e não é utilizado como uma ferramenta para auxiliar ou para facilitar o aconselhamento. É apenas utilizado para apoiar o programa de alimentação suplementar e tem baixa cobertura (a media nacional mensal entre 0-2 anos de idade cobre apenas 25% das crianças no primeiro trimestre de 2009). Revela também a insatisfação tanto por parte dos profissionais de saúde como da comunidade, sendo que a segunda coloca questões aos primeiros, tais como: "*Por que você*

continua a pesar os nossos filhos? Nós sabemos que o problema existe, mas você não faz nada para o resolver” (WHO, 2009) .

O Programa de Reforço Alimentar passou a ser o principal motivo pelo qual os utentes frequentam os serviços de saúde e verifica-se a aplicação incorrecta dos protocolos. Potencialmente, não melhora o estado nutricional porque o suplemento é consumido pela família inteira, não só pelos beneficiários ou é trocado por outros bens. Por outro lado, verificam-se problemas no armazenamento dos suplementos, preservação da sua qualidade, e falta de formação na sua preparação e confecção.

Verifica-se ainda que nem todos os coordenadores de nutrição nos distritos visitados possuem conhecimentos suficientes de nutrição para servirem como mediadores. A formação em nutrição não atingiu todos os coordenadores de nutrição nem profissionais de saúde a intervir na área e os manuais e material técnico nem sempre estão disponíveis nos locais de trabalho. A supervisão do Centro de Apoio aos Distritos, dos distritos e sub-distritos é insuficiente. Os profissionais de saúde não se sentem suficientemente confiantes sobre os conhecimentos em nutrição que possuem para servir como fonte de informação adequada para a comunidade, e muitos solicitaram espontaneamente mais formação específica em temas de nutrição (por exemplo, a amamentação, o apoio à nutrição materna). Com conhecimentos limitados / exposição à matéria de nutrição, os profissionais de saúde não conseguem desenvolver a sua intervenção para além de da alimentação suplementar e administração de vitaminas. Sem materiais de referência ou de formação, as práticas são irregulares e não de acordo com os padrões estabelecidos (WHO, 2009).

Ser enfermeiro em Timor Leste: formação, papel e desempenho

A prevenção através da educação para a saúde, rastreio e tratamento adequado de casos de malnutrição infantil, deverá fazer parte das competências do enfermeiro. Segundo a Declaração de posição no âmbito da prática de enfermagem do International Council of Nurses (International Council of Nurses, 2004), as organizações profissionais nacionais têm a responsabilidade de definir as funções de enfermagem e dos enfermeiros, de acordo com as definições internacionais articuladas pelo ICN e de modo pertinente, consoante as necessidades de saúde do seu país. A prática de enfermagem não se limita a determinadas tarefas, funções ou responsabilidades, mas inclui a prestação de cuidados directos e avaliação dos seus resultados, a defesa dos pacientes e da sua saúde, a supervisão e delegação em outros, a direcção, gestão, a realização de investigações e elaboração de uma política de saúde para os Sistemas de Saúde. Os enfermeiros necessitam de

formação e capacitação inicial e contínua adequadas, e de uma aprendizagem contínua ao longo da vida, de modo a exercerem a sua profissão de maneira competente.

Em Timor Leste, a produção e desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde está a cargo do Instituto de Ciências da Saúde de Timor Leste, sedado em Díli. A formação de base e complementar na área de enfermagem está organizada de forma um pouco complexa, e a sua compreensão pode ser facilitada se for descrita numa perspectiva histórica. Durante o Período Colonial (anos 1940 até 1975), existia apenas uma escola de enfermagem em Timor Leste, cujos alunos formados se tornaram nos enfermeiros assistentes e parteiras assistentes daquele tempo (Araújo, 2005). Durante o tempo de ocupação indonésia (1975 – 1999), os recursos humanos em saúde eram “produzidos”, principalmente, em duas escolas de enfermagem, uma academia de enfermagem e várias outras instituições na Indonésia, para onde os leste-timorenses eram enviados para estudar (Araújo, 2005). O Curso Base de Enfermagem tinha uma duração de três anos e era equivalente ao 12º ano (em Portugal). As habilitações literárias exigidas aos candidatos eram ter completado o ensino pré-secundário (equivalente ao 9º ano em Portugal). Como formação complementar, pós Curso Base de Enfermagem, existia o Curso de Parteiras, com duração de um ano, correspondente ao grau de Diploma 1.

Entre 1994 e 1999 esteve aberto o Curso Superior de Enfermagem, ministrado pela *Multi Stream Health Academy*. Como habilitações literárias eram exigidas aos candidatos o 12º ano, e o curso correspondia ao grau de Diploma 3. O Curso Base de Enfermagem terminou no ano de 2002 e, desde essa altura que não há produção de novos enfermeiros, apenas se mantém o Curso de Parteiras de duração de um ano, e outras formações pós curso base de curta duração (Enfermeiros Clínicos, Gestão e Liderança, HIV/SIDA) a cargo do Instituto de Ciências da Saúde de Timor Leste⁷.

Através da perspectiva acima descrita, pode observar-se que a altura de maior produção e desenvolvimento de enfermeiros e parteiras em Timor Leste, decorreu durante o período de ocupação indonésio, adoptando assim os modelos de ensino da Indonésia. Um estudo de investigação realizado na Indonésia em 2006, intitulado “*A methodology for assessing the professional development needs of nurses and midwives in Indonesia*”, demonstra resultados da aplicação de tais modelos, provavelmente também adaptáveis a Timor Leste. O estudo mostra que não existem standards de formação e competência clínica na prática de enfermagem, e que existem diferentes graus na profissão de enfermagem, que são inconsistentemente definidos, pelo que se

⁷ Fonte: Francisco Salgueiro – Director Administrativo do Instituto de Ciências da Saúde de Timor Leste.

NOTA: A necessidade de recorrer a informadores chave surge pelo facto de grande parte dos documentos referentes aos Cursos de Enfermagem terem sido destruídos durante a crise de 1999.

torna difícil monitorizar o desempenho destes profissionais. O risco potencial de erros clínicos, associados a riscos para a saúde dos pacientes é elevado. O nível de formação e de treino dos enfermeiros, não é necessariamente relevante para a definição do cargo que desempenham, ou seja, existem enfermeiros a desempenhar funções para as quais não tiveram formação (Hennessy et al, 2006).

Actualmente, através de um projecto financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian e pelo Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento, o ICS vai alargar os cursos anteriormente existentes para um período de três anos. Inicialmente será reestruturado o curso de enfermagem geral e posteriormente obstetrícia, ginecologia, análises clínicas e radiologia. Não se pretende com o projecto a substituição de professores, mas sim a formação dos docentes existentes no ICS, além de orientação técnica e científica que está a cargo da Escola Superior de Tecnologias da Saúde e Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa (Agência Lusa, 2006).

A agravar a situação dos actuais enfermeiros timorenses terem tido uma pobre formação de base, acrescenta-se o facto de, tal como em muitos outros países em desenvolvimento, a sua responsabilidade na prestação de cuidados ser acrescida. Devido à escassez de médicos, principalmente em áreas rurais, os clínicos gerais nos centros de saúde são substituídos por enfermeiros treinados no diagnóstico e tratamento de doenças. Segundo Araújo (2005), estes enfermeiros são denominados por *nurse practitioners*. Alguns estudos revelam que, no que diz respeito a cuidados de saúde primários, não se verificam diferenças entre os que são prestados por médicos e os que são prestados por estes profissionais. No entanto, as recomendações feitas por Dowling *et al* (citado pelo autor) demonstram que “...*existe a necessidade de legislação e regulação adequadas para o suporte destes novos papéis*”.

Um estudo sobre a actuação destes enfermeiros realizado em 1998, intitulado “*Diagnostic quality in rural health centres in Burkina Faso*”, revela que só em 20% dos diagnósticos, os enfermeiros colheram dados suficientes da história clínica; apenas 40% dos enfermeiros efectuaram razoavelmente o exame clínico do doente; os dados individuais do exame clínico foram tratados correctamente em 82% dos casos. A baixa qualidade no diagnóstico indica que este é um problema negligenciado pelas autoridades nacionais de Saúde Pública. Verificou-se que as apetências para examinação do doente são boas, e os fluxogramas de diagnóstico têm efeitos positivos na qualidade de diagnóstico (Hennessy et al, 2006).

Apesar de parecer não haver uma definição clara de competências desta nova profissão, a realidade é que este fenómeno torna os enfermeiros agentes principais de mudança.

Tal com em outros países em situação similar, e como estratégia de eleição na intervenção a nível de cuidados de saúde primários para a infância, as linhas orientadoras do *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI) foram também adoptadas em Timor Leste. No entanto, numa avaliação posterior, verificaram-se algumas barreiras que colocam em causa o sucesso da sua implementação⁸. Em primeiro lugar, a sua implementação a nível dos distritos e sub - distritos sugeriu que a orientação inicial e destreza dos enfermeiros treinados necessitavam de um seguimento sistemático e consolidação dos novos conhecimentos apreendidos. Os papéis de supervisão e monitorização e responsabilidades a diferentes níveis do sistema não foram uniformemente apreciados ou aplicados. A nível comunitário, a organização e apropriada partilha de responsabilidades para consolidação da saúde infantil são limitadas. A avaliação do programa IMCI, que continua em vigor em Timor Leste, é apenas um exemplo de como decorre a implementação de novas reformas e descentralização dos serviços de saúde no país.

⁸ *Health Sector Strategic Plan 2008 – 2012* Ministry of Health Timor Leste September 2007.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os acontecimentos e factos anteriormente descritos mostram parte do cenário em que se desenvolve a prestação de cuidados à criança malnutrida em Timor Leste, e apresentam prováveis limitações ao desempenho dos profissionais de saúde na sua intervenção face malnutrição infantil.

Desempenho pode ser definido como *“levar a cabo, realizar, cumprir uma acção ou tarefa”*. Também significa *“trabalhar ou fazer algo a um nível específico”*. É uma *“acção ou processo de realização de determinada tarefa ou função”* (Oxford Concise Dictionary, 1999). Segundo Winch *et all*, (2003), algumas variáveis importantes a reter são função, trabalho, acção, tarefa, processo e nível específico. Desempenho é a actual conduta de actividades e conhecimento de responsabilidades de acordo com níveis específicos exigidos. É um indicador acerca do que foi feito, e de quão bem foi feito.

Nickols (2006) faz a distinção entre comportamento e desempenho. Segundo o autor, o comportamento diz respeito à actividade de uma pessoa e o desempenho refere-se aos efeitos ou resultados dessa mesma actividade.

No presente estudo, o desempenho diz respeito aos resultados obtidos a partir das práticas adoptadas pelos enfermeiros na prevenção, detecção e encaminhamento/tratamento de casos de malnutrição infantil.

Para identificar os factores que influenciam o desempenho torna-se necessário clarificar quais as atitudes inerentes às suas práticas. Bardin (1977), descreve atitude como uma *“predisposição, relativamente estável e organizada, para reagir sob forma de opiniões (nível verbal), ou de actos (nível comportamental), em presença de objectos (pessoas, ideias, acontecimentos, coisas, etc.) de maneira determinada”*. Acrescenta ainda que *“uma atitude é um núcleo, uma matriz muitas vezes inconsciente, que produz (e se traduz por) um conjunto de tomada de posição, de qualificações, de descrições e de designações de avaliação mais ou menos influenciadas”*.

Eagly e Chaiken (1993) definem ainda atitude como *“a tendência para avaliar um «objecto de atitude» particular de forma mais ou menos favorável ou desfavorável”*. Segundo Wolfgang e Wolfgang (1995), *“o objecto alvo de atitude pode ser qualquer aspecto específico do ambiente social ou físico, tal como coisas, pessoas, comportamentos ou até ideias abstractas”*. É provável que as atitudes das pessoas estejam relacionadas com as suas crenças, relativamente aos objectos alvo de atitude. Da mesma forma, supõe-se que a atitude de uma pessoa relativa ao desempenho

de determinado comportamento, é função das consequências que se prevêm e da avaliação dessas mesmas consequências.

Factores que influenciam o desempenho dos enfermeiros: modelos de referência

Motivação dos profissionais de saúde do Sector Público e as reformas do Sector Saúde – Bennett e Franco (1999)

Bennet e Franco (1999) propõem um modelo conceptual que descreve vários níveis de factores que determinam a motivação dos recursos humanos de saúde.

A Figura 4 esquematiza-o e demonstra uma rede complexa de conexões e interacções entre motivação no trabalho, performance e factores que influenciam a motivação dos recursos humanos de saúde.

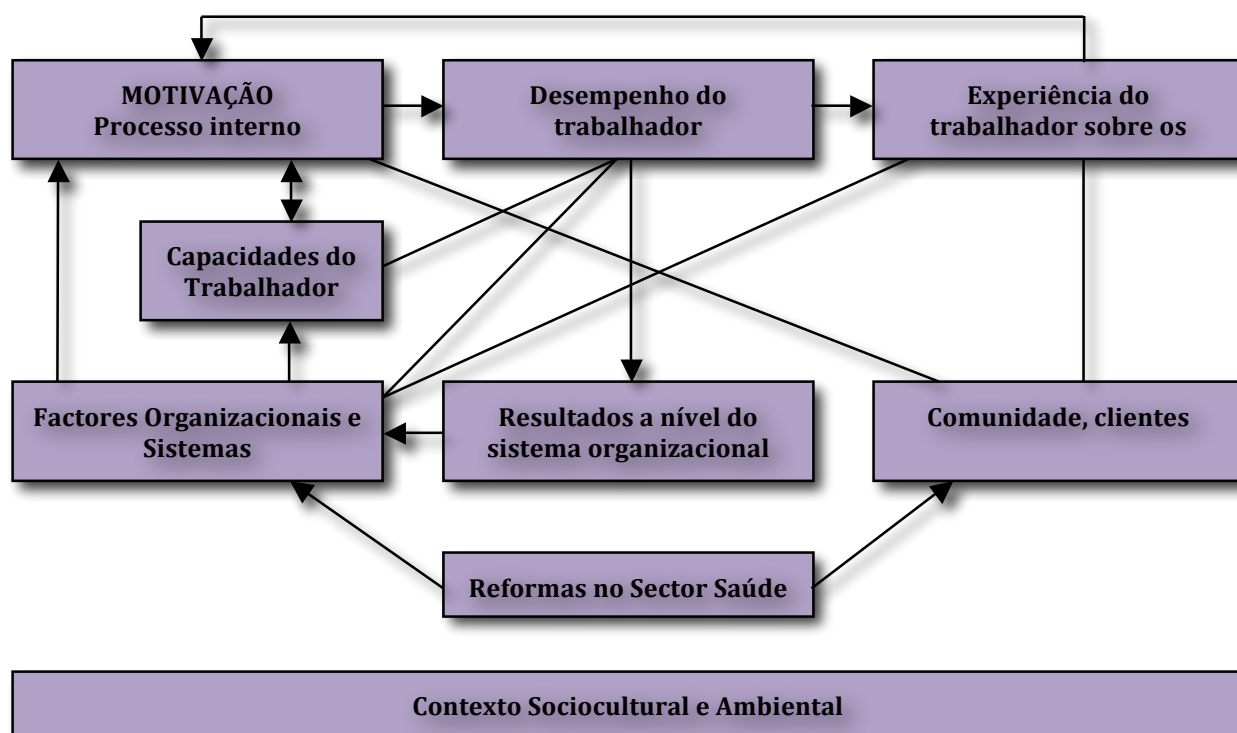


Figura 4 – Adaptado de: *Public Sector Health Worker Motivation and Health Sector Reform: a conceptual framework*. Bennett e Franco (1999)

No modelo de Bennett e Franco (1999) os factores que são propostos como determinantes da motivação dos recursos humanos em saúde agrupam-se em três níveis:

- Determinantes Individuais (as principais reportam a necessidades individuais, princípios e expectativas da pessoa).

- Determinantes Organizacionais e relacionadas com o Sector Saúde (entre as quais se refere a disposição, por parte da organização, de contribuições complementares como abastecimento de medicamentos e sistemas eficientes, para que os trabalhadores tenham condições para gerir os seus serviços; estrutura e processos organizacionais; *feedback* dos colegas e dos supervisores; sistema de gestão de recursos humanos; incentivos; cultura organizacional).

- Determinantes socioculturais e ambientais (relação entre o trabalhador e o paciente/*feedback* dos pacientes; crenças e valores; características/cultura da sociedade).

Modelo de compreensão, motivação e desempenho – Sharpley (2002)

Sharpley (2002) propõe um modelo que separa os factores individuais em 3 níveis: percepções individuais, experiência de trabalho e resultados a nível individual/desempenho. Estes factores afectam a experiência individual do trabalhador. Os factores organizacionais tais como suporte de gestão, apoio dos colegas e cultura organizacional, estão associados a níveis de alto desempenho.

As intervenções irão depender da combinação de todos estes factores, assim como das atitudes e compromissos assumidos pelo trabalhador para com a organização, que eventualmente irão ao encontro dos objectivos organizacionais.

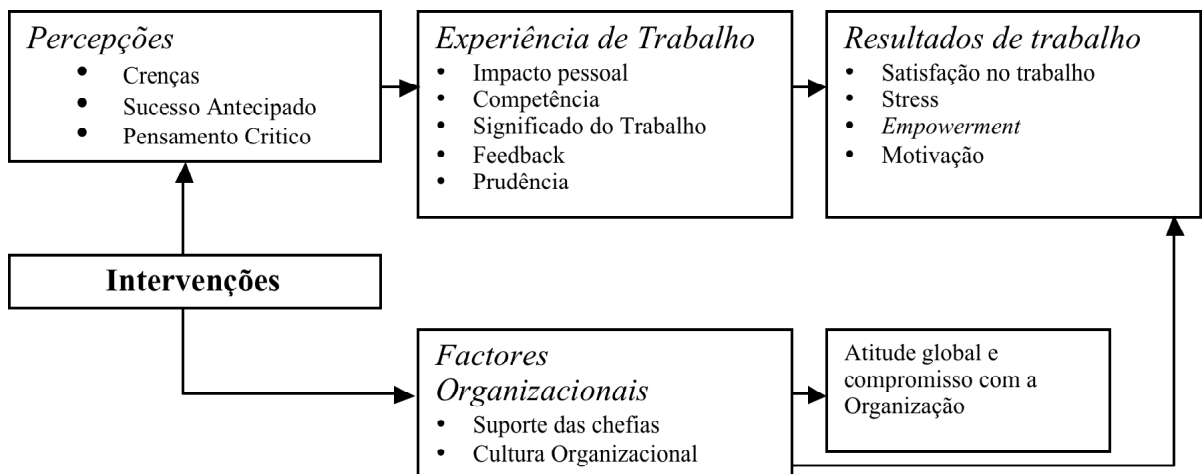


Figura 5 – Adaptado de: *The perception, motivation and performance model* (Sharpley, 2002)

Modelo do desempenho – Awases (2006)

Baseando-se nos dois modelos anteriormente apresentados, Awases (2006) construiu outro modelo a que chamou *Modelo do desempenho*.

De acordo com este modelo, as variáveis e processos que afectam o desempenho dos enfermeiros podem incluir as suas expectativas em relação ao trabalho ou estrutura; produtividade e objectivos; cultura organizacional e suporte; estilo de gestão; feedback e comunicação; ambiente físico. Factores intrínsecos tais como motivação, auto percepção, valores e crenças, incentivos, recompensas e benefícios do trabalhador, conhecimentos e aptidões, são também importantes.

Os factores determinantes do desempenho dos enfermeiros agrupam-se em 3 níveis: Factores Sociais, que incluem expectativas da comunidade, valores sociais e crenças culturais; Factores Individuais, que incluem percepções individuais, experiência de trabalho e resultados a nível individual; Factores Organizacionais, que incluem estilo de gestão de desempenho, coerência estratégica, normas e rotinas, comunicação, supervisão e incentivos.

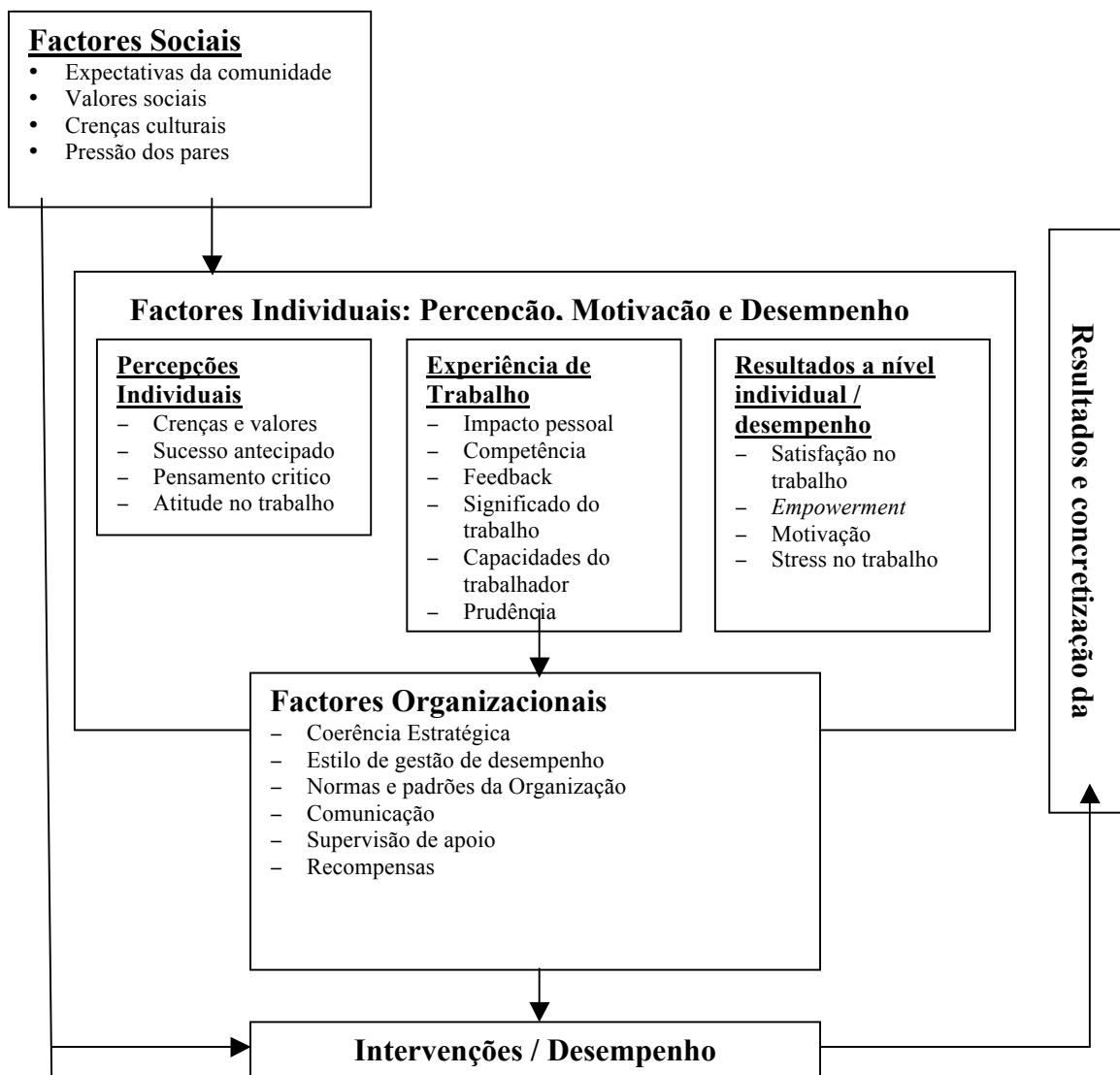


Figura 6 – Adaptado de *The Performance Model* (Awases, 2006)

O *Modelo do desempenho*, proposto por Awases (2006), servirá de base para o presente estudo.

Factores individuais determinantes do desempenho do enfermeiro: definição de conceitos

Para a análise e discussão dos resultados obtidos na presente investigação, que será apresentada no capítulo V, torna-se essencial a compreensão de alguns conceitos que definem os factores individuais descritos no modelo de Awases (2006), abaixo apresentados.

Valores e Crenças

Giddens (2001) define valores como *“As ideias que definem o que é importante, útil ou desejável são fundamentais em todas as culturas. Essas ideias abstractas, ou valores, atribuem significado e orientam o ser humano na sua interacção com o mundo social”*. Segundo o mesmo autor, existem dois níveis distintos de valores: os valores que são apreendidos ao longo da vida, pessoais, culturais, sociais, religiosos, familiares entre outros, e os valores profissionais, que são transmitidos aos profissionais de saúde não só enquanto estudantes mas ao longo de todo o seu percurso enquanto profissionais de saúde.

Kozier e Erb (1987), referem que *“uma crença é algo aceite como verdadeiro pelo julgamento da probabilidade, em vez de o ser pela sua realidade. Trata-se de um tipo especial de atitude, cujo componente intelectual é baseado mais na fé do que num facto. As pessoas apresentam crenças que podem ser verdadeiras ou que, com uma evidência fiável, podem ser provadas como verdadeiras”*. É provável que as atitudes das pessoas estejam relacionadas com as suas crenças, relativamente aos objectos alvo de atitude (Wolfgang e Wolfgang, 1995).

Segundo Ronzani (2007), os comportamentos e práticas em saúde têm uma componente cognitiva importante, pois, para que o estudante ou mesmo o profissional de saúde se sintam pertencentes ao seu grupo, eles compartilham crenças, sentimentos e comportamentos. Este mecanismo é denominado como o Princípio da Congruência, pelo qual tendemos a escolher argumentos semelhantes aos nossos, bem como a ter uma inclinação socialmente favorável para pessoas que apresentem formas de pensar compatíveis com a nossa. Este processo ocorre principalmente através de dois tipos de crença: crenças de autoridade, formadas a partir da influência de objectos ou pessoas de referência; crenças derivadas, que se caracterizam por serem crenças ideológicas, com origem em instituições religiosas, políticas ou outras, formadas a

partir do processo de identificação com a autoridade mais do que pelo encontro directo com o objecto de crença.

Sucesso Antecipado

O sucesso antecipado corresponde aos resultados esperados por um trabalhador, consequentes do seu comportamento (Bennett e Franco, 1999).

Pensamento Crítico

O pensamento crítico pode ser definido como *“a arte de analisar e avaliar o pensamento, com vista a melhorá-lo. É, em resumo, auto-dirigido, auto-disciplinado, auto-controlado e auto-correctivo. Exige rigorosos padrões de excelência e comando consciente do seu uso. Isso implica uma comunicação eficaz e habilidades de solução de problemas, e um compromisso de superar o nosso nativo egocentrismo e sociocentrismo”* (Paul e Elder, 2001).

Mais especificamente, Watson & Glaser (1980) (citado por Khosravani *et al*, 2005) descrevem que o pensamento crítico é composto por atitudes, conhecimento e capacidades que incluem: (1) atitudes de interrogação que envolvem a capacidade de reconhecer a existência de problemas e aceitação de necessidades gerais de evidência para suportar supostas verdades; (2) conhecimento da natureza de inferências válidas, abstrações e generalizações das quais o peso ou exactidão de diferentes tipos de evidência são determinados pela lógica; e (3) capacidades de aplicação, uso das atitudes acima descritas e conhecimento.

Ataoka-Yahiro e Saylor (1994) definiram o pensamento crítico para a enfermagem, como sendo o *“processo de pensamento reflexivo e razoável, sobre problemas de enfermagem, sem uma única solução e focado em decidir no que acreditar ou fazer”*.

Feedback

Segundo Armstrong (1994), *“...o feedback transmite informação sobre o desempenho, de uma parte de um sistema para outra parte prévia do mesmo sistema, com o propósito de produzir acções correctivas ou iniciar uma nova acção”*. Tal acção implica que os responsáveis pela gestão do desempenho ofereçam oportunidades de feedback ao trabalhador, para que ele próprio tome consciência dos resultados do seu trabalho ou actividade. A natureza do feedback varia de acordo com a situação e poderá assumir várias formas, tais como a entrevista por parte do supervisor após o trabalhador ter lido o relatório de avaliação, através de comunicações escritas, relatórios de incidentes, ou ainda através de comunicações orais, como o aconselhamento, a intervenção e a formação.

Impacto Pessoal

Segundo Dussault e Souza (1999), o impacto pode ser definido como uma “*modificação produzida numa situação a partir de uma ou várias acções realizadas. O impacto é positivo se a situação é melhorada pela acção. É negativo no caso contrário*”.

Atitude no Trabalho

A definição de atitude no trabalho é diferente da definição de atitude descrita anteriormente. Neste caso específico refere-se à conduta apropriada a uma ocupação, que o futuro profissional de saúde enquanto estudante, deve interiorizar ao longo da sua formação – o “*saber ser*” (Dussault e Souza, 1999).

Fonseca *et all* (2006) resumem que o *saber ser* ético-profissional no contexto da enfermagem se refere à sua dimensão relacional e humanitária, tais como virtudes, valores e atitudes que envolvem a prática profissional.

Competência

De acordo com Hoffmann (1999), o termo competência não reporta a uma única definição; é um conceito multifacetado em que a sua definição varia com o âmbito em que é aplicado. No contexto do presente estudo, o termo competência pode ser definido como “*...comportamentos que um indivíduo necessita de demonstrar*” ou “*nível mínimo de desempenho*”.

O termo competência combina conhecimentos técnicos, destreza e comportamentos (*World Health Report*, 2006).

Significância do Trabalho

A necessidade de encontrar significado no que se faz é muito forte. É provavelmente a situação em que todo o ser humano tem de encontrar significado ou enfrentar problemas de desalento. A questão é constantemente colocada: “*Porque é que certas coisas nos acontecem de certa maneira?*” Esta questão para o significado muitas vezes se torna mais aguda em situações de dificuldade específicas. Os profissionais de saúde quase sempre têm de trabalhar com pessoas que estão a passar por crises de vida. O mero facto de estar com pessoas nesta situação pode levá-los a questionarem-se sobre o significado da sua carreira. O facto de se envolverem em crises de outras pessoas pode também despertar questões de significância. Os profissionais de saúde que têm de enfrentar a morte de um paciente podem bem ser tentados a levantar os mesmos tipos de “*porquês?*” perguntas anteriormente colocadas pelo paciente (Burnard, 1991).

Ajudar outras pessoas a encontrar significados e procurar significado para si próprio podem ser ambas actividades geradoras de stress. Mas talvez a situação de maior stress seja quando existe uma incapacidade de encontrar um significado para tudo. Cria-se um estado, pode ser denominado como desânimo ou abatimento, e é descrito como o facto de estar indisponível para investir numa vida com significado. Este estado é acompanhado por vezes de depressão. Quando não é acompanhado de depressão, é caracterizado por uma sensação de perda generalizada, perda de convicção no que se faz e falta de entusiasmo pela vida em geral. Pode também ser manifestado por algum cinismo e pelo desenvolvimento de um “humor sarcástico” (Burnard, 1991).

Capacidades do trabalhador

Zurn *et all* (2004) definem capacidades do trabalhador para desempenhar a sua função como a combinação de conhecimentos, competências e experiência inerentes a essa função.

Fritzen (2006) descreve a relação entre capacidade e motivação da força de trabalho em saúde e o seu desempenho, em países em desenvolvimento. A teoria citada pelo autor mostra uma perspectiva relevante de como reforçar as capacidades dos profissionais. Demonstra dois lados: o lado “can do” (relativo a que capacidades e formação disponível existem) e o lado “will do” (relativo ao que os profissionais se sentem motivados para fazer). Pelo lado “can do”, os trabalhadores não estão preparados para assumir novas funções dentro de sistemas mais complexos, especialmente quando estes sistemas são descentralizados. A típica formação dos profissionais de saúde enfatiza o conhecimento factual e especializado. Pelo lado “will do”, a literatura enfatiza a importância de considerar inúmeros factores que afectam a motivação do trabalhador. Considerando esta teoria, o lado “can do” corresponde às capacidades do trabalhador.

Prudência

Segundo Houaiss (2001), prudência é a “*virtude que faz prever e procurar evitar as inconveniências e os perigos; cautela, precaução*” e tem como antónimo a “Imprudência”.

Imprudência aparece no Código de Ética Médica - art. 29 (Coutinho, 1989) como um acto comisso, isto é, refere-se ao acto praticado quando não o deveria ser, ao menos do modo como foi realizado. A imprudência significa uma acção sem cuidado necessário. É um actuar de maneira precipitada, insensata ou impulsiva (Coimbra e Cassiani, 2001).

Satisfação no trabalho

A satisfação no trabalho é definida por Price (2001) como uma *“orientação afectiva na qual o trabalhador direcciona o seu trabalho”*.

Distingue-se do conceito de motivação na medida em que, por exemplo, se um trabalhador está satisfeito com o seu trabalho, poderá não estar motivado para melhorar o seu desempenho. A satisfação no trabalho poderá ou não influenciar a motivação (Dieleman e Harnmeijer, 2006).

Empowerment

No contexto de saúde comunitária, *empowerment* pode ser definido como *“um processo de aquisição de conhecimentos e competências por parte das pessoas, que promove um acréscimo de poder e controlo, explicitado através da participação e tomada de decisão na área da saúde. Trata-se, pois, de reconhecer os indivíduos como sujeitos activos no seu processo de saúde, admitindo que os mesmos são detentores de capacidades que lhes permitem exercer a sua autonomia. De salientar que, mais do que reconhecer a autonomia do outro, se pretende capacitar a pessoa para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde.”* (Sousa, 2009). Segundo o mesmo autor, *“a intervenção dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, deverá ser estruturada numa lógica de parceria, incluindo os clientes no planeamento e prestação de cuidados que se lhes destinam. Tal significa que profissionais e clientes se encontram numa relação de equidade no processo de tomada de decisão”*.

Sadan (2004), assinala *empowerment* como um processo de mudança interna e externa. O processo interno é o sentido pela própria pessoa ou a crença nas suas capacidades de tomar decisões e resolver os seus próprios problemas. A mudança externa traduz-se na capacidade de agir e de implementar o conhecimento prático, a informação, as habilidades, as potencialidades assim como outros novos recursos adquiridos no curso do processo. Alguns autores denominam capacitação como a mudança psicológica interna, e fortalecimento como mudança política externa. De acordo com esta distinção, a capacitação psicológica ocorre ao nível de consciência e de sensações, enquanto o poder político é uma mudança real que permite a participação activa na tomada de decisões que afectam a sua vida. Para alcançar o *empowerment* psicológico apenas intervêm forças internas, enquanto para realizar a sua emancipação política são necessárias condições ambientais que permitam o exercício de novas habilidades.

Motivação

A motivação é vista como atributo crucial do trabalhador para melhorar o seu desempenho, e inclui uma combinação de complexos factores, tais como valores pessoais, ética profissional, incentivos, local e ambiente de trabalho (*Joinnt Learning Initiative*, 2004).

As teorias da motivação podem ser dissociadas em dois moldes: um primeiro que se focaliza no conteúdo e um segundo que interessa no processo. As teorias que se preocupam com o conteúdo, focam-se nas necessidades individuais que fortalecem, prolongam e direccionam o comportamento. Aspectos que motivam os enfermeiros podem estar relacionados com necessidades psicológicas de segurança, respeito e posição, que poderão determinar níveis de auto estima e satisfação espiritual/moral. Outras necessidades cognitivas individuais incluem necessidades de conhecimento e compreensão, sentimento de pertença, e aspectos relacionados com a segurança no local de trabalho, condições de trabalho justas e relações interpessoais (Swansburg e Swansburg, 1999).

Stress

Têm sido identificados várias causas de stress em profissionais de saúde. Alguns autores descrevem situações de stress em profissionais de saúde como a luta contra pressões de tempo ou a tomada de decisões instantâneas que poderão afectar os cuidados ao paciente. Todos os profissionais de saúde enfrentam riscos ocupacionais variados. Aparte dos problemas associados a possibilidade de doença ou infecção, aqueles que trabalham em psiquiatria e na área social, enfrentam a possibilidade adicional de stress por risco de violência. Gerir, em tempos de redução e comedimento financeiro pode também causar stress (Firth e Shapiro, 1986).

Bailey e Clarke (1989) identificam três aproximações da definição de stress:

I) *Modelo baseado no estímulo*: Stress pode ser definido como algo exterior à pessoa, que faz com que esta reaja. A pessoa responde ao stress experimentando tensão. O problema deste modelo é tender a tratar a pessoa como um respondente passivo ao stress.

II) *Modelo baseado na resposta*: Quase oposto ao modelo anterior, neste modelo o stress é usado como denunciador da resposta psicológica da pessoa frente a uma dificuldade. Talvez o melhor exemplo para este modelo seja o *Hans Seyle's General Adaptation Syndrome* (Seyle, 1956, 1975). Seyle (1975), citado pelos autores, define a síndrome de stress como “ a resposta não específica do corpo a qualquer exigência que lhe seja solicitada. O stress, para Seyle, causa alterações psicológicas no corpo e uma série de “stressores” podem causar similares tipos de respostas psicológicas.

III) *Modelo transaccional do stress*: Este modelo toma uma posição mediana entre os dois modelos anteriores. Entende que uma percepção individual de uma situação joga em grande parte em determinar o quanto uma situação provoca stress ou não, e ter em conta o facto de diferentes pessoas encontrarem diferentes situações de stress em diferentes momentos das suas vidas. A pessoa, neste modelo, não é colocada como um respondente passivo ao stress nem como um respondente constante, mas sim como um indivíduo que responde às dificuldades através do seu estilo individual de confrontação.

Possíveis factores organizacionais e sociais determinantes do desempenho do enfermeiro enquadrados no contexto de Timor Leste

Alguns Factores Organizacionais e Sociais deverão ser tidos em consideração nesta investigação. Não só para uma melhor interpretação dos resultados, como porque poderão abrir caminho a novas investigações.

Relativamente aos factores organizacionais, Fritzen (2006) foca alguns aspectos estruturais da força de trabalho do sector saúde, em países em desenvolvimento, como Timor Leste. Segundo o autor, desequilíbrios na estrutura da força de trabalho são sintoma de problemas subjacentes e causa de baixo desempenho dos sistemas de saúde. Alguns destes desequilíbrios estão subjacentes aos resultados apresentados na presente investigação, tais como:

Especialização – desequilíbrios nesta área incluem o investimento em formação de médicos, enfermeiros, paramédicos e outros profissionais do sector. Alguns documentos de saúde pública (citado pelo autor) referem que estes sistemas geralmente investem pouco na produção de paramédicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, comparativamente com a dispendiosa educação dos médicos. Não havendo produção de médicos em Timor Leste (sendo que os existentes são formados fora do país), também não se verifica um grande investimento na produção de enfermeiros, dado que o curso de enfermagem esteve estagnado entre os anos de 2002 a 2009, não havendo produção de novos enfermeiros.

Desequilíbrios geográficos – o favoritismo urbano de que sofrem muitos destes países tem influências negativas sobre a distribuição dos profissionais de saúde. Tal facto é causa de iniquidade geográfica entre áreas urbanas, onde se concentram as forças económicas e políticas, e áreas rurais e mais remotas, tendencialmente mais pobres. A escassez de enfermeiros em Timor Leste é geral, embora seja bastante mais notória em áreas remotas como o Distrito de Lautem.

A descentralização, nas suas várias formas, é também um factor determinante do comportamento e atitudes dos enfermeiros, não só em Timor Leste e outros países em desenvolvimento, como também em países desenvolvidos. É hoje em dia uma forma comum de reforma, sempre acompanhada de profundas mudanças a nível dos serviços públicos e gestão de recursos (humanos, materiais e financeiros). Kolehmainen-Aitken (2004), foca o impacto da descentralização nos recursos humanos de saúde (RHS). Segundo a autora, os RHS respondem positivamente às exigências impostas pela descentralização se sentirem estabilidade de emprego, permanecerem no serviço e aceitarem o posto que lhes é oferecido. As suas capacidades e disposição para aceitarem as políticas locais dependem de um certo número de factores. Estes incluem a sua situação familiar e económica, salários e outras condições, oportunidades de progressão na carreira, outras oportunidades no mercado de trabalho, e motivação dos colegas e superiores. Tais factores implicam que, para a promoção do desempenho e produtividade dos profissionais de saúde, os administradores de saúde locais incrementem adequada supervisão, acesso a recursos e invistam em formação.

No que diz respeito a factores sociais que influenciam o desempenho dos enfermeiros em Timor Leste, as crenças culturais, valores sociais e expectativas da comunidade poderão ter um peso considerável. Apresentam-se assim alguns aspectos culturais que poderão influenciar tanto no desempenho dos enfermeiros como nas expectativas da comunidade relativamente aos cuidados de saúde oferecidos pelo Sistema Nacional de Saúde.

A saúde entre os timorenses tem uma forma própria de ser interpretada. A doença é que “apanha” a pessoa “*Ha’u kona moras ida/moras ida kona ha’u*” e, desta forma a doença poderá ser encarada como castigo/retaliação pelos maus actos realizados. Para resolver a doença, é necessário descobrir o que é que provocou esse castigo, qual a sua causa. Este castigo pode estar fortemente relacionado com alguma falha em relação aos antepassados⁹ ou com ou as entidades anímicas (Oliveira, 2010).

A mesma autora refere que “*Por vezes temos a sensação que os timorenses não têm a noção de doença crónica com fase aguda. Isto é, crise. Acreditam que os doentes ficam saudáveis e que mais tarde na reincidência da doença voltam a ficar doentes. Interpretam que “o feiticeiro curou, mas depois a doença voltou”* (Oliveira, 2010).

Hiks (1976) reforça esta ideia referindo que se a pessoa fica melhor, de facto o espírito foi expulso. Depois quando a pessoa fica pior é porque o espírito voltou a entrar no corpo, ou seja, a entidade anímica não esteve sempre lá.

⁹ Segundo C. Guerreiro, comunicação pessoal, Maio, 2009. Na cultura animista não existe a noção do bem e do mal, mas a noção de vingança/retaliação pelos actos realizados.

O *bandu* tem provavelmente grande influência no estado nutricional das crianças timorenses. Designa-se como uma espécie de regra fundamental que toda a família deve cumprir, e determina se as pessoas podem ou não, realizar determinadas acções. Estão frequentemente associadas ao sagrado e são geralmente proibições, nomeadamente proibições que implicam restrições alimentares, como por exemplo, não ingerir alimentos verdes, não ingerir carne ou peixe, entre outras. Estas proibições não podem ser alteradas por qualquer pessoa, apenas por anciões. Aparentemente, os timorenses não se questionam sobre o *bandu* nas suas famílias. Mas todos sabem: a quebra do *bandu* pode levar a doença mental (Oliveira, 2010).

Olhando para os enfermeiros timorenses como parte de uma comunidade e de uma família, é possível e provável que práticas e costumes ancestrais como os referidos anteriormente afectem o seu desempenho, tanto porque fazem parte da sua cultura como pela dificuldade de contra argumentar perante a comunidade.

DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

“ O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão ” (Fortin, 1999).

Uma vez exposta a provável relação entre o estado nutricional das crianças e o desempenho dos enfermeiros no combate à malnutrição infantil, e dada a confirmação científica de que existem factores determinantes do desempenho do enfermeiro, a presente investigação propõe-se a explorar a influência de factores individuais no desempenho dos enfermeiros timorenses, face à malnutrição infantil.

Objectivo Geral

Explorar factores individuais que influenciam o desempenho do enfermeiro, relativamente ao problema de malnutrição infantil, no distrito de Lautem, em Timor Leste.

Objectivos Específicos

1. Reconhecer as práticas dos enfermeiros de Lautem na prevenção, detecção e encaminhamento/tratamento de casos de malnutrição infantil.
2. Identificar atitudes dos enfermeiros de Lautem face à malnutrição infantil.
3. Relacionar as práticas e atitudes dos enfermeiros de Lautem com a presença de factores individuais que determinam o seu desempenho face à malnutrição infantil.

MATERIAL, POPULAÇÃO E PROCEDIMENTOS

Desenho do Estudo

Consoante o que é pretendido da investigação proposta, optou-se por uma abordagem qualitativa. Segundo Fortin (1999), este método *“tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos. (...) Está preocupado com uma compreensão ampla do fenómeno em estudo. Ele observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los. O objectivo desta abordagem (...) é descrever ou interpretar, mais do que avaliar”*.

Tendo como objectivo geral explorar factores individuais que influenciam o desempenho do enfermeiro relativamente ao problema de malnutrição infantil,

uma abordagem qualitativa pareceu ser a que melhor se enquadra para a sua realização.

Taylor e Bogdan (1998) sublinham pormenores relativos à investigação qualitativa, que poderão ser notados na presente investigação. Os autores referem que a investigação qualitativa é indutiva, ou seja, o investigador conceptualiza a partir das noções e das representações culturais. Referem também que é necessário ter em conta a realidade global. Não existem variáveis predefinidas, mas a visão holística do indivíduo. O investigador *“tende a misturar-se”* para compreender a experiência das situações.

O desenho do estudo é classificado, segundo Fortin (1999) como exploratório - descritivo e inserido na subcategoria de estudo etnográfico. Os estudos exploratórios - descritivos podem ir da exploração de um conceito à descrição de uma população ou de um fenómeno. Fornecem uma descrição dos dados, quer seja sob a forma de palavras, de números ou de enunciados descritivos de relações entre variáveis. A mesma autora refere ainda que *“a etnografia serve, principalmente, pelo menos na sua versão clássica, para explicitar os modos de vida e as visões do mundo dos grupos etnoculturais. (...). O método etnográfico é primeiro e antes de tudo o estudo de um grupo, das suas condutas e acções, interpretadas no contexto de uma cultura. (...) Em ciências de enfermagem é utilizado para descrever unidades de tratamento ou comunidades em relação com uma problemática de saúde ou de doença”*. Assim, o investigador inseriu-se numa comunidade de enfermeiros, e posteriormente seleccionou uma amostra de vinte enfermeiros, designada aqui como o grupo etnocultural, acompanhando-os durante o período de doze meses, durante o qual desenvolveu relações pessoais e profissionais com o mesmo, e paralelamente recolheu os dados para a presente investigação. A colheita de dados foi efectuada através da observação directa dos enfermeiros, durante a consulta mensal de nutrição infantil e complementada através da realização de entrevistas semi-estruturadas.

População e amostra

Nos estudos qualitativos a amostra não é representativa da população em estudo, que neste caso, corresponde aos enfermeiros que trabalham na área de saúde infantil, no Distrito de Lautem, em Timor Leste. Foi seleccionado o Distrito de Lautem por se localizar geograficamente numa área remota, e por apresentar níveis de malnutrição infantil superiores, relativamente à média timorense: uma criança de 2 anos em Lautem pesa em média 7 a 8 Kg, sendo a média timorense para uma criança da mesma idade de 12 Kg (Médicos do Mundo – Portugal, 2005). No estudo proposto, a amostra é constituída por uma amostra de 20 enfermeiros¹⁰ a exercer funções no distrito de Lautem. Os critérios de selecção foram: ser de nacionalidade timorense; possuir diploma de curso de enfermagem; ter mais de dois anos de experiência profissional; realizar consultas de Saúde Infantil; aceitar participar no estudo.

Dada a baixa adesão dos enfermeiros e parteiras à participação no estudo, a amostra seleccionada é constituída por todos os enfermeiros que reuniram as condições predefinidas e aceitaram participar. A divisão da amostra relativamente a quem participaria nas observações directas e quem participaria nas entrevistas ficou sujeita às disponibilidades dadas por cada enfermeiro. Uns mostraram-se mais disponíveis para participar numa técnica, outros noutra e outros ainda que aceitaram participar em ambas. Assim, doze enfermeiros participaram apenas na observação directa, três foram apenas entrevistados e cinco dos enfermeiros foram participantes em ambas as técnicas de colheita de dados. Foram-lhes explicados numa fase inicial todos os procedimentos e objectivos do estudo, e obtidas as autorizações por escrito.

A amostra contempla nove enfermeiros e onze parteiras de nacionalidade timorense, dos quais sete são homens e treze são mulheres. Dois dos enfermeiros encontram-se na faixa etária abaixo dos 30 anos, oito têm entre 31 e 40 anos de idade, nove situam-se entre a faixa etária entre os 31 e 50 anos e um dos participantes tem mais de 51 anos de idade. Todos os participantes tiraram o curso base em Timor Leste e apenas um exerceu funções como enfermeiro noutra pais durante o período de um ano. Refere-se ainda que cinco dos participantes exercem funções em ONG's internacionais e os restantes 15 estão vinculados ao sistema público de saúde. Todos os enfermeiros seleccionados têm, como parte das suas funções, o rastreio de malnutrição infantil.

¹⁰ Considere-se, para o presente estudo e referente à amostra e população alvo, que a designação de “enfermeiro” engloba enfermeiros e parteiras, dado que as duas categorias profissionais, no que refere aos cuidados de saúde relevantes para o estudo, têm exactamente a mesma formação e desempenham o mesmo papel.

Instrumentos de Colheita de Dados

A utilização do método etnográfico implica a utilização de várias técnicas combinadas. É essencial uma grande proximidade entre o investigador e os participantes, durante um longo período de tempo, em que o investigador vive perto, com e dentro da comunidade estudada. Assim, a presente investigação teve um período de onze meses pré recolha de dados. Durante esse período a investigadora passou, aproximadamente em simultâneo, por três fases distintas essenciais à elaboração da presente investigação. Tais fases corresponderam à aprendizagem e compreensão das políticas e protocolos de detecção e tratamento da malnutrição infantil em vigor no país, entendimento de alguns aspectos da cultura timorense e aprendizagem da língua oficial mais utilizada – o tétum, e por fim a aceitação pela comunidade de enfermeiros de Lautem e integração nas suas rotinas de trabalho. A investigadora só iniciou o processo de colheita de dados após o domínio dos aspectos implicados nas fases descritas.

A observação directa, em meio natural, será uma das técnicas de colheita de dados. Segundo Fortin (1999), esta técnica “visa descrever os componentes de uma dada situação social (pessoas, lugares, acontecimentos, etc.) afim de extrair tipologias desta, ou ainda permitir identificar o sentido da situação social por meio da observação participante”.

A observação directa teve a função de reconhecer as práticas adoptadas pelo enfermeiro na prestação de cuidados relativamente ao diagnóstico e tratamento de casos de malnutrição infantil, ou seja, a intenção do investigador foi observar os comportamentos do enfermeiro. Para que isso fosse possível, surgiu a necessidade de recorrer a um guia de orientação universal, para a prestação de cuidados à criança. As linhas orientadoras do *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI) e do Ministério da Saúde para a Nutrição e o Livro de Bolso de Cuidados Hospitalares para crianças (criado pela OMS, DGS, Ministério da Saúde de Portugal e CPLP), serviram de base para a construção da grelha de observação (Anexo I). Segundo Ribeiro (1999) esta técnica de observação consiste “(...) num conjunto de itens que não têm de se relacionar uns com os outros como nas escalas. (...) Uma lista de verificação propõe-se verificar se determinados comportamentos, atitudes, pensamentos, etc. existem ou não. A resposta é dada em termos de «sim» ou «não» e cada uma vale por si, ou seja, não se somam as respostas (podendo no entanto ser somadas)”. Note-se que a elaboração de uma lista de verificação seguindo as linhas orientadoras anteriormente referidas, não tem a intenção de avaliar os cuidados prestados. São apenas linhas orientadoras gerais e aprovadas pela OMS, que indicam todos os passos para a detecção e tratamento de casos de malnutrição. A observação directa teve como objectivo saber como são prestados os cuidados e, se são prestados de forma diferente do que está protocolado.

De modo a completar a colheita de dados, e obter respostas que não se conseguiriam obter através da observação, utilizou-se a entrevista parcialmente estruturada, ou seja, o investigador seleccionou uma lista de temas a cobrir baseando-se no modelo teórico seleccionado para a presente investigação¹¹, formulou questões a partir desses temas e apresentou-os ao entrevistado na ordem que lhe pareceu mais conveniente (Guião de entrevista - Anexo II), durante a entrevista. Em cada uma das entrevistas executadas, o investigador tentou que todos os temas fossem cobertos.

Procedimentos

As observações directas foram realizadas pelo investigador no local de trabalho de cada um dos enfermeiros, estando o investigador nesses momentos apenas a observar, não intervindo na prestação de cuidados. A grelha de observação contempla todos os comportamentos que deverão ser observados na avaliação nutricional à criança, segundo os protocolos em vigor no país. O facto de o investigador trabalhar na formação de enfermeiros, e ter acesso e prática em trabalhar com os mesmos protocolos, facilitou a elaboração da grelha e a colheita de dados. Foi realizado o pré-teste da grelha com três enfermeiros que não fizeram parte da amostra, e posteriormente realizadas as alterações necessárias. Os dados obtidos através da observação directa foram tratados através de um sistema de codificação. Dado que existem comportamentos que se deverão observar sempre e outros que só se observam no caso de a criança apresentar malnutrição, utilizou-se a letra A para os comportamentos esperados observados, a letra B para os comportamentos omissos, e a letra C para os comportamentos que não foram observados pelo facto de não serem procedimentos necessários naquela situação (quando a criança não apresenta malnutrição). Após a codificação de todas as grelhas de observação, foram calculadas as percentagens para cada comportamento protocolado observado e construídas duas tabelas: uma para os casos de crianças que apresentavam malnutrição e outra para os casos de crianças sem malnutrição.

As entrevistas foram realizadas pelo investigador num ambiente calmo e privado, fora do horário de trabalho dos enfermeiros, de forma a evitar interrupções e perturbação na concentração. O guião de entrevista foi realizado em português e traduzido para inglês e tétum, devido a nem todos os entrevistados falarem as mesmas línguas. O português e inglês foram utilizados prioritariamente de forma a facilitar a própria entrevista e tradução, dado serem as línguas de melhor domínio para o entrevistador. O tétum foi apenas utilizado nas entrevistas em que os enfermeiros não falavam

¹¹ Figura 4 - *The Performance Model* Fonte: AWASES (2006)

nem português nem inglês, sendo a língua que o entrevistador dominava menos, conseguindo, no entanto, comunicar e perceber as respostas. As entrevistas foram gravadas. Para que se pudesse posteriormente proceder a uma análise de conteúdo correcta recorreu-se a um tradutor de tétum – português para transcrever e traduzir as entrevistas. Foi realizado o pré-teste do guião de entrevista com três enfermeiros que não fizeram parte da amostra e alteradas algumas perguntas, principalmente devido a questões de percepção por parte dos entrevistados.

No tratamento e análise dos dados recolhidos através de entrevista recorreu-se à análise de conteúdo. Esta técnica consiste no trabalho com a palavra, permitindo, de forma prática e objectiva, produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto, replicáveis ao seu contexto social. Na análise de conteúdo o texto funciona como meio de expressão do sujeito, onde o investigador procura categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as represente. Existem várias técnicas de análise de conteúdo. A análise temática ou categorial, pareceu ser a técnica que mais se adequou aos objectivos do estudo em causa, dado ser uma técnica utilizada para medir atitudes. Segundo Bardin (1977) “*A análise categorial funciona por operações de divisão do texto em unidades, em categorias, segundo reagrupamentos analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou análise temática, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos directos (significações manifestas) e simples*”. No final do trabalho, foi solicitado uma segunda revisão da análise de conteúdo a um colaborador externo, Dr. Fernando Vasco.

Considerações éticas e legais

Segundo Fortin (1999) “*A investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa*”. Durante e após a investigação, os direitos fundamentais dos participantes no estudo foram e serão tidos em atenção. São considerados cinco Direitos Fundamentais das Pessoas, citados pela mesma autora. São estes o direito à autodeterminação, direito à intimidade, direito ao anonimato e confidencialidade, direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo.

Para salvaguardar os direitos dos participantes na presente investigação foram tomadas algumas medidas.

Para assegurar o *direito à autodeterminação* foi dada aos participantes a opção de participarem ou não no estudo, assim como a liberdade de desistirem de colaborar a qualquer altura. A *intimidade* dos participantes foi assegurada, esforçando-se o investigador para que o estudo fosse o menos invasivo possível. O *anonimato* dos sujeitos assim como a *confidencialidade dos dados* foram

salvaguardados, dado que nos dados brutos partilhados com outras entidades para fins de tradução (entrevistas) não se apresentam os nomes verdadeiros dos participantes. O *direito à protecção contra o desconforto e prejuízo* foram minimizados, tendo sido informados todos os participantes do risco temporário. Segundo Fortin (1999), este tipo de risco corresponde ao risco mínimo de sentir desconforto durante a investigação. Num momento prévio às observações directas e entrevistas, os participantes foram informados que poderiam interromper os procedimentos e colocar dúvidas a qualquer altura, e foram lembrados de que não se tratava de uma avaliação e que em nada prejudicaria as suas vidas pessoais e/ou profissionais. Todos os participantes foram informados verbalmente e por escrito (Anexo III) acerca da natureza, o fim e a duração do estudo, assim como dos métodos utilizados, garantindo assim um *tratamento justo e equitativo*. Foram-lhes também explicados os benefícios da sua participação no estudo para o progresso da enfermagem no país.

“O consentimento é livre se é dado sem que nenhuma ameaça, promessa ou pressão seja exercida sobre a pessoa e quando esta esteja em plena posse das suas capacidades mentais. Para que o consentimento seja esclarecido, a lei estabelece o dever da informação” (Fortin, 1999). Todos os participantes assinaram um formulário de consentimento e os entrevistados assinaram ainda um formulário de consentimento para gravação áudio (Anexo III), sem que qualquer promessa ou pressão fosse exercida sobre os mesmos.

Conflitos de Interesses

A colheita de dados para a presente investigação foi realizada durante a permanência da investigadora em Timor Leste, integrada no Projecto *“Prevenir é Crescer”* como enfermeira responsável pela formação de enfermeiros e parteiras entre os meses de Janeiro e Dezembro de 2008. O projecto foi implementado pela Organização Médicos do Mundo – Portugal no Distrito de Lautem e teve como objectivo principal reduzir a mortalidade infantil por malnutrição e doenças preveníveis através da vacinação no mesmo distrito.

Embora a investigadora se encontrasse a trabalhar inserida numa Organização Não Governamental no meio onde foi realizado o estudo, não houve qualquer conflito de interesses na sua realização. O facto de a investigadora ter também como responsabilidade paralela a formação técnica dos participantes na área de nutrição poderá ter influenciado alguns resultados, no sentido de, durante os procedimentos metodológicos, estes terem agido e respondido da maneira que lhes pareceu ser a mais correcta possível.

RESULTADOS

O presente capítulo divide-se em duas partes. Na primeira parte são apresentados os resultados das observações directas, em percentagem e número, exibidos em dois quadros: o primeiro quadro integra as práticas gerais previstas durante a avaliação nutricional da criança e o segundo quadro refere às práticas previstas na abordagem à criança com malnutrição. A segunda parte corresponde à análise de conteúdo das entrevistas efectuadas.

Análise da Observação Directa

Práticas dos Enfermeiros durante a consulta de Saúde Infantil

Foram observados 17 enfermeiros durante cerca de 3 horas cada um, durante a consulta de saúde infantil.

Como existem procedimentos gerais, que devem ser efectuados a todas as crianças, e práticas mais específicas, que só se verificam em crianças com malnutrição, foram desenhados dois quadros de apresentação de resultados das observações. O Quadro 1 contempla os procedimentos gerais, comuns à avaliação nutricional de qualquer criança e o Quadro 2 contempla procedimentos mais específicos, efectuados sempre que seja necessário avaliar um caso de malnutrição.

Práticas observadas esperados na abordagem geral à criança

Dos comportamentos esperados destaca-se o facto de que 15 dos enfermeiros observados utilizaram correctamente a tabela de peso/idade, preocuparam-se em verificar o estado de imunização da criança e informaram os pais da data da próxima consulta.

Práticas não esperadas ou omissas na abordagem geral à criança

Como comportamentos não esperados ou omissos evidenciam-se os factos de, apenas 9 dos enfermeiros observados verificaram a calibragem da balança e pesaram as crianças sem roupas pesadas, mantas ou sapatos; apenas 4 enfermeiros avaliaram correctamente o perímetro do braço, um dos parâmetros mais utilizados na detecção de casos de malnutrição e parâmetro de eleição no programa de reforço alimentar implementado pelos enfermeiros observados; somente 9 dos enfermeiros observados verificaram a data de última administração de Vitamina A e medicamento anti-parasitário, essenciais na prevenção e tratamento de casos de malnutrição, agravado pelo facto de utilizarem o protocolo de desparasitação anterior ao que estava em vigor

há mais de seis meses, na altura em que as observações foram realizadas ; o aconselhamento nutricional por rotina não foi praticamente observado, apenas 2 enfermeiros o realizaram.

Os resultados apresentados no Quadro 1 reflectem comportamentos esperados e comportamentos não esperados ou omissos, segundo a grelha de avaliação, na abordagem geral do enfermeiro durante a avaliação nutricional da criança.

Quadro 1 - Comportamentos dos enfermeiros na abordagem geral à criança na consulta de saúde infantil

Procedimentos Gerais (n = 17)				
Práticas Previstas	Verifica-se	%	Não se verifica	%
1 - Pesa a criança correctamente, com a balança a zeros	10	59%	7	41%
2 - Determina peso/idade, através da tabela em vigor	15	88%	3	18%
3 - Avalia correctamente o perímetro do braço (MUAC)	4	24%	13	76%
4 - Verifica do estado de imunização no livro da criança	14	82%	3	18%
5 - Verifica de administração de Vitamina A no livro da criança	11	65%	6	35%
6 - Verifica de desparasitação no livro da criança	11	65%	6	35%
7 - Faz aconselhamento nutricional quando criança não apresenta malnutrição	2	12%	15	88%
8 - Informa a mãe de quando voltar à consulta quando criança não apresenta malnutrição	15	88%	2	12%

Práticas observadas esperadas na abordagem à criança com malnutrição

O Quadro 2 inclui uma subdivisão para procedimentos que deverão ser realizados especificamente para casos de malnutrição severa. Apenas 13 enfermeiros receberam casos de malnutrição, e apenas 3 desses casos reportavam a malnutrição severa.

Na abordagem à criança malnutrida, 9 enfermeiros estimularam as crianças verbalmente e através do toque, avaliando o seu estado de consciência; em casos de malnutrição moderada, 11 enfermeiros aconselharam correctamente os pais e encaminharam as crianças para a próxima consulta; os 3 enfermeiros que identificaram casos de malnutrição grave aconselharam correctamente os pais e encaminharam as crianças para o hospital.

Práticas não esperadas ou omissas na abordagem à criança com malnutrição

Destacam-se comportamentos omissos essenciais a uma correcta avaliação de casos de malnutrição, tais como avaliação da altura, apenas praticada por 4 enfermeiros, e posterior avaliação da relação peso/altura, essencial para determinar se a malnutrição é moderada ou grave, praticada apenas por 1 enfermeiro; apenas 5 enfermeiros despiram as crianças e pesquisaram sinais de magreza extrema e apenas 2 enfermeiros pesquisaram sinais de edemas periféricos, sinal comum nos estados de malnutrição grave; quanto à investigação da história nutricional da criança, apenas 3 enfermeiros perguntaram às mães se amamentavam a criança ou não; informações essenciais à identificação e / ou prevenção de um caso de emergência, tais como informações sobre o aporte recente de alimentos e líquidos, história de convulsões e pesquisa de dificuldade respiratória foram negligenciados por todos os enfermeiros; apenas 8 enfermeiros investigaram se a criança conseguia alimentar-se; nenhum dos enfermeiros perguntou se a criança tinha vômitos persistentes, e apenas 8 enfermeiros pesquisaram a existência de outros problemas relacionados com a malnutrição.

Os resultados apresentados no Quadro 2 reflectem as práticas esperadas e as não esperadas ou omissas, segundo a grelha de avaliação, na abordagem do enfermeiro à criança com malnutrição.

Quadro 2 – Comportamentos dos enfermeiros na abordagem à criança com malnutrição

Abordagem do enfermeiro à criança com malnutrição (n=13)				
Práticas previstas	Verifica-se	%	Não se verifica	%
Avalia a altura da criança	4	31%	9	69%
Determina peso/altura através da tabela em vigor	1	8%	12	92%
Pesquisa de sinais de magreza extrema	5	38%	8	62%
Pesquisa presença de edema em ambos os pés	2	15%	11	85%
Investiga outros problemas, sua frequência e características	8	62%	5	38%
Investiga se a criança consegue alimentar-se/mantém reflexos de sucção	8	62%	5	38%
Investiga se a criança tem vômitos persistentes	0	0%	13	100%
Investiga se a criança teve convulsões	0	0%	13	100%
Pesquisa alteração do estado de consciência	9	69%	4	31%
Pesquisa sinais de dificuldade respiratória	0	0%	13	100%
Investiga historial nutricional da criança: aporte recente de líquidos	0	0%	13	100%
Investiga historial nutricional da criança: aporte recente de alimentos	0	0%	13	100%
Investiga historial nutricional da criança: dieta habitual	0	0%	13	100%
Investiga historial nutricional da criança: aleitamento materno	3	23%	10	77%
Malnutrição moderada: faz aconselhamento nutricional à mãe de acordo com as <i>guidelines</i> em vigor	11	85%	2	15%
Malnutrição moderada: avisa a mãe para voltar no mês seguinte	11	85%	2	15%
Abordagem do enfermeiro à criança com malnutrição severa (n = 3)				
Práticas previstas	Verifica-se	%	Não se verifica	%

Malnutrição severa: explica à mãe a situação clínica em que se encontra a criança e os seus riscos	3	100%	0	0
Malnutrição severa: acompanha/encaminha a criança para o hospital	3	100%	0	0

Análise das entrevistas

Percepções e atitudes do enfermeiro face à malnutrição infantil

Foram entrevistados 8 enfermeiros. A análise das entrevistas foi realizada tomando em consideração 10 dimensões: 1) Conceito de “alimentação saudável”; 2) Percepção da dimensão do problema da malnutrição infantil no Distrito; 3) Causas de malnutrição infantil; 4) Consequências da malnutrição infantil; 5) Intervenção face à malnutrição infantil; 6) Percepção acerca da qualidade e eficácia das suas intervenções; 7) Estratégia de resolução de problemas e actualização de conhecimentos; 8) Espírito de equipa e organização do trabalho; 9) Nível de satisfação face à profissão que desempenha; 10) Limitações e necessidades identificadas que condicionam a prestação dos enfermeiros.

1) Conceito de “alimentação saudável”

Quando foi pedido aos enfermeiros que descrevessem o significado de “alimentos saudáveis”, 4 dos entrevistados deram exemplos de alimentos - *"nós temos arroz, temos milho, e temos tudo aqui"; "Farinha maizena, ovos, carne, cenouras, batatas, banana. Para a mãe dar todos os dias, três vezes por dia."*; *"peixe, carne, ovos e outros alimentos que o bebé possa comer"* – entre os quais 1 enfermeiro fez ainda referência a um nutriente (proteínas) e exemplificou apenas alimentos que o contêm - *"(...) a comida do bebé tenha proteínas, tal como ovos, carne, vegetais e assim. Aquilo que é bom para a saúde da criança, informamos os pais disto"*. Um enfermeiro referiu apenas exemplos de alguns nutrientes - *"(...) os alimentos que têm vitaminas e proteínas (...)"*. Dos restantes enfermeiros, 2 referiram a qualidade dos alimentos - *"O que interessa não é a quantidade mas sim a qualidade."*; *"(...)temos de lhes dar a comer comida com qualidade para que continuem saudáveis."*, 1 enfermeiro apontou a importância do número de refeições diárias – *"Nós temos que saber o que é que a criança come de manhã em casa. E à noite."* - e outro enfermeiro referiu ainda a higiene na preparação dos alimentos – *"comer bem não significa que tenhamos de comer diariamente carne ou milho. Em primeiro lugar, temos de lavar/limpar*

os alimentos" – e a diversidade - "Como misturar o arroz com outros alimentos para que se torne uma boa refeição".

2) Percepção da dimensão do problema da malnutrição infantil no Distrito de Lautem

Dos enfermeiros entrevistados, 5 afirmam ter recebido, durante o desempenho das suas funções, um elevado número de casos de malnutrição infantil - *"No Posto de Saúde onde trabalho aparecem muitos casos de malnutrição infantil."*; *"(...) aqui no distrito há muito mais malnutrição (...)"; "No nosso distrito há muita malnutrição. Algumas vezes, por exemplo, durante o mês vêm uma vez, sempre. Quase 7, 8 pessoas têm malnutrição. Isso mostra que a malnutrição é alta".* Os outros 3 enfermeiros afirmam a baixa prevalência de casos de malnutrição infantil, sendo que um dos quais refere não ter ainda encontrado muitos casos, com a justificação de que foi transferido de outro local de trabalho há pouco tempo – *"Eu comecei a trabalhar aqui em X, portanto eu sei desde X até agora...Encontrei até agora mais ou menos 10 casos"*. Um enfermeiro refere que o nível de malnutrição no Distrito tem vindo a melhorar significativamente - *" (...) agora já diminuiu e sobre o tratamento, existe uma ou duas pessoas que estão internadas no hospital e algumas fazem o tratamento em casa."*; *"A malnutrição no distrito de Lautem não tem uma percentagem muito elevada (...)".* Outro enfermeiro afirma mesmo que só encontrou um caso de malnutrição durante a sua actividade, embora só tenha considerado como malnutrição os casos extremos de malnutrição grave - *"Durante a minha actividade como enfermeiro pediátrico só vi este caso. Nunca vi uma criança malnutrida com Marasmo ou kwashiokor"*. Outro enfermeiro ainda afirma haver um baixo número de casos de malnutrição grave e um elevado número de casos de malnutrição moderada, sendo que posteriormente afirma que esses casos de malnutrição moderada não são reais, devido à baixa estatura do povo timorense – *"Mas malnutrição grave não existe verdadeiramente, há só um ou dois casos ... o que existe muito é malnutrição moderada ... algumas vezes ganham peso, mas não crescem muito e ficam sempre pequenos. Isto se formos comparar com os valores do protocolo significa malnutrição, porque noutras nações significa malnutrição, mas para os timorenses isto é a sua estatura, semelhante à dos seus familiares e algumas vezes as crianças não se desenvolvem"*.

3) Causas de malnutrição infantil

Todos os enfermeiros entrevistados apontam como causa da malnutrição infantil a negligência ou falta de conhecimentos por parte dos pais das crianças - *"a maioria das mães não sabe como*

preparar os alimentos. Esse é o problema, o problema prioritário.”; “(...) quando as crianças emagrecem muito ou quando os pais não têm cuidado com a saúde das crianças, dão-lhe comida, água, dão-lhes banho ou lavam a roupa com água não limpa, isto pode fazer com que a criança sofra de malnutrição.”; “(...) os pais algumas vezes... têm mais interesse pelas suas responsabilidades...e quando as crianças começam a ter mais de um ano eles... deixam-nos assim...não prestam atenção à sua alimentação... porque eles cozinham a comida que têm...eles cozinham e dão para comer e vão embora... e assim as crianças em casa, umas vezes comem outras vezes não, eles não se preocupam com isto. E por isso algumas vezes dizemos que os pais não têm interesse (...)”.

Dos 8 enfermeiros entrevistados, 5 apontam como causa de malnutrição a situação económica das famílias - *"a situação económica da população é a segunda causa de malnutrição infantil.”; “(...) por vezes os recursos económicos não são suficientes, não têm comida, isto é que faz... que dizemos.... isto é que provoca com que as crianças fiquem mal nutridas.”; “(...) isso só se vai realizar quando as famílias tiverem uma economia equilibrada.”; “Podem compreender, mas é impossível de se cumprir por causa da economia”.* Três dos enfermeiros referem ainda o recurso dos pais a medicinas tradicionais alternativas em detrimento do recurso aos serviços de saúde - *"Eu não percebo o porquê, mas quando as mães não sabem o que se passa com a criança, recorrem primeiro a curandeiros tradicionais e só depois recorrem ao hospital.” “ (...) Porque esta é uma questão tradicional antiga”; “Quando as crianças adoecem as mães levam-nas a feiticeiros, ficam ali a perder tempo e acabam por matar as crianças. São actividades em que se matam pessoas inconscientemente.”.* A iliteracia, grande dimensão das famílias e a falta de aconselhamento aos pais são também apontados como causa, embora como opinião única de 3 enfermeiros, em que cada um se refere a uma das causas acima descritas: *“As mães, a algumas nós damos formação mas não compreendem o que é isto. Porque algumas mães sabem contar um pouco, podem compreender a informação que nós damos sobre nutrição e algumas das mães que não sabem contar, não sabem ler, não sabem escrever, quando recebem informação elas podem compreender um pouco, e algumas não compreendem mesmo o que é nutrição.”; “(...) uma só família tem muitas pessoas, algumas vezes os filhos das pessoas, o mínimo dos mínimos são quatro para cima, e muitas mais de dez. Então, dessa forma é difícil eles darem boa atenção, de forma preparar bem a comida, e eles não têm dinheiro suficiente para comprar bons alimentos para os seus filhos.”; “(...) os pais não têm aconselhamento de como zelar pelo desenvolvimento dos seus filhos de forma saudável”.*

4) Consequências da malnutrição infantil

Quatro dos enfermeiros entrevistados conseguem prever e especificar as consequências da malnutrição infantil para o futuro do país - *“Quando as crianças sofrem de malnutrição muito grave, amanhã quando forem adultos terão deficiências intelectuais, e portanto temos que fazer o quê? Para que os bebés não sofram de malnutrição, porque é o futuro das crianças, tem que se pensar no futuro.”*; *“(…) quando existe muito malnutrição, amanhã, quando as crianças forem adultas, elas não viverão com boa saúde. O seu crescimento intelectual não será muito bom, então terá impacto nos seus estudos. Quando estiverem na escola não terão muito aproveitamento porque o seu desenvolvimento intelectual não será muito bom. E se durante a escola também não forem saudáveis, então muitas vezes não irão à escola e no futuro, quando trabalharem, também não será com boa qualidade. E portanto a nação para ter um rápido desenvolvimento, será muito difícil”*. Apenas 1 enfermeiro não especifica quais as consequências da malnutrição para o desenvolvimento do país, embora admita a sua existência - *“Penso que enquanto as crianças tiverem muito malnutrição, o futuro de Timor não será muito bom. Estas crianças é que são o nosso futuro, o futuro da nação, mas quando elas sofrem de malnutrição e falta de saúde isto é que ... isto é que fará com que não tenhamos um futuro”*. Dois dos enfermeiros não compreenderam a pergunta, mesmo após esta ter sido exposta de duas maneiras diferentes - *“Para que haja melhorias no futuro nós temos de resistir e não cansar. Temos de dar conselhos. Não só os profissionais de saúde mas também outras pessoas. Por exemplo, o governo tem de estabilizar a economia da comunidade e para isso é preciso fazer um trabalho comum.”*; *“A consequência é que não desenvolvemos Timor, porque essas crianças já cresceram e têm malnutrição. Dos que têm malnutrição, uns vão morrer, outros não, e alguns vão para o hospital fazer tratamento com o IMCI”*.

5) Intervenção face à malnutrição infantil

Dos 8 enfermeiros entrevistados, 7 afirmaram recorrer ao reforço/reciclagem como estratégia de promoção de saúde junto das populações, utilizando a explicação repetida de temas abordados - *“(…) nós temos de explicar e explicar.”*; *“(…) se a mãe ainda não entendeu ou não sabe que tem que usar água limpa, e pedir para explicarmos melhor, nós temos que ensinar bem até ela saber e então é que pode ir para casa.”*. Dois enfermeiros afirmam recorrer a sessões práticas de demonstração culinária: *“Eu cozinharía para ela, dando um exemplo para a mãe fazer em casa.”*; *“(…) nós mostramos, mostramos aquilo que tem vitaminas, os alimentos que têm vitaminas, os que têm proteínas... Mostramos-lhes isto e assim elas começam a entender ,*

proteínas estão na carne, no feijão(...)". Outros 2 enfermeiros sugerem os Mass Media como uma estratégia eficaz - *"Pela televisão eles podem compreender, podem ver, pode explicar."*; *"Se fizermos mensagens através da rádio comunidade se houver questões na comunidade podem vir ao hospital colocar as dúvidas para poderem saber e ter uma família saudável"*. Um enfermeiro refere a capacitação das camadas mais jovens da população como estratégia de eleição - *"Os jovens que pensam em ter família necessitam de receber educação para a saúde. Nós explicamos para que eles compreendam, e, na possibilidade de eles serem jovens, nos temos de chegar até eles, para que assim possam saber o que necessitam fazer para as suas famílias (...)"*. A inversão de papeis é referida por 1 enfermeiro como estratégia de educação para a saúde: *"(...)algumas das mães compreendem e conseguem explicar de novo, isso é que eu uso, inverter para que elas entendam, estas mães compreendem, outras nós pedimos para explicarem de novo"*. Outros 2 enfermeiros admitem ainda a utilização de estratégias menos convencionais: *"(...) obriguei o pai a levar a criança ao hospital."*; *"Talvez ele (o chefe) fale às vezes, e diga que eu trabalho no Posto de Saúde com a população e que não posso ralhar com a população"*. No entanto, quando foi pedido aos enfermeiros entrevistados, que transmitissem uma mensagem aos pais das crianças de Lautem, apenas 2 incluíram explicitamente na mensagem o apoio por parte dos serviços de saúde - *"(...) se a criança tiver algum problema por favor tragam-na para o hospital ou clínica mais perto da vossa casa, e por favor sigam os conselhos dados pelos enfermeiros e pelos médicos."*; *"(...)E também a vacinação, tem que fazer a vacinação completa (...)"*. Cinco enfermeiros não incluíram a oferta de apoio por parte dos serviços de saúde na mensagem - *"Seria escolher os produtos alimentares como o arroz, o milho, carne, ovos, todos os que contém hidratos de carbono, proteínas, vitaminas e minerais"*; *"a minha mensagem aos pais de criança de 1 a 5 anos para terem cuidado, porque agora é tempo de chuvas e as diarreias podem recomeçar e outras doenças também. Temos que ter cuidado com as crianças (...)"*, e um dos enfermeiros não compreendeu a pergunta, dando outra resposta.

Dos enfermeiros entrevistados, 7 afirmam que investigam, junto dos pais, o historial nutricional da criança - *"Quando uma criança vem com condições de malnutrição nós perguntamos: "esta bebé talvez tenha apanhado alguma doença em casa"... se não...se ele não está doente... nós temos de perguntar também "que comida é que o bebé come normalmente em casa?"... depois quando ele come...o que come para ter vitaminas?... se ele come tudo... nós perguntamos também ... de que forma é que diariamente alimenta o bebé?"*; *"(...) eu pergunto sempre às mães das crianças com malnutrição: "Porque tem o seu filho assim?" Pergunto também se a criança come ou não, se bebe leite ou não, quantas vezes come, se dorme bem ou não"*.

Cinco enfermeiros conseguem estabelecer a relação entre a malnutrição infantil e outras doenças e explicar essa relação, embora só consigam ver a malnutrição como consequência de doença e nunca a doença como consequência da malnutrição - " *Quando recorrem ao Centro de Saúde é porque a criança se apresenta doente, com doenças múltiplas, e as mães não compreendem que se trata de malnutrição. Pensam que é por causa da malária ou pneumonia. A criança pára de comer e passados uns dias fica malnutrida. Quando chega ao C. S. temos de avaliar, pesar, ver o perímetro braquial... e então explicamos à mãe que o peso diminuiu e a criança se apresenta malnutrida. Isto porque a mãe já não a amamenta com tanta frequência e a criança bebe outros líquidos, e devido a isso fica com parasitas. Outro problema é a mãe começar a introdução de outros alimentos aos 4 meses de idade da criança. Assim a criança não ingere colostro do leite materno e fica sem defesas. Assim é muito fácil apanhar parasitas.* "; " *Pode ter doenças porque o bebé... vemos o bebé...quando pesamos o bebé, com malnutrição, pode surgir doenças tais como infecções porque o corpo do bebé não é forte. Se não tem alimentação então pode surgir muitas doenças,...o bebé pode ter doenças infecciosas*". Dois enfermeiros admitem que a relação existe, conseguem até dar exemplos de doenças mas não conseguem explicar a relação - "(...) *algumas vezes as crianças desenvolvem-se bem mas apanham varias doenças, tais como diarreia, malária, e depois eles não os levam com rapidez para o hospital. Isso é que faz com que as crianças não tenham boa saúde e sofram de malnutrição.*"; " *O baixo peso. Quando a criança tem tosse não come, não dorme, e o peso diminui (...) Mais ou menos, porque a criança com pneumonia não come (...)Sim, com outra doença também. Com malária, as crianças com malária também não querem comer (...)Apanha outras doenças mais facilmente*". Um dos enfermeiros não consegue estabelecer a relação - " *Nós temos um parâmetro: avaliar a respiração da criança. Quando a criança apresenta uma respiração profunda nós podemos concluir que a criança tem uma pneumonia. E aí fazemos o tratamento com antibiótico. Primeiro prescrevemos um medicamento e passados dois dias volta à consulta. Se a respiração se mantiver nós fazemos outro antibiótico diferente.*"; " *Nós temos uma ficha da criança. Podemos usar também o LISIO*".

No que respeita ao tratamento, todos os enfermeiros entrevistados descrevem um ou ambos os protocolos de tratamento da malnutrição (nível comunitário e nível hospitalar) em vigor no país incorrectamente - " *Eu utilizo os leites F100 e F75 para tratar crianças com malnutrição grave (...) quando o paciente está na sala de emergência, o enfermeiro tem de ensinar à mãe o modo de preparação do leite. Depois pode dar o leite à mãe e ela prepara em casa e dá à criança.*";

“Avalio o peso da criança, observo as suas mãos e depois o médico divide a comida para a malnutrição.”; “Depende da situação, e dos elementos de trabalho. Porque uma pessoa não pode fazer tudo de uma só vez”; “Aqui nós damos a saber ao enfermeiro português, para poder dar atenção na sua alimentação.... depois... a alimentação... dar atenção à sua alimentação...depois... dar leite “extratus” ao bebé.”; “Nós podemos receber as crianças com malnutrição no tratamento, informamos os pais de como alimentar a criança. Podemos aconselhar as mães”. Apenas 2 enfermeiros descreveram um dos protocolos em vigor correctamente – “Se encontrar uma criança com malnutrição moderada terei de a tratar de acordo com o protocolo, o protocolo nacional. Mas se encontrar uma criança com malnutrição grave terei de a enviar para a sala de emergência para que o médico a observe. O tratamento levará no mínimo um ou dois meses”; “Eu vejo o LISIO da criança e, de acordo com o nosso protocolo, olhamos para a curva de crescimento da criança, e esta se apresentar abaixo do normal a criança apresenta malnutrição. Aí temos de definir se é malnutrição moderada ou malnutrição grave. Temos um protocolo sobre isso”; “Os casos graves, por exemplo, até já estão doentes, são como as pessoas chamam de marasmo ou kwashiokor. Nós falamos com o médico para eles depois ficarem de baixa e serem internados. E quando eles estão no internamento entregamos ao médico e também ao responsável pela nutrição, para dar atenção à sua alimentação e ajudar até estarem saudáveis e voltarem para casa. Quando eles voltam para casa, mensalmente vêm ser avaliados, e depois no momento tem que se observar também se, possivelmente em seis meses, ou após seis meses ou a cada seis meses tem que se dar vitamina A e também medicamentos para os parasitas intestinais”. Dois dos enfermeiros afirmam que a responsabilidade do tratamento da malnutrição infantil fica a cargo de outra instituição /organização - “Sobre a alimentação suplementar também tenho um programa de chamar os meus colegas para fazerem às crianças.”; “Quando vêm aqui, nós fazemos vacinação, depois pesamos as crianças. Quando vemos as crianças com menos peso, abaixo da “linha” nós falamos com a ONG que os apoia para aconselhar e dar alimentos à criança”.

6) Percepção da qualidade e eficácia das intervenções que realizam

Na avaliação da eficácia das intervenções de promoção de saúde verificaram-se ambivalências significativas. Os 8 enfermeiros afirmam que as suas intervenções são eficazes - *“Eu acho que sim, e que a maioria das mães compreende. Assim, durante a gravidez elas recorrerão à clínica assim como quando as crianças tiverem algum problema.”* – e na resposta a outra pergunta, 5 dos enfermeiros afirmam o contrario - *“a maioria das mães não sabe como preparar os alimentos, bons alimentos para as crianças”*. Um dos enfermeiros, demonstra ainda ambivalência dentro da

mesma resposta - *“Com alguns já consegui, com outros não, mas estes são poucos. Mais ou menos duas ou três crianças já estão melhores. Vinte e tal ainda não estão melhores”*. Apenas 2 enfermeiros afirmam que, a longo prazo, as suas intervenções poderão ser eficazes, mas não de imediato - *“Sim, mas eu penso que precisamos de mais tempo para encorajar as mães, dar-lhes educação, especialmente sobre malnutrição. Talvez não o consigamos agora, talvez só daqui a 10, 15 ou 20 anos elas (as mães) melhorem”*; *“Durante este tempo, nós vemos que muita gente começa a pensar em aderir ao planeamento familiar, mas nós sentimos isto muito lentamente, porque através da educação só muito lentamente conseguimos mudar as pessoas”*.

Mais especificamente, e relativamente ao programa de reforço alimentar, a ser implementado nas comunidades, apenas 3 dos enfermeiros conseguem prever a sua sustentabilidade - *“Espero que as mães não recorram só a cuidados de saúde por causa do Programa de Reforço Alimentar mas por se preocuparem com a saúde dos seus filhos”*; *“(…) porque nós os timorenses, quando nós vamos a algum lugar onde nos dão algo, faz com que a população esteja contente no regresso. Isto é que atrai as pessoas. Mas possivelmente se amanhã, em 2011, acabar de novo, isso eu não sei, é possível que continue a vir muita gente ou não, isso eu não sei (...)”*¹². Um dos enfermeiros consegue apenas prever a sua eficácia a curto prazo ou imediata - *“Isso também é bom para a malnutrição porque os centros de saúde distritais podem dar aos pais e aos bebés que não estão bem, tem que dar isto para aumentar a sua alimentação”*. Três enfermeiros não compreendem os objectivos do programa, achando que se trata de uma “oferenda de alimentos” à comunidade - *“Se não houver comida pedimos a alguma ONG ou dizemos ao Ministério”*; *“Quando nos fazemos alguma comida local, convidamos a comunidade, isso é muito bom. E assim os pais retornam”*.

Todos os enfermeiros entrevistados referem nunca terem sido sujeitos a avaliação de desempenho, e apenas 2 deles reconhecem essa necessidade - *“é um pouco difícil para o nosso chefe dizer que o nosso trabalho aqui anda bem ou que o nosso trabalho não anda muito bem. Por causa disso, talvez, nós ainda não temos uma boa gestão para podermos sentar e conversar em conjunto”*; *“Sim, porque não há balanço, não há avaliação que diga quando o trabalho é bom. Por causa disto é que o trabalho não é muito bom”*. Cinco enfermeiros não reconheceram necessidade de serem avaliados: *“Até hoje não. Mas não ficaria contente com isso. Tenho as minhas obrigações e cumpro-as.”*; *“Sobre a opinião do chefe eu não sei, mas nós vemos que quando o serviço é bom, fazemos o trabalho para com o trabalho melhorar a nossa nação”*.

¹² Apesar de afirmar “eu não sei”, o raciocínio lógico anterior é indicador de que tem uma previsão. Poderão existir razões que levam o entrevistado a não o admitir.

Como causa de insucesso, e pela segunda vez, é apontada por 4 enfermeiros a falta de conhecimentos por parte dos pais - "(...) nós explicamos. Mas estas pessoas têm muitas dificuldades de compreensão."; "A mãe não compreendeu ou não quis seguir os conselhos e a criança faleceu.". Dois dos enfermeiros apontam ainda causas divinas / sobrenaturais - "Nós podemos dedicar muito tempo a tentar tratar uma criança, mas não somos nós que determinamos se a criança vive ou morre. Deus determina a vida e a morte."; "(...) nós fizemos o tratamento mas Deus é que decide", e outros 2 enfermeiros referem o excesso de trabalho dos enfermeiros como causa de insucesso - " (...) nós não temos tempo suficiente para explicar tudo às mães acerca da malnutrição infantil (...)". Isoladamente, são ainda apontadas como causas por 3 enfermeiros, respectivamente: falhas nos serviços de saúde - "(...) E portanto podemos encontrar crianças que morrem quando os serviços de saúde atendem muito tarde."; falta de formação dos enfermeiros - "Nem todos os enfermeiros estão habilitados a tal. Mas pelo menos poderão encaminhar a criança para quem esteja habilitado"; língua/dialecto utilizado - "Aqui, porque muita gente que fala Fataluku, e algumas vezes nos aconselhamentos nós falamos em Tétum, algumas vezes eles entendem, algumas vezes perguntamos de novo e eles entendem. Problemas de linguagem".

Cinco dos 8 enfermeiros entrevistados refere sentir tristeza face ao insucesso das suas intervenções - "Um sentimento de grande tristeza.... quando encontro uma criança que eu não consigo ajudar."; "Sinto-me triste, por ver a criança com malnutrição". Dois dos enfermeiros entrevistados, demonstram sentimentos de culpa - "Sinto que a mensagem que transmiti não resultou."; "Quando eu vejo uma criança que morre por causa de malnutrição, primeiro eu sinto-me triste, porque na realidade ela não morreria se recebesse bom tratamento". Um dos enfermeiros demonstra ainda sentimentos de conformismo - "Quando não sabem, não sabem. E também têm de ser os pais a olhar os filhos. Porque estes filhos, para o seu futuro, têm que o fazer mesmo".

7) Estratégia de resolução de problemas e actualização de conhecimentos

Relativamente ao esclarecimento de dúvidas técnicas, 5 dos enfermeiros entrevistados afirmaram recorrer à opinião médica - "No sítio onde trabalho há um médico e eu estou sempre pronto a perguntar. Não se pode saber tudo."; "(...) posso chamar pela ajuda do doutor que veio para a consulta, para assim poder dar um bom tratamento" – e 3 pedem ajuda a outros colegas - "Se eu não sei resolver o problema eu tenho de perguntar às parteiras, aos meus colegas enfermeiros (...)"; "(...) quando tenho alguma duvida eu sempre pergunto aos meus colegas que trabalham à mais tempo". Isoladamente, 1 enfermeiro afirma ainda consultar material

bibliográfico - “*Nós informamos que quando nós não resolvemos o problema, nós pensamos em ir rever nos livros*” – e 1 enfermeiro encaminha o utente para o hospital - “*Se não posso atender no posto de saúde então mando para o hospital*”. Um enfermeiro refere nunca ter tido dúvidas durante o exercício da profissão - “*Não temos duvidas*”.

Quatro dos 8 enfermeiros entrevistados referem necessidade de actualizar os seus conhecimentos técnicos e fazem-no espontaneamente – “*(...) o pessoal de saúde também tem a responsabilidade de se actualizar e estudar*”; “*Surge um protocolo novo, vemos de novo, estudamos de novo, aprendemos a fazer bem. Um melhor acolhimento segundo o novo protocolo*”. Dois dos enfermeiros sentem também essa necessidade mas esperam que outros lhes comuniquem ou lhes facilitem a informação - “*Eles costumam enviar o novo, mas como não enviaram nós continuamos a utilizar o antigo*”; “*No hospital nós precisávamos de fazer isso mas ainda não temos biblioteca para que nas horas livres possamos ir ler livros sobre protocolos nacionais ou protocolos de saúde. Quando o estado arranjar uma biblioteca então podemos aproveitar o tempo para ler*”.

8) Espírito de equipa e organização do trabalho

Verifica-se que 6 dos enfermeiros entrevistados privilegia o trabalho de equipa - “*Eu acho que independentemente dos estudos que tenhamos não podemos trabalhar sozinhos*”; “*(...) estamos a treinar os voluntários na comunidade para que façam Educação para a Saúde nas suas comunidades (...)*”. Apenas 1 enfermeiro demonstrou discordar com o conceito de trabalhar em equipa - “*Todos têm trabalhos diferentes, e cada um sai o seu trabalho por que o trabalho já foi distribuído pelo chefe*”; “*(...)Portanto uns não podem fazer o trabalho dos outros*”.

Verificou-se que apenas 1 enfermeiro, durante a entrevista, não respondeu a nenhuma pergunta que fosse dirigida apenas à sua pessoa, na primeira pessoa do plural, respondendo apenas por si – “*(...) eu tenho de seguir o protocolo nacional*”. Os restantes 7 enfermeiros, pelo menos em duas perguntas dirigidas somente a si, responderam por si e pelos colegas de trabalho - “*Costumamos perguntar aos pais*”; “*(...) isto faz com que fiquemos tristes (...)*”; “*Sentimo-nos contentes porque (...)*”.

Três dos enfermeiros entende que “*tempos mortos*” no local de trabalho corresponde ao tempo durante o qual não atendem utentes, referindo-se a outras rotinas de enfermagem obrigatórias como sendo opcionais, ou seja, como se fossem actividades que só se realizam se houver tempo livre e que não são estritamente necessárias – “*(...) sentamos em conjunto, algumas vezes, para fazer ligaduras e muitas coisas.*”; “*(...) informo outros colegas quando vamos a um local para fazer vacinação ou porque aconteceu alguma coisa lá que não é muito boa. Nós partilhamos*

saberes de forma a não estarmos a perder tempo”. Três dos enfermeiros referem actualizar conhecimentos fazendo consulta bibliográfica durante os tempos livres no serviço - “continuamos sempre a estudar, a folhear”; “Ler livros que sejam sobre saúde, ou alguns sobre outras ciências”. Isoladamente, um enfermeiro refere fazer uma pausa - “(...) vou comer qualquer coisa”; “Converso com os colegas”.

9) Nível de satisfação face à profissão que desempenha

Dos 8 enfermeiros entrevistados, 4 sentem-se satisfeitos com o seu trabalho, mas revelam o desejo de retomarem os seus estudos - “Eu, como parteira, desejo no futuro tornar-me parteira profissional”; “No futuro muitos de nós enfermeiros queremos escolher uma escola para continuarmos a estudar sobre radiologia. Quando a nossa radiologia for boa ou já houver e vou mudar para a profissão de técnico de radiologia”. Destes enfermeiros, apenas 1 não sabe especificar a área de enfermagem que gostaria de aprofundar: “Ainda não escolhi. Quando tiver oportunidade de ir estudar logo decidirei”. Os restantes 4 enfermeiros mostram-se plenamente satisfeitos - “Mas era mesmo esta profissão que eu queria”; “(...) o trabalho de que eu mais gosto, é este meu trabalho”.

10) Limitações e necessidades identificadas que condicionam a prestação dos enfermeiros

A falta de recursos humanos e de recursos materiais são as necessidades mais sentidas pelos enfermeiros entrevistados, sendo apenas 1 enfermeiro a não referir nenhuma destas faltas ou ambas - “Os materiais não são suficientes”; “Neste hospital os medicamentos e o material não são suficientes, mas nós esforçamo-nos por desenvolver o nosso trabalho”; “ (...) deveríamos ser mais”. A falta de formação é a segunda mais sentida, por 4 dos enfermeiros - “(...) podemos dar formação sobre o nosso serviço. Pode-se aumentar as competências dos enfermeiros, para melhorar o serviço”; “Sobre o tratamento novo para IMCI nós não sabemos mas recebemos a informação que mudou a medicação mas nós ainda não tivemos formação sobre o novo protocolo”. Isoladamente, 1 enfermeiro faz referencia às condições de higiene e segurança no local de trabalho - “(...) o espaço não é muito seguro para falar com os pacientes, algumas vezes o local não está muito limpo, assim como os equipamentos que se usam”. Outro enfermeiro ainda, aponta a falta de regalias pessoais para os trabalhadores - “O Ministério tem que construir um edifício com condições para os enfermeiros ficarem lá, para que se resolva a situação.”; “Falta motivação, recompensas para os voluntários desempenharem o seu papel”.

dos enfermeiros entrevistados reconhece a mudança perante melhores condições de trabalho - “Se tivesse todas as condições aqui, acho que modificaríamos a nossa acção de acordo com os

recursos disponíveis”; “Quando houverem todas estas coisas eu terei que esforçar-me para fazer um melhor trabalho para a nação”. Mas apenas dois enfermeiros conseguiram descrever um ponto em que a mudança faria diferença, e qual seria - “Quanto mais enfermeiros houver mais se distribui o trabalho e seria melhor”. “Nós as duas podemos fazer, mas no futuro podemos adoecer, ou podemos estar de licença. Nesse caso é que não conseguiremos controlar todas as aldeias onde estamos”.

No entanto, e apesar das condições, 4 dos enfermeiros entrevistados refere nunca ter vivenciado situações de stress no trabalho - “Não tenho, trabalho com calma... não tenho stress, nem muito nervosismo... trabalho com calma para atender... bem.”; “No que diz respeito ao nosso trabalho, eu penso que não há stress”. Dois dos enfermeiros referem situações de stress devido a excesso de trabalho - “Muitas vezes... stress”; “Porque, quando estou sozinha, vêm muitos doentes, e nós temos stress porque o serviço vai para além do horário”. Isoladamente, 1 enfermeiro refere ter situações de stress devido a atitudes menos próprias da parte dos pacientes - “(...) às vezes os pacientes vêm, e mandam em nós isso também nos deixa um pouco nervosos” – e outro enfermeiro refere momentos de stress devido a falta de condições físicas e falta de equipamentos - “Quando, por exemplo, estou para fazer alguma coisa mas não há os equipamentos que necessito, eu sinto-me com stress, eu não gosto, fico nervosa. E algumas vezes, quando estou de serviço à noite e não há electricidade, temos parturientes em parto, eu fico com stress porque não temos luz”.

Resumindo os resultados analisados, destacam-se algumas práticas e atitudes. Os 17 enfermeiros observados demonstram não seguir os protocolos na íntegra, omitindo alguns passos, verificando-se também que as práticas adoptadas são aproximadamente as mesmas pela maioria. Apenas 4 dos 8 enfermeiros entrevistados conseguem interpretar “alimentação saudável” sem recorrer a exemplos de alimentos. Também somente 4 dos enfermeiros entrevistados se apercebe da dimensão do problema da malnutrição infantil no Distrito de Lautem. A causa principal de malnutrição infantil apontada pelos enfermeiros entrevistados é negligência ou falta de conhecimento por parte dos pais, sendo referida como segunda causa a situação económica das famílias. Apenas 4 dos 8 enfermeiros entrevistados conseguem prever e especificar as consequências da malnutrição infantil. A estratégia de eleição na intervenção de prevenção da doença apontada pelos enfermeiros entrevistados foi a repetição dos temas ou “reciclagem”, destacando-se no entanto que a maioria aponta outras estratégias alternativas. Notou-se ainda que a maioria dos enfermeiros entrevistados não reforçam a importância do recurso ao Serviço

Nacional de Saúde enquanto suporte ao combate à malnutrição infantil. No que refere à intervenção no tratamento da malnutrição infantil, apenas 2 dos enfermeiros entrevistados foram capazes de descrever um dos protocolos correctamente e nenhum dos enfermeiros consegue explicar a malnutrição como causa de outras doenças, apenas se referem à malnutrição como consequência. Verificaram-se muitas respostas ambivalentes quanto à eficácia das intervenções face à malnutrição infantil, a sustentabilidade das mesmas é apenas percebida por 3 dos 8 enfermeiros entrevistados, assim como a previsão de eficácia a longo prazo é apenas percebida por 2 enfermeiros. A maioria dos enfermeiros entrevistados refere a necessidade de actualizar conhecimentos e formação, e em caso de dúvida durante a sua actuação recorrem habitualmente ao médico ou colegas de serviço. O trabalho de equipa é privilegiado e a satisfação no trabalho é manifesta. Como dificuldade principal apontada pelos enfermeiros, durante as entrevistas, predomina a falta de recursos humanos e materiais, embora, e apesar das dificuldades, apenas 4 dos 8 enfermeiros entrevistados refira já ter vivenciado momentos de stress durante a sua actividade laboral.

DISCUSSÃO

No presente capítulo será realizada a interpretação dos resultados obtidos através das observações directas e entrevistas, considerando a fundamentação teórica e os factores individuais presentes no modelo base seleccionado para a investigação (*The performance model*, Awases, 2006). Serão também apresentadas as limitações do estudo.

Verificou-se, durante as observações, que as práticas previstas, as não previstas e as que são omissas, são mais ou menos comuns na amostra, o que demonstra que os enfermeiros executam aproximadamente as mesmas práticas, notando-se uma ou outra excepção. A existência de protocolos que são igualmente dados a conhecer a todos os enfermeiros e a excepção à regra, verificada pela actuação de alguns enfermeiros, leva a excluir a hipótese de falta de formação de base como origem do problema, e a ponderar a contribuição de valores e crenças para o desencadear de tais comportamentos. Considerando os dois níveis de valores propostos por Giddens (2001), é possível que valores profissionais desencadeiem condutas particulares, tais como a eleição de procedimentos a seguir e a não seguir comuns a todos os enfermeiros, referentes a um protocolo. Por outro lado, e no que refere à implementação de novas reformas, Bennett e Franco (1999) concluíram que, quando os profissionais de saúde sentem que os valores associados à reformulação de um programa não coincidem com os seus valores pessoais, o alheamento ao processo de reforma, concomitante perda de motivação e inadequado desempenho são resultados comuns. Algumas das omissões poderão ser explicadas através desta teoria. O facto de não o fazerem poderá estar relacionado com a não compreensão do propósito de o fazerem, e a não concordância recorrente da não compreensão, como por exemplo o aconselhamento nutricional de rotina a todas as mães ou a avaliação da altura das crianças.

As crenças também podem determinar os comportamentos acima descritos. O princípio da congruência proposto por Ronzani (2007), que explica que os enfermeiros muitas vezes partilham crenças e comportamentos dentro de um mesmo grupo, poderá também estar na origem de omissão de alguns procedimentos. A atitude que se verificou ser comum a todos os enfermeiros, como atribuir como primeira causa de malnutrição infantil a negligência e falta de conhecimento por parte dos pais, ignorando ao mesmo tempo o facto de essa falta de conhecimento estar relacionada com o insucesso das suas intervenções, demonstra também a presença de uma crença de autoridade, suportada pela elevada taxa de iliteracia e índice de desenvolvimento do país. Os enfermeiros acreditam que as suas intervenções são as melhores

possíveis, e que o bloqueio surge maioritariamente nos comportamentos dos pais e na situação económica das famílias, não no facto a estratégia de eleição utilizada (a repetição dos temas) não ser adequada. Dois dos enfermeiros demonstram ainda outras crenças em relação ao número de casos de malnutrição. Um enfermeiro contemplou apenas casos graves extremos de malnutrição (marasmo e kwashiorkor) quando foi abordado sobre o número de casos encontrados no distrito, o que leva a crer que casos de malnutrição moderada nem sempre são tidos em consideração. Outro enfermeiro ainda, afirma que as tabelas utilizadas no país não são adequadas à baixa estatura dos timorenses, o que, mesmo que corresponda à realidade, existem instrumentos complementares para a avaliação da malnutrição, como a avaliação do perímetro braquial.

Durante as observações directas, verificou-se que os enfermeiros não calibraram a balança antes de pesarem as crianças, assim como a técnica utilizada para avaliação do MUAC raramente cumpria as regras protocoladas. Tais observações, adicionadas à implementação incorrecta de protocolos, nomeadamente o fornecimento de leites para tratamento de malnutrição (F75 e F100) de uso exclusivamente hospitalar às mães das crianças, para administração no domicílio sem monitorização, revelam imprudência por parte dos enfermeiros, visto que todos tiveram formação e têm acesso aos protocolos. Um exemplo explícito de imprudência é o facto de que todos os enfermeiros entrevistados reconhecem e sabem como se realiza a pesquisa do historial nutricional da criança. No entanto, apenas uma minoria o aplicou durante as observações efectuadas.

Apesar da maioria dos enfermeiros responder que tem sucesso nas suas intervenções quando esta questão lhes é directamente colocada, quando a mesma questão lhes é colocada de outra forma, admitem o seu insucesso. É possível que, ao projectar o insucesso das suas intervenções noutras causas que não o seu desempenho, sejam estas atribuídas a comportamentos e atitudes dos pais, à situação económica das famílias ou a vontade de entidades divinas, os enfermeiros não se sintam responsáveis pelo seu insucesso. Como excepção à regra, surge o facto de dois dos enfermeiros terem demonstrado sentimento de culpa face ao insucesso das suas intervenções. Esta ambivalência vai ao encontro da teoria descrita por Elliot e Dweck (2005). Os autores referem que fortes reacções emocionais direccionadas para a execução de uma determinada tarefa, poderão fornecer pistas sobre o sucesso esperado ou falha. Quando as pessoas experimentam pensamentos negativos e medos sobre suas capacidades, as reacções afectivas pode diminuir a percepção de auto-eficácia e desencadear o stress adicional e agitação que ajudam a garantir a temida execução inadequada. O elevado número de casos de malnutrição infantil declarados pelas autoridades de saúde, governo e agências internacionais, poderão provocar alguma pressão

nos enfermeiros, levando a que os mesmos projectem o seu insucesso noutras causas, como estratégia de coping¹³, levando-os a não se esforçarem para aumentar o seu nível de desempenho e manterem os mesmos comportamentos ineficazes, como se de um “ciclo vicioso” se tratasse.

Os resultados obtidos relativamente ao sucesso das intervenções dos enfermeiros na malnutrição são claramente negativos. As percepções dos enfermeiros participantes nas entrevistas, relativamente à eficácia das suas intervenções vão ao encontro dos indicadores de saúde infantil para a malnutrição, assim como dos resultados apresentados no Relatório *Timor Leste – Landscape Analysis*. Pode assim prever-se que o impacto pessoal nos enfermeiros, relativamente às suas intervenções seja negativo, apesar da ambivalência verificada quanto a esta questão, e tendência para afirmarem primeiramente que as suas acções são eficazes e posteriormente o contrário.

A maioria dos enfermeiros observados revelou não prestar o apoio necessário aos pais das crianças, dado que foi observado que não fazem aconselhamento de rotina, nem investigam o historial de hábitos alimentares da criança, pois apesar de referirem em entrevista que o fazem, não foi possível observá-lo em 17 enfermeiros, durante a sua prestação. No entanto, apontam como causas principais da malnutrição infantil a negligencia e falta de conhecimento por parte dos pais das crianças, não reflectindo sobre a sua falta de contribuição para a mudança de comportamento. Métodos menos assertivos de suporte aos pais das crianças com malnutrição, tais como o “*obrigar os pais (...)*” ou “*ralhar com os utentes*” foram descritos em entrevista, embora apenas por 2 enfermeiros. Ainda em acréscimo, quando transmitem uma mensagem aos pais das crianças malnutridas, a maior parte das mensagens têm um teor de autoridade, não de ajuda, o que, podendo estar relacionado com factores socioculturais, como por exemplo o estatuto social do enfermeiro, demonstra, em conjunto com o que foi descrito anteriormente, falta de empatia e fracos atributos quanto ao “*saber ser*” por parte dos enfermeiros em relação aos utentes. Já entre colegas de trabalho, a relação parece ser de bastante proximidade e cumplicidade, visto que as dúvidas de trabalho são esclarecidas entre colegas enfermeiros e médicos, quase todos os enfermeiros responderem pelo grupo quando lhes foram feitas perguntas relativamente à sua pessoa e apenas 1 enfermeiro não privilegia o trabalho de equipa. Alguns dos resultados das observações directas (comportamentos esperados omissos, técnicas erradas de avaliação do MUAC, não verificação da operacionalidade do material), as respostas dadas em entrevista sobre o tratamento da malnutrição infantil (em que a maioria dos

¹³ Coping pode ser definido como “o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas ou stressoras” (ANTONIAZZI et al, 1998).

enfermeiros descreve os protocolos com erros ou nem os conseguem descrever), e a atitude no trabalho (“*saber ser*”) analisada anteriormente, os enfermeiros participantes revelam fracas competências profissionais na sua intervenção face à malnutrição infantil. Esta observação vai ao encontro do que é referido por Hoffmann (1999), referindo que a destreza e experiência dos profissionais, deverão ser reflexo não só da sua formação como também de qualidades não técnicas (como por exemplo empatia e motivação). Em acréscimo, no *World Health Report 2006* (WHO 2006), a combinação de conhecimentos técnicos, destreza e comportamentos foram apontados como as bases da competência dos enfermeiros.

Ao serem confrontados com perguntas como: “*Quais as consequências da malnutrição para o desenvolvimento do país*”, “*Qual a relação entre a malnutrição infantil e outras doenças ou o quais os resultados do Programa de Reforço Alimentar a longo prazo*”, “*O que faria de diferente se tivesse todas as condições necessárias para trabalhar*”, perguntas que envolvem alguma reflexão e sentido crítico, apenas cerca de metade dos enfermeiros entrevistados conseguiram responder e justificar. As barreiras ao desenvolvimento do pensamento crítico parecem ser muito evidentes, atingindo o extremo de 1 dos enfermeiros entrevistados refere “nunca ter dúvidas”. A falta de capacidade para construção do pensamento crítico poderá estar relacionada com inúmeros factores, tais como a qualidade do ensino em Timor Leste, conflito armado por períodos prolongados, e até com alterações cognitivas, provocadas por carências nutricionais sofridas pelos próprios enfermeiros durante o seu desenvolvimento na infância.

No entanto, algumas evidências revelam indícios de reflexão por parte dos enfermeiros sobre as suas acções, e tentativa de resolução dos problemas existentes. Apresentarem estratégias alternativas de promoção de saúde, demonstrarem algum sentimento de culpa em relação ao insucesso das suas intervenções e identificarem necessidades de mais formação específica, poderão ser vistos como uma porta aberta ao pensamento crítico.

Nas entrevistas efectuadas, verifica-se a inexistência de avaliação de desempenho dos enfermeiros, e o não reconhecimento da sua importância por parte dos mesmos, com excepção de 1 dos enfermeiros, que para além de reconhecer a importância deste tipo de avaliação, ainda afirma que o desempenho dos enfermeiros não é o que seria desejável devido à falta de avaliação pelos seus superiores.

Fritzen (2006), refere que, no contexto de países em desenvolvimento, como Timor Leste, a maior parte dos profissionais dos serviços públicos necessita de sentir que as suas funções envolvem ordens superiores, supervisão, inspecção e coordenação com múltiplos actores (inclusive autoridades locais e comunitárias). O problema, frequentemente, surge pelo facto de

os responsáveis distritais de saúde sentirem, e realmente serem, escassamente suportados em muitas dessas funções.

Não existindo avaliação de desempenho, o feedback que o enfermeiro recebe acerca da sua prestação, provém apenas dos resultados obtidos verificáveis, tendo estes sido revelados como infrutíferos - "(...) nós explicamos. Mas estas pessoas têm muitas dificuldades de compreensão."; "Durante este tempo, nós vemos que muita gente começa a pensar em aderir ao planeamento familiar, mas nós sentimos isto muito lentamente, porque através da educação só muito lentamente conseguimos mudar as pessoas" - e de comunicações orais por parte das chefias, que, como referiram alguns dos participantes, só acontecem quando algo não corre bem. Por outro lado, o feedback dado pelos utentes parece também não ajudar. Devota a fortes crenças culturais referidas anteriormente, e pelo que é percebido no Relatório *Timor Leste – Landscape Analysis*, as expectativas e credibilidade da comunidade quanto aos serviços de saúde parecem ser ínfimas.

Nenhum dos enfermeiros entrevistados deixou transparecer, nem expressamente nem indirectamente, que não tivesse encontrado significado para a sua profissão. Deixam transparecer antes que têm uma missão de ajudar o próximo e que a cumprem. Todos os enfermeiros participantes demonstraram estarem satisfeitos com o seu trabalho. A missão de *ajuda à família e ajuda a toda a comunidade* parece ser a orientação afectiva dominante, o que poderá estar relacionado também com factores culturais, como por exemplo a posição social do enfermeiro em Timor Leste. Mesmo os que revelaram praticar outra actividade laboral em simultâneo, não revelaram o desejo de abandonar a profissão de enfermeiro. A maioria dos enfermeiros revela antes o desejo de aprofundar conhecimentos, o que mais uma vez evidencia a formação como uma necessidade. Se por um lado é positivo o optimismo dos enfermeiros, por outro poderá estar relacionado com a falta de compreensão da situação de saúde infantil do país, considerando o estado de saúde das crianças "normal", ou ainda com o facto de não terem consciência da sua quota parte de responsabilidade para com os elevados níveis de morbi-mortalidade infantil.

Os enfermeiros assumem claramente a falta de *empowerment* da população. Factores como as elevadas taxas de analfabetismo e condições socioeconómicas da população, poderão ser barreiras tanto no *empowerment psicológico* das comunidades como da sua emancipação, dificultando assim o trabalho dos enfermeiros e levando à sua desmotivação para o fazer. Por outro lado, factores relacionados com o desempenho dos próprios enfermeiros, tais como as competências profissionais e atitude no trabalho, já referidos anteriormente, poderão também constituir barreiras à sua missão de "empoderadores da população", na medida em que os resultados não sugerem que o *empowerment* seja realizado numa lógica de parceria, mas sim

numa lógica de paternalismo ou exercício do poder: "(...) nós temos de explicar e explicar."; "(...) se a mãe ainda não entendeu ou não sabe que tem que usar água limpa, e pedir para explicarmos melhor, nós temos que ensinar bem até ela saber e então é que pode ir para casa". A questão que se coloca está relacionada com o *empowerment* dos próprios enfermeiros, e com o conhecimento prático, a informação, as habilidades, as potencialidades e a capacidade de agir para a mudança se dê a nível pessoal. Os resultados, nomeadamente os que referem a conhecimentos técnicos e atitude no trabalho, demonstram que os enfermeiros necessitam, eles próprios, de serem capacitados e mais envolvidos no processo de mudança.

Os enfermeiros participantes no estudo referem algumas das situações promotoras de stress, nomeadamente o excesso de trabalho, atitudes menos próprias por parte dos pacientes e a falta de equipamentos e condições de trabalho. No entanto, metade dos enfermeiros entrevistados refere nunca ter vivenciado reacções de stress no local de trabalho, assim como não foi visível, durante as observações directas, que os enfermeiros experimentassem algum tipo de tensão, mesmo na presença de algumas situações citadas em entrevista. O *Transactional Model of Stress* (Bailey e Clarke, 1989), refere que uma percepção individual de uma situação joga em grande parte em determinar o quanto uma situação provoca stress ou não, e tem em conta o facto de diferentes pessoas encontrarem diferentes situações de stress em diferentes momentos das suas vidas. Ponderando o facto de que grande parte dos timorenses terem já vivenciado situações com um nível de indução de stress bastante elevado, tais como conflitos armados e genocídio durante a ocupação indonésia e não só, a ausência de stress em situações de menor impacto, tais como problemas relativos ao trabalho, poderá ser vista como uma atitude esperada. Pode também considerar-se que este facto esteja relacionado com factores culturais, que não tenham sido perceptíveis durante a realização do presente estudo.

Limitações do estudo

Muitas dificuldades e barreiras foram encontradas ao longo da investigação. A língua pode ser considerada como a primeira barreira. Existem 38 dialectos em Timor Leste, a acrescentar às línguas mais utilizadas – Tétum, Bahasa - Indonésio e Inglês. Em Lautem fala-se tétum, bahasa - indonésio e fataluko, sendo raras as pessoas que falam português ou inglês. Apesar da necessidade e esforço conseguido pela investigadora em aprender tétum, a mistura do tétum, fataluko e bahasa na mesma conversação e a rapidez com que decorrem os diálogos fizeram com que alguns temas ficassem por cobrir durante as entrevistas, devido a terem sido dadas respostas que não correspondiam às perguntas feitas pela investigadora, não se apercebendo a mesma de tal acontecimento, atempadamente. Na impossibilidade de encontrar outra pessoa que falasse as três línguas e demonstrasse a capacidade de conduzir as entrevistas, a investigadora teve de prosseguir, gravando as entrevistas e posteriormente recorrendo a tradutores.

Outra grande barreira residiu no facto de a investigadora ter como dever profissional a formação dos enfermeiros do Distrito de Lautem, o que, não sendo sempre bem vindo pelos enfermeiros, levou a que as observações e entrevistas apenas fossem aceites e realizadas no período em que se começou a estabelecer uma relação de confiança entre os enfermeiros e o seu formador, um ano após a sua chegada (entre Dezembro de 2008 e Fevereiro de 2009).

Mesmo após estabelecida uma relação de confiança, as observações poderão ter sido baseadas no que a formadora/investigadora queria “ver” e as entrevistas conduzidas ao que a formadora/investigadora gostaria de “ouvir”, o que poderá ter adulterado um pouco os resultados, e dado origem a algumas das ambivalências observadas, tal como se verifica em relação à motivação, em que os enfermeiros se demonstrarem motivados mediante a inexistência de agentes motivadores. Também se verificou que os participantes, em nenhuma altura se referiram a crenças culturais, como o animismo, o *bandu* ou visão cultural da doença como “castigo divino”, e evitaram falar sobre as medicinas tradicionais, sendo estas crenças muito vividas em Timor Leste, particularmente no Distrito de Lautem. A omissão destes temas poderá estar relacionada com a relação formal e profissional estabelecida com a investigadora, assim como com a posição de não credibilidade em relação a crenças culturais, habitualmente demonstrada pelos estrangeiros.

Por outro lado, a formação do investigador, as experiências vividas e sentidas, as significações subjectivas influenciaram a investigação, a neutralidade exigida não foi possível. Há interpretações individuais que influenciam toda a estrutura. A mesma investigação exploratória

feita por outro investigador, com traços culturais e experiência diferentes, chegaria provavelmente a resultados diferentes.

O facto de muitos documentos terem sido queimados, inclusive os currículos de formação dos enfermeiros até ao ano 2002, fez com que a investigadora necessitasse de recorrer a dois informadores – chave para ter acesso a essas informações. Os dois informadores confirmaram as mesmas narrações.

Outras dificuldades encontradas relacionam-se com o facto de a investigadora se ter encontrado a viver no terreno durante e pós o período de recolha de dados (até Julho de 2010), com escasso acesso a bibliografia, conectividade limitada à Internet, acesso limitado a electricidade e dificuldades de contacto com os orientadores (a comunicação e exposição de dúvidas através de e-mail demonstrou ser muito menos eficaz do que através de conversação directa).

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Apesar da presente investigação não ter como objectivo uma avaliação de desempenho dos enfermeiros, foi possível averiguar o seu pobre desempenho e associá-lo a alguns factores individuais que o determinam, encontrando algumas evidências de factores organizacionais associados.

É explícita a distorção dos protocolos de abordagem à malnutrição infantil em vigor por parte dos enfermeiros. No entanto, verifica-se que as práticas omissas ou não esperadas desses mesmos protocolos, são comuns à maioria dos enfermeiros, o que evidencia a presença de crenças e valores determinantes. A atitude no trabalho é marcada principalmente pela falta de empatia para com os pais das crianças e revelação de práticas imprudentes, associado à falta de competências.

A necessidade de formação profissional tem também grande influência no desempenho dos enfermeiros.

A discordância entre o que é transmitido pelos enfermeiros, acerca dos resultados da sua intervenção e os resultados efectivos, explícitos noutros exemplos de insucesso dados pelos próprios, sendo disfarce consciente ou estratégia de *coping*, poderá ser visto como um obstáculo ao processo de mudança e da melhoria do estado nutricional das crianças que decorreria dessa mudança. A ausência de feedback positivo declarada, associada à falta de supervisão adequada, pode levar os enfermeiros a considerar que o seu desempenho é suficiente.

Por outro lado, os enfermeiros demonstram-se coesos, privilegiando o trabalho de equipa e funcionando em uniformidade, aspectos que, no caso de um desempenho adequado, seriam bastante positivos. O espírito de missão e vontade de ajudar o próximo que os enfermeiros deixaram transparecer associados à boa capacidade de lidar com situações de stress e tolerância a trabalhar com poucos recursos são também mais-valias a ter em consideração.

Algumas questões importantes, passíveis de serem pontos de partida para futuros estudos, foram levantadas durante a discussão. Entre tais questões destacam-se:

- a percepção dos enfermeiros relativamente ao insucesso das suas intervenções: disfarce consciente ou estratégia de *coping*?
- Possíveis barreiras ao desenvolvimento do pensamento crítico no enfermeiro timorense: qualidade do ensino, períodos prolongados de conflito, alterações cognitivas derivadas de malnutrição na infância e/ou outras causas?

- A quase ausência de stress no trabalho dever-se-á a vivências anteriores de situações altamente indutoras de stress?

Apresentados os resultados desta investigação, torna-se importante que sejam tomadas medidas visando a melhoria do desempenho dos enfermeiros, e a conseqüente redução do número de crianças malnutridas no país. Abaixo se apresentam algumas recomendações.

A qualidade dos cursos de enfermagem através da capacitação dos docentes deverá atingir níveis mais elevados, tendendo ao aumento das competências dos enfermeiros. Este padrão poderá tornar-se realista, dada a oferta vantajosa de projectos de cooperação a investir na área da saúde em Timor Leste.

A supervisão, monitorização e formação prática em serviço são medidas que poderão melhorar o desempenho dos enfermeiros já formados, assim como dos seus supervisores. É patente que a formação teórica não é suficiente, o que se pode verificar através dos resultados das formações de reciclagem anuais e plurianuais executadas, insistindo sempre sobre as mesmas temáticas. Agências Internacionais de Cooperação poderão ajudar neste aspecto, se tiverem colaboradores capacitados a intervir no terreno, não se centralizando apenas nas áreas urbanas (Díli e Baucau), e não investindo apenas em formações teóricas. O trabalho articulado e em conjunto entre Organizações Não Governamentais (ONG's) a intervir na área da saúde e os Serviços Distritais de Saúde é também uma forma de ajuda eficaz, ao contrário de projectos que substituam os Serviços Distritais de Saúde nas suas obrigações, sem acompanhamento dos mesmos, apenas aumentando os seus indicadores de desempenho.

A responsabilização dos enfermeiros pelas suas acções, a investigação de incidentes e ocorrências e a avaliação de desempenho poderão ser medidas eficazes, e que visam aumentar o desempenho, motivação e prudência dos trabalhadores. No entanto, para que tais medidas sejam funcionais, se possam dispensar enfermeiros não produtivos ou tomar medidas rigorosas em casos de negligência, torna-se necessário que a oferta de enfermeiros seja superior à procura, o que não é o caso em Timor Leste.

A implementação de programas de Transferência Condicional de Dinheiro (TCD) poderá ser também uma mais-valia, no que diz respeito à colaboração e envolvimento dos pais das crianças na melhoria do seu estado nutricional. Os TCD foram introduzidos com uma grande variedade de propósitos diferentes. Aplicado, por exemplo, à educação e à saúde infantil em países pobres, consiste em dar dinheiro aos pais de famílias desfavorecidas, sob a condição de que enviam seus filhos à escola e a visitas regulares ao Centro de Saúde. Estes programas têm sido aclamado como uma das mais importantes inovações na promoção do desenvolvimento social nos últimos

*A malnutrição infantil numa área remota de Timor Leste:
Influência das práticas e atitudes do enfermeiro e factores que as determinam*

anos (Janvry e Sadoulet, 2004). A implementação destes programas na Nicarágua e México, por exemplo, demonstram resultados positivos na utilização mais regular do Centro de Saúde, principalmente dos serviços de saúde preventiva (Leroy *et all*, 2009).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Lusa (7 de Março de 2006). Notícia SIR-7798036. Lisboa.
- Antoniazzi, A. S. *et all* (1998) O conceito de coping: uma revisão teórica. Estudos de Psicologia Júlio-Diciembro, ano/vol. 3, nº 002. Universidad Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Brasil. P.273 – 294.
Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/261/26130206.pdf>
- Araújo, R. M. (2005) Timor Leste: um sistema de saúde na perspectiva dos timorenses. Patroc. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral... (et all). 1ª edição. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública na Universidade Dunedin, New Zeland
- Armstrong, M. (1994) Performance management: the new realities. Kogan Page.
- Awases, M. A. (2006) Factors affecting performance of professional nurses in Namíbia. Department of Health Studies at the University of South Africa. South Africa.
- Bailey, R.; Clarke, M. (1989) Stress & coping in nursing. Chapman & Hall. London.
- Bardin, L. (2004) Análise de conteúdo. 3ª Edição. Edições 70. Lisboa.
- Bennett, S. e Franco, L. (1999) Public sector health worker motivation and health sector reform: a conceptual framework. Major Applied research 5, technical paper nº1. Partnerships for Health Reform (PHR) e Abt. Associates Inc.
- Blössener, M. e Onis, M. (2005) Malnutrition – quantifying the health impact at national and local levels. Environmental burden of disease series, nº12. WHO – Nutrition for health and development protection of the human environment. Genebra.
- Bucens, I. e Maclennan, C. (2006) Survey of childhood malnutrition at Dili National Hospital, East Timor. Journal of Paediatrics and Child Health, nº 42. Paediatrics and Child Health Division (Royal Australasian College of Phisicians).
- Burnard, P. (1991) Coping with stress in the health professions – a practical guide. Therapy in practice 21. Chapman & Hall. ISBN: 0-412-38910.
- Cappelle, M., Melo, M. e Gonçalves, C. (Jan-Jun 2003) Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. Organizações Rurais e Agro-industriais. Revista electrónica de administração da UFLA. V.5, nº1. Disponível em:
http://dae2.ufla.br/revista/Revista%20V5%20N1%20jan_jun%202003_6.pdf

- Coimbra, J. A.; Cassiani, S. (2001) Responsabilidade de enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol.9, nº 2: 56 - 60 Ribeirão Preto, Brasil.
- Collière, M. F. (2003) Cuidar... a primeira arte da vida. 2ª Edição. Lusociência. Camarate
- Coutinha, L. M. (1989) Código de ética médica comentado. São Paulo.
- Dieleman, M.; Harnmeijer, J. W. (2006) Improving health worker performance: in search of promising practices. KIT – Royal Tropical Institute. The Netherlands. WHO.
- Diniz, S.A.; Ruffino, M. C. (1996) Influência das crenças do enfermeiro na comunicação com o alcoolista. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 4, na especial, p. 17-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4nspe/v4nea03.pdf>
- Dussault, G. ; Souza, L. E. (1999) Gestão de Recursos Humanos em Saúde. Departamento de Administração da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade de Montreal.
- Eagly, A.; Chaikan, S. (1993) Psychology of attitudes. Harcourt, Brece Jovanovich, New York.
- Elliot, A. J.; Dweck, C. S. (2005) Handbook of competence and motivation. Guilford Press, New York.
- Firth, J. A.; Shapiro, D. A. (1986) An evaluation of psychotherapy for job related distress. Journal of occupational psychology, 59: 111 – 119.
- Fonseca, R. et all (2006) O saber ser ético profissional dos trabalhadores de enfermagem: uma proposta desafiadora. Associação Brasileira de Enfermagem. 58º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Anais, Salvador.
- Fortin, M. F. (2003). O processo de investigação – da concepção à realização. 3ª Edição. Lusociência Lisboa.
- Fritzen, S.A. (2006) Strategic Management of the health workforce in developing countries: ten lessons and a roadmap. LKY School of Public Policy. National University of Singapore. Singapore.
- Giddens, A. (2001) Sociologia. 5ª edição. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Gonçalves, T. S. (2002) A luta de um povo...Timor Lorosae. Disponível em: <http://alunos.lis.ulusiada.pt/11069899/index>
- Hennessy, D., Hicks, C., Hilan, A. e Kawonal, Y. (2006) A methodology for assessing the professional development needs of nurses and midwives in Indonesia. School of Health Sciences, University of Birmingham, UK. Independent consultant. Jakarta. Indonesia. Indonesian Nurses Association. Jakarta. Indonesia.

- Hoffmann, T. (1999) The meanings of competency. *Journal of European Industrial Training*, 23 (6): 275 – 285.
- Hossne, W. S. (2008) Dos referenciais da bioética à prudência. Centro Universitário São Camilo. São Paulo, Brasil p. 186. Disponível em: <http://www.seocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/64/185a196.pdf>
- Houaiss, A.; Vilar, M. S. (2001) Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Objectiva. Rio de Janeiro

- Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (2007) Parceria IPAD / Fundação Gulbenkian para apoio ao Instituto de Ciências da Saúde de Timor Leste. Disponível em: www.ipad.mne.gov.pt
- Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento – IPAD (2007). Projecto: Prevenir é Crescer 3º ano – “Prevenir é Crescer - Apoio na implementação do Programa Ampliado de Imunização”, com vertente na área da Nutrição no Distrito de Lautem, TIMOR LESTE. Lisboa. (não publicado).
- International Council of Nurses (2004) Declaração de Posição do ICN no âmbito da prática de enfermagem. Genebra. Disponível em: www.icn.ch/psscopesp.htm
- Janvry, A.; Sadulet, E. (2004) Conditional Cash Transfer Programs: are they really magic bullets? Department of Agricultural and Resource Economics. University of Califórnia at Berkeley
- Joint Learning Initiative (2004) Human Resources for Health, overcoming the crisis. Harvard University Press. Cambridge.
- Kahaoke-Yahiro, M.; Saylor, C. (1994) A critical thinking model for nursing judgment. *Journal of Nurses Education*, vol. 33, nº 8, p.351-6.
- Krause, G., Schleiermacher, D. et all (1998) Diagnostic quality in rural health centres in Burkina Faso. *Tropical Medicine & International Health*, vol. 3, nº 2. pp 100-107.
- Kolehmainen – Aitkan, R. (2004). Descentralization’s impact on the health workforce: perspectives of managers, workers and national leaders. Disponível em: www.human-resources-health.com/content/2/1/5
- Kozier, B.; Erb, G. L. (1987) Fundamentals of nursing: capacities and procedures. Addison-wesley kub.Co., Health Sciences Division. Marlo Park, Califórnia.
- Leroy, J. L.; Ruel, M.; Verhofstadi, E. (2009) The impact of Conditional Cash Transfer Programs on child malnutrition: a review of evidence using a programme theory Framework. *Journal of Development Effectiveness*, Vol.1, nº2, pp. 103-129.

- MANUEL, Helena I. B. (2007). Conhecimentos, atitudes e praticas sobre planeamento familiar de mulheres timorenses residentes em Portugal. Lisboa: Alto-Comissariado para a imigração e minoria étnica.
- Ministério da Saúde, Unicef (2004) Estratégia Nacional da Nutrição. Timor Leste.
- Ministério da Saúde (2004) National Strategy for Health Promotion 2004 – 2010. Timor Leste.
- Ministério da Saúde (2007) Health Sector Strategic Plan 2008 – 2012. Timor Leste.
- Ministério da Saúde (2008) Estatuto Orgânico dos Serviços Distritais de Saúde Diploma Ministerial nº 3/2008 de 27 de Fevereiro. Gabinete do Ministro da Saúde. Timor Leste.
- Ministério da Saúde (2009) Guidelines for CMAM implementation in Timor Leste. Nutrition Department. Timor Leste
- Morris S. S., Olinto P., Flores R., Nilson E. A., Figueiró A.C. (2004) Conditional cash transfers are associated with a small reduction in the rate of weight preschool children in northeast Brazil. *J Nutr.* ;pp 134:2336-41.
- Nickols, F. (2003) Factors affecting performance. Distance consulting. Disponível em: <http://home.att.net/nickols/articles.htm>
- Nickols, F. (2006) A control theory view of human performance. Distance Consulting. Disponível em: www.nickols.us
- Oliveira, K. F. (2010) Como cooperar na doença mental nos países em desenvolvimento? Saúde em tradução e cooperação em Timor-leste. Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa para a obtenção do grau de Mestre em Acção Humanitária, Cooperação e Desenvolvimento. Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Oxford Concise Dictionary (1999) 10th Edition. Oxford University Press. Oxford.
- Paul, R.; Elder, L. (2006) The miniature guide to critical thinking – concepts and tools. The foundation for critical thinking. Disponível em: www.criticalthinking.org
- Povey, G. e Mercer, M. A. (2002) East Timor in Transition: Health and Healthcare. *International Journal of Health Services*, vol. 32, nº 3.
- Price, A. (2000) Principles of human resources management – an active learning approach. Blackwell Publishers. Oxford.
- Ribeiro, J. L. (1998) Psicologia e saúde. 1ª Edição. ISPA. Lisboa. Pp.146.

- Ribeiro, J. L. (1999) Investigação e avaliação em psicologia e saúde. Manuais Universitários 12. Série metodologias. Climepsi Editores. Lisboa.
- Ribeiro, J. L. (2007) Metodologia de Investigação em psicologia e saúde. Legis Editora. Porto.
- Ronzani, T. M. (Jan – Abril 2007). A reforma curricular nos cursos de saúde: qual o papel das crenças? Revista brasileira de educação médica, vol. 31, nº 1. Rio de Janeiro.
- Rowe, A. K.; Savigne, D.; Lorata, C.F. (2005) How can we achieve and maintain high – quality performance of health workers in low – resources settings? Disponível em: www.thelancet.com
- Sadan, E. (2004) Empowerment and Community Planning. Disponível em: www.mpow.org
- Sejahtera, I. H. (2003), Multiple Indicator Cluster Survey – 2002, Republica de Timor-Leste, UNICEF, Dili, Timor Leste.
- Sharpley, D. (2002) Perceptions, motivation and performance. DSA Business Psychology. Disponível em: www.dsa-intl.com
- Sousa, F. (2009) Os enfermeiros e... o empowerment em saúde... Ordem dos Enfermeiros – Secção Regional de R. A. Dos Açores. Ponta Delgada, Portugal.
- Swansburg, R. C.; Swansburg, R. J. (2006) Management and leadership for nurse administrators – 4th edition. Jones & Bantlett Learning. New York.
- Taylor, S. J.; Bogdan, R. (1998) Introduction to qualitative research methods – 3rd Edition. John Wiley. New York.
- UNDP (2010) Human Development Report 2010. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/>
- UNICEF (2007). Unicef Humanitarian Action Report 2007.
- Vitoria, C.G. (1992) Community and International Nutrition - The association between wasting and stunting: an international perspective. Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. Disponível em: <http://jn.nutrition.org/cgi/reprint/122/5/1105>
- WHO – Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH) e UNICEF (2000). IMCI – Handbook.
- WHO (2005) Livro de bolso de cuidados hospitalares para crianças: normas para o manejo de doenças frequentes com recursos limitados. Portugal.
- WHO (2005) World Health Report 2005: Make every mother and child count.
- WHO (2006) World Health Report 2006: Working together for health.

- WHO (2009) Timor Leste Landscape Analysis. (não publicado) Ministério da Saúde de Timor Leste. Timor Leste.
- Winch, P. J. et all (2003) Improving the performance of facility and community – based health workers. State-of-the-art series: health worker performance. The child survival technical support (CSTS) Project. Maryland.
- Wolfgang, S. e Wolfgang, M. S. (1995) Psicologia social e saúde. Instituto Piaget. Lisboa. pp. 32-34.
- Zwi, A.B. et all (2007) Timor Leste: Health sector resilience and performance in a time of instability. The University of New South Wales. Sydney. pp. 7; 56; 57.

Informadores – Chave:

- António Calares Júnior – Director Geral de Saúde de Timor Leste e anterior Director do Instituto de Ciências da Saúde de Timor Leste
- Francisco Salgueiro – Director Administrativo do Instituto de Ciências da Saúde de Timor Leste

Tradução

Tradução das entrevistas (Tétum – Português) realizadas por Maria Amado e Carlos Guerreiro.

*A malnutrição infantil numa área remota de Timor Leste:
Influência das práticas e atitudes do enfermeiro e factores que as determinam*

ANEXOS

ANEXO I

Grelha de Observação Directa

Observação nº ____

Fases do Processo	Comportamentos do Enfermeiro	Sim	Não	Se "Não" qual o comportamento adoptado?
A. Pesquisa e identificação de casos de malnutrição	1. O enfermeiro pesa a criança correctamente, com a balança a zeros.			
	2. O enfermeiro determina peso/idade, através da tabela em vigor.			
	3. O enfermeiro avalia correctamente o diâmetro do braço (MUAC).			
	4. Se peso/idade abaixo do limite inferior da tabela, o enfermeiro avalia altura da criança e determina peso/altura através da tabela em vigor.			
	5. Se a criança apresenta malnutrição, o enfermeiro despe a criança e pesquisa sinais de magreza extrema			
	6. Se a criança apresenta malnutrição, o enfermeiro pesquisa presença de edema em ambos os pés			
B. Investigação de historial de saúde da criança	1. O enfermeiro verifica o estado de imunização da criança, no livro da criança (lisio).			
	2. O enfermeiro verifica se a criança tem as tomas de vitamina A actualizadas no lisio.			
	3. O enfermeiro verifica se a criança tem desparasitação actualizada no lisio.			
	4. O enfermeiro investiga historial nutricional da criança: questiona a mãe acerca do aporte recente de líquidos e alimentos, dieta habitual, aleitamento materno.			
	5. O enfermeiro investiga outros problemas, sua frequência e características: pergunta à mãe se a criança apresenta tosse, dificuldade respiratória, diarreia, febre ou problemas nos ouvidos.			
C. Pesquisa de sinais de perigo	1. O enfermeiro pergunta à mãe se a criança consegue alimentar-se/mantém reflexos de sucção			
	2. O enfermeiro pergunta à mãe se a criança tem vômitos persistentes.			

*A malnutrição infantil numa área remota de Timor Leste:
Influência das práticas e atitudes do enfermeiro e factores que as determinam*

	3. O enfermeiro pergunta à mãe se a criança teve convulsões			
	4. O enfermeiro observa a criança e pesquisa alteração do estado de consciência (estimula a criança verbalmente e através do toque)			
	5. O enfermeiro pesquisa sinais de dificuldade respiratória (ciclos respiratórios, coloração das extremidades).			
	6. O enfermeiro pergunta à mãe se a criança tem estado sonolenta ou se tem dificuldade em acordá-la.			
D. Tratamento/ Encaminhamento da criança	1. Não se verifica malnutrição – o enfermeiro faz aconselhamento nutricional à mãe e informa-a acerca de quando voltar à consulta.			
	2. Malnutrição moderada – o enfermeiro faz aconselhamento nutricional à mãe de acordo com as guidelines em vigor. Avisa a mãe para voltar no mês seguinte.			
	3. Malnutrição severa – o enfermeiro acompanha/encaminha a criança para o hospital.			

*A malnutrição infantil numa área remota de Timor Leste:
Influência das práticas e atitudes do enfermeiro e factores que as determinam*

ANEXO II

Guião de Entrevista

Dimensões	Questões
Crenças e Valores	<ul style="list-style-type: none"> • Como acha que está a situação de malnutrição no distrito de Lautem? • Detecta muitos casos? Como os trata? • Quais são, para si, as causas principais de malnutrição em Lautém? • Na sua opinião, qual o impacto/consequências desta doença para o desenvolvimento do país?
Sucesso antecipado	<ul style="list-style-type: none"> • Quando trabalha com crianças malnutridas, espera resultados positivos da sua intervenção sobre a criança? • E sobre a mãe? • O que o faz pensar de tal forma?
Pensamento Critico	<ul style="list-style-type: none"> • Os pais levam a criança à consulta por se apresentarem malnutridas? • Como detecta se é um caso de manutrição infantil? • Que perguntas faz habitualmente aos pais, nessa situação? • Se receber uma criança com uma infecção respiratória, precisa de consultar o lisio? Porquê?
Atitude no trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Que mensagens transmite aos familiares de uma criança malnutrida? • Na sua opinião, acha que os familiares compreendem a mensagem? Porquê? • Utiliza alguma estratégia para melhor se fazer compreender?
Impacto pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • O que sente quando não consegue tratar uma criança com malnutrição e a sua situação piora, ou é mesmo fatal? • O que sente quando consegue tratar um caso de malnutrição, e a criança recupera totalmente?
Competência e Prudência	<ul style="list-style-type: none"> • Costuma ter tempos livres durante o período de trabalho? Como os ocupa? • Quando surge uma duvida no trabalho, o que faz? • Costuma, por hábito, consultar manuais, linhas orientadoras em vigor, livros de enfermagem, quando lhe surgem duvidas? • Sabe quando foi a ultima vez que actualizaram o protocolo da desparasitação? De quem é a responsabilidade de dar a conhecer aos enfermeiros as actualizações dos protocolos? Costuma recorrer a essa pessoa para se actualizar?
Feedback	<ul style="list-style-type: none"> • Os seus superiores costumam informá-lo acerca do seu desempenho? • Qual pensa ser a opinião dos seus superiores acerca do seu trabalho?
Significância do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • O que é para si, ser enfermeiro? • Porque escolheu esta profissão?

Motivação e Satisfação no trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Sente-se satisfeito com o seu trabalho? • Gostaria de ter outra profissão? Porquê? • Quais as suas perspectivas para o futuro? • Pensa algumas vezes em mudar de profissão? Porquê?
Capacidades do trabalhador	<ul style="list-style-type: none"> • Acha que tem os meios suficientes para que o seu trabalho tenha os melhores resultados (materiais, formação, outros)? • Tendo todas as condições, o que faria de forma diferente?
Empowerment	<ul style="list-style-type: none"> • Qual é para si a importância da educação para a saúde? Que resultados acha que poderá ter um maior investimento na educação para a saúde? • Quais são, na sua opinião, as maiores dificuldades da população em compreender a mensagem que lhes é transmitida? O que faz para contornar tais dificuldades? • Acha uma boa estratégia recorrer a recompensas para chamar mais utentes aos Serviços de Saúde (por exemplo, os suplementos alimentares)? O que acha que vai acontecer quando terminar o Programa de Alimentação Suplementar? Os utentes continuarão a vir? • O que faz para evitar o risco de os utentes deixarem de recorrer aos cuidados de saúde primários?
Stress no trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Tem momentos de stress no trabalho? • Se sim, em que situações?

- As entrevistas são semi-estruturadas, logo, poderão surgir novas questões no seu decurso, dentro de cada dimensão.
- As questões poderão não ser colocadas pela ordem apresentada no guião
- As questões foram baseadas não só nas definições escolhidas para as dimensões, mas também nas observações que foram previamente realizadas.

ANEXO III

Formulários de Consentimento

- Carta de explicação do estudo e do consentimento
 - Formulário de consentimento
- Formulário de consentimento de gravação áudio

Carta de explicação do estudo e do consentimento

Exmo. Sr. ou Sr.^a:

Eu, Maria Saraiva Sousa e Faro Sacchetti, licenciada em enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa, e a frequentar o 2º ano do I Curso de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento, do IHMT/UNL em Lisboa – Portugal, venho por este meio solicitar a sua autorização para, no âmbito da elaboração da minha tese de mestrado, realizar um estudo de investigação em Timor-Leste. Mais concretamente, apresento no seguimento desta carta o tema, objectivo, métodos, riscos e vantagens potenciais do estudo e nível de confidencialidade.

Título: A malnutrição infantil numa área remota de Timor Leste – influencia das práticas e atitudes do enfermeiro e factores que as determinam

Investigador: Maria Saraiva Sousa e Faro Sacchetti

Objectivo: Explorar factores individuais que influenciam o desempenho do enfermeiro, relativamente ao

problema de malnutrição infantil, no distrito de Lautem, em Timor Leste.

Método: Os métodos escolhidos para a colheita de dados consistem em entrevistas não estruturadas e observação directa. A população alvo será constituída por um grupo de 20 enfermeiros a exercer funções no distrito de Lautém, que respondam a determinados critérios de selecção (ter nacionalidade timorense; apresentar um certificado de curso na área de enfermagem, leccionado em Timor-leste; possuir mais de 2 anos de experiência profissional; trabalhar na área de Saúde Infantil; aceitar participar no estudo).

Riscos Potenciais: Não existem quaisquer riscos para os participantes no estudo, sejam estes de ordem física, psicológica, social ou moral.

Potenciais Vantagens: A realização de um documento que expresse as necessidades dos enfermeiros, identifique comportamentos, atitudes e práticas do enfermeiro, assim como factores que os determinam, será um instrumento de grande utilidade no planeamento dos cuidados de saúde e gestão destes profissionais. É desejável que a investigação proposta

favoreça uma abordagem multicultural do enfermeiro, inovando a formação destes profissionais, tendo em consideração factores biológicos, psicológicos, sociais e culturais.

Pretende-se que o estudo tenha utilidade na criação de novas estratégias de actuação no que diz respeito à evolução da enfermagem em Timor-leste, assim como em outros países em situação similar.

Confidencialidade: Todos os dados colhidos durante este estudo serão tratados de forma confidencial. Todo o material audiovisual e escrito será codificado, e guardado em local seguro à responsabilidade de Maria Sacchetti (investigador). Os participantes nunca serão identificados de forma individual.

Participação: A escolha de participar ou não participar no estudo é voluntária. Os participantes poderão desistir de participar no estudo a qualquer momento.

Formulário de consentimento

Investigador: Maria Saraiva Sousa e Faro Sacchetti, enfermeira de curso base, aluna do 2º ano de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento – IHMT/UNL.

Reconheço que os procedimentos de investigação descritos na carta anexa me foram explicados e que me responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Compreendo igualmente as vantagens existentes em participar neste estudo. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo, a investigação ou os métodos utilizados. Asseguraram-me que os processos que me dizem respeito serão guardados de forma confidencial, e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, incluindo a minha identidade pessoal, sem a minha permissão. Compreendo que sou livre de abandonar o estudo em qualquer altura.

Pelo presente documento, eu -----
----- aceito participar plenamente neste estudo.

Assinatura: -----

Data: ___/___/_____

Formulário de consentimento de gravação áudio

Investigador: Maria Saraiva Sousa e Faro Sacchetti, enfermeira de curso base, aluna do 2º ano de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento – IHMT/UNL.

Pelo presente, eu, _____,
consinto que as entrevistas efectuadas à minha pessoa, no âmbito da participação neste estudo, sejam gravadas.

Assinatura: _____

Data: ___ / ___ / ____

ANEXO IV

Grelha de análise de conteúdo

Tabela de Análise de Conteúdo		
Categoria	Unidade Categorical	Excertos de Texto
1. Conceito de "alimentação saudável"	a) Exemplos de alimentos	E1: "nós temos arroz, temos milho, e temos tudo aqui" E3: "Farinha maizena, ovos, carne, cenouras, batatas, banana. Para a mãe dar todos os dias, três vezes por dia."; "peixe, carne, ovos e outros alimentos que o bebé possa comer." E4: "A criança bebe água, come. Come fruta ou não?" E7: "(...) a comida do bebé tenha proteínas, tal como ovos, carne, vegetais e assim. Aquilo que é bom para a saúde da criança, informamos os pais disto."
	b) Exemplos de nutrientes	E5: "(...) os alimentos que têm vitaminas e proteínas (...)"
	c) Qualidade	E1: "O que interessa não é a quantidade mas sim a qualidade." E4: "temos de lhes dar a comer comida com qualidade para que continuem saudáveis."
	d) Nº de refeições diárias	E4: "Nós temos que saber o que é que a criança come de manhã em casa. E à noite."
	e) Higiene na preparação dos alimentos	E1: "comer bem não significa que tenhamos de comer diariamente carne ou milho. Em primeiro lugar, temos de lavar/limpar os alimentos"
	f) Diversidade	E1: "Como misturar o arroz com outros alimentos para que se torne uma boa refeição"
2. Percepção da dimensão do problema da malnutrição infantil no Distrito de Lautem	a) Elevado número de casos	E1: "Sim, detecto. Especialmente no sub distrito de Lospalos temos muitos casos" E3: "No Posto de Saúde onde trabalho aparecem muitos casos de malnutrição infantil." E5: "(...) vemos que continua a existir bastante (...)" E6: "(...) aqui no distrito há muito mais malnutrição (...); "(...) aqui existe malnutrição, encontra-se bastante agora (...)" E8: "No nosso distrito há muita malnutrição. Algumas vezes, por exemplo, durante o mês vêm uma vez, sempre. Quase 7, 8 pessoas têm malnutrição. Isso

		<p>mostra que a malnutrição é alta. Nós sabemos que as pessoas do nosso país, possivelmente, por mês, vêm avaliar um ou dois, isso já é alto. Mas nós no distrito de Lautem, temos muita gente, e alguns têm malnutrição muito grave. Em cada mês que eles vêm avaliar a sua medição, o seu peso está igual, eles crescem mas muito pouco e algumas vezes não crescem.”</p>
	<p>b) Baixa prevalência de casos</p>	<p>E4: “ (...) agora já diminuiu e sobre o tratamento, existe uma ou duas pessoas que estão internadas no hospital e algumas fazem o tratamento em casa.”; “A malnutrição no distrito de Lautem não tem uma percentagem muito elevada (...)” E7: “Eu comecei a trabalhar aqui em X, portanto eu sei desde X até agora...Encontrei até agora mais ou menos 10 casos.”</p> <p>E2: "Durante a minha actividade como enfermeiro pediátrico só vi este caso. Nunca vi uma criança malnutrida com Marasmo ou kwashiokor."</p> <p>E5: “Mas malnutrição grave não existe verdadeiramente, há mas só um ou dois casos ... o que existe muito é malnutrição moderada ... algumas vezes ganham peso, mas não crescem muito e ficam sempre pequenos. Isto se formos comparar com os valores do protocolo significa malnutrição, porque noutras nações significa malnutrição, mas para os timorenses isto é a sua estatura, semelhante à dos seus familiares e algumas vezes as crianças não se desenvolvem.”</p>
<p>3. Causas de malnutrição infantil</p>	<p>a) Negligência ou falta de conhecimento por parte dos pais</p>	<p>E1: "a maioria das mães não sabe como preparar os alimentos. Esse é o problema, o problema prioritário."</p> <p>E2: "Quando aconselhamos as famílias a consumir produtos locais, elas às vezes escolhem-nos bem, outras vezes não "; as crianças quando nascem são muito saudáveis. Quando atingem os 6 meses enfraquecem e o peso vai diminuindo, diminuindo...porquê? Quando a criança começa a comer sozinha a mãe deixa outra pessoa a cuidar da criança e vai procurar o pão de cada dia, na horta ou noutro sítio.</p> <p>E3: “Algumas mães não sabem alimentar as crianças, não dão à criança alimentos que contenham vitaminas, e depois as crianças ficam malnutridas.”</p> <p>E4: “(...) quando as crianças emagrecem muito ou quando os pais não têm cuidado com a saúde das crianças, dão-lhe comida, água, dão-lhes anhos ou lavam a roupa com água não limpa, isto pode fazer com que a criança sofra de malnutrição.”</p> <p>E5: “(...) alguns dos alimentos consumidos não são correctos e portanto os pais não dão... não prestam atenção a que alimentos dar às suas crianças para uma boa saúde (...); “(...) os pais algumas vezes... têm mais interesse pelas suas responsabilidades...e quando as crianças começam a ter mais de um ano eles... deixam-nos assim...não prestam atenção à sua alimentação... porque eles cozinham a comida que têm...eles cozinham e dão para comer e vão embora... e assim as crianças em casa, umas vezes comem outras vezes não, eles não se preocupam com isto. E por isso algumas vezes dizemos que os pais não têm interesse</p>

*A malnutrição infantil numa área remota de Timor Leste:
Influência das práticas e atitudes do enfermeiro e factores que as determinam*

		<p>(...)"</p> <p>E6: "(...)porque as mães não têm muita preocupação com os seus filhos, e portanto as crianças não têm boas condições e podem sofrer de malnutrição."</p> <p>E7: "(...) porque os pais das crianças não sabem muito bem como preparar bem a alimentação para os bebés (...)"</p> <p>E8: "(...) porque o conhecimento, dos familiares, dos pais, ainda não é bom, sobre como preparar a comida para os seus filhos."</p>
	<p>b) Situação económica das famílias</p>	<p>E1: "a situação económica da população é a segunda causa de malnutrição infantil."</p> <p>E2: "isso só se vai realizar quando as famílias tiverem uma economia equilibrada."; "Podem compreender, mas é impossível de se cumprir por causa da economia"</p> <p>E5: "(...) por vezes os recursos económicos não são suficientes, não têm comida, isto é que faz... que dizemos.... isto é que provoca com que as crianças fiquem mal nutridas."; "Penso que nas aldeias as pessoas não têm dinheiro mas têm comida, isso elas têm muito. Porque nas aldeias têm muitas hortas e todos os dias trabalham nas hortas, assim eles plantam a comida nas hortas mas sobre dinheiro... dinheiro não têm muito, porque eles não têm empregos e muitas vezes são unicamente agricultores."</p> <p>E7: "A malnutrição pode existir nos distrito de Lautem porque existem vários factores. Primeiro factores económicos (...)"</p> <p>E8: "(...) segundo porque as classes económicas que são muito baixas e isso faz com que as mães não possam preparar uma alimentação boa para dar os seus filhos (...)"</p>
	<p>c) Recurso a medicinas tradicionais alternativas</p>	<p>E1: "Eu não percebo o porquê, mas quando as mães não sabem o que se passa com a criança, recorrem primeiro a curandeiros tradicionais e só depois recorrem ao hospital." " (...) Porque esta é uma questão tradicional antiga"</p> <p>E2: "Quando as crianças adoecem as mães levam-nas a feiticeiros, ficam ali a perder tempo e acabam por matar as crianças. São actividades em que se matam pessoas inconscientemente."</p> <p>E5: "(...) nós fomos um dia dar formação mas a mãe dizia "ok , ok " e depois no fim a criança morreu... nós repensamos e depois informamos os pais de que se no futuro uma criança estiver assim não pode guarda-la em casa, não pode... ir ao curandeiro mas...quando vêem uma criança assim tem de leva-la ao hospital (...)" ; "(...) porque em muitas comunidades acreditam nos curandeiros, nas suas tradições (...)"</p>
	<p>d) Iliteracia</p>	<p>E5: "As mães, a algumas nós damos formação mas não compreendem o que é isto. Porque algumas mães sabem contar um pouco, podem compreender a</p>

*A malnutrição infantil numa área remota de Timor Leste:
Influência das práticas e atitudes do enfermeiro e factores que as determinam*

		informação que nós damos sobre nutrição e algumas das mães que não sabem contar, não sabem ler, não sabem escrever, quando recebem informação elas podem compreender um pouco, e algumas não compreendem mesmo o que é nutrição.”
	e) Grande dimensão das famílias	E8: “(...) uma só família tem muitas pessoas, algumas vezes os filhos das pessoas, o mínimo dos mínimos são quatro para cima, e muitas mais de dez. Então, dessa forma é difícil eles darem boa atenção, de forma preparar bem a comida, e eles não têm dinheiro suficiente para comprar bons alimentos para os seus filhos.”
	f) Falta de aconselhamento aos pais	E7: “(...) os pais não têm aconselhamento de como zelar pelo desenvolvimento dos seus filhos de forma saudável.”
4. Consequências da malnutrição infantil	a) Prevê e especifica as consequências	E1: "Se ninguém fizer nada para prevenir a situação de malnutrição infantil no país, eu penso que, no futuro, não teremos pessoas com inteligência para desenvolver o país"
		E6: “(...) porque agora a nação está na mão das crianças, o futuro é das crianças.”; “Quando as crianças sofrem de malnutrição muito grave, amanhã quando forem adultos terão deficiências intelectuais, e portanto temos que fazer o quê? Para que os bebês não sofram de malnutrição, porque é o futuro das crianças, tem que se pensar no futuro.” E7: “Podem sofrer de vários casos, podem estar frequentemente doentes adoecer frequentemente, sofrerem de doenças porque a sua condição não é muito forte. E se a sua saúde descaí estarão doentes frequentemente, podem na escola não ser saudáveis porque não têm as bases elementares, não ter capacidades intelectuais, por causa da nutrição.”; “Não podem trabalhar bem porque desde pequenos que não são muito saudáveis.”
	b) Prevê as consequências mas não as especifica	E8: “(...) quando existe muito malnutrição, amanhã, quando as crianças forem adultas, elas não viverão com boa saúde. O seu crescimento intelectual não será muito bom, então terá impacto nos seus estudos. Quando estiverem na escola não terão muito aproveitamento porque o seu desenvolvimento intelectual não será muito bom. E se durante a escola também não forem saudáveis, então muitas vezes não irão à escola e no futuro, quando trabalharem, também não será com boa qualidade. E portanto a nação para ter um rápido desenvolvimento, será muito difícil.” E5: “Penso que enquanto as crianças tiverem muito malnutrição, o futuro de Timor não será muito bom. Estas crianças é que são o nosso futuro, o futuro da nação, mas quando elas sofrem de malnutrição e falta de saúde isto é que ... isto é que fará com que não tenhamos um futuro.”

	<p>c) Não consegue prever / Não compreende a pergunta após duas tentativas de explicação</p>	<p>E2: "Para que haja melhorias no futuro nós temos de resistir e não cansar. Temos de dar conselhos. Não só os profissionais de saúde mas também outras pessoas. Por exemplo, o governo tem de estabilizar a economia da comunidade e para isso é preciso fazer um trabalho comum."</p> <p>E3: "No futuro eu penso que devemos ensinar as mães a dar comida, a dar maizena às crianças e como se prepara."; "A consequência é que não desenvolvemos Timor, porque essas crianças já cresceram e têm malnutrição. Dos que têm malnutrição, uns vão morrer, outros não, e alguns vão para o hospital fazer tratamento com o IMCI."; "Uns continuarão com malnutrição, outros não, conforme a mãe."; "Eu penso que não vai ser diferente por causa da malnutrição, vai ser como os colegas."</p>
<p>5. Intervenção face à malnutrição infantil</p>	<p>a) Estratégia: Reforço/reciclagem de conhecimentos</p>	<p>E1: "(...) nós temos de explicar e explicar."; "se a mãe vem com o bebé com um problema nós temos de explicar, aconselhá-la, como tratar, como tomar conta do bebé, e temos de questionar a mãe para ver se ela percebeu. E se ela voltar com o mesmo problema temos de perguntar outra vez. E temos habitualmente de explicar-lhes mais do que uma vez. "; "Eu explicaria claramente às mães quais os benefícios do Programa, quais os seus objectivos e dizia-lhes: "Por favor, lembrem-se que (...)"</p> <p>E2: "Cada vez que nos aparece uma criança malnutrida nós temos de aconselhar os pais (...); "temos de fazer aconselhamento. Depois numa segunda consulta já podemos ver as diferenças. Na primeira consulta a criança apresenta baixo peso. Na segunda já há aumento de peso. Aí quando já há uma diferença eles podem perceber os conselhos que foram dados."</p> <p>E3: "Sim, a mãe quando nós damos explicação elas ouvem, depois, quando elas voltam para casa, elas fazem o que nós explicámos. Quando elas chegam a casa e não conseguem fazer assim, então voltam ao Posto para o enfermeiro explicar outra vez."; "Eu tenho um plano de dizer às senhoras grávidas."</p> <p>E4: " (...) se a mãe ainda não entendeu ou não sabe que tem que usar água limpa, e pedir para explicarmos melhor, nós temos que ensinar bem até ela saber e então é que pode ir para casa."; "O enfermeiro explica sempre aos pais que vão fazer tratamento em casa e diz-lhes que passado 3 ou cinco dias têm que voltar à consulta com o enfermeiro ou parteira que trata da malnutrição."; "(...) se os pais que ainda não tiverem compreendido podem nos ir visitar no centro de saúde ou perguntarem ao enfermeiro ou parteira que tratam as crianças que têm malnutrição."</p> <p>E5: "Quando os pais que não entendem, nós usamos a estratégia, tal como: explicamos que alimentos devem comer diariamente, nós podemos explicar de novo porquê. Temos estes alimentos locais para dar aos bebés, isto é que tem nutrientes, isso é que faz ter conhecimento sobre os nutrientes, assim é que sabem sobre as vitaminas, não é seguindo os materiais. Nós</p>

		<p>encontramos os alimentos que comem normalmente, na sua região, alimentos locais. Explicamos dessa forma. Por exemplo, ovos, de que forma dar a comer às crianças, eles não sabem que isso tem muitas vitaminas, mas eles não sabem, nós explicamos. Ovos, carne de frango... Lá também há alimentos, também há vegetais, podemos explicar-lhes.”; “Posters”</p> <p>E6: “Podemos explicar de forma clara sobre a saúde, dar aconselhamentos aos pais. Têm, algumas vezes têm dúvidas. Aqui nós vamos até às comunidades, onde nos fazem muitas perguntas sobre saúde. Nós explicamos, damos informação, para que eles compreendam de que forma podem ser saudáveis, o que é saúde, nós explicamos.”</p> <p>E7: “Se as mães não entenderem, isso na nossa experiência inicial no centro de saúde, nós procuramos uma árvore no local, reunimos com os pais. Depois as mães, quando regressam podem completar o que explicamos sobre o cozinhar.”</p>
	<p>b) Estratégia: Sessões práticas de demonstração culinária</p>	<p>E3: “Eu cozinhar para ela, dando um exemplo para a mãe fazer em casa.”</p> <p>E5: “Para que as mães compreendam bem, se nós só falamos elas não entendem bem, mas nós mostramos, mostramos aquilo que tem vitaminas, os alimentos que têm vitaminas, os que têm proteínas... Mostramos-lhes isto e assim elas começam a entender, proteínas estão na carne, no feijão, nos rebentos de feijão. Vendo isto é que elas começam a entender, mas algumas mães não têm muito interesse por isto e acabam por não saber.”</p>
	<p>c) Estratégia: Recurso aos media</p>	<p>E6: “A educação para a saúde é principalmente para prevenir as doenças na família. Nós fazemos pela televisão, pelos media. Desta forma eles podem ver na televisão Pela televisão eles podem compreender, podem ver, pode explicar.”</p> <p>E4: “Se fizermos mensagens através da rádio comunidade se houver questões na comunidade podem vir ao hospital colocar as dúvidas para poderem saber e ter uma família saudável.”</p>
	<p>d) Estratégia: Capacitação das camadas mais jovens da população</p>	<p>E8: “eu tenho uma estratégia própria na qual pensei durante um tempo, e que já comecei a realizar. Todas as parteiras têm o compromisso de sempre fazer chegar a educação para a saúde às mães. Às mães, às famílias, a qualquer doente ou a qualquer pessoa que queira uma consulta. Os jovens que pensam em ter família necessitam de receber educação para a saúde. Nós explicamos para que eles compreendam, e, na possibilidade de eles serem jovens, nos temos de chegar até eles, para que assim possam saber o que necessitam fazer para as suas famílias, e principalmente necessitam de fazer um plano. A minha estratégia que, durante este tempo temos usado, eu divulgo informação pelos locais onde as crianças têm estudos, tal como nas Madres AGM (têm estudos aí).”</p>
	<p>e) Estratégia: Inversão de papeis</p>	<p>E5: “(...) pedimos a estas mães que expliquem de novo (...)”; “(...)algumas das mães compreendem e conseguem explicar de novo, isso é que eu uso, inverter</p>

*A malnutrição infantil numa área remota de Timor Leste:
Influência das práticas e atitudes do enfermeiro e factores que as determinam*

		para que elas entendam, estas mães compreendem, outras nós pedimos para explicarem de novo.”
	f) Estratégias “menos convencionais”	E2: “(...) obriguei o pai a levar a criança ao hospital.”; E3: “Talvez ele fale às vezes, e diga que eu trabalho no Posto de Saúde com a população e que não posso ralar com a população.”; “Eu prometi aos chefes de suco e chefes de aldeia que lhes passava a chave da mensagem da saúde.”; Chave mensagem para as senhoras grávidas sobre o leite para o bebé e como fazer o parto. Eu tenho que lhes dizer para eles saberem a chave da mensagem.”
	g) Inclui na mensagem aos pais o apoio por parte dos SNS	E1: “(...) gostaria de aconselhar e pedir às mães: Por favor, tomem conta dos vossos bebés, e se a criança tiver algum problema por favor tragam-na para o hospital ou clínica mais perto da vossa casa, e por favor sigam os conselhos dados pelos enfermeiros e pelos médicos. E não esperem para trazer as crianças ao hospital e esclarecerem os problemas.” E7: “A minha mensagem para as mães dos bebés. Primeiro, tem que prestar atenção à alimentação do bebé. A comida do bebé tem que ter vitaminas, vegetais, carne, ovos, dar ao bebé. Depois, se poder dar algum leite ao bebé e depois a sua comida, pode. E também a vacinação, tem que fazer a vacinação completa.... isto é que é a minha mensagem para os pais.”
	h) Não inclui na mensagem aos pais a oferta de apoio dos SNS	E2: “Nós costumamos dar aconselhamento. Seria escolher os produtos alimentares como o arroz, o milho, carne, ovos, todos os que contém hidratos de carbono, proteínas, vitaminas e minerais.” E4: “a minha mensagem aos pais de criança de 1 a 5 anos para terem cuidado, porque agora é tempo de chuvas e as diarreias podem recomeçar e outras doenças também. Temos que ter cuidado com as crianças (...)” E5: “Eu faço chegar a todas as mães na comunidade que agora temos que ir em frente, temos de prestar atenção na comida dos nossos filhos...principalmente para a sua nutrição. Estas crianças é que são o nosso futuro e o futuro da nação, que começa a desenvolver-se. Temos que dar alimentos que tenham vitaminas, proteínas e minerais para que as crianças cresçam bem e com saúde, para que o futuro da nação vá sempre em frente.” E6: “eu quero dizer para todos os pais que, quando têm um filho, têm que prestar muita atenção às crianças. E também dar uma boa alimentação às crianças, para que assim elas não adoçam e não sofrerem de uma saúde não muito boa. Isto é importante para os pais. Agora as crianças, porque o seu futuro caminha em frente e portanto nós temos que lhes dar atenção para que elas tenham uma boa saúde e também que possam pensar no amanhã.” E8: “Primeiro, a minha mensagem, que eu quero fazer

		<p>chegar a todos os pais, é que primeiro os pais necessitam de fazer um plano para a sua família, para poder determinar ou decidir quantos filhos necessitam. Para que assim eles também possam determinar sobre a sua economia, e possam também ver de que forma podem dar uma educação melhor aos seus filhos, e também possam ver de que forma podem ter saúde no lar.”</p>
	<p>i) Investiga o historial nutricional da criança</p>	<p>E1: "Pergunto que alimentos dá ela à criança e quantas crianças mais tem em casa, e às vezes a mãe tem 5 crianças ou mais em casa, daí a causa de malnutrição daquela criança." E2: “Costumamos perguntar aos pais se a criança ainda mama ou não; se consome alimentos para além do leite materno; se tem um prato só para si ou se partilha o prato de comida com outras crianças; quem trata da alimentação da criança.” E3: “(...) eu pergunto sempre às mães das crianças com malnutrição: “<i>Porque tem o seu filho assim?</i>” Pergunto também se a criança come ou não, se bebe leite ou não, quantas vezes come, se dorme bem ou não.” E4: “Quando trazem uma criança ou um bebe à consulta o enfermeiro ou a parteira pergunta sobre a história clínica da criança que veio à consulta porque temos que saber a história clínica da criança.”; “A história clínica não é igual à história de malnutrição porque nós perguntamos sempre à mão o que é que aconteceu ao bebé então ela tem que saber há quantos dias é que a criança tem diarreia? Já não quer comer há quantos dias? Perdeu peso ou não? Costuma ter sede ou não? Ou às vezes as mãos e pés incharam ou não? Nós temos que ver isto tudo.” E5: “(...) por vezes quando temos tempo perguntamos aos pais... esta criança hoje comeu o quê? De manhã o que comeu? Ao almoço comeu o quê?” E6: “Aqui, se nós descobrimos casos de malnutrição, perguntamos aos pais: “<i>esta criança come bem nos últimos tempos? O que come?</i> Para sabermos que esta criança come, se tem nutrientes ou não, ou se ela está doente.” E7: “Quando uma criança vem com condições de malnutrição nós perguntamos: “<i>esta bebé talvez tenha apanhado alguma doença em casa?</i>”... se não...se ele não está doente... nós temos de perguntar também “<i>que comida é que o bebé come normalmente em casa?</i>”... depois quando ele come...o que come para ter vitaminas?... se ele come tudo... nós perguntamos também ... de que forma é que diariamente alimenta o bebé?”</p>
	<p>j) Consegue estabelecer a relação entre a malnutrição e outras doenças e explicá-la</p>	<p>E2: "A primeira coisa a fazer era combater o parasitismo abdominal. Porque era uma criança com malnutrição associada a parasitismo."; " Quando recorrem ao Centro de Saúde é porque a criança se apresenta doente, com doenças múltiplas, e as mães não compreendem que se trata de malnutrição. Pensam que é por causa da malária ou pneumonia. A criança pára de comer e passados uns dias fica malnutrida. Quando chega ao C. S. temos de avaliar, pesar, ver o</p>

		<p>perímetro braquial... e então explicamos à mãe que o peso diminuiu e a criança se apresenta malnutrida. Isto porque a mãe já não a amamenta com tanta frequência e a criança bebe outros líquidos, e devido a isso fica com parasitas. Outro problema é a mãe começar a introdução de outros alimentos aos 4 meses de idade da criança. Assim a criança não ingere colostro do leite materno e fica sem defesas. Assim é muito fácil apanhar parasitas. "</p> <p>E7: “Quando encontro bebé com condição de malnutrição, dessa forma podem surgir variadas doenças à criança tais como anemia, tuberculose.”; “Pode ter doenças porque o bebé... vemos o bebé...quando pesamos o bebé, com malnutrição, pode surgir doenças tais como infecções porque o corpo do bebé não é forte. Se não tem alimentação então pode surgir muitas doenças,...o bebé pode ter doenças infecciosas.”</p> <p>E3: “O baixo peso. Quando a criança tem tosse não come, não dorme, e o peso diminui (...) Mais ou menos, porque a criança com pneumonia não come (...)Sim, com outra doença também. Com malária, as crianças com malária também não querem comer (...)Apanha outras doenças mais facilmente.”</p> <p>E4: “Nós vimos o LISIO para sabermos se a criança já foi vacinada e se já tem as vacinas todas ou não. Se já tomou vitamina A, se já tomou Albendazol se já tomou medicamentos para as lombrigas, se já tomou alguns medicamentos. Portanto temos que saber tudo o que aconteceu à criança quando sofre de malnutrição. Eu penso que se a criança tiver as vacinas completas então isso é completo para a sua saúde e se ela estiver doente então damos-lhe alguns medicamentos e esperamos dois ou três dias e ela fica boa.”</p> <p>E5: “(...) algumas vezes as crianças desenvolvem-se bem mas apanham varias doenças, tais como diarreia, malária, e depois eles não os levam com rapidez para o hospital. Isso é que faz com que as crianças não tenham boa saúde e sofram de malnutrição.”</p>
	<p>k) Consegue estabelecer a relação entre a malnutrição e outras doenças mas não consegue explicá-la</p>	<p>E6: “Algumas vezes a diarreia pode provocar isto.”; “Não, não precisa, olho a sua condição. Quando têm uma infecção pulmonar grave, observo isso para poder dar a saber ao doutor ou dar tratamento.”; “Quando está doente muitas vezes, pode haver relação, porque quando tem uma doença grave, vai perder peso, ela sofre, dizemos que tem malnutrição, quando tem uma doença grave ou está muito magra.”</p> <p>E8: “porque algumas vezes... as pessoas sofrem de malnutrição e depois sofrem de doenças graves tais como diarreias”</p>

	<p>l) Não consegue estabelecer a relação entre a malnutrição e outras doenças</p>	<p>E2: “Nós temos um parâmetro: avaliar a respiração da criança. Quando a criança apresenta uma respiração profunda nós podemos concluir que a criança tem uma pneumonia. E aí fazemos o tratamento com antibiótico. Primeiro prescrevemos um medicamento e passados dois dias volta à consulta. Se a respiração se mantiver nós fazemos outro antibiótico diferente.”; “Nós temos uma ficha da criança. Podemos usar também o LISIO”</p>
	<p>m) Descreve correctamente pelo menos um dos protocolos de tratamento de malnutrição em vigor no país</p>	<p>E1: "Se encontrar uma criança com malnutrição moderada terei de a tratar de acordo com o protocolo, o protocolo nacional. Mas se encontrar uma criança com malnutrição grave terei de a enviar para a sala de emergência para que o médico a observe. O tratamento levará no mínimo um ou dois meses"; "Eu vejo o LISIO da criança e, de acordo com o nosso protocolo, olhamos para a curva de crescimento da criança, e esta se apresentar abaixo do normal a criança apresenta malnutrição. Aí temos de definir se é malnutrição moderada ou malnutrição grave. Temos um protocolo sobre isso". E8: “Os casos graves, por exemplo, até já estão doentes, são como as pessoas chamam de marasmo ou kwashiokor. Nós falamos com o medico para eles depois ficarem de baixa e serem internados. E quando eles estão no internamento entregamos ao medico e também ao responsável pela nutrição, para dar atenção à sua alimentação e ajudar até estarem saudáveis e voltarem para casa. Quando eles voltam para casa, mensalmente vêm ser avaliados, e depois no momento tem que se observar também se, possivelmente em seis meses, ou após seis meses ou a cada seis meses tem que se dar vitamina A e também medicamentos para os parasitas intestinais.”</p>
	<p>n) Descreve incorrectamente um ou ambos os protocolos de tratamento da malnutrição (comunitário e hospitalar) em vigor no país</p>	<p>E1: "Eu utilizo os leites F100 e F75 para tratar crianças com malnutrição grave (...) quando o paciente está na sala de emergência, o enfermeiro tem de ensinar à mãe o modo de preparação do leite. Depois pode dar o leite à mãe e ela prepara em casa e dá à criança." E2: “(...)Aí podemos fazer um estudo de idade por altura.”; “Depende da situação, e dos elementos de trabalho. Porque uma pessoa não pode fazer tudo de uma só vez.” E3: “Avalio o peso da criança, observo as suas mãos e depois o médico divide a comida para a malnutrição.”; “Dividimos a comida com vitaminas para eles.”; “ (...) se tiver seis meses só come uma vez.”; “Come o CSB com uma merenda extra. Se a mãe amamentar, a criança pode também beber leite.”; “Quando chorava dava-lhe comida, e conforme a quantidade do leite que a mãe tinha. Se não ficava satisfeito só com o leite dava-lhe comida.”; “Vai ao hospital, vão-lhe colocar soro (conforme o doutor), vão dar-lhe comida com vitaminas, porque no hospital já existem profissionais de nutrição, e vitaminas.”; “Na consulta, medimos o braço, o peso, a altura, fazemos tudo. Depois vou ver o LISIO (livrinho da criança), depois vou escrever ali, isto é malnutrição, depois nós explicamos à mãe e pedimos se pode ficar aqui para nós dividirmos o CSB.</p>

		<p>Se o valor do braço (MUAC) é baixo, a criança tem malnutrição. Treze para baixo.”</p> <p>E4: “O Tratamento principal é em casa, quando pesamos uma criança ou vemos as medidas calculamos a percentagem e quando tem 70% então a criança é internado no hospital, ou se pesarmos o criança e a percentagem for menos que 70% então pode fazer o tratamento em casa mas tem que beber o leite F75 ou F100 porque não tem complicações para esta doença. Mas se não tiver 70% então tem que ir ao hospital para receber tratamento pois talvez tenha complicações de outra doença.”; “Quando as mães ou os membros da família levam a criança ao hospital e quando a criança tem uma percentagem de menos de 70% então faz tratamento em casa mas antes de ir para casa temos que explicar o tratamento à mãe ou ao membro da família que acompanha a criança. Temos que os ensinar a dar o leite e os medicamentos à criança, dar vitamina A e Albendazol.”</p> <p>E5: “Eu penso que... existe mesmo o protocolo timorense sobre o peso e a altura. Algumas vezes usamos isso, mas nos casos de malnutrição grave não podemos saber unicamente pelo protocolo mas sim observando as crianças, quando vemos a magreza , o abdómen dilatado... isto é que chamamos de malnutrição grave...isto é que verdadeiramente vamos avaliar ... esta avaliação vai além da “linha vermelha”...muitas vezes se olharmos para o protocolo timorense, é normal, não é malnutrição.</p> <p>E6: “Nós sabemos pelas nossas avaliações, a perda de peso, sabemos pelo seu LISIO que o seu peso diminuiu da “linha” para baixo. Da “linha vermelha” para baixo, assim é que descobrimos a malnutrição.”; “(...) quando nós encontramos crianças com malnutrição, nós fazemos medições do início do antebraço, o peso e também a sua altura, quando encontramos casos de malnutrição consultamos com a sua ONG que apoia com comida na zona, tal como CSB. Fazemos isso, fazemos segundo o programa do CSB, durante o período de malnutrição alimenta-se dessa forma e é acompanhado mensalmente para controlar o seu peso.”; “Para a malnutrição grave nós damos formação à mãe sobre boa alimentação para que ela saiba de que forma alimentar bem a criança, sobre a nutrição. É importante para a criança, temos que dar aconselhamento, dar formação às mães para prestarem atenção à alimentação dos filhos.”; “A partir das coisas que observamos na pesagem, da perda de peso, e também do antebraço, menos de 12 cm. Algumas vezes, na malnutrição grave, as pernas inchadas, a face inchada. Podemos saber através disso.”</p> <p>E7: “Aqui nós damos a saber ao enfermeiro português, para poder dar atenção na sua alimentação.... depois... a alimentação... dar atenção à sua alimentação...depois... dar leite “extratus” ao bebé.”; “Nós podemos receber as crianças com malnutrição no tratamento, informamos os pais de como alimentar a criança. Podemos aconselhar as mães.”</p> <p>E8: “Durante o momento em que estão com</p>
--	--	---

		<p>malnutrição, por exemplo, o seu peso não está na marca. Quando chega à marca vermelha, ou está abaixo da marca vermelha, aí eles precisam de receber a alimentação que se prepara nos serviços de saúde, que nós chamamos de CSB. Eles necessitam de receber este suplemento alimentar para ajuda-los a ganhar peso, mas principalmente as crianças de 6 meses até aos 23 meses. Estes todos recebem suplemento alimentar mesmo que o seu peso é normal. Para aqueles que têm malnutrição, nós sempre falamos também com os seus pais ou família, explicamos de que forma eles podem usar os alimentos locais que eles têm na área de residência, para cozinharem bem e também, misturando estes alimentos, poder dar só uma comida para que assim a criança queira comer.”</p>
	<p>o) Responsabiliza outra Organização/Instituição pela implementação do tratamento da malnutrição infantil</p>	<p>E3: “Recentemente, os Médicos do Mundo ajudam-nos no Posto de Saúde.”; “Quando os Médicos do Mundo não estão, nós é que fazemos o tratamento.”; “Sobre a alimentação suplementar também tenho um programa de chamar os meus colegas para fazerem às crianças.” E6: “Quando vêm aqui, nós fazemos vacinação, depois pesamos as crianças. Quando vemos as crianças com menos peso, abaixo da “linha” nós falamos com a ONG que os apoia para aconselhar e dar alimentos à criança.”</p>
<p>6. Percepção da qualidade e eficácia das intervenções que realiza</p>	<p>a) As suas intervenções são eficazes</p>	<p>E1: “Eu acho que sim, e que a maioria das mães compreende. Assim, durante a gravidez elas recorrerão à clínica assim como quando as crianças tiverem algum problema.”; “Realizo acções de promoção de saúde, sobre vários temas. Acho que a comunidade compreende e consegue depois reconhecer quando tem um problema”;</p> <p>E2: “(...) nos lugares onde trabalhei nunca houve uma criança que morresse com malnutrição.”; “Eu fico feliz porque as mães ouviram a mensagem e os conselhos. Não o meu conselho mas o conselho da saúde. Eu fico alegre e satisfeito, mas não só eu como os outros colegas temos de continuar a transmitir a mensagem.” E3: “Com alguns já consegui, com outros não, mas estes são poucos. Mais ou menos duas ou três crianças já estão melhores. Vinte e tal ainda não estão melhores”; “Talvez elas perguntem a outras famílias, que as encaminham para o hospital.” E4: “Quando damos o tratamento às crianças há alguns meses, vimos que já engordaram e os pais e a família que dá o tratamento fazem o que o enfermeiro ou parteira ensinou ou explicou.”; “Aquilo que nós dizemos aos pais ou família eles cumprem.” E5: “Penso que nas comunidades onde vamos diariamente os resultados são bons... nestas aldeias não encontramos casos de malnutrição.” E6: “(...) eu como parteira tenho de aconselhar e, mais ou menos, as mães podem entender um pouco melhor os seus filhos, as mães podem avaliar melhor sobre o que é a malnutrição dos seus filhos.” E7: “Quando aconselhamos as mães, elas compreendem.”</p>

		<p>E8: "(...) eu sinto que começa a ter um pequeno resultado, mesmo que este resultado ainda não seja satisfatório. Nós ainda não o sentimos, mas começa a haver uma mudança. Porque nós fazemos a comparação entre agora e há três ou quatro anos atrás, muitas pessoas faziam a vacinação, mas tarde... muitos não faziam a avaliação dos seus filhos... depois... seguirem o planeamento familiar era só muito poucos... mas agora neste momento, em 2009, ... nós começamos a sentir contentes porque ... muitas pessoas, durante um mês, quase ... possivelmente mais de 300 pessoas vêm avaliar os seus filhos,... depois eles fazem a vacinação... muitos antes dos 6 meses fizeram a vacinação para a DTT 3, eles receberam-na. Isso deixamos contentes. E depois as pessoas começam a dizer: "durante 2 meses não vêm". Mas muitos vêm mensalmente para avaliar os seus filhos, e depois também, muitas mães começam a entrar no planeamento familiar, a cada mês quase vinte e tal pessoas começam a entrar no planeamento familiar. Tornam-se novos utentes. E quase 100 pessoas a cada mês, 100 pessoas até cento e tal que regressam para controlar, para consultar sobre a contracepção que estão a utilizar."</p>
	<p>b) As suas intervenções não são eficazes (ambivalência)</p>	<p>E1: "a maioria das mães não sabe como preparar os alimentos, bons alimentos para as crianças"; "Não, as mães não sabem que a criança se apresenta malnutrida. Às vezes vêm por diarreia ou outra doença, e só depois descobrem que a criança está malnutrida aqui, no hospital."</p> <p>E2: "(...) então a criança que era muito saudável torna-se malnutrida porque ninguém trata bem dela."</p> <p>E3: "Essas mães que não ouvem a explicação vão dar outras comidas aos filhos."</p> <p>E4: "Às vezes as crianças não gostam de beber o F75 ou o F100, e os pais às vezes também o trocam por água, isto é negativo e pode acontecer às crianças que fazem o tratamento."</p> <p>E5: "(...)às vezes informamos os pais , mas quando vão para cozinhar.... não fazem desta forma, e portanto a comida que têm é que dão aos seus filhos (...); "Algumas entendem e outras não."</p>
	<p>c) As suas intervenções poderão ser eficazes, a longo prazo</p>	<p>E1: "Sim, mas eu penso que precisamos de mais tempo para encorajar as mães, dar-lhes educação, especialmente sobre malnutrição. Talvez não o consigamos agora, talvez só daqui a 10, 15 ou 20 anos elas (as mães) melhorem"</p> <p>E8: "Durante este tempo, nós vemos que muita gente começa a pensar em aderir ao planeamento familiar, mas nós sentimos isto muito lentamente, porque através da educação só muito lentamente conseguimos mudar as pessoas."</p>
	<p>d) Programa de Reforço Alimentar: consegue prever a sustentabilidade das suas</p>	<p>E1: " (...)é uma boa estratégia, apesar de não conseguir resolver todos os problemas."; " (...) teremos de deixar claro para os beneficiários e mães a duração do programa. Assim quando o programa acabar ninguém</p>

	acções	<p>se sentirá descontente"; "Espero que as mães não recorram só a cuidados de saúde por causa do Programa de Reforço Alimentar mas por se preocuparem com a saúde dos seus filhos."</p> <p>E5: "Eu penso que ... isso é que eu ainda não sei muito, porque nós os timorenses, quando nós vamos a algum lugar onde nos dão algo, faz com que a população esteja contente no regresso. Isto é que atrai as pessoas . Mas possivelmente se amanhã, em 2011, acabar de novo, isso eu não sei, é possível que continue a vir muita gente ou não, isso eu não sei.... Eu penso que é bom, porque isso é que atrai muita gente. Quando começamos em 2007 , não tinha muita gente mas agora começa a ter muita gente, como por exemplo em Nautetu. Nautetu normalmente não tinha muita gente mas agora começam a vir muitos, e nos outros locais é igual, e nos locais onde ainda não começamos com o "programa de suplemento alimentar" têm sempre menos gente."</p> <p>E8: "Na minha opinião, mesmo que ofereçamos comida à comunidade, quando a informação da oferta não era clara, eles não queriam vir. Durante esse tempo eles ainda não vinham! Porque eles entendem o que necessitam de fazer para os seus filhos, e eles sabem que este suplemento alimentar é como um aumento na ajuda da alimentação dos seus filhos, e ajuda-os, para, por exemplo, as mães que amamentam. Esta comida ajuda a que os seus filhos sejam saudáveis, e elas também sejam saudáveis. Mas o programa não dura para sempre, algum dia vai parar. Por isso é que eu acredito que eles vêm porque já têm um pouco de conhecimento e informação sobre como podem ser saudáveis , que os seus filhos necessitam de vacinação para terem uma boa saúde."; "Antes o governo dava o suplemento alimentar, depois parou talvez porque acabou. Mas eles continuaram a vir sempre, eles vêm sempre avaliar os seus filhos, eles vêm sempre para receber a sua a vacinação. Por isso é que, segundo a minha opinião, eles não vêm somente por causa do suplemento alimentar, porque nós informamo-los que o suplemento alimentar é só uma ajuda. Um dia não haverá mais suplemento alimentar, por isso é que nós os informamos que para trazerem sempre os seus filhos, para assim, na possibilidade de eles não entenderem alguma coisa, nós podemos explicar para fazerem assim para que os seus filhos tenham uma boa saúde."</p>
	e) Programa de Reforço Alimentar: prevê a eficácia das suas acções apenas a curto prazo / resultados imediatos	<p>E4: "Isso também é bom para a malnutrição porque os centros de saúde distritais podem dar aos pais e aos bebés que não estão bem, tem que dar isto para aumentar a sua alimentação."; "Depende do programa da ONG, porque isto é uma ajuda das ONGs. Acerca da alimentação suplementar, quando acabar, a alimentação acaba também. Portanto não podemos olhar só para a alimentação que recebemos no centro de saúde"; "Eu penso que não há problema porque isto é um programa de ajuda da ONG e quando parar acabou."</p>

	<p>f) Programa de Reforço Alimentar: não compreende os seus objectivos</p>	<p>E2: “É um processo de formação. Começamos a distribuir comida aos beneficiários, mas temos de explicar que o programa não durará para sempre, e que aí continuarão a utilizar os produtos locais. E3: “Elas têm mesmo que vir ao posto.”; “Elas vão continuar a vir ao posto porque o programa de parteiras que atendem grávidas dizem para elas viram.”; “Se não houver comida pedimos a alguma ONG ou dizemos ao Ministério”; “Não vêm. Porque não há alimentação suplementar no posto.” E7: “Quando nos fazemos alguma comida local, convidamos a comunidade, isso é muito bom. E assim os pais retornam.”</p>
	<p>g) Reconhece a necessidade da avaliação de desempenho</p>	<p>E5: “(...) os chefes vêm... olham ... dizem que trabalhamos bem e ... e algumas vezes dizem... isto não está muito bem... mas para nós... temos sentido que trabalhamos bem, porque durante este tempo...diariamente vamos às aldeias ...nas aldeias onde nunca ninguém foi, nós vamos ... isso para nós significa um bom trabalho.. estamos contentes com isso... e depois sentimos que não é muito bom, algumas vezes que fazemos... algo não muito correcto... e os chefes vêm que não está correcto isto é que talvez é que sentimos que não é muito bom.” E8: “é um pouco difícil para o nosso chefe dizer que o nosso trabalho aqui anda bem ou que o nosso trabalho não anda muito bem. Por causa disso, talvez, nós ainda não temos uma boa gestão para podermos sentar e conversar em conjunto. O nosso chefe ainda não tem uma opinião, ou um conhecimento claro sobre de que forma poderá fazer alguma avaliação sobre sua equipa. Portanto, até agora, o chefe, quando o trabalho está bem feito não diz nada, e quando o trabalho não está muito bom o chefe diz “ <i>este trabalho não está muito bom, tem que o melhorar</i> ”, mas quando esta bom não há comentários.”; “Sim, porque não há balanço, não há avaliação que diga quando o trabalho é bom. Por causa disto é que o trabalho não é muito bom. Mas quando se faz algum serviço que não é muito bom é que se recebe alguma atenção do chefe. Nós pensamos que talvez este trabalho não se desenvolva realmente bem porque tem um impacto não muito bom nos pacientes ou nos colegas. Normalmente, quando é assim, eu e a minha equipa pessoal esforçamo-nos por melhorar para que assim possamos fazer um bom trabalho.”</p>
	<p>h) Não reconhece a necessidade da avaliação de desempenho</p>	<p>E1: "Eu não sei, porque eles nunca falam comigo acerca do meu desempenho."; "Não sei. Se eles me confiarem grandes responsabilidades eu irei cumpri-las com toda a minha inteligência e o meu poder. " E2: “Até hoje não. Mas não ficaria contente com isso. Tenho as minhas obrigações e cumpro-as.” E4: “Eu penso que o nosso chefe demonstra que nós temos que trabalhar bem, pois já nos distribuiu trabalho e nós temos que saber o nosso trabalho, por isso o chefe não precisa de estar todos os dias a ensinar-nos ou a explicar-nos o nosso trabalho. Nós só queremos</p>

*A malnutrição infantil numa área remota de Timor Leste:
Influência das práticas e atitudes do enfermeiro e factores que as determinam*

		desempenhar bem a nossa função de enfermeiros.” E6: “Até agora ainda não informou se é bom ou não, só observou. Para fazer avaliação ainda não. Nós ainda não sabemos.”; “Sobre a opinião do chefe eu não sei, mas nós vemos que quando o serviço é bom, fazemos o trabalho para com o trabalho melhorar a nossa nação.” E7: “Durante o meu trabalho em conjunto, oito anos com o meu chefe no anterior centro de saúde, nunca tive.”
	i) O seu insucesso é devido a falta de conhecimento dos pais	E1: "Se a criança tiver menos de um ano de idade temos de olhar para o LISIO. Se tiver mais de um ano já não tem LISIO"; os LISIOS vão até aos cinco anos de idade, mas as mães não sabem e pensam “Agora eu levo o meu filho ao hospital porque tem uma infecção, não por malnutrição. (...) nós explicamos. Mas estas pessoas têm muitas dificuldades de compreensão.” E2: “A mãe não compreendeu ou não quis seguir os conselhos e a criança faleceu.” E7: “os pais é que esperam muito tempo em casa, não os trazem depressa ao hospital... e assim quando vêm não se pode tratar” E8: “sinto-me revoltada, porque isso é uma consequência dos pais que não cuidaram do seu filho. Também me sinto triste porque os pais não cuidaram, além de que os pais não cuidaram dos seus filhos porque: primeiro eles não têm um plano, e também porque eles não sabem o que precisam de fazer pelos seus filhos, porque muitas vezes... as pessoas não entendem porque não sabem.”
	j) O seu insucesso é devido à vontade divina / causas sobrenaturais	E1: "Nós podemos dedicar muito tempo a tentar tratar uma criança, mas não somos nós que determinamos se a criança vive ou morre. Deus determina a vida e a morte." E4: “(...) nós fizemos o tratamento mas Deus é que decide. Nós fazemos o tratamento de acordo com o que os especialistas disseram, que nós sabemos e fazemos esse tratamento, mas se a criança tiver complicações ou alguma infecção que faz com que não o consigamos ajudar então Deus é que sabe.”
	k) O seu insucesso é devido a lacunas no SNS	E6: “(...) E portanto podemos encontrar crianças que morrem quando os serviços de saúde atendem muito tarde.”
	l) O seu insucesso é devido a excesso de trabalho	E1: " (...) nós não temos tempo suficiente para explicar tudo às mães acerca da malnutrição infantil (...)" E5: “Nós por vezes não temos oportunidade devido ao serviço (...); “De início, necessito consultar o LISIO, mas neste nosso distrito eu vejo que eles não o consultam porque algumas vezes o enfermeiro está sozinho. Eles estão ocupados, nestas vezes é que eles não consultam o LISIO, só quando o paciente o traz.”; “(...) Por isso é que as pessoas na comunidade têm pouco informação sobre saúde, porque os enfermeiros não são o suficiente.”
	m) O seu insucesso é devido	E1: “(...)necessitamos de enfermeiros com mais formação capacitados para explicar às mães como

*A malnutrição infantil numa área remota de Timor Leste:
Influência das práticas e atitudes do enfermeiro e factores que as determinam*

	a falta de formação	prevenir e tratar a malnutrição infantil."; "Nem todos os enfermeiros estão habilitados a tal. Mas pelo menos poderão encaminhar a criança para quem esteja habilitado"; " (...) não acho que a formação teórica seja suficiente. Teremos também de praticar, no nosso local de trabalho. A formação teórica é apenas uma das coisas que nos ajuda a fazer o melhor."
	n) O seu insucesso é devido a barreiras linguísticas	E6: "Aqui, porque muita gente que fala Fataluku, e algumas vezes nos aconselhamentos nós falamos em Tétum, algumas vezes eles entendem, algumas vezes perguntamos de novo e eles entendem. Problemas de linguagem."
	o) Face ao seu insucesso sente tristeza	E1: "Eu sinto-me triste" E3: "Sinto-me triste, por ver a criança com malnutrição." E4: "(...) quando uma criança ou os pais têm um azar então ficamos todos tristes." E5: "quando vemos uma criança com malnutrição e que morre, nós as enfermeiras sentimo-nos tristes." E7: "Um sentimento de grande tristeza.... quando encontro uma criança que eu não consigo ajudar."
	p) Face ao seu insucesso sente culpa	E2: "Sinto que a mensagem que transmiti não resultou." E8: "Quando eu vejo uma criança que morre por causa de malnutrição, primeiro eu sinto-me triste, porque na realidade ela não morreria se recebesse bom tratamento."
	q) Face ao seu insucesso conforma-se com a situação	E6: "Quando não sabem, não sabem. E também têm de ser os pais a olhar os filhos. Porque estes filhos, para o seu futuro, têm que o fazer mesmo."
7. Estratégia para resolução de problemas, esclarecimento de dúvidas e actualização de conhecimentos	a) Recurso a um médico	E1 " (...) ou ao médico como resolver o problema" E2: "No sítio onde trabalho há um médico e eu estou sempre pronto a perguntar. Não se pode saber tudo." E3: "Pergunto (ao médico) (...)Sim, porque estou sozinha no Posto de Saúde (...) Ele explica bem." E4: "Quando temos dúvidas sobre o tratamento então fazemos um requerimento ao pediatra para continuar o tratamento até termos mais informações." E7: "Quando eu encontro um bebé que eu não sei muito a sua condição, posso chamar pela ajuda do doutor que veio para a consulta, para assim poder dar um bom tratamento."
	b) Recurso a colegas enfermeiros	E1: "Se eu não sei resolver o problema eu tenho de perguntar às parteiras, aos meus colegas enfermeiros (...)". E6: "Algumas vezes os colegas ajudam para dar mais resposta." E8: "(...) quando tenho alguma duvida eu sempre pergunto aos meus colegas que trabalham à mais tempo."

*A malnutrição infantil numa área remota de Timor Leste:
Influência das práticas e atitudes do enfermeiro e factores que as determinam*

	c) Consulta bibliográfica	E6: “Aqui, quando nós encontramos dificuldades com alguma doença, que não conseguimos atender, relemos no livro, que nos pode ajudar nas doenças em que nós não sabemos muito.”; “Nós informamos que quando nós não resolvemos o problema, nós pensamos em ir rever nos livros.”
	d) Nunca tem dúvidas	E5: “Não temos duvidas.”
	e) Encaminha o utente para o hospital	E3: “Se não posso atender no posto de saúde então mando para o hospital. Avalio o peso, envio um bilhete para o hospital, a dizer se dei alguma medicação ou não.”
	f) Expressa necessidade de actualização de conhecimentos e fá-lo espontaneamente	E2: “É o director. Mas ás vezes ele tem muito trabalho e o pessoal de saúde também tem a responsabilidade de se actualizar e estudar.” E6: “Quando sai um novo protocolo eu posso fazer de maneira diferente, como diz o novo protocolo. Temos de atender bem as pessoas. Surge um protocolo novo, vemos de novo, estudamos de novo, aprendemos a fazer bem. Um melhor acolhimento segundo o novo protocolo.” E7: “No meu futuro.. eu quero aumentar as competências, para que possa servir toda a população.”; “Eu penso que pode sempre melhorar a minha condição, para que assim eu possa servir a minha comunidade bem.” E8: “Os livros que eu leio não existem no hospital, isso não há. Mas os nossos, das parteiras. Quando necessitamos trazemos e depois podemos ler no local de trabalho.”
	g) Expressa necessidade de actualização de conhecimentos mas espera que outros lhe facultem a informação	E1 - "Eu utilizo o protocolo antigo. Crianças entre 1 e 5 anos de idade, administro uma dose única de albendazol, um comprimido."; "Sim, habitualmente quando há alteração de algum protocolo ou sai um protocolo novo, o Ministério da Saúde envia a informação para os SDS e os SDS enviam para nós." ; "Eles costumam enviar o novo, mas como não enviaram nós continuamos a utilizar o antigo."; "Habitualmente, nessas situações, o MdS convoca-nos para uma apresentação do novo protocolo/programa, mas para o novo protocolo da desparasitação eu não recebi o convite." E4: “No hospital nós precisávamos de fazer isso mas ainda não temos biblioteca para que nas horas livres possamos ir ler livros sobre protocolos nacionais ou protocolos de saúde. Quando o estado arranjar uma biblioteca então podemos aproveitar o tempo para ler.”; “Se houver um protocolo novo têm que nos dizer para nós pudermos seguir o protocolo novo mas ainda não nos disseram do protocolo novo ainda não lemos portanto continuamos a seguir o protocolo antigo.”

<p>8. Espírito de equipa e organização do trabalho</p>	<p>a) Privilegia o trabalho de equipa</p>	<p>E1: "Eu acho que independentemente dos estudos que tenhamos não podemos trabalhar sozinhos. E principalmente na área de enfermagem, temos de trabalhar em equipa."</p> <p>E2: (...) estamos a treinar os voluntários na comunidade para que façam Educação para a Saúde nas suas comunidades (...)"</p> <p>E3: " (...) se houver alguma ONG que queira trabalhar connosco no posto sanitário nós recebemo-los para trabalharmos juntos."</p> <p>E5: "(...) nós pedimos para aumentar os enfermeiros, um ou dois assim, para ficarmos quatro neste local."</p> <p>E7: "Aqui... todos os enfermeiros podem tratar dos bebés.. ajudam com leite... comida.. e depois... alguns medicamentos... temos a ajuda de médicos."; "Aqui existe interesse pelo meu serviço, para o meu programa. Quando eu estou para ir, por exemplo, com a clínica móvel, para a vacinação das crianças, quando não tenho transporte, o meu chefe ajuda-me a ir aos sucros, nas aldeias que estão longe do centro de saúde. E portanto eu penso que o meu chefe tem interesse pelo meu programa."</p> <p>E8: "quando há uma iniciativa de alguma outra ONG, tal como quando eles fazem algum encontro e pedem para eu ir dar informações sobre planeamento familiar, ou sobre a saúde pré-natal ou infantil, eu estou sempre pronta."</p>
	<p>b) Não privilegia o trabalho de equipa</p>	<p>E4: "Todos têm trabalhos diferentes, e cada um sai o seu trabalho por que o trabalho já foi distribuído pelo chefe. O trabalho das parteiras é diferente, o enfermeiro trabalha na enfermaria, e os enfermeiros que trabalham na poli geral fazem o seu trabalho, nas urgências também é igual. Portanto uns não podem fazer o trabalho dos outros."</p>
	<p>c) Responde a questões apenas por si próprio</p>	<p>E1: " Pergunto que alimentos (...)" ; " (...) eu tenho de seguir o protocolo nacional."</p>
	<p>d) Responde a questões por si e pelos colegas de trabalho (responde na 1ª pessoa do plural)</p>	<p>E2: "Costumamos perguntar aos pais"; " (...) e então explicamos à mãe (...)"</p> <p>E3: "A vontade das parteiras é que nos têm que dar os materiais que precisamos (...)" ; "O chefe diz que nós trabalhamos bem, vem ao posto ou telefona (...)"</p> <p>E4: "Quando ensinamos a mãe ou o parente que trouxe a criança ensinamos só uma vez (...)" ; " (...) nós explicamos muitas vezes às mães (...)"</p> <p>E5: " (...) isto faz com que fiquemos tristes (...)" ; "Sentimo-nos contentes porque (...)" ; " (...) sobre a nossa profissão, nós gostamos, e durante o tempo que fizemos este serviço, ajudamos pessoas, aqueles que não conhecíamos fomos conhecer, aquelas aldeias onde nunca fomos, fomos conhecer. Isto faz-nos felizes."</p> <p>E6: "A minha opinião, nós informamos as mães que (...)" ; "Quando nós encontramos crianças que sofrem de malnutrição muito grave, quando sentimos que não houve tempo, não houve oportunidade, pensamos que</p>

*A malnutrição infantil numa área remota de Timor Leste:
Influência das práticas e atitudes do enfermeiro e factores que as determinam*

		talvez foram atendidas muito tarde.” E7: “Observamos o seu peso e a sua altura. Se o seu peso for menor nós podemos fazer segundo o que (...)” E8: “As consequências que podem decorrer para o futuro da nação (2020), quando agora em 2009 as pessoas têm muitas crianças que sofrem de malnutrição, isso, as suas consequências, nós acreditamos que (...)”
	e) Refere-se a rotinas de enfermagem (que não a consulta) como se fossem ocupação de “tempos mortos” de serviço, e não como parte integrante das rotinas de enfermagem	E4: “Quando acabamos o trabalho não podemos ir para casa porque temos que esperar pela hora de ir para casa. Se houver um curso temos que ir ao curso se não esperamos que sejam horas de ir para casa.” E6: “Aqui o trabalho na maternidade é muito. Quando não tem trabalho, já atendemos todos os pacientes e quando está tudo, sentamos em conjunto, algumas vezes, para fazer ligaduras e muitas coisas. Nós temos muito trabalho. Aqui temos muito trabalho, porque não é só atender os partos ou a vacinação, mas também fazer os relatórios.” E8: “informo outros colegas quando vamos a um local para fazer vacinação ou porque aconteceu alguma coisa lá que não é muito boa. Nós partilhamos saberes de forma a não estarmos a perder tempo.”; “algumas vezes nós necessitamos de preparar algodão e outras coisas que necessitamos para usar quando vêm os pacientes.”
	f) Ocupa os “tempos mortos” de serviço a consultar bibliografia	E2: “continuamos sempre a estudar, a folhear.”; “Tenho protocolos” E7: “Nós temos de trabalhar, portanto no tempo em que não fazemos nada podemos reler o nosso livro que temos. Quando tem tempo, nós relemos o nosso livro sobre o protocolo. E depois nós também podemos dar aconselhamento aos pais que têm bebês.” E8: “Ler livros que sejam sobre saúde, ou alguns sobre outras ciências.”
	g) Faz uma pausa durante os “tempos mortos” de serviço	E1: “Converso com os colegas” ; “vou comer qualquer coisa”
9. Nível de satisfação face à profissão de enfermagem	a) Sente-se satisfeito, mas deseja retomar os estudos	E4: “Na altura de ser enfermeiro, quando eu saí da escola eu pensava já em ser enfermeiro, e como enfermeiro tenho que servir o povo, os pais, os irmãos e toda a família que estiver doente, temos que atender todos.”; “No futuro muitos de nós enfermeiros queremos escolher uma escola para continuarmos a estudar sobre radiologia. Quando a nossa radiologia for boa ou já houver e vou mudar para a profissão de técnico de radiologia.” E6: “Como parteira quero ajudar o nosso povo, ajudar as senhoras no parto, para que tudo corra bem, ajudar os bebês para o nosso futuro vindouro.”; “Sim, estou muito contente com a minha profissão, estou muito contente aqui com a minha profissão.”; “Isso é conforme, se poder ser, eu quero aumentar os meus estudos.”; “Para receber outra profissão, que tenha relação com parteira, com saúde.”; “Eu, como parteira, desejo no futuro tornar-me parteira profissional, portanto tenho de estudar muito, fazer muitas coisas

		<p>para tornar-me profissional” E8: “Sim, eu estou contente com o trabalho como parteira. Principalmente quando eu faço algo que seja bom para os doentes, eu sinto-me muito contente. Algumas vezes, quando faço alguma coisa não muito boa, um trabalho não bom, sinto-me triste.”; “(…)primeiro preciso de aumentar as minhas competências, preciso estudar mais. Quero mais formação sobre parteira, estudos para parteira. Mas também eu quero estudar mais sobre outra profissão, porque de momento eu também tenho outra profissão. Divido o tempo com as minhas horas de trabalho. Assim no futuro, eu quero primeiro aumentar as minhas competências e assim estudar mais.”</p> <p>E1: "Eu sinto-me feliz por ser enfermeiro porque, todos os dias encontramos pessoas diferentes, com diferentes problemas, e assim ganho experiência em como diagnosticar e resolver esses problemas. "; "No futuro gostaria de continuar a estudar de modo a me tornar um melhor enfermeiro."; "Ainda não escolhi. Quando tiver oportunidade de ir estudar logo decidirei"</p>
	<p>b) Sente-se plenamente satisfeito</p>	<p>E2: “Escolhi esta profissão porque queria estar sempre ao lado dos pacientes. Quando era criança via enfermeiros que tratavam as pessoas com tanto carinho que mesmo quando os pacientes voltavam para casa ficavam a conhecê-los.”; “Mas era mesmo esta profissão que eu queria.”</p> <p>E3: “Eu sinto-me contente com este trabalho porque há muitas pessoas que já estão boas e mais ainda que estão curadas porque receberam a medicação e tomaram-na até ficarem boas.”</p> <p>E5: “(…) eu gosto porque nós, na nossa profissão, vamos ajudar as nossas pessoas, a nossa família, e principalmente aqueles que necessitam da nossa ajuda . Nós podemos ajuda-los, por isso é que para mim, fico feliz. Quanto a outras profissões, por vezes gostamos, mas porque nunca as fizemos, faz com que não gostemos muito delas.”; “(…) o trabalho de que eu mais gosto , é este meu trabalho.”</p> <p>E7: “Eu estou muito contente.. com esta minha profissão”; “Eu ainda não pensei em ter outra profissão. Penso em continuar com a minha profissão. Mas se escolhesse outra profissão, gostava de ensinar crianças, ser professora.”</p>
<p>10. Limitações e necessidades identificadas que condicionam a prestação de cuidados</p>	<p>a) Falta de Recursos Humanos e / ou Materiais</p>	<p>E1: "Recursos materiais" E3: “Os materiais não são suficientes.”; “(…) não há armários, não há camas para os doentes, o material para ajudar nos partos também não está completo, também não se fazem análises.”; “Não temos electricidade” E4: “(…) no nosso programa o problema tem a ver com a radiologia e já dissemos ao nosso chefe e ele também já informou a nível nacional mas ate agora ainda não tivemos resultados. Sobre o serviço diário está tudo bem, não há problema.” E6: “Aqui há colegas, há enfermeiros também que apoiam no serviço. Serviços suficientes. Material</p>

		<p>talvez falta algum, mas isso nós informamos, relatamos ao chefe.”</p> <p>E7: “Neste hospital os medicamentos e o material não são suficientes, mas nós esforçamo-nos por desenvolver o nosso trabalho.”</p> <p>E4: “(...) existem alguns problemas com o tratamento para as crianças do 1 aos cinco anos que não têm sítio, também não há sítio para IMCI e nós damos consulta nas consultas gerais.”</p> <p>E1: “ (...) deveríamos ser mais”</p> <p>E2: “os enfermeiros são todos de Lospalos. Só um enfermeiro é que fica em Lautem. Então quando há uma emergência é o único.”</p> <p>E5: “No nosso distrito os recursos humanos é que são poucos, porque nós as enfermeiras parteiras somos só algumas e não somos suficientes para a nossa comunidade no distrito.”</p>
	b) Falta de formação	<p>E1: “ (...) tenho de continuar a estudar”</p> <p>E4: “Sobre o tratamento novo para IMCI nós não sabemos mas recebemos a informação que mudou a medicação mas nós ainda não tivemos formação sobre o novo protocolo.”</p> <p>E7: “(...) podemos dar formação sobre o nosso serviço. Pode-se aumentar as competências dos enfermeiros, para melhorar o serviço.”</p> <p>E8: “Agora de momento, as parteiras podem cumprir com os seus deveres, os deveres que têm de cumprir como parteiras, têm de os fazer cumprir, tudo bem. Mas nós queremos que as competências aumentem, porque sabemos que a cada ano, as ciências sobre a saúde mudam, então as parteiras necessitam de acompanhar as mudanças que existam, para assim poderem dar um melhor atendimento aos seus pacientes.”</p>
	c) Falta de condições de higiene e segurança no local de trabalho	<p>E8: “(...) o espaço não é muito seguro para falar com os pacientes, algumas vezes o local não está muito limpo, assim como os equipamentos que se usam.”</p>
	d) Falta de regalias pessoais	<p>E2: “O Ministério tem que construir um edifício com condições para os enfermeiros ficarem lá, para que se resolva a situação.”; “Falta motivação, recompensas para os voluntários desempenharem o seu papel.”</p>
	e) Reconhece a mudança perante a melhoria das condições de trabalho mas não específica	<p>E1: “Se tivesse todas as condições aqui, acho que modificaríamos a nossa acção de acordo com os recursos disponíveis.”</p> <p>E3: “Se tivermos isso tudo então o nosso trabalho não é igual e nós trabalhamos e fazemos tudo no posto, mas ainda não temos tudo.”; “Pode aumentar o nosso trabalho.”; “Se aumenta é bom porque podemos continuar, se não, não podemos fazer nada.”</p> <p>E6: “Quando houverem todas estas coisas eu terei que esforçar-me para fazer um melhor trabalho para a</p>

*A malnutrição infantil numa área remota de Timor Leste:
Influência das práticas e atitudes do enfermeiro e factores que as determinam*

		nação.”
	f) Reconhece a mudança perante a melhoria das condições de trabalho e consegue especificar	E2: “Quanto mais enfermeiros houver mais se distribui o trabalho e seria melhor.” E5: “Penso que é bom que aumentem os enfermeiros para a comunidade, porque agora onde trabalho somos só dois, e o trabalho na comunidade tem muitas aldeias. Nós as duas podemos fazer, mas no futuro podemos adoecer, ou podemos estar de licença. Nesse caso é que não conseguiremos controlar todas as aldeias onde estamos.”
	g) Nunca viveu situações de stress no trabalho	E2: “Não, nunca” E3: “. Nunca.” E4: “No que diz respeito ao nosso trabalho, eu penso que não há stress. As pessoas têm stress quando pensam muito, quando não estão satisfeitas, quando pensam em muitos problemas, mas no nosso trabalho não temos stress e temos de estar saudáveis para podermos cuidar dos doentes.” E6: “Não tenho, trabalho com calma... não tenho stress, nem muito nervosismo... trabalho com calma para atender... bem.”
	h) Vivencia stress perante o excesso de trabalho	E1: "Às vezes, quando os meus colegas não estão presentes porque estão ocupados com outras actividades, e fico sozinho com muitos pacientes para ver." E7: “Muitas vezes... stress”; “Porque, quando estou sozinha, vêm muitos doentes, e nós temos stress porque o serviço vai para além do horário.”
	i) Vivencia stress perante atitudes menos apropriadas por parte dos utentes	E5: “(...) quando fazemos uma escala para eles, dizem... julgam... que tem de haver dinheiro para eles (...); “(...) algumas vezes eles é que não estão lá, nós vimos e temos de esperá-los... e eles vêm mas ...aparecem um a um... isto é que nos provoca um pouco de stress.”; “(...) às vezes os pacientes vêm, e mandam em nós isso também nos deixa um pouco nervosos.”
	j) Vivencia stress perante a falta de condições físicas e equipamento no local de trabalho	E8: “Quando, por exemplo, estou para fazer alguma coisa mas não há os equipamentos que necessito, eu sinto-me com stress, eu não gosto, fico nervosa. E algumas vezes, quando estou de serviço à noite e não há electricidade, temos parturientes em parto, eu fico com stress porque não temos luz. E algumas vezes quando encontro pacientes em más condições graves e não temos ambulância depressa, eu fico com stress porque não podemos levá-los rapidamente para Baucau, eu sinto-me com stress porque tenho medo que a pessoa morra, porque eu não quero que as pessoas morram. Portanto, eu sempre sinto muitíssimo stress quando estou no local de trabalho.”

*A malnutrição infantil numa área remota de Timor Leste:
Influência das práticas e atitudes do enfermeiro e factores que as determinam*