



REVISTA DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO SOL NASCENTE (CISN)

Nº8 – MAIO 2015|ISSN: 2304-0688

investigacao.solnascente@ispsn.org

inaciovalentim82@ispsn.org

ines.morais@ispsn.org

CONSELHO DE REDACÇÃO

Director: Inácio Valentim (ISPSN) Angola

Secretários de redação: Inês Morais (ISPSN) Angola

Eduardo Schmidt Passos (CUA) EUA

Editor: ISPSN – Instituto Superior Politécnico Sol Nascente

Maqueta e paginação: Sergio Soares (Teia - Digital Solutions) Portugal

CONSELHO CIENTÍFICO

Agemir Bavaresco (PUCRS) Brasil

Aldo Danuci (UFS) Brasil

Álvaro Nóbrega (ISCSP) Portugal

Armando Cossa (SM) Guiné-Bissau

António Matos Ferreira (CHER-UCP) Portugal

Antonio Gómez Ramos (UC3M) Espanha

Beatriz Cecilia López Bossi (UCM) Espanha

Eduardo Vera Cruz (UL) Portugal

Lucas António Nhamba (Univ J. E. Santos - ISPSN) Angola

David Boio (ISPSN-CISEA) Angola

Diane Lamoureux (LAVAL) Canada

Fabrcio Pontini (PUCRS) Angola

Félix Duque (UAM) Espanha

Fernando Rampérez (UCM) Espanha

Gabriel Aranzueque Sauquillo (UAM) Espanha

Hélder Chipindo (UJES) Angola

Hugo Bento de Sousa (médico) Portugal

Inácio Valentim (ISPSN-CFCUL) Angola

Ivone Moreira (IEP - UCP) Portugal

Marcelino Chipa (IFTS-ISPSN) Angola

Miguel Morgado (IEP - UCP) Portugal

Olga Maria Pombo Martins (UL - CFCUL) Portugal

José Saragoça (Universidade de Évora) Portugal

José Pedro Serra (FLUL), Portugal

César Candiotta (Pontificia Universidade Católica de Paraná) Brasil

José Ramón Molina (Faculdade de Medicina da Universidade José Eduardo dos Santos do Huambo – FMHBD) Angola

Tadeu Weber (PUCRS), Brasil

CONSELHO DE ASSESSORES

Manuel Martins (ISPSNG) Angola

António Miranda (Político) Cabo Verde

Giusepe Ballacci (U. Minho) Portugal

Pablo Gómez Manzano (U.Valparaíso-UC3M) Chile

Jorge Manuel Benítez (UNA-UAM) Paraguai

Lola Blasco Mena (UC3M) Espanha

Miguel Ángel Cortés Rodríguez (Salamanca) Espanha

Nuno Melin (UL. CFCUL) Portugal

Paulo Songolo (ISPSN) Angola

Pamela Colombo (CSIC) Espanha

Raimundo Tavares (Advogado) – Cabo Verde

Vicente Muñoz-Reja (UAM) Espanha

Víctor Barbero Morales (UAM) Espanha

EM MEMÓRIA DE...

De todos os imigrantes ilegais falecidos na travessia entre o Norte de África e a Europa, desafiando as águas do Mediterrâneo, à procura de uma vida melhor...

EDITORIAL

Diferentes até na morte: a Itália paga a morte de Muammar al Gaddafi

Numa altura em que cada vez mais estamos a voltar para as aporias dialógicas das axiologias, dizer certo, ou melhor, assumir o certo ou o errado, tem vindo a ser visto como um risco desnecessário para um certo tipo de fazer política e um certo tipo de viver imagético. Dai que, entre a ternura, a consternação, a revolta, mas sobretudo, a ausência da palavra certa, o outro mundo, o nosso, o dos humanos demasiado humanos para serem vistos e serem compreendidos, senão a partir da brutalidade do nefasto, o outro mundo, aquele que não é nosso, olha com perplexidade e assombro, não aquele filosófico, mas aquele de instante que em seguida é superado pelo esquecimento e por “deixades”, lamenta o sucedido, condena o sucedido e promete lutar para que não volte a acontecer. E, dito isto assim, tudo muda, para que tudo continue a ser o mesmo, como já o dizia Tomasi di Lampedusa.

Só os mares podem compreender e descrever as epopeias heróicas, loucas, desnecessárias ou inoportunas daqueles que neles deram suas vidas, porque era preferível que as perdessem aí em lugar de perdê-las nas terras que já não são terras, nos lugares que já não são lugares. É portanto, uma infinita esperança que desaba tragicamente num infinito mar. É a infinita coragem que será reconduzida à realidade pela infinita imparcialidade da realidade que não se explica nem se justifica: outros podem chegar, mas outros não.

Estes mares que se tornaram palco do viver contraditório, fizeram lembrar a imortalidade de Gaddafi, a imortalidade de todo o ditador (o gestor de uma transição) que garante segurança ao seu povo. O demasiado ocidentalismo, não aquele de Mercea Eliade ou de Amin Maalouf, mas aquele dos teóricos da última verdade e o demasiado “democraticismo”, continua a impedir e continua a obscurecer a reflexão sobre a inoportuna intervenção Ocidental na Líbia, fruto precisamente de entre outras coisas, do desmando fronteiriço e paralelamente, a multiplicidade de frotas com vinculação ao tráfico humano, à custa do preço de esperança de dias melhores nas terras prometidas.

Mas, a busca das terras douradas abre o debate tanto de um lado como do outro, sobre o **sim** ou **não** da sua legitimidade, debate este que conduz inequivocamente a uma aporia política, mercantilista e axiológica. E aqui sabemos que qualquer que seja a resposta, será sempre aquela resposta inacabada. O Sim é um **Sim-Não** e o Não é um **Não-Sim**, portanto, algo pior que uma Tautologia. Nem todos os dias serão dias milagrosos para a política, mas todos os dias serão sempre dias de experiência para a Política, a política como forma de experiência e as vidas perdidas nos mares são vidas vítimas da experiência política. Por outras palavras, as vidas perdidas no mar representam a incompatibilidade entre a estética política e «práticas estéticas».

Por Inácio Valentim

ÍNDICE

Editorial 6

Artigos / Papers

Factores de Risco da Hipertensão Arterial: um desafio para as unidades assistenciais angolanas 11

Katia Galindo Estrada

Promoção de uma cultura de segurança na injeção endovenosa de contraste em radiodiagnóstico 26

Ricardo Carvalho

Infecções relacionadas com a alteração da velocidade de hemossedimentação na província do Huambo 33

Marcelino Chipa

Avaliação Externa de Escolas, Auto-avaliação e Mecanismos de regulação 48

Carla Chainho; José Saragoça

Estudos

Adesão às medidas de precaução dos profissionais enfermeiros: lavagem das mãos uma intervenção para a saúde do trabalhador 65

Marisa Tolentino

Política, Religião e Colonialismo em Angola 95

Carlos Alberto Alves

Normas de Publicação 118

Instituto Superior Politécnico Sol Nascente

Apresentação 120



ARTIGOS/PAPERS

SAÚDE

FACTORES DE RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM DESAFIO PARA AS UNIDADES ASSISTENCIAIS ANGOLANAS**Katia Galindo Estrada¹**

Katiagalindo76@yahoo.com

RESUMO: As doenças cardiovasculares, em especial a Hipertensão Arterial, constituem hoje um problema de saúde que afecta a grande porção da população mundial, provocando complicações em diferentes sistemas do organismo e até a morte em casos mais graves. A este fardo soma-se o custo económico que gera para a família e para o país: Angola não é uma excepção. Por vezes, a melhor solução é evitar esta enfermidade e melhorar o estilo de vida, mas o desconhecimento dos factores de risco é uma incógnita para muitas pessoas. Isto leva-nos a reflectir sobre a importância de desenvolver mais acções de prevenção e promoção de saúde em todos os centros hospitalares, em especial na atenção primária de saúde. Torna-se uma necessidade o desenho e a implementação de um programa educativo com a finalidade de diminuir a incidência e prevalência da doença. O presente artigo tem como objectivo esclarecer algumas destas questões, aprofundar em especial os factores de risco que se podem modificar e ajudam a manter um estilo de vida saudável.

Palavras-Chave: Hipertensão Arterial, Estilo de Vida, Factor de Risco.

Abstract: Heart disease, especially arterial hypertension is today a health problem that affects large portion of the world population, causing complications in different body systems and even death in several cases. Besides there is an economic cost for the family and for the country: Angola is no exception. Sometimes the best solution is to prevent this disease and enhance the lifestyle, but there is a lack of information about the risk factors. This leads us to reflect on the importance of developing further measures in

¹ Licenciada em Enfermagem. Mestre em Urgências e Emergências Médicas. Especialista do Primeiro Grau de Terapia Intensiva. Coordenadora do Curso de Enfermagem do Instituto Superior Politécnico Sol Nascente (ISPSN).

prevention and health promotion in all hospitals, especially in primary health care. It is a necessity to design and implement an educational program for the purpose of reducing the incidence and prevalence of the disease. This article aims to clarify some of these issues, especially the risk factors that may be modified and can help to maintain a healthy lifestyle.

Keywords: Arterial Hypertension, Lifestyle, Risk factors.

INTRODUÇÃO:

Nas últimas décadas o aumento significativo das doenças infecciosas e não infecciosas e os acidentes de viação estão a provocar um forte impacto do ponto de vista epidemiológico, económico e social em África. O controlo das doenças infecciosas ou transmissíveis constitui um enorme desafio, onde os programas de saúde e a vigilância epidemiológica concentram toda a sua atenção. Mas enfrentam também uma epidemia muito significativa: as doenças cardiovasculares e as suas complicações.

As doenças cardiovasculares, consideradas enfermidades não transmissíveis ou não infecciosas, são responsáveis pelo maior número de mortes em muitos países, apresentando um elevado custo médico-social. Hoje, a hipertensão arterial é uma delas favorecendo uma série de complicações que podem ou não comprometer órgãos tão importantes como o cérebro, o coração e rins-conhecidos como órgãos alvos¹⁸.

A Hipertensão Arterial (HTA) é um síndrome clínico caracterizado pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ ou 90 mm Hg de diastólica — em pelo menos três medições subsequentes — obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso e ambiente tranquilo^{5, 8,39}.

Porém, envolve duas medidas, sistólica e diastólica, referentes ao período em que o músculo cardíaco está contraído (sistólica) ou relaxado (diastólica)^{24,37}.

Existem diferentes tipos de classificações, as mais recentes são as utilizadas pela Sociedade **Europeia de Hipertensão/Sociedade Europeia de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Hipertensão** baseada em parâmetros Norte Americanos^{17, 23}.

O diagnóstico da hipertensão arterial é feito pela medida da pressão além de outros testes significativos. A forma mais comum é a medida casual, feita no consultório com aparelhos manuais ou automáticos chamados de esfigmomanómetros sejam de mercúrio, digital ou aneroide. Os últimos são os mais utilizados na prática médica.

A incidência e prevalência desta enfermidade estão relacionadas em especial com os factores de risco, com o não cumprimento do tratamento medicamentoso e, por vezes, com o conhecimento escasso ou mesmo nenhum.

Na abordagem do estudo da pressão arterial devem-se ter em conta os factores de risco³⁰. Embora não tenha cura, a hipertensão pode ser controlada e evitada com algumas mudanças nos hábitos de vida.

Diante da alta prevalência da doença na população angolana, em especial na província do Huambo e tendo em conta que hoje a principal causa de falência dos rins é precisamente a hipertensão arterial realiza-se este trabalho com o objectivo de esclarecer algumas questões em ocasiões ignoradas pela população. Aliás, propor um programa educativo para diminuir ou evitar a sua incidência ajudando assim na sua prevenção.

Epidemiologia:

A Organização Mundial de Saúde apontou a hipertensão, ou a pressão arterial elevada, como a principal causa de mortalidade cardiovascular. Estudos realizados pela Liga Mundial de Hipertensão reflectiram que mais de 50% dos hipertensos no mundo não estão conscientes desse estado. A organização iniciou uma campanha global em 2005 com o objectivo de aumentar a percepção pública do problema, e decretou o dia 17 de Maio como Dia Mundial da Hipertensão Arterial ^{6,7}.

Em África mais de 50 por cento dos adultos são hipertensos. Em 2000, os casos detectados em África a sul do Sahara, completaram um valor de aproximadamente 80 milhões de adultos. No ano 2005 o número aumentou gradualmente e hoje estimativas afirmam que o número de pessoas afectadas com esta patologia irá subir para 150 milhões até 2025.

Classificação:

Segundo a Sociedade Europeia de Hipertensão e Cardiologia, a pressão arterial pode ser classificada em:

-Ótima: <120 /80 mmHg

-Normal: 120-129 / 80-84 mmHg

-Normal alta: 130–139 / 85-89 mmHg

A Sociedade Brasileira de Cardiologia utiliza os mesmos níveis de referência só que a terminologia Normal alta é substituída pela terminologia Limítrofe.

Quando os valores estão acima de 140 / 90 mmHg considera-se a seguinte classificação:
10,25

-Hipertensão Arterial de I grau ou estágio I: 140-159 / 90-99

-Hipertensão Arterial de II grau ou estágio II: 160-179 / 100-109

- Hipertensão Arterial de III grau ou estágio III: $\geq 180 / \geq 110$

Existem autores que utilizam a classificação, segundo a fisiopatologia:

1. Hipertensão arterial primária, idiopática ou essencial aquela que não tem uma causa atribuível e identificável. É o tipo mais comum de hipertensão e afecta cerca de 95% dos hipertensos^{3,5,16}.

2. Hipertensão arterial secundária na qual existe um factor causal⁹.

Diagnóstico:

O pessoal médico e de Enfermagem realizará o interrogatório, anamnese ou entrevista ao doente além do exame físico. As informações encontradas ajudarão no diagnóstico da patologia em especial a toma da tensão arterial. Além disso, poderão realizar-se outros testes como: fundo do globo ocular, eletrocardiograma, ultra-sonografia abdominal. Podem também ser realizados exames de laboratório: colesterol, glicemia, creatinina com o intuito de eludir a presença de doenças renais, Diabetes Mellitus que podem ser tanto causa como consequência da hipertensão arterial⁵.

Quadro Clínico:

-Vertigem

- Insônia
- Fraqueza
- Dor no peito
- Visão com dificuldade
- Zumbido nos ouvidos.
- Sangramento nasal (epistaxe)
- Presença de cefaléia pulsátil, intensa, na região occipital.
- Alterações na frequência cardíaca, no volume urinário.

Complicações:

A Hipertensão Arterial afecta diferentes sistemas no organismo. Dentro das principais e mais graves complicações encontram-se os AVC (Acidentes Cerebrovasculares) nas suas diferentes formas de apresentação-isquêmicos ou hemorrágicos ⁹, Retinopatia e Nefropatia Hipertensiva¹, Urgência e Emergências hipertensivas¹⁹, Arritmias Cardíacas, Angina do Peito, Infarto Agudo do Miocárdio¹⁴ e Insuficiência Renal são exemplos de muitas delas.

A grandeza dos problemas causados pela Hipertensão Arterial leva-nos a reflectir sobre a importância da prevenção da doença, bem como do conhecimento dos principais factores de risco, com a finalidade de minimizar o número de pessoas com esta doença, e conseqüentemente os custos gerados e o número de mortes ⁴.

Quando se fala de Factores de Risco é necessário definir terminologias importantes como estilo de vida porque há uma relação directa entre eles.

"**Estilo de Vida**" é um conceito amplo que inclui a pessoa como um todo e que tem muitos aspectos. Conforme definição abordada ³⁵—são: “hábitos e comportamentos autodeterminados, adquiridos social ou culturalmente, de modo individual ou em grupo” ³⁹. Ramos Calero definiu-o como uma categoria socio-psicológica que se utiliza para descrever comportamentos humanos no seu meio social, cultural e económico, portanto, está condicionado pelo modo de vida, classe ou grupos a que pertence motivações e necessidade individuais, sistema social ²⁰. Para a Organização Mundial para a Saúde –

OMS - estilo de vida é a percepção que um indivíduo tem do seu lugar na existência, no contexto da cultura e do sistema de valores nos que vive e em relação com os seus objectivos, as suas expectativas, as suas normas, as suas inquietações ⁴⁹.

Consideram-se, segundo outros autores, como expressões que se designam, de uma maneira genérica, ao estilo ou forma em que se entende a vida; a cultura e a arte, identidade, idiossincrasia ou um carácter, particular ou de grupo, expresso em todos ou em qualquer dos âmbitos do comportamento fundamentalmente nos costumes ou a vida quotidiana, mas também na moradia e o urbanismo^{11, 12}.

Casimiro e cols. definem estilo de vida como "os comportamentos de uma pessoa, tanto desde o ponto de vista individual como de suas relações de grupo, que se constrói em torno a uma série de padrões de conduta comuns". Gutiérrez (2000) define-o como "a forma de viver que adopta uma pessoa ou grupo, a maneira de ocupar o seu tempo livre, o consumo, as costumes alimentares, os hábitos higiénicos" ²⁸.

Factor de risco são os rasgos ou características, condições biológicas, circunstâncias, hábitos, transtornos, associados ao incremento da susceptibilidade para desenvolver determinadas enfermidades ou maior probabilidade para a sua aparição com agravo para a saúde". Dependem do estilo e modo de vida ²¹.

De acordo com Rothman é "probabilidade de um evento ocorrer durante um período especificado" ³¹.

Outra definição muito difundida é a que considera os factores de risco como um conjunto de fenómenos dos quais depende a probabilidade de ocorrência de uma enfermidade e a sua complicação ou morte. Para o seu melhor estudo, estes foram classificados em: Modificáveis (aqueles que podemos controlar ou modificar,) e Não Modificáveis (aqueles que não podemos fazê-lo). Neste trabalho serão abordados com maior profundidade os factores de risco modificáveis ^{22, 27, 33} pelo facto de se modificarem com ajuda do pessoal da saúde, da família, em caso de existir consciencialização no indivíduo e desta feita prevenir comorbidades (correlação de outras doenças).

Entre os principais factores de risco modificáveis encontram-se:

- **Tabagismo, Café, Álcool.** Os efeitos do tabagismo são maléficos em curto ou longo prazo para saúde. A nicotina é um estimulante poderoso e é um dos principais factores

que levam ao consumo contínuo de tabaco. Embora a quantidade de nicotina inalada no fumo seja muito pequena (a maior parte da substância é destruída pelo calor), ela ainda é suficiente para causar dependência psicológica e/ou física. Provoca a chamada vasoconstrição (estreitamento dos vasos sanguíneos) o que faz com que diminua o fluxo sanguíneo para o coração, provocando dor no peito o que eleva a probabilidade de ter episódios de Angina ou risco de Enfarte Agudo do Miocárdio. Além disso, aumenta os níveis de tensão arterial. Acelera a carga do trabalho do coração e favorece o acumular de gorduras nas artérias^{26, 32, 36, 40,41}.

Geralmente, o fumador procura o café para se sentir mais relaxado o que também condiciona o consumo de cafeína. A cafeína é considerada uma droga pelo que provoca dependência química, sendo a mais consumida no mundo, pois além dela ser encontrada no café é também encontrada em alimentos como o chocolate, coca-cola, chá-mate e no cacau. Em excesso também causa a contração das veias e artérias o que dificulta a circulação sanguínea e acelera os batimentos cardíacos (taquicardia) ^{44,45}. Em Angola não se evidenciam quantidades significativas de consumidores de café, embora o cigarro e o álcool tenham grande influência. Hoje o consumo deles em especial pelos mais jovens, é um problema que está a afectar não só a saúde, mas contribui para a deterioração do indivíduo, da família, afecta a comunidade e danifica a imagem do país.

A violência doméstica constitui hoje um dos problemas significativos em África e Angola não é uma excepção. Perante os conflitos no lar muitos adolescentes abandonam os estudos, deixam o lar e procuram refúgio no álcool, no cigarro e em piores casos, nas drogas.

- **Sedentarismo, Obesidade.** Uma pessoa pouco activa ou sedentária desenvolve a sua vida diária com um recurso mínimo à movimentação física. Os exercícios realizados de forma sistemática, com moderada intensidade, mas suficiente para produzir um efeito de exercício físico, contribuem para a descida dos valores de tensão arterial ajudando também a diminuir o peso corporal. Por vezes, existem ocupações chamadas de sedentárias, onde o indivíduo passa grande parte do tempo sentado, envolvido em actividades que implicam pouco movimento do corpo. As pessoas sedentárias não gastam muitas calorias. A obesidade está associada ao incremento do tecido adiposo do

organismo provoca diversas complicações na saúde. As pessoas acima do peso possuem maior tendência a apresentar a acumulação de gordura, o que ocasiona complicações arteriais ^{33,46}.

-Hábitos alimentares inadequados. O mais importante sobre a alimentação não é o número de vezes, mas sim a qualidade do que é ingerido. Muitas pessoas trabalham ou estudam distante de casa, por vezes a alimentação adequada é substituída por lanches que carecem de valor nutricional além de ser uma boa fonte de calorias e gorduras. A quantidade de sal utilizada no preparo dos alimentos em restaurantes não é informada e ao se utilizar o saleiro, acrescenta-se mais sal a alimentos que naturalmente já contêm sódio em quantidade ideal. Uma grande parte da população angolana gosta do consumo de carnes salgadas (carne de sol ou carne seca), carnes vermelhas, massas e o famoso gindungo ou piri-piri. Nos grandes centros urbanos, é comum o consumo de enlatados e conservas devido à praticidade para o consumo. Eles possuem uma significativa quantidade de condimentos — entre eles o sal — e calorias.

Os refrigerantes são fonte também de calorias e contêm açúcar. Alguns estudos sugerem que as dietas ricas em açúcar ou com muita carga glicêmica estão relacionadas ao maior risco de desenvolvermos doenças cardíacas. O excesso de açúcar é a causa da elevação dos triglicéridos no sangue, já que aquele é um tipo de gordura que armazena as calorias adicionais do açúcar e diminui os níveis protectores de colesterol provocando excesso de peso, obesidade. Apesar de ainda não se ter esclarecido qual o mecanismo que provoca este efeito, os investigadores acreditam que o açúcar em maior quantidade no sangue pode desequilibrar a tonicidade dos vasos sanguíneos o que acaba por provocar o aumento da pressão ^{13, 15,29}.

Por outra, temos pessoas que consomem mantimentos que contêm quantidades elevadas de colesterol. O LDL-mau colesterol-gera acumulação de placas de gordura no interior das artérias, porém diminui a passagem de sangue dentro delas podendo levar ao enfarte do miocárdio, hipertensão arterial ou acidente vascular cerebral ^{42, 47,48}.

-Situações de stress. O stress pode ser causado por qualquer evento ou sensação que o faz sentir frustrado, irritado ou nervoso. É uma sensação de medo, desconforto e preocupação ⁴³. É a resposta do organismo a circunstâncias súbitas ou ameaçadoras ³⁸.

Hoje as pessoas vivem em constante convulsão, os problemas no lar, socioeconômicos, na escola ou trabalho geram conflitos internos. Algumas pessoas têm a capacidade de agir positivamente, outras não encontram a saída, o caminho certo e começam a apresentar alterações no comportamento, sofrem depressão, ansiedade, manifestações dermatológicas (na pele). Geralmente as condições de stresse levam ao consumo de algumas substâncias tóxicas-já mencionadas- gerando aumento da frequência cardíaca e da tensão arterial. Suspeita-se que os padrões de comportamento, em especial a personalidade tipo A, o stresse social aumentam a incidência de enfermidades cardiovasculares. As pessoas com personalidade tipo A caracterizam-se pela luta contínua, crônica e incessante na tentativa de atingir mais em menos tempo, abrigando uma hostilidade dissimulada e constante. O sentido de urgência no tempo, a competência e a agressividade manifesta ou dissimulada dão origem a aborrecimentos, irritação, rancor e impaciência que influem grandemente no funcionamento do coração com as eventuais complicações neste órgão ². Pesquisas mostram que certos anticoncepcionais orais elevam os níveis da tensão arterial.

Entre os factores de risco não modificáveis ²⁷encontram-se:

-Idade. Durante o envelhecimento os vasos sanguíneos perdem a flexibilidade, o que provoca uma pressão crescente, aumentando o risco para a hipertensão e doenças cardiovasculares ³⁰.

-Sexo. Existe uma tendência para encontrar mais homens hipertensos que mulheres (antes dos 45 anos). Depois dos 64, as mulheres são muito mais propensas do que os homens a ter pressão arterial elevada. Infelizmente, em África, a mulher vive em constante stresse desde jovem, os problemas gerados pela violência no lar, o abandono do marido e a necessidade imperiosa de sustentar aos filhos, passar muitas horas na rua tratando da venda da sua mercadoria, sem se alimentar correctamente, geram situações de stress, inadequada alimentação, sofrimento o que provoca alterações também ao nível do coração, pelo que em grande medida hoje se encontra uma tendência do sexo feminino para desenvolver doenças cardíacas ^{33,34}.

-Raça. A Hipertensão Arterial é mais frequente e grave nos indivíduos da raça negra. Não existe uma justificativa certa, mas estudos corroboram diferenças entre o comportamento da tensão arterial em populações africanas, europeias e de América Latina. Existem

evidências de que a hipertensão arterial na raça negra tem maior prevalência e prognóstico menos afortunado. Hipóteses involucram alterações genéticas neste sentido assim como aumento da hiperactividade.

-Herança. A influência genética na hipertensão primária é muito conhecida. Quanto mais parentes portadores de pressão alta a pessoa tiver, maiores são as possibilidades de também desenvolver hipertensão arterial. Pessoas pelo menos com um parente hipertenso de primeiro grau têm o dobro de possibilidades de desenvolver pressão alta quando comparado com pessoas sem história familiar.

Outros factores:

Investigadores acham que existem outros factores que intervêm no aumento da tensão arterial como o consumo de anticoncepcionais orais, factores ambientais e factores socioeconómicos.

Considerações Finais:

Para além das políticas de saúde existentes, cabe a cada cidadão e profissional da saúde valorizar ainda mais a prevenção e controlo dos factores de risco, ajudando assim os indivíduos a ter uma maior percepção e consciência das causas e complicações que poderão provocar caso não mudem o estilo de vida. Procurar mudar os hábitos realmente não é uma tarefa fácil, mas possível com esforço, vontade e motivação.

Sendo assim, sugerimos a necessidade por parte das instituições de saúde, em especial na Atenção Primária, de criar um programa de intervenção educativa para minimizar o número de pessoas afectadas e consequentemente os custos gerados e o número de mortes.

1-Capacitar o pessoal de Enfermagem que trabalha nas entidades hospitalares em especial na Atenção Primária de Saúde, quanto aos factores de risco da hipertensão arterial e complicações que provocam no organismo.

2-Divulgar nos diferentes meios de comunicação as medidas para evitar a doença, oferecer palestras na comunidade, nas áreas de saúde, nas igrejas.

3-Distribuir folhetos instrutivos relacionados com o tema e dicas para melhorar o estilo de vida.

- 4- Avaliar peso e tensão arterial quinzenalmente no caso das pessoas consideradas como risco.
- 5- Fomentar a prática de exercícios.
- 6- Manter um peso saudável.
- 7- Substituir o sal por condimentos como ervas aromáticas.
- 8- Optar por uma alimentação de cozidos e grelhados.
- 9- Consumir carnes magras, fígado, peixe fresco, queijo branco sem sal, sumo de frutas naturais.
- 10- Evitar o consumo exagerado de alimentos ricos em açúcar, gorduras, picantes.
- 11- Evitar os refrigerantes assim como consumo de álcool, café e cigarro.
- 12- Tentar levar os problemas do dia-a-dia da maneira mais tranquila.
- 13- Ver frequentemente os valores da tensão arterial e do peso corporal.

Estas são algumas dicas que poderão ser divulgadas, embora há muito que planear e fazer para que desta forma contribua para diminuir a incidência.

Referências Bibliográficas:

1-(Abril-2009)"Reactive oxygen species and dopamine receptor function in essential hypertension". *Clinical and Experimental Hypertension* **31**.DOI:[10.1080/10641960802621283](https://doi.org/10.1080/10641960802621283). PMID 19330604.

2-**Ballone GJ** - *Personalidade Tipo A e Cardiologia* - in. PsiqWeb, Internet, - disponível em www.psiqweb.med.br, revisto em 2007.

3-Brasil. Ministério de saúde. Cadernos de atenção básica n.15-s+erie A: Hipertensão Arterial Sistemica. Brasilia: Ministério da Saúde, 2006.

- 4- Carregata M. Como ter um coração saudável 2010. Lisboa: Editora Ancora. World Health Organization (WHO), Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. 2011. Disponível na web em <http://whqlibdoc.who.int/>.
- 5- CARRETERO, OA; Oparil S. (Janeiro 2000). "Essential hypertension. Part I: definition and etiology." (em inglês). *Circulation* **101** (3): 329–35. DOI:10.1161/01.CIR.101.3.329. PMID 10645931.
- 6- CHOCKALINGAM, A. (Maio 2007). "Impact of World Hypertension Day" (em inglês). *Canadian Journal of Cardiology* 23 (7): 517–9. DOI: 10.1016/S0828-282X(07)70795-X. PMID 17534457.
- 7- CHOCKALINGAM, A. (Junho 2008). "World Hypertension Day and global awareness" (em inglês). *Canadian Journal of Cardiology* 24 (6): 441-4. DOI: 10.1016/S0828-282X (08)70617-2. PMID 18548140.
- 8- DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006.
- 9- Fisher ND, Williams GH. In: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, et al.. *Harrison's Principles of Internal Medicine* (em). 16°. ed. Nova Iorque, NY: McGraw-Hill, 2005. Capítulo Hypertensive vascular disease. p. 1463–81. ISBN 0-07-139140-1.
- 10- G., Mancia; De Backer G, Dominiczak A, Renata Cifkova, Robert Fagard, Giuseppe Germano, Guido Grassi, Anthony M Heagerty, Sverre E Kjeldsen. (setembro 2007). "2007 ESH-ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension" (em inglês). *J. Hypertens.* 25 (9): 1751–62. DOI: 10.1097/HJH. 0b013e3282f0580f. PMID 17762635.
- 11- Jesús Padilla Gálvez y Margit Gaffal, *Formas de vida y juegos del lenguaje*, Plaza y Valdés, Madrid, México DF, 2013, ISBN 978-84-15271-75-8
- 12- Johan Huizinga, *El otoño de la Edad Media: Estudios sobre la forma de la vida y del espíritu durante los siglos XIV y XV en Francia y en los Países Bajos*.
- 13- Jurgens,H.,Haass,W.,Castaneda,T.R.et al (2005),”Consuming fructose-sweetened beverages increases body adiposity in mice”,*Obes Res*,13:1146-56.
- 14- Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R. . "Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one

million adults in 61 prospective studies". *Lancet* **360**. DOI:[10.1016/S0140-6736\(02\)11911-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11911-8). PMID 12493255.

15- Livro Nutrição Exercício e Saúde. Pedro Teixeira. Lidel-edições técnicas, Ida 2008.

16- LUMA, Gregory B; Spiotta RT. (Maio 2006). "Hypertension in children and adolescents" (em inglês). *Am Fam Physician* 73 (9): 1558–68. PMID 16719248.

17- Mancia G et.al. (2007). "2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension - The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology.". *Eur Heart J* 28 (12): 1462–1536. DOI:[10.1093/eurheartj/ehm236](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehm236). PMID 17562668.

18- MION JR et al, 2002; TOSCANO, 2004; DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006.

19- OIMBRA,ÉLIA, Lourenço,Sofia; Murinello,Loureiro,Carvalho. (2008). "Hipertensão Maligna, Retinopatia Hipertensiva Grave e Nefroangiosclerose Maligna" (PDF) (em português). *Revista Portuguesa de Cardiologia* 27 (3): 373-379.

20- Ramos Calero, Enrique: Enfermería Comunitaria, Métodos y Técnicas. Ediciones DAE, Madrid, España. 2000.

21- Rothman, Kenneth J.Epidemiologia moderna/ Rothman, Kenneth J.; Greenland, Sander; Lash, Timothy L. Porto Alegre, RGS, Artmed, 2011.

22- SIPP, M. A. C.; SUZA, A. A. de; SANTOS, R. S. dos. Doenças cardiovasculares e seus fatores de risco-uma análise sobres o tema. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 2008. Disponível em: <www.uff.br/objjnursing/index.php/nursing/article>. Acesso em: 25 set. 2008.

23- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. (Julho 2010). "VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão" (PDF) (em português). *Arq Bras Cardiol* 95 (Supl. 1): 1-51.DOI:[10.1590/S0066-782X2010001700001](https://doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001).

24- WHITWORTH, JA; International Society of Hypertension Writing Group. (Novembro 2003). "2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension." (PDF) (em inglês). J Hypertens 21 (11): 1983-92. PMID 14597836 .

25- WILLIAMS, B; Poulter NR, Brown MJ, Davis M et al. (Março 2004). "Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004—BHS IV" (em inglês). Journal of Human Hypertension 18(3): 139-85. DOI:10.1038/sj.jhh.1001683. PMID 14973512.

Webgrafia:

26- <http://apsredes.org/site2013/vocesaudavel/2013/04/03/fatores-de-risco/>

27- <http://hipertensao-info.blogspot.com.br/2012/02/fatores-de-risco-de-hipertensao.html>

28- http://ocw.um.es/gat/contenidos/palopez/contenidos/estilo_de_vida.html

29- <http://omeubemestar.com/2011/03/02/bebidas-com-acucar-aumentam-tensao-arterial-3497>

30- <http://portaldocoracao.uol.com.br/hipertenso-arterial/hipertenso-arterial-quais-so-os-fatores-de-risco>

31- http://pt.wikipedia.org/wiki/Fator_de_risco

32- http://pt.wikipedia.org/wiki/Tabagismo_e_sa%C3%BAde .

33- <http://saude.ig.com.br/minhasaude/2012-05-17/7->

34- <http://www.alert-online.com/br/news/health-portal/doencas-cardiacas-fatores-de-risco-afetam-mais-mulheres-e-raca-negra>

35- <http://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/4118/-1/estilos-de-vida-saudaveis-e-a-prevencao-das-doencas.html>.

36- <http://www.comoparardefumarciigarro.com/blog/os-efeitos-da-nicotina-no-sistema-cardiovascular/#sthash.rTCiiAws.dpuf>.

- 37- <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAhuMAI/hipertensao-arterial>.
- 38- <http://www.ebah.com.br/content/ABAAA3E0AC/qualidade-vida>.
- 39- http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_3/03_Original.html
- 40- <http://www.livestrong.com/article/92349-effects-nicotine-body/> - See more at:
- 41- <http://www.livestrong.com/article/192268-the-effects-of-nicotine-on-the-cardiovascular-system/>
- 42- <http://www.minhavidacom.br/saude/temas/arterioesclerose>
- 43- <http://www.minhavidacom.br/saude/temas/estresse>
- 44- <http://www.parana-online.com.br/canal/vida-e-saude/news/390344/?noticia=CAFEINA+TAMBEM+E+DROGA+E+CAUSA+DANOS+A+SAUDE>
- 45- <http://www.portaleducacao.com.br/farmacia/artigos/350/efeitos-da-caffeina>
- 46- <http://www.sigaseucoracao.com.br/tag/obesidade-e-coracao/>
- 47- <http://www.tuasaude.com/colesterol-ldl/>
- 48- <http://www.tumblr.com/search/colesterol+ldl>.
- 49- <http://www.uniminuto.edu/web/uvd/-/estilos-de-vida-saludables>.

SAÚDE

PROMOÇÃO DE UMA CULTURA DE SEGURANÇA NA INJEÇÃO ENDOVENOSA DE CONTRASTE EM RADIODIAGNÓSTICO

Ricardo Carvalho²

ricardoemcarvalho@hotmail.com

Resumo

Os contrastes Radiológicos são substâncias usadas em Radiologia que potenciam a diferenciação entre estruturas vizinhas com densidade similar.

A administração de contraste, procedimento habitual na maioria das Unidades de Radiodiagnóstico, tem vindo a banalizar-se na prática diária. No entanto, esta rotina pode conduzir a descuidos, aumentando a probabilidade de ocorrerem diversas reacções e complicações durante e após a injeção endovenosa do produto contrastante, nomeadamente, o seu extravasamento, embolias gasosas, rompimento de uma veia e choque anafilático.

Este trabalho pretende salientar a necessidade de se realizar uma administração de contraste segura, bem como identificar e prevenir situações que possam elevar o risco de complicações derivadas da injeção.

Palavras-Chave

Contraste Radiológico; administração endovenosa; Radiologia; Segurança

² Licenciado em Radiologia pela Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Coimbra – Portugal; Pós-Graduado em Engenharia da Saúde pela Faculdade de Engenharia da Universidade Católica Portuguesa.

Experiência profissional em todas as valências de radiodiagnóstico em diversas Instituições públicas e privadas em Angola e Portugal (2004-2015).

Abstract

The Radiological contrasts are substances used in Radiology that allow, through the contrast enhancement between neighboring structures with similar density, sufficient differentiation.

The contrast administration, standard procedure in most Radiology Unit, has been trivialized in the daily practice. However, this routine could lead to carelessness, increasing the likelihood of various reactions and complications during and after intravenous contrast injection, including air embolism, product leakage, rupture of a blood vessel and anaphylactic shock.

This work aims to highlight the need for a safe contrast administration, and to identify and prevent situations that may increase the risk of complications of injection.

Keywords:

Radiological contrast; intravenous administration; radiology; security

INTRODUÇÃO

A prática da radiologia clínica tornou-se possível devido a progressos, não só no conhecimento médico e equipamento diagnóstico, como também na criação dos produtos de contraste, que permitiram a visualização dos detalhes das estruturas e órgãos internos, que de outro modo não seriam demonstráveis.

A extraordinária tolerância aos produtos de contraste modernos foi alcançada através de sucessivos desenvolvimentos farmacológicos, sendo os efeitos adversos da sua administração intravascular habitualmente ligeiros e autolimitados, e as reacções ao seu uso extra-vascular raras. Contudo, reacções graves ou com risco de vida ocorrem em ambas as vias de administração ¹.

Assim, os radiologistas e outros especialistas devem conhecer os factores de risco para as reacções adversas aos produtos de contraste e dominar as estratégias necessárias para minimizar essas reacções através do seu rápido reconhecimento e eficaz tratamento.

Com o uso generalizado dos produtos de contraste endovenosos, nomeadamente através da utilização crescente da Tomografia Computorizada e Angiografia, este é um tema que, sem dúvida, interessa não só a médicos e técnicos radiologistas, como também a todos os clínicos em geral ².

METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento das condições de injeção em vários Serviços de Radiologia em 17 Unidades de Radiodiagnóstico, nacionais e estrangeiras, das quais 6 Públicas e 11 Privadas. Esses resultados foram analisados de acordo com as *guidelines* europeias e internacionais.

DESENVOLVIMENTO

Segundo uma definição generalista, contraste é o efeito de acentuação de uma oposição qualitativa ou quantitativa entre duas coisas ou pessoas das quais uma faz realçar a outra ³.

Nos estudos radiológicos, as características inerentes às estruturas permitem a criação, nas imagens, de contrastes naturais. Ou seja, diferentes estruturas anatómicas atenuam o feixe de Raios X em diferentes graus. A atenuação do feixe de Raios X varia de acordo com o número de electrões que se encontram no caminho desse feixe, dependendo esse número da espessura e da densidade, bem como do número atómico da estrutura a estudar. Quando as densidades de dois órgãos são muito diferentes, como, por exemplo, entre o músculo cardíaco e o ar dos pulmões, essas estruturas podem ser visualizados numa radiografia muito bem delimitadas, devido ao contraste natural existente. Do mesmo modo, se o número atómico médio de dois tecidos for diferente, como acontece entre tecidos moles, (compostos por elementos de baixo número atómico), e o osso, parcialmente composto por cálcio, de elevado número atómico, então os limites dessas estruturas também podem ser discriminados devido ao seu contraste natural.

Pelo contrário, por falta de contraste natural, duas estruturas com densidades e número atómico médio semelhantes são difíceis de distinguir nas radiografias simples ⁴.

Duas características, das estruturas anatómicas, relevantes na criação de contraste podem ser alteradas artificialmente: a densidade e o número atómico médio. Assim, pode-se reduzir a densidade de um órgão oco preenchendo-o com ar ou gás, que origina um contraste negativo.

A uma estrutura oca, como um vaso sanguíneo, pode-se aumentar o seu número atómico médio através do preenchimento da sua cavidade com um líquido que possua um número atómico médio muito superior ao do sangue. É o que acontece com os produtos de contraste endovenosos, que são soluções ou suspensões de substâncias atóxicas, como o iodo, que contêm uma quantidade significativa de elementos de elevado número atómico⁴. É de referir que a administração destes contrastes também pode provocar reacções adversas.

Classificação das reacções de contraste, consoante a gravidade:

- **Reacções Severas** - Abrangem choque hipotensivo, edema pulmonar, paragem cardiorrespiratória, convulsões, edema cerebral, edema da laringe, coma, podendo mesmo, levar à morte;
- **Reacções Adversas ou Tardias** - São as reacções que geralmente ocorrem uma hora após a administração do contraste, por vezes até mesmo passado uma semana, podendo ou não estar directamente relacionadas com o meio de contraste.

Classificação das reacções ao contraste, consoante a susceptibilidade do paciente:

- **Reacções não idiossincrásicas** – são reacções previsíveis, relacionadas com propriedades toxicológicas inerentes aos contrastes, dependendo da dose, da osmolaridade do produto, dos efeitos farmacológicos, entre outros.
- **Reacções anafilactóides ou idiossincrásicas** - são reacções qualitativamente anormais a uma substância, que não dependem de sensibilização prévia, independente da dose, imprevisíveis, mas, dependentes da susceptibilidade de cada indivíduo.
- **Reacções de hipersensibilidade** (alérgicas) – regra geral, são desencadeadas pelo mecanismo imunológico, independentemente da dose de contraste.⁵

Guidelines Europeias e Internacionais:

Orientações para a injeção de contraste endovenoso:

- Obter uma boa anamnese, consultar o processo clínico do paciente de forma a obter conhecimentos básicos acerca do mesmo;

- Utilizar, preferencialmente e se possível, produtos de contraste não iónicos e de baixa osmolaridade;
- Fazer uso de calmantes em doentes ansiosos
- Empregar hidratação oral e intravenosa em doentes com insuficiência renal e diabéticos;
- Reconhecer rapidamente os sintomas e identificar o tipo de reacção, para que assim a situação possa reverter de uma forma rápida e eficaz;
- Nunca injectar o contraste em local isolado;
- Manter sempre uma via de acesso.
- Cerca de 50 % das reacções alérgicas ao contraste ocorrem nos primeiros 15 minutos após a sua administração, sendo geralmente de gravidade ligeira ou moderada.
- Por isso, é essencial a presença de meios humanos diferenciados aquando a realização do exame, tais como: equipa de reanimação e equipa cardiorrespiratória.⁵

RESULTADOS

Síntese do Levantamento

Das 17 instituições, (Quadro 1), apenas em 6 delas todos os técnicos possuíam formação em suporte básico de vida.

Nestas instituições, o médico radiologista é avisado, sendo que, em apenas 8 este se encontra presente aquando a injeção.

Verificou-se que somente 8 destas instituições possuem carro de emergência completo (com desfibrilhador e bala de O₂).

No que respeita aos fármacos, 13 destas instituições possuem os essenciais e, uma delas apresentou fármacos fora de prazo.

É de realçar que em 17 instituições só 5 é que contêm protocolo de prevenção de reacções alérgicas.

Quadro 1

Levantamento das Condições de Injecção										
Instituição	Téc. C/ Formação SBV	Aviso do Médico Radiologista	Carro de Emergência	Anamnese	INI/ INIOB	Fármacos *	Protocolo de Prevenção	Outros Meios Humanos	Consentimento Informado	Quem Administra o Contraste
Instituição 1	Sim	Sim/ Não Presente	Sala do lado	Sim	INI	Todos	Não	Não	Sim	Téc.
Instituição 2	Sim	Presente	Sim	Sim	INI	Todos	Não	Não	Sim	Téc.
Instituição 3	Não	Presente	Sim	Sim	INI	Todos	Não	Não	Sim	Téc.
Instituição 4	Não	Presente	Sim	Sim	INI	Todos	Sim	Não	Sim	Téc.
Instituição 5	Não	Sim/Não presente)	Sim (S/ desfibrilhador)	Sim	INI	Todos (Fora de prazo)	Não	Médico de Urgência Interno	Não	Téc.
Instituição 6	Não/Sim	Presente	Sim	Sim	INI +INIBO	Todos	Sim	Urgência, Equipa de Anestesia e Equipa de Reanimação	Sim	Téc.
Instituição 7	Não	Sim/ Não Presente	Não	Sim	INI	Todos	Não	Não	Sim	Téc.
Instituição 8	Não	Sim/ Não Presente	Não	Sim	INI	Todos	Não	Não	Sim	Téc.
Instituição 9	Não	Sim/ Não Presente	Não	Sim	INI	Alguns	Não	Não	Sim	Téc.
Instituição 10	Sim/Não	Sim/ Não Presente	Sim	Sim	INI	Alguns	Não	Sim	Sim	Ninguém
Instituição 11	Sim	Sim/ Não Presente	Não	Sim	INI	Alguns	Não	Não	Sim	Ninguém
Instituição 12	Sim	Sim / Não presente	Sim (S/ desfibrilhador) (A menos de 10m)	Sim	INI	Todos	Sim	Sala de reanimação (menos de 10m)	Não	Enfermeiro faz a punção e o Técnico a injeção.
Instituição 13	Sim	Presente	Sim (S/ desfibrilhador)	Sim	INI	Todos	Sim	Não	Sim	Téc.
Instituição 14	Não	Presente	Sim	Sim	INI	Todos	Não	Não	Sim	Téc.
Instituição 15	Sim/Não	Presente	Sim	Sim	INI	Todos	Não	Sim	Sim	Téc.
Instituição 16	Não	Presente	Não (à 5m)	Sim	INI	Todos	Sim	SAV à 5m	Sim	Téc.
Instituição 17	Sim	Sim/Nem sempre presente	Sim	Sim	INI	Todos	Não	Sala de Reanimação à menos de 50m	Sim	Téc.

Salienta-se que 10 das instituições, abrangidas neste estudo, não possuem meios humanos diferenciados em caso de reacção alérgica (equipa de reanimação), recorrendo ao

INEMA, enquanto as restantes apresentam meios diferenciados como sala de reanimação, equipa de anestesia, suporte avançado de vida, entre outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise dos elementos recolhidos concluímos que nem todas as instituições seguem à risca as “*guidelines*” recomendadas pela Sociedade Europeia de Radiologia Urogenital aquando da administração de contraste.

No entanto, se forem salvaguardados alguns requisitos, sobretudo formação em injeção endovenosa e suporte básico de vida, ou o sobreaviso de uma equipa de reanimação da unidade hospitalar, diminuem-se consideravelmente os riscos a ela associados.

Referências Bibliográficas:

1. JAKOBSEN, J.A.. (2007). Physiological effects of contrast media for use in multidetector row computed tomography. *Europ. Journ. Rad.* 62S, S14–S25.
2. KRAUSE, W.. (1999). Delivery of diagnostic agents in computed tomography. *Advanced Drug Delivery Reviews* 37, 159–173.
3. ACTA MED PORT. 2009. 22(3), 261-274
4. SPECK U, MRITZEL W, WEINMANN HJ: Chemistry, physiochemistry and pharmacology of known and new contrast media for angiography, urography and CT-enhancement. *Fortschr, Rontgenstr* 1983;118(Suppl):2-10
5. THOMSEN, H.S. (2006). European Society of Urogenital Radiology (ESUR) guidelines on the safe use of iodinated contrast media. *Europ. Journ. Rad.* 60, 307–313
6. WANG,C.L.,COHAN, R.H., ELLIS, J. H., SAROJA ADUSUMILLI, S., DUNNICK, N.R. (2007). Frequency, Management, and Outcome of Extravasation of Nonionic Iodinated Contrast Medium in 69 657 Intravenous Injections1. *Radiology: Volume* 243.

SAÚDE

**INFEÇÕES RELACIONADAS COM A ALTERAÇÃO DA VELOCIDADE DE
HEMOSEDIMENTAÇÃO NA PROVÍNCIA DO HUAMBO****Marcelino Chipa³**Marcelino.chipa@ispsn.org**Resumo:**

Desde os tempos mais antigos, o homem procurou sempre melhorar o seu estado de saúde, usando apenas o racionalismo e não o conhecimento científico. Este artigo trata de vários aspectos relacionados à VHS e a sua importância clínica, com a finalidade de caracterizar o impacto da Hemossedimentação nos Hospitais da Província do Huambo e as patologias mais frequentes nos pacientes que acorrem aos serviços de saúde: Hospital Geral, Sanatório, Hospital Municipal do Cambiote e Centro de Saúde do Casseque sobre as infecções patológicas que alteram a velocidade do sangue no homem. A Província localiza-se no Planalto Central com uma altitude de 1800 m em relação ao mar, possui o número de **2.301.524** habitantes. Deste universo de habitantes retiramos uma amostra aleatória de **2.776** a partir dos livros de registo o que corresponde a **0,12%**. Com a evolução da ciência, a velocidade de Hemossedimentação das hemácias no sistema de saúde começou a ser de grande interesse clínico, sobretudo nos sinais e sintomas de diversas patologias acompanhadas de um processo inflamatório, como: inflamatórias, neoplasias, cardíacas, reumatológicas, infecções, tuberculose, virais, cirrose, insuficiência renal, entre outras. A velocidade de hemossedimentação (VHS) mede o grau de sedimentação de glóbulos vermelhos numa amostra de sangue durante um período específico. A VHS é um teste sensível, porém não específico, é frequentemente o primeiro

3 Marcelino Chipa. Licenciado em Ciências de Educação no Instituto Superior de Ciências de Educação do Huambo, e Técnico Especialista de Diagnóstico e Terapêutica Principal pelo Instituto Médio de Saúde do Huambo. Actualmente é docente da disciplina de Microbiologia e Parasitologia na Escola de Formação de Técnicos de Saúde do Huambo e Colaborador no Instituto Superior SOL Nascente e coordenador do Curso de Análises Clínicas na E.F.T.S do Huambo.

indicador de doença quando outros sinais químicos e físicos estão normais. A VHS tem uma grande influência nas infecções patológicas dos pacientes da Província do Huambo

Palavras-Chave:

Hemossedimentação; Infecções Patológicas; Planalto central

Abstract:

Since the oldest times, the man always tried to improve his/her health condition, using the rationalism and not the scientific knowledge. This article treats several aspects related to VHS and its clinical importance; with the purpose to describe the impact of Hemossedimentation in the Hospitals of the Province of Huambo and the possible pathologies in the patients in the services of health: General Hospital, Sanatorium, Municipal Hospital of Cambiote and Center of Health of Casseque about the pathological infections that they alter the speed of the blood in man. The Province is located at the Central Plateau with an altitude of 1800 m in to the sea, it has 2.301.524 inhabitants. In this universe of inhabitants we removed a random sample of 2.776 of the register books that corresponds to 0,12%. With the evolution of science, the speed of Hemossedimentation of the heavies in the system of health began to be of great clinical interest, especially diseases with symptoms followed by an inflammatory process, such as: neoplasias, heart, rheumatology, infections, tuberculosis, viral, cirrhosis, renal inadequacy among others. The hemossedimentacion speed (VHS) measures the degree of sedimentation of erythrocytes in a sample of blood during a specific period. VHS is a sensitive test, however no specific, it is frequently the first indicator of a disease when other chemical and physical signs are normal. VHS has a great influence in the patients' of the Province of Huambo pathological infections.

Keywords:

Hemossedimentation; Pathological Infections; Central Plateau

INTRODUÇÃO

Velocidade de Hemossedimentação Globular representada pelas siglas (VSG, VHS, VSH, VHS) é o tempo que leva as Hemácias (ou glóbulos vermelhos) a separarem-se pelo sistema de gravidade por um período de tempo (1 hora) numa pipeta (pipeta de Westergreen). Velocidade com a qual se produz a descida destes glóbulos vermelhos denomina-se velocidade de hemossedimentação globular (VHS). VHS significa que é a velocidade com que os glóbulos vermelhos se separam do soro e se depositam no fundo da pipeta, porém antes coloca-se o sangue num tubo com anti-coagulante. Os glóbulos vermelhos (hemácias) vão sendo puxadas para baixo pela gravidade e tendem a se aglomerar no fundo do tubo.

As hemácias possuem uma força magnética de repulsão que contrapõe-se à gravidade, e naturalmente diminui a velocidade com que as hemácias caem (sedimentam). No entanto, se junto com as hemácias, nadando no soro, haja outras estruturas de cargas positivas, estas vão anular as cargas negativas das hemácias e também a repulsão magnética entre elas, permitindo a sua aglutinação. Neste caso, a gravidade desliza sozinha e a velocidade com que elas caem (velocidade de hemossedimentação) é acelerada. O VHS é expresso como o número de milímetros que o sangue sedimentou (no tubo) no espaço de uma hora (mm/h) (Azevedo, 2009).

O exame de velocidade de hemossedimentação no início do século XX foi idealizado para auxiliar no diagnóstico da gravidez, posteriormente empregue como indicador de doenças inflamatórias ou infecciosas e até mesmo da condição geral de saúde ou doença. Conheça esse exame de maneira mais detalhada e proveitosa, porque ele apresenta uma grande utilidade na clínica médica e terapêutica.

A VHS reflecte a progressividade e agressão de uma doença. Quando está alta significa que a doença está activa, quando normal a doença está sob controle. Serve como um marcador inespecífico de doença quer inflamatórias ou um processo infeccioso, devendo ser interpretada, em consideração o contexto clínico, é um dos exames mais solicitados nos Hospitais. Além de inúmeras indicações, o seu custo pouco é simples. Erros de indicação e de interpretação são frequentes, com impacto negativo para pacientes, médicos e instituições de saúde.

A VHS é um método indirecto para medir a presença inflamatória ou infecção no corpo. A Velocidade de hemossedimentação (VHS) ou taxa de sedimentação de eritrócitos é a taxa na qual os eritrócitos precipitam num período de tempo. É um teste comum na hematologia usado para uma medida não-específica da inflamação. A velocidade de hemossedimentação (VHS) mede o grau de sedimentação de glóbulos vermelhos numa amostra de sangue venoso durante um período específico de uma hora. A VHS é um teste muito sensível, porém não específico, que é frequentemente o primeiro indicador de doença quando outros sinais químicos e físicos estão normais. A VHS aumenta significativamente em doenças inflamatórias disseminadas: as elevações podem ser prolongadas em inflamação localizada e cancro. (Chakr e Alegriti, 2011).

É influenciada pelos níveis séricos de fibrinogênio, de imunoglobulinas e de outras proteínas da fase aguda, além de eventual anemia. Factores inespecíficos como a idade, o sexo, a cor e o eventual uso de contraceptivos orais, penicilina e outras drogas, também podem influenciar no resultado do exame. A VHS deve ser usada apenas como auxiliadora do diagnóstico, tratamento e acompanhamento de diversas condições clínicas. Sendo um exame inespecífico, não deve ser usado como índice geral de saúde em pacientes assintomáticos ou com queixas vagas. É um exame útil na confirmação diagnóstica de arterite temporal, polimialgia reumática e outras doenças difusas do tecido conjuntivo, mas uma VHS normal num paciente com sintomas destas doenças não exclui o diagnóstico.

Por ser um exame inespecífico avalia o estado da doença e saúde do indivíduo, nas pessoas saudáveis, é aconselhável repetir o exame; depois de repetido o exame muitas vezes se o resultado não mostrar alteração é normal. Mais se o teste repetido também for alterado, pode haver uma doença subjacente (oculta). Quanto maior for o valor da VHS, maior é a possibilidade de uma doença em fase aguda. Todas as doenças podem alterar a velocidade de hemossedimentação, desde uma gripe até o cancro, por esta razão, é um exame inespecífico. Como nos referimos em cima, diz apenas se a doença está activa ou não, portanto, somente um exame clínico (médico) permite dizer qual a doença que está causando alteração nela.

Objectivo

Descrever o impacto da Hemossedimentação sobre as infecções patológicas que alteram a velocidade do sangue no homem.

PROBLEMA DE PESQUISA

Os exames complementares têm conduzido os clínicos ao diagnóstico em certas infecções patológicas como: a tuberculose, cancro, hepatite, tumores de origens não específicos. Assim durante a realização das aulas práticas nos Laboratórios de Análises Clínicas; verificou-se que maior parte dos pedidos de exame complementares mencionavam com frequência o pedido de Hemossedimentação (VHS); o índice dos resultados alterados da VHS era frequente. Surgiram então algumas inquietações sobre o tipo de infecções patológicas que estão na base das constantes alterações na determinação deste exame. Assim colocou-se uma pergunta:

Quais são as infecções patológicas que estão na base da alteração da VHS?

Metodologia

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem de análise qualitativa transversal. Foi desenvolvido no município da sede do Huambo, na Província do Huambo. A Província possui o número de **2.301.524** habitantes. Deste universo de habitantes retiramos uma amostra de **2.776** a partir dos livros de registo o que corresponde a **0,12%**. A recolha de dados nos livros de registo dos laboratórios clínicos acima mencionados. Os dados foram recolhidos por 4 estudantes finalistas do curso de Análises clínicas da Escola de formação de técnicos de saúde do Huambo e o 1 professor do mesmo curso com a finalidade de caracterizar a VHS e até que ponto tem influenciado nas patologias que padecem certos doentes nos hospitais da Província em referência. Os hospitais abaixo mencionados serviram de referência na recolha dos dados: Hospital Geral do Huambo, Hospital Sanatório, Hospital Municipal do Cambiote, Centro Médico do Casseque.

Condições que influenciam na alteração da VHS

As outras proteínas também são capazes de alterar a velocidade da queda das hemácias. Fibrinogênio (necessário para a coagulação e produzido em excesso na gravidez), imunoglobulinas (anticorpos) e paraproteínas (produzidas por cancro do sangue) são exemplos. Além disso, a diluição do sangue (gravidez, insuficiência cardíaca, insuficiência renal) diminui a viscosidade e separa as cargas repulsivas elevando a VHS. Uma das principais proteínas do plasma sanguíneo chama-se albumina. Ela também tem carga negativa, portanto quando a sua concentração cai (falência hepática, perda renal ou intestinal) “sobra” proporcionalmente mais cargas positivas para anular as hemácias, elevando a VHS. Outro mecanismo de elevação da VHS consiste na diminuição do número de hemácias (anemia) ou alteração da forma das mesmas (anemia falciforme). A obesidade, o diabetes mellitus, o sexo e a idade são factores que também influenciam o VHS (Azevedo,2009).

Existem diversas condições que podem alterar a VHS, muitas delas como: corriqueiras e passageiras como uma gripe ou constipação, uma amigdalite e ou uma infecção urinária. Um exame pontualmente alterado pode não querer dizer nada! Frente a um VHS elevado a melhor postura muitas vezes é aguardar e repetir o exame mais tarde (como a VHS pode demorar semanas para cair mesmo depois da melhora clínica, o ideal é repetir o exame somente 1 mês mais tarde).

Ela pode estar elevada em doenças infecciosas (ex., hepatite aguda, infecções bacterianas, tuberculose), reumatológicas (ex., artrite reumatoide, polimialgia reumática, lúpus eritematoso sistêmico, arterite de células gigantes), cardíacas (ex. síndrome coronariana aguda), condições ginecológicas (ex. doença inflamatória pélvica, gravidez, menstruação, puerpério), neoplasias (ex. mieloma múltiplo, linfoma, leucemias, carcinomas), bem como hipo/hipertireoidismo, cirrose e insuficiência renal, entre outras. A actividade inflamatória aumenta a VHS por alterar os níveis séricos de proteínas de fase aguda, especialmente o fibrinogênio. (Chakr e Alegriti, 2011);

Algumas infecções que aceleram a velocidade de hemossedimentação

Tuberculose

A tuberculose é uma doença infecciosa documentada desde mais longa data e que continua a afligir a Humanidade nos dias actuais. É causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch. A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa causada por uma bactéria que afecta principalmente os pulmões, mas, também pode ocorrer em outros órgãos do corpo, como ossos, rins e meninges (membranas que envolvem o cérebro) comprometendo assim, o sistema respiratório. Uma infecção é causada pela presença e multiplicação de microrganismos no organismo humano, desencadeando uma resposta imunológica que pode condicionar o aparecimento de sintomas. Os agentes infecciosos implicados na maioria das infecções são **vírus, bactérias, fungos e parasitas**. As infecções graves causadas por bactérias ou fungos afectam, muitas vezes, doentes com as defesas naturais diminuídas por outras doenças, tratamentos, internamentos prolongados ou idades extremas. (Mark, 2012).

Hepatite aguda

Um indivíduo com hepatite a sua velocidade de Sedimentação globular tende a aumentar. Hepatite aguda é a inflamação do fígado causada por vírus, que dura até 6 meses sendo solucionada até este período de tempo. Ela pode ser causada ainda por determinados medicamentos ou por algumas doenças. De forma geral, independente da causa, é importante que se faça o diagnóstico precoce da hepatite aguda para que o tratamento seja instituído de forma mais rápida e eficaz. O uso de drogas ou medicações que possam ser tóxicas ao fígado, uso de álcool e a possibilidade de exposição a agentes infecciosos para que o diagnóstico seja realizado. Normalmente as hepatites agudas evoluem de forma benigna, mas, se não tratadas da forma correcta, mesmo quando estão associadas a causas menos agressivas como o vírus da hepatite A, podem levar à morte.

As hepatites virais podem afectar qualquer ser humano, independentemente da idade, do sexo, da raça e do estrato sócio-económico. As hepatites virais são doenças frequentes, mas é possível a sua prevenção e tratamento. (ex. hepatite C, infecção HIV). Os **antibióticos** são fármacos que se utilizam para tratar as infecções bacterianas. (Mark, 2012).

Neoplasias

São cancros, tecido anormal e sem significação fisiológica, formado pela multiplicação contínua de células cuja reprodução deixou de ser regulada pelos mecanismos homeostáticos, apresentando-se, em geral, sob a forma de um tumor que evolui de forma autônoma e quase sempre nociva ao organismo. As neoplasias apresentam um estroma conjuntivo vascularizado que lhes proporciona sustentação e nutrição e de acordo com a sua velocidade de crescimento, invasividade, e tendência à produção de metástases (entre outras características) são classificadas em benignas e malignas (cancros). Neoplasia (benigna) x Neoplasia (maligna) Não apresenta anaplasia (bem diferenciados); Não produz metástases; Dano Compressivo pode afectar estruturas anatómicas.

Necrose

É o conjunto de alterações morfológicas que se seguem à morte tecidual. Dois processos ocorrem simultaneamente durante a necrose: a desnaturação das proteínas; a digestão enzimática das células (autólise).

Alguns indivíduos portadores de doenças graves podem apresentar valores de VHS dentro da faixa de referência normal. Pacientes com doença de base que aumenta a hemossedimentação das hemácias também podem ter VHS com resultado dentro da normalidade devido à concomitância de condições. As principais causas que podem falsear o resultado do VHS, impedindo o seu aumento, incluem a perda da deformabilidade das hemácias, a poliglobulia e a diminuição de macroproteínas circulantes, incluindo o fibrinogênio.

A insuficiência cardíaca congestiva tem sido tradicionalmente citada como causa de redução na velocidade de sedimentação das hemácias. Entretanto, um estudo recente registra resultados abaixo de 5mm/h em apenas 10% dos casos com ICC, tendo os menores valores do VHS ocorrido em pacientes com maior comprometimento hemodinâmico, o que implicaria em pior prognóstico. Deve ressaltar-se que a eventual concomitância de processos inflamatórios ou infecciosos pode normalizar ou mesmo elevar os valores de VHS, casos em que o seu papel prognóstico na insuficiência cardíaca também estaria comprometido. Ao contrário da maioria das doenças infecciosas agudas, na coqueluche não há desenvolvimento da resposta de fase aguda, o que pode justificar os valores de VHS normais, registrados com frequência nessa virose. (Cruz, 2012).

Significado Velocidade de hemossedimentação

A velocidade de hemossedimentação é utilizada no diagnóstico e avaliação clínica, embora seja considerada inespecífica. Designa-se por VHS a altura da coluna de plasma, até ao limite de separação com os eritrócitos sedimentados. O resultado é expresso em milímetros por hora (mm/h). A sua aplicação prende-se com o auxílio na detecção de processos inflamatórios, sendo feita quando há suspeita de problemas reumatológicos (febre reumática), enfarte de miocárdio agudo, na monitorização do curso de uma patologia e ainda como triagem de condições inflamatórias ou malignas ocultas.

Os factores que condicionam o resultado da VHS podem ser agrupados em: intrinsecamente eritrocitários, plasmáticos ou ainda de natureza física ou química, relacionada com a execução da técnica. Os glóbulos vermelhos contêm a hemoglobina, o seu tamanho e a concentração em hemoglobina e na presença de qualquer alteração de carga na superfície dos eritrócitos que leve à diminuição da força de repulsão entre eles (aumento da VHS.). A VHS pode estar aumentada em caso de anemia e diminui muito nas poliglobulias. É elevada na presença de macrócitos, pois estes sedimentam rapidamente devido ao seu tamanho; sendo baixa nas anemias microcítárias e é elevada em todas as doenças inflamatórias, doenças infecciosas ou reumáticas, cancros, necroses tecidulares, facto que está relacionado com a hiperfibrinogenemia e o aumento das “proteínas ditas de inflamação” (haptoglobina, orosomucóide). O valor de VHS. Encontra-se aumentado com os níveis de colesterol alterados. As gamopatias monoclonais estão entre as doenças que provocam VHS mais elevadas. Pode-se pesquisar um mieloma, uma doença de Waldenström, sempre que a velocidade de sedimentação ultrapassa 120 mm/h. Por último há a considerar as elevações policlonais das imunoglobulinas que reflectem a hiperestimulação do sistema imunitário assim como o aumento inespecífico em idosos.

Também pode ser influenciada pelo ciclo menstrual, este exame simples e pouco dispendioso é muito pedido no laboratório, mas não é fácil de interpretar. Este resultado é influenciado por certos medicamentos como a heparina, os estrogénios e os solutos de macromoléculas. Existem factores decorrentes da má prática da técnica de colheita que influenciam o resultado. Englobam-se a formação de pequenos coágulos, decorrentes muitas vezes da má homogeneização dos tubos, e atraso na realização da prova. É bastante importante que o tubo na medição da VHS esteja em posição estritamente vertical, uma

oscilação de 3° de inclinação pode provocar erros até 30%. Da mesma forma, os suportes dos tubos não devem estar sujeitos a movimento. Uma mudança brusca de temperatura pode também afectar o resultado; quanto maior for a temperatura, maior a velocidade de sedimentação. O tamanho e diâmetro interno do tubo são factores que podem modificar o resultado final. (Santos et al, 2000).

O método de referência usado para fazer este teste é um tubo vertical, pipeta de Westergren, que está calibrada de 0 a 200 mm e possui 2,5 mm de diâmetro e tem capacidade de 1 ml. O teste é realizado numa amostra de sangue total tratado com citrato de potássio ou mais recentemente com EDTA. A prova inicia-se com a inserção num movimento rápido, da pipeta no tubo próprio, até que o sangue atinja a marca 0 da pipeta. Esta é mantida na posição vertical e em absoluto repouso durante uma hora, após a qual se regista o nível da coluna de sangue. Esse valor corresponde à velocidade de sedimentação globular em unidades de mm/h. Nos laboratórios já existem aparelhos automáticos para realizar esta medição

Indicações e limitações da VHS

A VHS pode ser útil na documentação de processos infecciosos, inflamatórios ou neoplásicos, na avaliação do grau de atividade ou da extensão da doença de base e, em alguns casos, da resposta à terapêutica instituída. Apesar de inespecífico, a VHS é indispensável na investigação e acompanhamento de casos de arterite temporal ou de polimialgia reumática, orientando o tratamento mesmo antes do resultado de eventual biópsia. Além disso, a comprovação de uma VHS normal praticamente afasta aquelas duas possibilidades diagnósticas. A normalização do VHS pode ser um marcador de boa resposta ao tratamento de doenças subagudas e crônicas como tuberculose, endocardite, mieloma múltiplo, linfomas e doenças reumáticas, além de alguns tipos de câncer. Ao se interpretar um resultado da VHS, deve-se considerar que nem sempre está elevado em indivíduos doentes e que pode atingir níveis de 35- 40mm/h em idosos saudáveis. Uma VHS dentro da faixa de normalidade também pode ser observado em pacientes com doença em actividade, fenómeno possivelmente relacionado ao efeito de medicamentos, diferenças individuais na função hepática ou eventuais alterações eritrocíticas. (Santos et al, 2000).

Procedimento para a montagem da VHS

A técnica mais usada nos Laboratórios clínicos é o método de westerngreen, em casos activos a VHS geralmente é proporcional à extensão da doença, variando a VHS entre 30 a 100mm/h e pode atingir para além de 100mm/h especialmente na **artrite reumática**. O sangue venoso adicionando o anticoagulante (citrato de sódio à 3,8%) com a proporção de 0,5 ml de citrato para 2,5ml de sangue, hogenizar o tubo vagarosamente.

Aspirar o sangue para a pipeta até a marca 0 mm num tubo que mede de 0 a 200mm colocamos no suporte de forma vertical.

Aguardamos uma hora pelo resultado.

A leitura é feita de cima para baixo até onde findar o plasma.

O rsultado é expresso em milímetro por hora (mm/h).

Valor de referência

Género/faixa etária	Valor de referência (em mm/h)
Homens > 50	0 – 20
Mulheres > 50	0 – 30
Homens < 50	0 – 15
Mulheres < 50	0 – 20
Crianças	0 – 10
Recém-nascidos	0 – 2

A VHS divide-se em três fases arbitrárias

- 1- Primeira fase ou de hemossedimentação inicial consiste na queda individual das hemácias antes da agregação;

2-Segunda fase ou de hemossedimentação máxima, consiste na formação globular os quais tanto mais depressa se depositarão quanto maiores e mais numerosos;

3-Terceira fase ou de hemossedimentação constante, os agregados globulares atingem, por uma unidade de tempo, de queda constante a qual entra em declínio no período final, na medida em que as hemácias se vão acumulando na parte inferior da pipeta.

Variações fisiológicas: Temperatura elevada; Pós-operatório; na menstruação (em mulheres); na gravidez;

Variações patológicas: Infecções agudas e crónicas (reumatismo, tuberculose, broncopneumonia, neoplasias), anemias, período de convalescença; pacientes com idade acima de 50 anos de idade (idade superior a 50 anos ao diagnóstico; combinação entre sintomas B e VHS > 30 mm/h ou VHS > 50 mm/h, independentemente da presença de sintomas de hepatite B)

Valores diminuídos: **Poliglobulinas;** Insuficiência Cardíaca; Policemia; Terapêutica solicitada prolongada; Hipercolestrinemia; Tosse prolongada não complicada;

Análise e Discussão de dados

Tabela 1: Frequência de exames de VHS solicitados nas US em referência durante o Iº Semestre de 2013

Hospital Geral do Huambo	1436
Hospital Sanatório	1014
Hospital Municipal	257
Centro de Saúde Casseque	71
Total	2776

Tabela 2: Dados de VHS referente ao primeiro semestre de 2013 no Hospital Central do Huambo

Mês	Frequência	Crianças	Adultos	Valores Normais 0-30mm/h	Valores Patológicos Acima de 100mm/h	Observações
Janeiro	239	133	106	162	77	
Fevereiro	237	132	105	153	84	
Março	241	140	101	174	69	
Abril	209	123	86	124	85	
Mai	239	136	103	162	77	
Junho	270	131	140	199	70	
Total	1436	795	641	974	458	

Tendo em conta a localização da Província, associado a quedas pluviométricas, a temperatura e outros factores ambientais verificamos que nesta tabela interpreta-se os dados em função da frequência tanto dos pacientes que acorreram aos serviços de saúde e a solicitação da VHS foi elevado em crianças, adultos, valores patológicos com um total de 458. Tratando-se da saúde do ser humano este valor serve de alerta, porque mesmo que a VHS não indique especificamente de que doença se trate não deixa de ser preocupante para o corpo clínico desta unidade sanitária, pode estar por detrás destes resultados uma pneumonia, um reumatismo, broncopneumonia, neoplasias e coqueluche ou outro tipo de doença que ainda não se tenha revelado.

Tabela 3: Dados de VHS referentes ao primeiro semestre de 2013 no Hospital Sanatório do Huambo

Mês	Frequência	Crianças	Adultos	Valores Normais	Valores Patológicos	Observações
Janeiro	160	20	140	110	50	
Fevereiro	178	15	163	98	83	
Março	169	20	149	79	90	
Abril	164	13	151	124	40	
Mai	159	23	136	79	23	
Junho	184	14	170	94	90	
Total	1014	105	909	584	430	

A natureza desta unidade sanitária, pelo tipo de enfermidade que se trata com maior frequência (TBP) também pode-se fazer outras pesquisas como a pneumonia ou outras infecções causadas por Streptococos, Estafilococos que são doenças pulmonares a par da tuberculose pulmonar e eventualmente tuberculose extra pulmonar. Assim é esta tabela

revela uma frequência aos adultos mas também a presença das crianças mesmo que não seja de grande relevo pode acautelar os médicos, porque se pode colocar a questão daquelas crianças cujos pais não procuram os serviços de saúde ou se procuram fazem muito depois ou na fase terminal de uma doença (morte).

Tabela 4: Dados de VHS referente ao primeiro semestre de 2013 no Hospital Municipal do Cambiote

Mês	Frequência	Crianças	Adultos	Valores Normais	Valores Patológicos	Observações
Janeiro	40	15	25	27	13	
Fevereiro	46	11	35	35	11	
Março	16	10	6	4	12	
Abril	45	20	25	33	12	
Mai	70	5	65	57	13	
Junho	40	26	14	27	13	
Total	257	87	170	183	74	

Os resultados desta tabela num simples olhar pode parecer que não tenha grande impacto para os médicos, mas podemos afirmar que por se tratar de um hospital novo, muitos pacientes preferem consultar directamente o Hospital Geral, porém as cifras não devem ser subestimadas.

Obs: os exames foram mais solicitados em adultos no Hospital em referência. Trata-se mais de artrite reumatóide, broncopneumonia e tuberculose.

Conclusões:

Discutidos os resultados recolhidos a partir dos registos dos Laboratórios acima referidos sobre o impacto da VHS nas infecções patológicas nos Hospitais da província do Huambo Concluiu-se que:

- 1- A VHS tem uma grande influência nas infecções patológicas dos pacientes da Província do Huambo.

- 2- O Hospital Geral do Huambo teve a maior frequência de exames solicitados de VHS e a menor frequência observou-se no Centro de Saúde do Casseque;

Recomendações:

Que o corpo médico ao solicitar os exames de VHS deve fazê-lo não só aos pacientes internados, mas também aos pacientes que consultam serviços externos já que nunca se sabe quem pode ter a sua VHS alterada, que sirva no diagnóstico de broncopneumonia, cancros, infecções virais, reumatismo e doenças inflamatórias etc.

Referências Bibliográficas:

Azevedo, M. P. (2009). **Reumatologia Avançada**. Editora: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Chakr; RMS (2011). **Patologia Clínica**. Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Cidade: Porto Alegre, RS, Brasil.

MeAdam, A.J; Sharpe, A.H. (2010) **doenças inflamatórias**. IN: Kumar et al; **Patologias**, Robins e Contrans, 8ª Edição. Editora: Sunders Elsevier. RJ.

Webgrafia:

Santos; VM, et al. (2000). **Velocidade de sedimentação das hemácias**. Departamento de Clínica Médica e Curso de Pós-graduação em Patologia da Faculdade de Medicina; Triângulo Mineiro, Uberaba, MG; Brasil. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v46n3/3082.pdf> . Acessado aos 20 de Maio de 2013.

ASSOCIACAO GRUPO DE APOIO SOS HEPATITES. **As hepatites virais podem ser agudas ou crônicas** . Disponível em:

http://www.soshepatites.org.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=75. Acessado aos 21-06-2013.

Mark, M. Edição de saúde para a família (2012). **Uma infecção é causada pela presença e multiplicação de microrganismos** Disponível em:

http://mmspf.msdonline.com.br/pacientes/manual_merck/secao_23/cap_259.htm. acessado aos 21 de Junho de 2013.

CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

AVALIAÇÃO EXTERNA DE ESCOLAS, AUTO-AVALIAÇÃO E MECANISMOS DE REGULAÇÃO

Carla Chainho⁴

cchainho@gmail.com

José Saragoça⁵

jsaragoca@uevora.pt

RESUMO:

Muito presente em diversos estudos sobre educação, o termo regulação remete-nos para a criação de normas e regras no sistema educativo que procuram, sobretudo, ajustar continuamente o sistema e o comportamento dos actores. Um dos mecanismos através dos quais a regulação das organizações escolares sucede, tendo como finalidade a sua melhoria contínua, é o conjunto diversificado de práticas que concretizam a avaliação de escolas (avaliação externa, auto-avaliação e avaliação interna). De facto, no seu conjunto, estas actividades e as suas consequências contribuem para o reajustamento das práticas escolares capazes de garantirem o equilíbrio funcional, a estabilidade das escolas e a sua mudança controlada, integrando e adequando a realidade decorrente das contingentes lógicas de acção dos diversos actores.

Com este texto pretendemos a) contribuir para um mapeamento dos tipos de regulação que nos ajudam a compreender o funcionamento das organizações escolares e b) evidenciar a sua importância no quadro da reflexão sociológica sobre a avaliação de escolas.

⁴ CHAINHO, Carla, Doutoranda em Sociologia, ECS/Universidade de Évora e CICS.NOVA

⁵ SARAGOÇA, José, Doutor em Sociologia, ECS/Universidade de Évora e CICS.NOVA

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação externa de escolas; Auto-avaliação de escolas; Lógicas de acção; Regulação.

ABSTRACT:

Very present in several studies on education, the term regulation is brings us to the creation of rules and regulations in the education system seeking, above all, continuously adjust the system and the behavior of actors. One of the mechanisms by which the regulation of school organization operates, with the purpose of continuous improvement, is the diverse set of practices that embody the evaluation of schools (external evaluation, self-assessment and internal evaluation). In fact, as a whole, these activities contribute to the readjustment of school practices to ensure the functional balance, stability of the schools and their controlled change, integrating and adapting the reality resulting from the logical contingent of action of the various actors.

With this paper we intended to a) contribute to a mapping of the types of regulation that help us understand the functioning of the school organizations and b) show their importance in the sociological reflection on the evaluation of schools.

KEYWORDS: External Evaluation of Schools; Self-Assessment of Schools; Logics of Action; Regulation.

1. Regulação: de que falamos?

O conceito regulação é passível de diferentes significados (Barroso, 2006). O termo está longe de gerar consensos e, como veremos, não só não existe uma definição estabilizada como os modos de regulação são diversos.

Trata-se de um termo muito utilizado nos estudos sobre educação (Justino e Batista, 2013), nomeadamente no domínio das políticas educativas e da avaliação das organizações escolares, entre outros, associado ao entendimento do ideal de escola pública e ao papel desta na distribuição igualitária do bem comum educativo.

De modo genérico, a regulação consiste no acto ou efeito de regular, compreendendo-se por regular, encaminhar segundo a regra, constranger a regras, moderar, tornar conforme e uniforme. Daqui ressalta a ideia de que no processo de regulação inclui-se a criação de normas e regras que orientam o funcionamento do sistema e reajustam o comportamento dos actores, levando ao equilíbrio e transformação do sistema educativo. Desta forma, a regulação tem como principal objectivo assegurar o equilíbrio, a coerência na mudança desse mesmo sistema. Os reajustamentos e acertos verificados no quotidiano estão relacionados com as estratégias, interesses e lógicas de acção dos actores, através da negociação, cedência e confrontação de objectivos e poderes.

Na literatura científica podemos encontrar referências a diversos modos de regulação. Sem preocupação de exaustividade e de aprofundamento conceptual, mapeamos (Cf. Quadro 1) e caracterizamos, de seguida, alguns dos modos de regulação encontrados na literatura científica, publicada em português, que fomos consultando, conscientes de que este é um trabalho ainda com ampla margem de progresso.

Quadro 1: diversos modos de regulação e respectiva caracterização sumária, por autor.

Autor	Modos de Regulação	Caracterização sumária
JOÃO BARROSO	Regulação Institucional, normativa e de controlo ou Regulação Nacional	Modos como são produzidas e aplicadas as regras que orientam a acção dos actores.
	Regulação situacional, activa e autónoma	Processo activo de produção de “regras do jogo”- compreende os modos que orientam o funcionamento do sistema, e o seu reajustamento provocado pela diversidade de estratégias e acções dos vários actores.
	Regulação burocrático-profissional	Desenvolvimento da “escola de massas” (décadas 50 a 70) cuja origem remonta aos sistemas educativos nacionais do Séc. XIX. Combinação entre uma regulação de controlo e a regulação autónoma.
	Regulação económica	Identificáveis através da acção pública; a acção colectiva é estruturada com o intuito de resolver um problema de natureza pública e abrangem outras modalidades.
	Regulação Social	Necessidade de compreender e reflectir sobre novas formas de Regulação na Educação, nomeadamente no que diz respeito à Regulação Estatal.
	Regulação das políticas públicas	Necessidade de compreender e reflectir sobre novas formas de Regulação na Educação, nomeadamente no que diz respeito à Regulação Estatal.
	Regulação Estatal	Relacionada com as forças de mercado e a procura social.
	Regulação Pública:	Tendências Globais dos sistemas educativos tendo em conta os diferentes países (inquérito internacional PISA).
	- Central;	Territórios seleccionados, perspectiva comparada entre territórios.
	- Intermédia;	Territórios seleccionados, perspectiva comparada entre territórios.
	- Local.	Relativa às lógicas internas nas escolas.
	Regulação “quasi-mercado”	Presentes na Regulação Externa e Interna das escolas, de carácter híbrido inerente às políticas adoptadas na fase de expansão neoliberal.
	Regulação Transnacional	Conjunto de normas, discursos e instrumentos que são produzidos e circulam nos fóruns de decisão e consulta internacional e são tomados pelos políticos como obrigação e legitimação.
Micro-regulação local	Relacionada com um jogo complexo de estratégias, negociações e acções, de vários actores, pelo qual as normas, injunções e constrangimentos da regulação nacional são (re)ajustadas localmente, muitas vezes de modo não intencional (escolas, territórios educativos , municípios etc.).	
Meta-regulação	“Sistema de regulações”, o estado deve assumir a função essencial de “regulador das regulações”, isto é uma “meta-regulação” que permite não só equilibrar a acção das diversas forças em presença, mas também continuar a garantir a orientação global e a transformação do próprio sistema.	
Regulações Conservadoras	Têm como objectivo a coerência e o equilíbrio do sistema.	
Regulações Transformadoras	São mais complexas - tentam compreender as novas formas de organização, como é que um processo de regulação se sucede a outro e que interdependência se estabelece entre os diversos modos de regulação.	

[continua]

[continuação]

Autor	Modos de Regulação	Caracterização sumária
JEAN-DANIEL REYNAUD	Regulação Interna	Abarca os processos formais e informais que permitem a acção de coordenação colectiva da escola.
	Regulação Institucional	Relacionada com um conjunto de acções organizadas por uma instância.
	Regulação Normativa	Tem a ver com a produção de regras do jogo que têm como finalidade orientar o funcionamento do sistema e o seu próprio reajustamento, existindo uma diversidade de estratégias que podem ser adoptadas em função dessas regras.
	Regulação Conjunta	Directamente relacionada com as regras comuns existentes entre os actores.
ISAURA REIS	Regulações Autónomas e de Controlo	São consideradas fontes de regras.
FÁTIMA ANTUNES	Regulação Burocrática	Relacionada com o desenvolvimento dos sistemas educativos, vista como uma aliança entre o Estado e os professores
	Regulação de Mercado	Salienta uma ligação próxima entre o Estado e os pais dos alunos, sobretudo da classe média.
	Regulação de Comunidade	Relativa aos projectos desenvolvidos pela comunidade local onde a escola se insere.
CARLOS ESTEVÃO	Regulação ético-política	Limita as concepções de escola, fazendo com que a organização escolar sobressaia como um “lugar de vários mundos”.
	Regulação Interna das Escolas	É caracterizada pelo encontro do mundo cívico, o mundo doméstico, o mundo industrial, o mundo mercantil e o mundo mundial, permitindo-nos perceber a regulação da acção educativa.
GRAÇA SIMÕES	Regulação de Conformidade	Tem um sentido resignado e constrangedor, pois a mudança não leva a alterações.
	Regulação de Emancipação	Sentido mais voluntarista que leva, por sua vez, à melhoria contínua.

João Barroso, um dos autores portugueses que mais contribui para a delimitação conceptual neste domínio, fala da regulação institucional, normativa e de controlo, como a que está relacionada com o conjunto de normas e regras instituídas a nível central ou a partir da hierarquia organizacional. O autor refere-se à regulação situacional, activa e autónoma, como aquela que se refere à produção de regras do jogo e está relacionada com a definição de regras e também com o seu (re)ajustamento ao sistema, face a diversas estratégias e acções dos actores existentes no sistema face a essas regras.

Este autor fala-nos igualmente da regulação mercantil ou “quasi-mercado”, que emergiu através das políticas neoliberais em inúmeros países a partir dos anos 80, e fez com que surgissem mercados educativos fundamentais nos padrões de qualidade, situação que se

verificou também em Portugal no ensino privado e nalgumas escolas estatais. Tendo em conta as características demográficas, uma taxa de natalidade baixa e o índice de envelhecimento elevado, verifica-se uma diminuição do número de alunos nas escolas, contribuindo para que os pais, possam escolher a escola que preferem para os seus filhos, não tendo em conta o local de residência. Daí que esta nova situação da escola faça com que as famílias muitas vezes optem por critérios que têm por base a imagem pública de maior qualidade, havendo maior concorrência entre as escolas com o objectivo de atrair alunos. A regulação mercantil cria estratos sociais para as escolas. Isto significa que a educação em vez de possibilitar a diminuição de discrepâncias na sociedade, pode contribuir para acentuar as desigualdades, mantendo a estratificação social. O facto de alguns dos melhores alunos solicitarem transferência para as Escolas Secundárias nunca foi do agrado das Escolas Básicas. Daí também as Escolas Básicas terem procedido ao desenvolvimento de estratégias para “travar” esta situação através da oferta de programas extra-curriculares aliciantes, constituição de turmas de “bons alunos”, de modo a que os encarregados de educação não passem a transferir os seus filhos para as Escolas Secundárias. Por sua vez, as Escolas Secundárias também se movimentaram no sentido de parar este processo. É necessário que os actores se questionem permanente, de modo compreensivo com o intuito ampliar o pensamento crítico de todos os actores com o objectivo de reforçar a parte cognitiva e os processos de auto-avaliação e regulação.

Tal como refere Barroso, a regulação “opera-se por mecanismo de jogos através dos quais os cálculos racionais “estratégicos” dos actores se encontram integrados em função de um modelo estruturado” (Barroso, 2005: 730). De facto, as regras não conseguem prever tudo, daí que se deva proceder à sua interpretação, de modo a se possa tirar o maior partido tendo em consideração os interesses particulares, assim como o interesse geral do grupo. A regulação, enquanto acto de regular essencial para a manutenção de qualquer sistema social, está relacionada com a acção. A acção política é sempre tida em consideração segundo as regras que se encontram estipuladas e recursos disponíveis pelos actores tendo sempre presente as relações sociais estabelecidas e o grau de institucionalização e a existência de programas de cooperação, apoio e investimento que poderão ter origem em diversos organismos internacionais.

Podemos falar de regulação central e de regulação local. As regulações locais deverão ser privilegiadas, pois ajudam a conhecer e compreender melhor as iniciativas tomadas no terreno. A regulação local está relacionada com um conjunto de normas e regras estabelecidas por uma organização, que tem como principal objectivo coordenar as

actividades dos diferentes actores que agem nesse contexto, através do qual resultam os conflitos, interesses e jogos de poder existentes, de modo a que se verifique o equilíbrio e coerência que são necessários à coesão dessa organização.

Quanto à regulação central, podemos entendê-la como sistemas globais dos sistemas educativos tendo em conta os países da OCDE⁶. A regulação transnacional está relacionada com um inúmero conjunto de normas vistas como obrigações e legitimações de modo a tomar decisões referentes ao funcionamento do sistema educativo, tem origem nos países centrais e é tomada como referência pelos países periféricos. É considerada como uma espécie de modelo capaz de resolver diversos problemas e apresentar soluções. Este tipo de regulação está relacionada com o domínio da regulação nacional, ajuda à sedimentação normativa e interventiva do Estado. Contudo, não nos podemos esquecer que a partir da regulação nacional dá-se a micro-regulação local que consiste na adaptação da regulação nacional às especificidades locais, remete-nos para um jogo complexo de estratégias, acções e negociações de inúmeros actores, aos (re)ajustamentos locais que grande parte das vezes não são intencionais. A micro-regulação local é percebida como um processo de coordenação de acção no contexto específico em interacção, confronto, tendo em conta vários interesses, lógicas e estratégias que se movem um espaço que é interdependente. A meta-regulação tenta contrabalançar e estabelecer a ligação entre a regulação nacional e a micro-regulação, salienta a complexidade dos processos de regulação das políticas e acção pública em educação, tenta esbater a ideia crítica acerca do Estado Educador.

João Barroso fala-nos, ainda, da possível distinção de dois tipos de regulação complementar: as regulações conservadoras e as regulações transformadoras (Barroso, 2005). As regulações conservadoras têm como objectivo a coerência e o equilíbrio, enquanto as regulações transformadoras são mais complexas - tentam compreender as novas formas de organização, como é que um processo de regulação se sucede a outro e que interdependência se estabelece entre os diversos modos de regulação.

Segundo a teoria da regulação social de Jean-Daniel Reynaud, podemos falar de regulação interna, como aquela que abarca, precisamente, os processos formais e informais que permitem a acção de coordenação colectiva das organizações. Estes processos englobam a regulação de controlo e a regulação autónoma (Reis, 2013). Quando se verifica a interacção entre estes dois tipos de regulação estamos perante a regulação conjunta.

⁶ Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

A regulação conjunta é composta por um conjunto de regras que é aceite pelas duas partes, de modo a combinar de maneira harmoniosa as regras de autonomia e de controlo, com a finalidade de arbitrar de maneira aceitável pontos em que as partes se opõem. Este tipo de regulação está relacionado com a interligação entre regulações, contudo, apresenta limitações. O seu resultado não é um equilíbrio, é principalmente o ponto em que convergem expectativas transformadas num equilíbrio social. Esta regulação resulta da negociação explícita, e tem como objectivo mostrar qual é a solução possível. A regulação conjunta não é estável, apenas indica um compromisso possível. Não estabelece um conflito e não consegue encontrar uma resolução para todos os problemas. Acaba por ser processo de regulação social, articula dois tipos de regulação, a autónoma e a de controlo, procurando um funcionamento equilibrado das organizações, utilizando o conflito e a negociação como base para a construção dos compromissos.

Reynaud (1997 e 2003) identifica ainda três dimensões do processo de regulação dos sistemas sociais: regulação institucional, normativa e de controlo (Barroso, 2005). A regulação institucional está relacionada com um conjunto de acções organizadas por uma instância, a normativa tem a ver com a produção de regras do jogo que têm como finalidade orientar o funcionamento do sistema e o seu próprio reajustamento, existindo uma diversidade de estratégias que podem ser adoptadas em função dessas regras. No que diz respeito à regulação conjunta, está directamente relacionada com as regras comuns existentes entre os actores.

Por seu turno, Isaura Reis (2013) defende que as regras são construídas e reconstruídas no processo de regulação, a regulação autónoma ou situacional está relacionada com os elementos que fazem parte e são estruturantes dos sistemas, das políticas e práticas educativas sob o ponto de vista da acção. A regulação de controlo cinge-se aos aspectos mais descritivos e morfológicos dos *arranjos institucionais* de características mais abrangentes (macrossociais).

Para Fátima Antunes são três os modelos de regulação, tendo em conta alianças distintas entre os actores que fazem parte do campo educativo: uma regulação burocrática relacionada com o desenvolvimento dos sistemas educativos, vista como uma aliança entre o Estado e os professores; uma regulação baseada no mercado que salienta uma ligação próxima entre o Estado e os pais sobretudo da classe média e uma regulação baseada na comunidade, tendo em conta os projectos desenvolvidos a nível local (Antunes, 2006). No âmbito da educação, a regulação deverá ser entendida como o conjunto de mecanismos colocados em acção para originar comportamentos coerentes

que ajudem a mediar os conflitos sociais, assim como para tentar eliminar distorções que possam por em risco a coesão social, nomeadamente a definição de padrões e regras que estão na base do funcionamento institucional.

Carlos Estevão (2012) refere-se às regulações ético-políticas como aquelas que acabam por condicionar as concepções de escola, fazendo com que a organização escolar sobressaía como um “lugar de vários mundos, com destaque particular para o mundo cívico, o mundo doméstico, o mundo industrial, o mundo mercantil e o mundo mundial” (Estevão, 2012: 51). É o encontro destas lógicas relacionadas com a regulação interna das escolas que nos permitem perceber a regulação da acção educativa, sendo fundamental compreender o quanto e o como.

Por seu turno, Graça Simões aborda os conceitos de “regulação de conformidade e regulação de emancipação” (Simões, 2007: 42), a primeira com um sentido resignado e constrangedor, pois a mudança não leva a alterações, e a segunda com um sentido mais voluntarista que leva, por sua vez, à melhoria contínua das organizações. Neste caso, a grande questão que se coloca é saber quais são as condições que favorecem uma regulação mais conformista ou uma regulação mais emancipatória? Só através de um estudo de caso poderemos ter acesso a essa informação, através dos actores intervenientes e as suas lógicas de acção, tendo em conta o contexto global e complexo onde estes se movimentam dentro da organização.

2. A avaliação de escolas:

A avaliação de escolas é hoje uma prática comum na generalidade dos países desenvolvidos ou em desenvolvimento.

Em Portugal, nos termos da lei n.º 31/2002, de 20 de Dezembro, a avaliação das escolas de ensino não superior estrutura-se com base na auto-avaliação, a realizar em cada escola não agrupada ou agrupamento de escolas, e na avaliação externa, actividade a cargo da Inspeção-Geral da Educação e Ciência, através do designado Programa de Avaliação Externa das Escolas⁷ que, entre outros, tem como objectivo, “contribuir para a regulação da educação, dotando os responsáveis pelas políticas educativas e pela administração das escolas de informação pertinente” (Inspeção-Geral da Educação e Ciência, 2013: 9).

⁷ Este Programa foi iniciado em 2006, e actualmente cumpre o 2.º ciclo, iniciado em 2011. O quadro de referência da avaliação externa das escolas pode ser consultado em [http://www.ige.min-edu.pt/upload/AEE_2014-2015/AEE_14-15_\(1\)_Quadro_de_Referencia.pdf](http://www.ige.min-edu.pt/upload/AEE_2014-2015/AEE_14-15_(1)_Quadro_de_Referencia.pdf).

Podemos considerar duas formas distintas de avaliação: a avaliação externa e a avaliação interna.

Na generalidade dos países onde existem sistemas de avaliação de escolas, a avaliação externa é efectuada através da supervisão, por inspectores ou responsáveis administrativos e está relacionada com a avaliação pormenorizada do desempenho, exigindo a elaboração de planos de melhoria face aos pontos fracos verificados.

A avaliação interna pode ser efectuada por pessoas que fazem parte da escola ou exteriores à escola, quando se trata de uma equipa de auditoria contratada pela escola ou até mesmo da visão de uma pessoa externa à escola mas profundamente conhecedora da mesma, o chamado “amigo crítico”⁸.

Tanto os processos de avaliação externa como de avaliação interna das escolas (auto-avaliação) podem ser entendidos como mecanismos reguladores do sistema escolar, em geral, e das escolas, em particular.

De facto, a avaliação externa desencadeou nas escolas procedimentos de auto-regulação e de melhoria, levando a uma maior consciencialização da necessidade das escolas se auto-avaliarem, de reflectirem sobre as suas práticas e se auto-regularem. Tal como refere Pinto, na avaliação externa, o “acento é colocado na formulação de um juízo qualitativo, há um juízo de valor; na avaliação interna o objectivo é a auto-regulação, é a mudança, a melhoria sustentada, a superação dos pontos fracos detectados”. Assim, para este autor, a avaliação externa é controladora e a avaliação interna auto-reguladora (Pinto, 2010: 72). A regulação tem como principal objectivo assegurar o equilíbrio, a coerência na mudança desse mesmo sistema. Neste processo, está implícita a criação de normas e regras que orientam o funcionamento do sistema e reajustam o comportamento dos actores, levando ao equilíbrio e transformação do sistema educativo. Os reajustamentos e acertos verificados decorrem e, simultaneamente influenciam, das estratégias, interesses e lógicas de acção dos actores, através da negociação, cedência e confrontação de objectivos e poderes.

3. Regulação na organização escolar:

⁸ O “amigo crítico” é uma pessoa que pelo conhecimento que tem da escola pode ter um papel de relevo na auto-avaliação da escola, pois pode transportar para o grupo de auto-avaliação e para a análise um olhar distanciado mas amplo e comprometido das situações e um permanente questionamento dos aspectos em jogo, pelo que pode ser considerado um facilitador da tomada de decisões (Leite, 2002).

O Estado e os organismos que tutelam as escolas são actores da sua regulação. Além da legislação e de outros mecanismos de que dispõe, a criação dos agrupamentos de escolas que recentemente “são, como medida política, o instrumento que permite ao Estado definir regras e normas de funcionamento e, por outro lado, permite regular a aplicação das políticas educativas” (Mateus, 2008: 148).

Porém, uma vez que a regulação é um combinado de dispositivos que permite alterações na maneira de funcionamento que busca o equilíbrio funcional, a estabilidade tentando impedir a confusão, o caos, a organização escolar tem capacidade para se auto-regular e para entender tem competência para construir regras que contribuem para a definição das suas próprias directrizes. De facto, a escola pode ser percebida como uma instituição (auto)organizada e local de produção de regras em que os actores gozam de uma autonomia relativa, na construção das suas próprias regras, formais ou informais, na medida em que, para além das regras formais de natureza oficial, explícita, estruturada e fixada em documentos, os membros da escola “produzem regras informais, muitas vezes como forma de não cumprimentos das primeiras” (Silva, 2003: 94).

O comportamento dos actores não deverá, por isso, ser compreendido tendo apenas em conta as regras existentes, e sim considerando as suas tentativas de modificar, mudar, transformar essas regras do jogo a seu favor (Friedberg, 1995), ainda que tendo em conta os aspectos económicos, de modo a potenciar recursos, e, sobretudo, os aspectos humanos de justiça e equidade.

Compreender os processos de produção de regras na organização é fundamental para a elaboração de uma análise micropolítica da organização escolar, centrada na “constituição de grupos de interesse, ligações e estratégias que os diversos actores organizacionais recorrem para alcançarem a concretização dos seus objectivos/interesses no seio das escolas” (Silva, 2010: 6) e cujos conceitos-chave mais mobilizados poder, conflito, interesse, estratégia e lógicas de acção.

Daniela Silva lembra que a proposta teórica apresentada por Boltanski e Thévenot (1991) remete-nos para a “compreensão das lógicas de acção, nomeadamente para a identificação do ‘princípio superior comum’ que regula as acções dos actores organizacionais, através do estabelecimento de “compromissos” que procuram anular a incerteza e os litígios entre os diferentes actores organizacionais” (Silva, 2007: 117). Efectivamente, a existência de um objectivo comum acaba por permitir o desenvolvimento de acordos entre os actores, são capazes de estabelecer equivalências que os possibilita determinar um acordo dentro da organização escolar. As lógicas de acção estabelecidas à luz dos compromissos

supõem reflectir sobre diversos processos negociais, interesses, estratégias, táticas que os actores acabam por transparecer na acção.

Devemos ter em conta que existem várias racionalidades organizacionais e relações de poder na organização escolar. Estas podem ser de natureza muito diversa: empresarial, burocrática, relacional, contextual, ambígua, política, (neo)institucional pós-moderna e pós-estruturalista e cultural (Rocha, 2007).

A racionalidade empresarial define-se sobretudo pela preocupação em otimizar recursos variados (financeiros, materiais e humanos), tudo deve ser racionado ao pormenor não devem existir desperdícios. A racionalidade burocrática está relacionada com o facto do sistema burocrático português ser bastante centralizado, as suas exigências perante o cumprimento das regras e na existência de uma hierarquia que seja inequívoca, para que não haja qualquer dúvida, muitas das decisões tomadas são baseadas em normativos e posteriormente relatadas em acta. A inovação do sistema educativo português passa pela descentralização, a partir do qual as escolas têm de se tornar instituições mais flexíveis e móveis deixando de parte a inércia burocrática e administrativa que tanto as caracteriza. Os princípios da racionalidade relacional prendem-se com as comunidades educativas que envolvem um processo de construção complexo que poderá ser gerador de conflitos, mas que se assume como um ideal democratizante e que impulsiona à participação activa. A racionalidade contextual está directamente relacionada com as relações que a escola consegue manter com as outras organizações que lhe estão próximas e permanente relação e adaptação com os costumes e mutações existentes nesse mesmo ambiente, muitas vezes gerador de negociações. Quando enumeramos estas racionalidades não devemos esquecer-nos da sua ambiguidade; isoladamente não nos permitem estabelecer uma visão holística e multidimensional acerca da organização e as situações ambíguas podem conduzir a procedimentos de “infidelidade normativa”, contrapondo-se às normas burocráticas. A racionalidade cultural permite visionar as culturas organizacionais da escola e definir relações de tipo comunitário que fazem transparecer uma cultura e gestão colaborativas e à partida consensuais. Muitas das organizações educativas têm sido analisadas a partir de modelos e racionalidades políticas, sendo consideradas “espaços micro-políticos” onde se encontram interligados aspectos dialécticos, interactivos, multidireccionais, estratégicos, conflituais e outros. As organizações escolares são formadas por inúmeras redes de poder, com regras e racionalidades e o resultado dessa relação complexa dá origem à legitimação da sua existência, percebidas como organizações (re)construídas e (des)construídas. Neste quadro, os actores organizacionais

questionam as dimensões burocráticas existentes da organização escolar, o seu poder é percebido de um modo global, visto como disperso e múltiplo, e é colocada em causa a autonomia das escolas, sendo necessário e fundamental criar as condições para que a autonomia seja efectivamente construída e vivida na escola.

Em suma, a regulação é o resultado de um compromisso entre a regulação de controlo, externa, e a regulação autónoma, interna. A escola é percebida como uma instituição (auto) organizada e local de produção de regras, sendo que os seus actores, dotados de uma autonomia relativa, são, eles próprios, construtores das suas próprias regras na escola. Nestas situações, estamos perante uma regulação autónoma, caracterizada pela forma ou modo como os executantes põem em prática as regras instituídas pela organização, o grupo é produtor de regras e respeita essas mesmas regras, procura regular a sua actividade do exterior e consegue isso através da negociação. Enquanto processo de articulação e de coordenação de acção dos diferentes actores sociais, resultante dos (re)conhecimentos, das interacções, dos conflitos e dos compromissos entre os diferentes interesses, racionalidades e estratégias inscritos nos vários actores sociais em presença, a regulação local nas escolas pode também ser descrita como «regulação sociocomunitária» (Azevedo, 2007:113-114). Outrossim, quando as normas são impostas a partir dos ministérios que têm a seu cargo a educação ou dos organismos da tutela, estamos perante uma regulação de controlo.

4. Considerações finais:

Reguladas através de mecanismos externos, as escolas são organizações com capacidade de regulação através da auto-regulação e co-regulação. A avaliação das escolas é um mecanismo de regulação que se exerce sob formas distintas, das quais destacamos a avaliação externa e a auto-avaliação.

Sendo a escola uma organização, e, por conseguinte, um sistema no qual os fenómenos se encontram interligados, o objectivo das acções dos actores é conseguir o equilíbrio funcional, a estabilidade, tentando evitar a confusão e caos.

Na nossa perspectiva, os mecanismos de regulação e auto-regulação derivados ou produzidos no quadro das práticas da sua avaliação externa e de auto-avaliação só podem ser compreendidos no contexto de um sistema de acção concreto em que a observação do comportamento dos actores, enquanto (re)construtores dessa mesma estrutura

organizacional, é fundamental. Ora, desvendar as dinâmicas micropolíticas da organização escolar implica perceber a existência de dominação de uns actores sobre os outros e analisar as estratégias e tácticas quotidianas inerentes às práticas dos actores escolares, no âmbito da heterogeneidade das interações, consoante os diferentes protagonistas, os seus interesses ocultos e as suas ideologias (Silva, 2010: 9).

Referências bibliográficas

Azevedo, J. (2007). *Sistema educativo mundial: ensaio sobre a regulação transnacional da educação*. Vila Nova de Gaia: Fundação Manuel Leão.

Antunes, F. (2006). “Governança e espaço europeu de educação: regulação da educação e visões para o projecto ‘Europa’ ”. *Revista crítica das ciências sociais*. 75: 63-93.

Barroso, J. (2005). “O estado, a educação e a regulação das políticas públicas”. *Educação & Sociedade*. Campinas. 92: 725-751.

Barroso, João (Org.) (2006). *A regulação das políticas públicas da educação: espaços, dinâmicas e actores*. Unidade de I&D de Ciências da Educação. Coimbra.

Bem, R. A. M do (2005). *A avaliação das escolas no quadro actual das políticas públicas em educação*. Tese de Mestrado em Ciências da Educação. Lisboa. Universidade de Lisboa, 199pp.

Estevão, C. V. (2012). *Políticas & valores em educação: repensar a educação e a escola como um direito*. Braga. Edições Húmus.

Friedberg, E. (1995). *O poder e a regra: dinâmicas da acção organizada*. Lisboa. Instituto Piaget.

Inspeção-Geral da Educação e Ciência (2013). *Avaliação Externa das Escolas 2011-2012 — Relatório*. Lisboa: IGEC.

Justino, D. & Batista, S. (2013). *Redes de escolas e modos de regulação do sistema educativo*. Lisboa: CESNOVA - Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa

Leite, C. (2002). A Figura do “amigo crítico” no assessoramento/desenvolvimento de escolas curricularmente inteligentes, In *O Particular e o Global no Virar do Milénio: Cruzar saberes em Educação*, Margarida Fernandes et al (coords.), Lisboa: Edições Colibri, pp. 95-100.

Mateus, M. M. A. F. (2008). *Dinâmicas, política organizacional e lógicas de acção na constituição e funcionamento de um Agrupamento Horizontal de Escolas*. Tese de

- Mestrado em Ciências da Educação. Lisboa. Universidade de Lisboa, 160pp.
- Pinto, T. (2012). *Discursos de Atores Escolares sobre os Territórios Educativos de Intervenção Prioritária: Criação, Desenvolvimento e Avaliação*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Lisboa. Escola Superior de Educação de Lisboa.
- Ramos, M. da C. M. A. de (2001). *Processos de Autonomia e descentralização à Luz das Teorias de Regulação Social*. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação. Lisboa. Universidade Nova de Lisboa, 704 pp.
- Reis, I. (2013). “Governança e Regulação da educação: perspectivas e conceitos”. *Educação, Sociedade & Culturas*. 39: 101-118.
- Rodrigues, P. e Moreira J. (2014). Questões de metodologias na avaliação de escolas. In *Avaliação externa de escolas: quadro teórico/conceptual*, José Augusto Pacheco (org.), Porto. Porto Editora, 181-211 pp.
- Rocha. C. (2007). “Racionalidades organizacionais e relações de poder na escola pública portuguesa: construindo uma gestão mais democrática. *Educação em revista, Marília*. 1:1-20
- Silva, D. V. e (2007). Escola e lógicas de acção organizacional: contributos teóricos para uma análise sociológica da organização educativa. *Ensaio: aval. Públ. Educ.*, Vol.15. 54: 103-126.
- Silva, V. R. da (2003). *Escola, autonomia e formação: dinâmicas de poder e lógicas de acção numa escola secundária de Braga*. Tese de Mestrado em Educação: Organizações educativas e Administração Educacional. Braga. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 221 pp.
- Silva, D. (2010). Escola, estratégias e convenções. Um olhar sociológico-organizacional a partir das representações docentes sobre a “autonomia” consagrada das escolas básicas. *Revista da Educação*, Vol. XVII, n.º 2, pp. 5 – 28.
- Simões, G. M. J. (2010). *Auto-avaliação da escola – regulação de conformidade e regulação de emancipação* -. Lisboa. Universidade de Lisboa, 328 pp.

Nota Biográfica:

Carla Chainho, mestre em Ciências da Documentação e Informação pela Universidade de Évora, estudante de doutoramento em Sociologia nesta universidade. É Bibliotecária no Instituto Piaget – *Campus* Académico de Santo André. As suas principais áreas de interesse são: avaliação de escolas, avaliação da qualidade e bibliotecas escolares. Pertence ao grupo de investigação do *CICS.NOVA* - Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais FCSH/UNL (Lisboa).

José Saragoça, Doutor em Sociologia, é Prof. Auxiliar na Universidade de Évora (Portugal), onde é Director do Mestrado em Sociologia e membro do Conselho Pedagógico da Escola de Ciências Sociais. É membro integrado do *CICS.NOVA* - Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais FCSH/UNL (Lisboa). Os principais interesses de leccionação e investigação situam-se nas áreas de educação, avaliação externa de escolas, prospectiva social e análise de redes sociais.



ESTUDOS

SAÚDE

**ADESÃO ÀS MEDIDAS DE PRECAUÇÃO DOS PROFISSIONAIS
ENFERMEIROS: LAVAGEM DAS MÃOS UMA INTERVENÇÃO PARA A
SAÚDE DO TRABALHADOR****MARISA APARECIA TOLENTINO**

marisaaptolentino@yahoo.com.br

Resumo:

Trata-se de uma pesquisa de atualização por meio de revisão bibliográfica com abrangência temporal dos estudos definida a partir do ano 2000; Por meio de busca sistematizada a artigos de periódicos nas bases de dados a seguir: Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>), Enfermagem (enfermagem.bvs.br/), Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho (www.anent.org.br/) e ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem (www.abennacional.org.br/) e SCIELO-Scientific Electronic Library Online (www.scielo.org/).

A análise dos estudos foi definida primeiramente em acordo com o contributo brasileiro sobre biossegurança e lavagem das mãos, de onde observa-se ampla programação por parte do Ministério da Saúde de intervenção teórico prático na prevenção de agravos a saúde do trabalhador na higienização adequada das maos bem como na utilização de equipamentos de proteção individual.

O conhecimento apresentado neste trabalho requer impactar indivíduos e coletividade como agentes modificadores.

Estudo com o objetivo de avaliar a técnica e a adesão à lavagem das mãos como medida de precaução-padrão nas açõess de saúde.

Os resultados mostraram que as equipes de enfermagem, aderiram à lavagem das mãos, porém utilizando, em sua maioria, a técnica incorreta.

Concluimos que, apesar da alta adesão à lavagem das mãos entre os profissionais que permanecem maior tempo nas unidades citadas, estes nem sempre utilizam a técnica

correta e não o fazem antes e após cada procedimento, evidenciando a necessidade de programar estratégias que desenvolvam maior conscientização e capacitação acerca desse ato importante para o controle de infecção nas Unidades de Saúde.

Palavras-chave:

Adesão. Lavagem das mãos. Enfermeiro.

Abstract

This is an update of a research through literature review - studies from the year 2000; through systematic search of articles in the following databases: Health Sciences (<http://decs.bvs.br>), Nursing (enfermagem.bvs.br/), National Association of Labour Nursing (www.anent.org.br/) and ABEn - the Brazilian Nursing Association (www.abennacional.org.br/) and SCIELO-Scientific Electronic Library Online (www.scielo.org/).

The analysis of the studies was first defined in accordance with the Brazilian contribution of biosafety and handwashing, where there has been extensive program by the Ministry of Health with theoretical and practical intervention in the prevention of injuries to workers' health for proper cleaning of hands as well as the use of personal protective equipment.

The knowledge presented in this work puts individuals and society as modifying agents. The goal of this study is to evaluate the technical and adherence to handwashing as a precaution standard measure in health actions.

The results showed that the nursing staff, joined the handwashing, but using, in most cases, the incorrect technique.

We conclude that despite the high adherence to handwashing among professionals, they do not always use the right technique and don't do it before and after each procedure, highlighting the need to plan strategies to develop greater awareness and training about this important act for infection control in health units.

Keywords

Support. Handwashing. Nurse.

1. INTRODUÇÃO

Na área da saúde do trabalhador, em determinadas situações, tem-se atuado em condições laborais inadequadas, com sobrecarga de trabalho, insuficiência de recursos humanos, o que muitas vezes propicia o acontecimento de acidente de trabalho com fluidos biológicos. (Caetano et al., 2006).

A exposição a material biológico se caracteriza pelo contato com sangue e fluidos orgânicos no ambiente de trabalho e são uma das principais inquietações de gestores e profissionais da área de segurança ocupacional, pelo risco da ocorrência de transmissão de microrganismos por meio de sangue e/ou secreções corpóreas (Miranda et al., 2011; Sailer; Marziale, 2007; Brasil, 2006).

Segundo a lei do trabalho Angolano artigo 84 de 1981, decorre sobre a Segurança e higiene no trabalho (cuidar que nenhum trabalhador seja exposto à acção de condições ou agentes físicos, químicos, biológicos, ambientais ou de qualquer outra natureza ou a pesos, sem ser avisado dos prejuízos que possam causar à saúde e dos meios de os evitar) Este trabalho partiu da inquietação quanto à prática de não adesão do profissional de saúde na lavagem adequada da mão no ambiente de trabalho apesar das recomendações no sentido de proteger os profissionais estarem disponíveis e de fácil acesso ainda assim é perceptível inconsistência nesse quesito de higienização mesmo considerando a inovação de conhecimento sobre epidemiologia.

No século XIX, surgiu a preocupação com a higienização das mãos, foi quando evidenciou cientificamente que a limpeza das mãos poderia evitar a transmissão da febre puerperal, observou-se então a capacidade que da pele em abrigar microrganismos e transferi-los de uma superfície para outra.

A microbiota da pele é dividida em residente e transitória e esta classificação é essencial para o entendimento da transmissão de infecciosos, pois levam microrganismos patogênicos ou oportunistas capazes de desenvolver doenças; (Versignassi e Axt, 2009:55).

Por volta de 1850, a teoria miasmática da doença foi ultrapassada pela nova teoria germinal da doença e o método antisséptico tornou-se prática usual na atividade médica, foram vários os cientistas que estudavam os microrganismos dentre eles o Pasteur e Robert Koch que proporcionaram a ciência, grande conhecimento na área de microbiologia enfatizando a desinfecção de instrumentos cirúrgicos, lavagem das mãos

dos cirurgiões permitindo prevenir o desenvolvimento de bactérias patogênicas conceitos estes que foram consecutivamente aprimorados no decorrer dos anos.

De acordo com Versignassi e Axt (2009:55) nosso corpo contém dez vezes mais bactérias do que células humanas que não são apenas parte de nosso corpo nós que somos parte delas, que consiste em patogênicos ou não e permanece na pele por horas ou semanas.

São diversas as causas de contaminação nos centros de saúde, e uma das maiores formas de transmissão de microrganismos são os próprios profissionais de saúde atuando como vetor indireto ou diretamente a pacientes vulneráveis ou mesmo aos objetos do seu local de trabalho.

Diante de todas as evidências das mãos na cadeia de transmissão das infecções associadas aos cuidados de saúde e os efeitos da higienização na diminuição das taxas de infecção, muitos profissionais são passivos diante do problema, enquanto que os serviços adotam formas eficazes para envolver os mesmos em campanhas educativas.

Mesmo sendo a lavagem das mãos a intervenção mais importante determinante de transmissão de infecções nos centros de saúde e a higiene diminuir taxas consideráveis de mortalidade ainda assim o cotidiano faz com que profissionais de saúde esqueçam-se da lavagem das mãos antes e após os procedimentos acreditando que apenas a luva material de proteção individual seja capaz de prevenir e proteger a si próprio e ao paciente (PIATTI, 2006).

De acordo com Pierantoni et al. (2008), foi necessário conceituar as precauções padrões por partir do pressuposto que todos os clientes podem estar potencialmente infectados com patógenos, sendo assim é necessário que os profissionais de saúde utilizem medidas de prevenção com uso adequado dos EPI.

Em 2009 o Ministério da Saúde de Angola editou o projeto de Biossegurança Republica de Angola uma Campanha Nacional de lavagem das maos nas unidades sanitarias objetivando efetivar tal técnica nas unidades de saúde com intuito de prevenir a disseminação e contaminação de microrganismos (OMS Angola, 2009).

Os procedimentos de controle de infecções se dá pela prevenção da transmissão de doenças infecto-contagiosas entre a equipe de saúde e pacientes.

Os enfermeiros em especial os discentes estagiários em enfermagem estão sempre se deparando com inúmeras situações referentes ao processo de aprendizagem, nos mais variados momentos, executando atividades no dia-a-dia contribuindo para sua formação dentre estes estão os treinamentos relacionados desinfecção e lavagem das mãos.

A prevenção e controle requerem medidas técnicas e comportamentais, refletindo na qualidade à saúde, e na redução de esforços, problemas, complicações e recursos.

Sendo assim o conceito da biossegurança pode ser definido também como sendo um conjunto de ações voltadas para a prevenção e minimização ou eliminação de riscos inerentes à prestação de serviços, tendo como finalidade a saúde do homem e dos animais preservando o meio ambiente, garantindo qualidade na segurança do trabalho em saúde. Por ser constante a exposição a procedimentos e a materiais biológicos potencialmente infectantes, o grau de conhecimento e a mudança de hábitos antigos altera a rotina diária evitando que profissionais negligenciem as leis protetoras, associado a outras medidas de precaução padrão foi instituindo medidas internas de cada instituição a fim de orientar e aprimorar ações de higienização nos serviços de Saúde. biossegurança (Padilha, Vieira, 2008).

A eficácia da higienização das mãos depende da duração e da técnica empregada a técnica de higienização das mãos deve ser feita seguindo os seguintes passos (Anvisa, 2009):

- a) Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se a pia.
- b) Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).
- c) Ensaboar as palmas das mãos, friccionando as entre si. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.
- d) Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.
- e) Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete.
- f) Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira. Secar as mãos com papel toalha descartáveis, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha. Essa prática de ser feita sempre que as mãos estiverem visivelmente sujas ou

contaminadas com sangue e outros fluidos corporais. Ao iniciar o turno de trabalho. Após ir ao banheiro. Antes e depois das refeições.

Tal protocolo consiste em orientações quanto aos cuidados locais, imediatamente após o acidente, atendimento médico para avaliação da lesão e da exposição, solicitação de sorologias do acidentado e paciente-fonte quando possível a acompanhamento sorológico do acidentado.

Apesar das leis angolanas cumprirem teoricamente com várias recomendações internacionais, identifica-se em Angola que o cotidiano da maioria dos serviços de saúde pouco representa um cenário de cumprimento dessas normas de higienização e lavagem das mãos. Quando há equipamentos e condições ambientais seguras para os trabalhadores, o fator "tempo" e as pressões da chefia, da equipe e da demanda impedem que o trabalhador preze sua saúde e bem-estar, em detrimento das responsabilidades do cuidado a um grande número de pacientes (Damasceno et al., 2006; Ribeiro; Shimizu, 2007).

Esse procedimento motivou a realização deste estudo que teve como finalidade reconhecer a exposição aos líquidos corporais humanos, para intervir com estratégia específicas de prevenção, e oferecer subsídios, objetivando segurança e qualidade no atendimento aos trabalhadores das instituições.

Por outro lado a prevenção de acidentes significa melhor qualidade maior produtividade no ambiente de trabalho uma questão de ordem pública e se os acidentes de trabalho são constantes, acarretam prejuízo para toda a sociedade.

Este estudo busca sinalizar ainda a necessidade de buscar estratégias de intenção capazes de modificar o comportamento dos profissionais e discentes de enfermagem para maior adesão a medidas protetoras (Martins N, Felix JP, Mamari LSS. NR32 – 2005: 15).

Abordando também a questão da educação em biossegurança em Angola que apresenta as diferenças vertentes desta área de conhecimento, suas interfaces e peculiaridades, além dos fatores que a tornam pedagogicamente atrativa. Como base de suspensão para a qualidade do processo educacional, o trabalho faz reflexões e propõe algumas competências que devem ser geradas, visando à formação plena de profissionais de saúde envolvidos em curso de biossegurança.

Espera-se que o estudo favoreça reflexões sobre as práticas de ensino e de prevenção de acidentes ocupacionais à medida que os resultados forem sendo divulgados. É preciso ressaltar a função do enfermeiro como ser educador.

Foi considerado também como forma de planejamento, de acompanhamento e de avaliação da assistência de enfermagem.

A educação continuada constitui em uma das formas de assegurar a manutenção da equipe de enfermagem em relação à assistência prestada e a sobrevivência da instituição neste atual cenário de mudanças e competitividade.

A saúde ocupacional possui como função proteção à saúde do trabalhador identificando riscos e tomando devidas providências para que anule ou diminua os riscos a que estão expostos os trabalhadores. O enfermeiro do trabalho é peça chave na equipe de saúde ocupacional, pois é um vínculo entre trabalhadores, empresa e equipe de saúde do trabalhador. Possui função de prevenção, promoção da saúde, identificação de riscos e minimização e/ou anulação dos mesmos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A prática profissional de enfermagem do trabalho compreende a assistência, cuidado, educação e pesquisa e administração. Tal prática consiste no que há de mais expressivo na enfermagem, sendo este o seu propósito primordial, enquanto que a prática educativa e de pesquisa são o corpo de conhecimento para o desenvolvimento das atividades.

Sendo assim lavar as mãos é um ato de importante profilaxia contra as infecções nas unidades de saúde, que, conjugada a outras estratégias, representa medidas imprescindíveis para o controle de infecção no ambiente hospitalar (Brunner e Suddarth, 1990). A importância da higienização das mãos na prevenção da transmissão das infecções hospitalares é baseada na sua capacidade de abrigar microrganismos e de transferi-los de uma superfície para outra, por contato direto, pele com pele, ou indireto, através de objetos (Santos, 2000).

A lavagem das mãos é, sem dúvida, um tema que se pode tornar embaraçoso quando abordado diretamente, pois é difícil a um profissional de saúde assumir que falha em um aspecto tão elementar.

Quanto ao hábito de lavar as mãos. Apesar das campanhas para controle das infecções nos hospitais e unidades de saúde e vários trabalhos relativos à lavagem de mãos, as mãos dos profissionais de saúde continuam sendo a fonte mais frequente de contaminação e disseminação de infecção (Carvalho et al., 1988).

Segundo, Koch et al.(2004), a não higienização das mãos no início e término do procedimento é um passo da técnica muito importante para ser negligenciado; as mãos são

a principal via de infecção hospitalar, assim a técnica deve ser realizada cuidadosamente, visando à remoção da flora normal e transitória.

Segundo, Andrade Sanna (2007) os profissionais precisam entender a importância, propósitos e ações da biossegurança, pois o enfermeiro, no setor atuante, é corresponsável pela segurança ocupacional de toda a equipe.

2.1 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NAS UNIDADES DE SAÚDE

A Unidade de saúde possui uma equipe de enfermagem que presta assistência à saúde como imunização, curativo simples, administração de medicamento com prescrição médica, dispensação de medicamentos básicos, orientação e educação em saúde, primeiros socorros, acompanhamento de pré-natal, crescimento e desenvolvimento de crianças, reidratação oral, acompanhamento do tratamento de diabetes, hipertensão arterial, hanseníase e tuberculose, doença mental e neurológica, dentre outros. (DAMASCENO, p. 72-77, 2006).

As infecções relacionadas à assistência a saúde constituem um problema grave e um grande desafio, exigindo ações efetivas de prevenção e controle pelos serviços de saúde. As infecções nesses serviços ameaçam tanto os pacientes quanto os profissionais e podem acarretar sofrimentos e gastos excessivos para o sistema de saúde. Ainda, podem resultar em processos e indenizações judiciais, nos casos comprovados de negligência durante a assistência prestada.

Em 1996, os Centers for Disease Control and Prevention (CDC) editaram as medidas de precauções padrão, para o controle de Infecção e recomendaram que estas devessem ser adotadas pelo profissional de saúde em especial enfermeiros, na assistência a todos os pacientes, independentemente do estado presumível de infecção e é considerada uma precaução padrão para o controle de infecção. (Anvisa; Ministério da Saúde, Brasil 2008) A equipe de enfermagem do presente estudo acorda com a questão de que a higienização das mãos é, isoladamente, a ação mais importante para a prevenção e controle das infecções hospitalares (Brasil, 1998; Santos, 2003).

Além deste, há outros grandes nomes na literatura que também contribuíram para ressaltar tal prática no controle das infecções, como Oliver Wendel Holmes, Pasteur, Lister, Robert Koch, Florence Nightingale e muitos outros.

Já foi demonstrado que a lavagem das mãos reduz a transmissão de patógenos potenciais, incluindo microrganismos resistentes a antimicrobianos, reduz também o risco de morbidade e mortalidade devido a infecções hospitalares e em Unidades de Saúde.

A lavagem das mãos é uma medida eficaz de prevenção da transmissão cruzada de microrganismos e, apesar da relativa simplicidade deste procedimento, ainda se observa uma forte resistência em sua adesão após o cuidado do paciente por parte dos profissionais de saúde.

A pele do ser humano é colonizada por bactérias e as mãos é a parte do corpo mais preocupante nesta colonização, pois a microbiota das mãos constitui-se de bactérias transitórias e residentes. A flora transitória, que coloniza a camada superior da pele, é de mais fácil remoção pela lavagem das mãos e é frequentemente adquirida pelo contato com os doentes ou com superfícies contaminadas. A flora residente, localizada nas camadas mais profundas da pele, é mais difícil de ser removida e normalmente não está associada infecções cruzadas. (Giomo, D. B. et al, 2009, v. 17, n. 1, p. 24-29).

As mãos dos profissionais de saúde podem se tornar permanentemente colonizada com uma flora patogênica adquirida no ambiente hospitalar.

Muitas vezes, a colonização das mãos por *Staphylococcus aureus* e bacilos Gram-negativos adquiridos durante as mais variadas atividades.

As medidas de Biossegurança existem como meio de prevenção da contaminação, no qual grande parte dos acidentes acontece pelo uso inadequado e/ ou ineficaz das normas propostas, dando origem assim a procedimentos que apresentam riscos (Carvalho et al, 2009; Valle et al, 2008).

De acordo com Valle et al., (2008) torna-se necessário a conscientização dos profissionais de enfermagem visando à realização de procedimentos e técnicas assépticas para garantir segurança não apenas ao profissional, mas também a do paciente e seus familiares. Conforme Gir et al., (2004) as medidas de proteção recomendadas não tem sido aderidas pelos profissionais de enfermagem, apesar da potencialização dos riscos de exposição.

Andrade e Sanna (2007) relatam a Biossegurança como tema indispensável na formação do enfermeiro. Complemento, afirmando que se precisa ter um maior enfoque através da existência de novas pesquisas e sensibilização das instituições de saúde e educacionais, para introdução de disciplinas voltadas a essa temática.

Infecções tais como hepatites B e C, e o vírus da imunodeficiência humana (HIV) têm sido descritas em trabalhadores da saúde após a exposição acidental a material biológico,

sejam por lesões percutâneas e/ou contato do sangue contaminado com a membrana mucosa ou pele não íntegra.

Dessa forma, para reduzir o risco de transmissão, principalmente de hepatite B e HIV, e de acidentes ocupacionais por exposição a material biológico e possíveis infecções são necessárias medidas preventivas; Para isso, a partir de 1996, o CDC (Centers for Disease Control and Prevention, Estados Unidos) editou o Guideline for Isolation and Precaution com recomendações a serem adotadas no atendimento de todo e qualquer paciente independente de seu diagnóstico, denominado precauções padrão. Tais medidas incluem a higienização das mãos, o uso de equipamento de proteção individual (EPI), a vacinação contra a hepatite B e o descarte adequado de materiais perfuro-cortantes.

A microbiota transitória, também conhecida como microbiota contaminante, não colonizadora da pele, pode ser definida como a de microrganismos isolados da pele, porém não demonstrados como consistentemente presentes na maioria das pessoas. Resulta do contato da pele com o meio ambiente (objeto ou outras pessoas), é extremamente variável, não aderente ao epitélio e, portanto, facilmente transferida para outros indivíduos. A microbiota transitória sobrevive na pele por curto período de tempo e é removida pelo suor ou eliminada pelos mecanismos anti-infecciosos locais e pelos procedimentos de limpeza, como lavagem com água e sabão (GRAZIANO et al., 2000).

2.2 EVIDÊNCIA DE TRANSMISSÃO DE PATOGENOS POR MEIO DAS MÃOS

Os profissionais de enfermagem devem visar à concepção de situações de trabalho que não alterem a sua saúde, locais onde possam exercer suas atividades em um plano individual e coletivo, encontrando possibilidades de valorização de suas capacidades e condições de trabalho adaptados às suas características fisiológicas, garantindo deste modo, a manutenção de sua saúde e qualidade de vida sendo assim a higienização das mãos sempre foi considerada uma medida básica para o cuidado ao paciente e do profissional de enfermagem.

Desde o estudo de Semmelweis, no século XIX, as mãos dos profissionais de saúde vêm sendo implicadas como fonte de transmissão de microrganismos no ambiente hospitalar e outras unidades de saúde.

Como no século passado, os profissionais de saúde ainda necessitam serem lembrados constantemente de lavar suas mãos durante o contato com o paciente (VERONESI, 2005).

A contaminação das mãos dos profissionais de saúde pode ocorrer durante o contato direto com o paciente ou por meio do contato indireto, com produtos e equipamentos ao seu redor, barras protetoras das camas e estetoscópio, dentre outros. Bactérias multirresistentes e mesmo fungos como *Cândida* parasitose e *Rodotorula* spp. Podem fazer parte da microbiota transitória das mãos e assim se disseminarem entre pacientes. A higienização das mãos é recomendada antes de calçar as luvas, imediatamente após a sua remoção e antes da realização de qualquer procedimento. A utilização de água e sabão ou antisséptico, além de produzir uma limpeza eficiente, remove a microbiota transitória. Porém, não há evidência epidemiológica de que o uso de produtos antissépticos ofereça benefícios adicionais na prevenção e transmissão de patógenos.

A Evidência Indireta é caracterizada por Vírus, bactérias e fungos e podem ser transmitidos pelas mãos dos profissionais de saúde em especial equipe de enfermagem. Alguns vírus podem ser transmitidos pelo contato das mãos como: herpes vírus e vírus respiratórios como da influenza A e B, da síndrome respiratória aguda grave e influenza aviária. *S. pyogenes*, *Clostridium difficile* e meningococos são exemplos de outros patógenos que podem ser transmitidos dessa forma.

Indiretamente, mesmo sem a comprovação da colonização das mãos dos profissionais de saúde, já havia sido demonstrado que a baixa adesão à higienização das mãos era uma das causas dos surtos de colonização e infecção por microrganismos de transmissão de paciente a paciente pelas mãos dos profissionais de saúde.

Dentre as medidas implementadas no controle de surtos de infecção relacionada à assistência a saúde, a higienização das mãos sempre exerceu um papel preponderante. Muitos surtos são controlados após a adoção de medidas que melhoram a adesão a esta prática, como intervenção educacional, uso de novos produtos como gel alcoólico e melhorias relacionadas ao número e a localização de lavatórios.

Muitas vezes a tipagem molecular evidencia a presença de um único clone durante a investigação de um surto. Apesar de nem sempre ocorrer à identificação diretamente do agente nas mãos do profissional de saúde, a fonte da transmissão termina sendo caracterizada como cruzada, ou seja, as mãos do profissional serviram como veículo de transmissão. Surtos associados à transmissão cruzada com comprovação por meio de tipagem molecular sem identificação do agente nas mãos do profissional de saúde.

Na área da saúde muitas técnicas de biologia molecular são aplicadas em estudos de patogênese e transmissão de microrganismos em saúde.

2.3 DERMATOSE OCUPACIONAL EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A dermatose ocupacional é qualquer anomalia da pele produzida ou agravada pelo trabalho abrangendo desde o eritema ou descamações até sérias lesões de pele, como as neoplásicas, e podem ser devido a agentes químicos, físicos e biológicos. As medicações, bactérias, desinfetantes (limpeza), detergentes sintéticos, fungos, luvas de borracha, sabões, umidade, vírus e outros podendo causar dermatoses, (Brasil, 2007).

Com intuito de reduzir a contaminação da pele com uso adequado dos EPIs o profissional deve previamente seguir algumas orientações básicas de higiene para realização das ações no ambiente de trabalho tais como:

- Retirar, anéis, relógios, joias, pulseiras antes de iniciar a jornada de trabalho.
- Lavar as mãos, antes de iniciar o trabalho, após cada procedimento e antes de ir embora.
- Manter unhas aparadas, limpas e cabelos presos.
- Lavatório adequado das Mãos

Durante a manipulação de produtos químicos e biológicos vale salientar novamente que o uso correto dos EPI's e a utilização e manuseio correto dos produtos, diminuem, mas não acabam com o risco de lesões da pele e/ou mucosas. Por isso é importante observar sempre os rótulos de todos os produtos utilizados e ter cuidado com a associação de produtos pelas reações químicas (Padilha e Vieira, 2008).

Segundo, OMS (2007); No diagnóstico clínico dermatológico se incluíram as dermatoses que poderiam apresentar como intercorrências de infecções localizadas, assim como as micoses.

Definiram-se como dermatoses as causadas por vírus, bactérias e ectoparasitas (molusco contagioso, Herpes simplex, verrugas, pitíriase rósea, impetigo, ectima, celulite aguda, erisipela, foliculite, carbúnculo, hidroadenite supurativa, úlcera tropical, eritasma, periorite, abscessos, escleroma, hordéolo, larva migrans, pediculose, miíase, fungíase e escabiose); micoses superficiais as que englobassem fungos sem poder queratolíticos sobre a pele, penetrando nos interstícios da camada córnea ou ao redor dos pêlos; micoses cutâneas os dermatófitos e as leveduras do gênero *Cândida*, acometendo a epiderme, pêlos e unhas.

O Serviço de Dermatologia Ocupacional do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da ENSP, destaca os diversos casos de lesões de pele relacionadas ao trabalho e observou a dificuldade de avaliar o número de trabalhadores afetados e a falta de serviços especializados em dermatoses profissionais; a falta de preparo dos

profissionais da área de saúde para a suspeita do nexo entre a lesão cutânea e a atividade profissional; e a desinformação dos trabalhadores sobre os riscos decorrentes das atividades desenvolvidas.

Profissionais de saúde com problemas dermatológicos têm altas taxas de colonização das mãos por microrganismos, tais como *S. aureus* multirresistente, o que está diretamente associado com a transmissão hospitalar de microrganismos.

As Lesões de pele ocupam lugar de destaque entre as patologias relacionadas ao trabalho, sendo assim a dermatite de contato geralmente desaparece sem complicações em duas ou três semanas, mas pode voltar se a substância ou o material que a causou não for identificado ou evitado. Pode ser necessário mudar de emprego ou de hábitos profissionais se a doença for causada por alguma exposição relacionada ao trabalho. (Ministério da Previdência Social, Brasil 2007).

2.4 CUIDADOS BÁSICOS COM EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL ANTES E APÓS O USO NAS AÇÕES DE ENFERMAGEM

As Luvas compõem o arsenal dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) cuja finalidade primordial é a proteção dos profissionais da saúde à exposição ao sangue ou a outros fluidos corporais como, secreções e excretas. Assim, fica reduzido o contato direto das mãos do profissional com tecidos do paciente, lesões, membranas mucosas; por exemplo, na realização de procedimentos invasivos (Sheid KLS, Carvalho M. 2006: 14). Servem de proteção para as mãos, devem ser usadas sempre que for realizar limpeza e desinfecção de áreas contaminadas. Não devem ser usadas indevidamente, como por exemplo, pegar em fechaduras das portas, torneiras, telefone e outros objetos de uso comum e que tenham risco de transmitir infecções. OMS, (2004).

Há de se considerar que o uso indiscriminado de luvas, além de ocasionar, por parte dos usuários, uma falsa segurança quanto à prevenção de transmissão de infecção, gera custos aos serviços de saúde. (Brasil, 2006).

Segundo a OMS, as luvas devem ser utilizadas como item de uso único e trocadas entre o cuidado de diferentes pacientes e nas diferentes atividades/cuidados no mesmo paciente. Ainda, necessitam ser colocadas imediatamente antes dos procedimentos a serem executadas e descartadas tão logo essas atividades tenham terminado.

São indicadas quando se realiza procedimentos invasivos, contato com sítios estéreis, contato com pele não íntegra e mucosa, quando se manipula materiais perfuro cortantes

e equipamentos contaminados e em todas as atividades que podem expor o profissional a contato com sangue, fluidos corpóreos, secreções e excreções. (Almeida, Tipple, Silva e Souza. 2009; 17: 595-600).

Por outro lado, as luvas quando utilizadas de maneira inadequada, pode transferir contaminação ou secreções orgânicas para as superfícies tocadas fora do atendimento, como, por exemplo, ao manipular prontuários ou aparelhos telefônicos, caracterizando uso inadequado de EPIs. (Almeida, Tipple, Silva e Souza. 2009; p, 17).

Versignassi e Axt et al (2009) consideram que é indispensável a HM antes e após o uso das luvas com intuito de reduzir o risco de infectar o paciente, insumos e o próprio funcionário para isso segue algumas orientações- em procedimentos de longa duração as luvas deverão ser substituídas pois essas não resistem ao contato prolongado com as secreções :

- tanto as luvas para procedimento como as cirúrgicas deverão ser descartadas, não sendo permitida a sua reutilização, pois:

- a lavagem das luvas pode causar a penetração de líquidos através de furos imperceptíveis;
- a ação dos agentes desinfetantes, óleos, loções oleosas e tratamentos térmicos, como o uso do auto clave, podem determinar sua deterioração;
- os anti-sépticos aumentam o tamanho e o número de orifícios nas luvas e removem o revestimento externo da maioria das luvas comerciais.

A Máscara é usada durante procedimento e atividades de atendimento que tenham probabilidade de gerar respingos ou borrifos de sangue, líquidos corporais, secreções e excreções que requer exposição do paciente e ou do profissional. A máscara deverá ser descartável e apresentar camada tripla, para filtração eficiente. (Seidel et al, 2007).

A máscara deve adaptar-se confortavelmente à face, sem tocar lábios e narinas;

- não devem ser ajustadas ou tocadas durante os procedimentos;
- devem ser trocadas sempre que se tornarem úmidas, quando dos procedimentos geradores de aerossóis ou respingos, ou apresentarem qualquer teor de sujidade, o que diminui sua eficiência;

Os óculos servem para proteção dos olhos contra substâncias que são usadas no ambiente que possam causar danos oculares, por este motivo as mãos devem ser anteriormente higienizadas.

O avental deve ser usado evitando contaminação das roupas limpas e do restante do corpo, sempre lavando as mãos antes e após seu uso.

- Deve estar sempre limpo, conservado e abotoado;
- De uso restrito ao serviço e individual;
- Se estiver contaminado deve ser retirado e dobrado pelo avesso, colocando-o imediatamente no local para higienização;

Dentre os riscos biológicos, vírus, fungos e bactérias podem ser transmitidos pelas mãos ou pela utilização de materiais não limpos, não desinfetados ou esterilizados e pelo contágio indireto, por objetos contaminados do paciente ou por intermédio do ar (Zapparoli, Marziale, 2006:41).

Após realização de um atendimento a saúde deve ser realizada uma desinfecção de material contaminado a área afetada deve ser limpa imediatamente (usando luvas) e então desinfetada. Equipamentos e material de enfermagem, ferramentas e superfícies pequenas devem ser limpas com álcool a 70%. Superfícies maiores como o piso são desinfetadas com solução de cloro 1000 ppm; Estas precauções incluem a utilização de barreira para proteção, como o uso de EPI's utilizá-los corretamente é de suma importância, pois permite a realização de procedimentos de forma segura, tanto para o profissional que está prestando assistência como para o paciente e ambiente de trabalho.

Cabe ao coordenador de enfermagem à responsabilidade pelo abastecimento dos insumos necessários para HM e dos materiais principalmente da orientação diária relacionada às normas básicas de higienização no trabalho.

2.5 CONTROLES DA DISSEMINAÇÃO DE MICRORGANISMOS MULTIRRESISTENTES

Segundo Guideline 2007, nos últimos anos, as infecções relacionadas à assistência à saúde, causadas por microrganismos multirresistentes com relevância epidemiológica, têm sido motivo de grande preocupação nas Instituições de Saúde. A definição de multirresistência, entretanto, é muito variável e depende da complexidade de cada instituição. Geralmente, um microrganismo é considerado multirresistente quando apresenta resistência a duas ou mais classes de antimicrobianos. Os principais microrganismos multirresistentes que causam infecções relacionadas à assistência à saúde são: MRSA, VRE, cepas produtoras de beta-lactamases de espectro estendido (Extended-

Spectrum Beta-Lactamases ESBL) e bactérias Gram-negativas resistentes aos carbapenens.

As mãos dos profissionais de saúde podem adquirir microrganismos multirresistentes por meio de contato direto com pacientes colonizados ou infectados por esses agentes e também pelo contato com o meio ambiente ou superfícies próximas ao paciente. Os microrganismos multirresistentes podem, então, se tornar parte da microbiota transitória da pele, sendo facilmente removidos pela higienização das mãos.

As mãos dos profissionais de saúde também podem ficar persistentemente colonizadas com bactérias multirresistentes, principalmente na presença de fatores locais que facilitam essa condição, como dermatites e/ou onicomicoses (BOYCE et al., 2002).

Na epidemiologia da transmissão de microrganismos multirresistentes, as mãos dos profissionais de saúde constituem a principal ponte entre o paciente colonizado e aquele que anteriormente não tinha tal status.

A tipagem molecular não é fundamental para a elucidação de surtos de infecção em serviços de saúde. Entretanto, esta ferramenta mostrou de forma mais clara a importância da infecção cruzada como fonte de surtos causados por microrganismos multirresistentes (LAI et al., 2006; DUCKRO et al., 2005; LANKFORD et al., 2006).

As mãos dos profissionais de saúde já foram identificadas como fonte de surtos de infecção em serviços de saúde causados por várias bactérias Gram-negativas multirresistentes como *Acinetobacter* spp, *Stenotrophomonas maltophilia* e *Klebsiella pneumoniae* produtora de ESBL (Kraniotaki et al., 2006; Cassetta et al., 2006). As mãos de um profissional de saúde com onicomicose foram identificadas como fonte de um surto de infecção causada por *K. Pneumonia* e produtora de ESBL descrito em uma unidade de neonatologia de um hospital brasileiro.

Como precauções os profissionais e discentes estagiários de enfermagem devem aplicar algumas medidas quando houver risco de contaminação com sangue ou outro fluido corporal, mesmo que estes não sejam visíveis.

Quanto à higiene das mãos é necessário manter as unhas curtas, retirar adornos e ser realizada a lavagem com água e sabão ou álcool em gel é indispensável também selecionar qual o EPI adequado para a ação de saúde a ser realizada.

Segundo a RDC/Anvisa; Ao se tratar do uso das luvas de procedimento quando houver possibilidade de contato com sangue, outros fluídos corporais ou artigos contaminados são indispensáveis trocar as mesmas no atendimento do paciente se houver risco de contaminação cruzada entre diferentes sítios anatômicos, retirando após o uso, antes de

tocar em superfícies ambientais ou de contato com outro paciente e lavar as mãos imediatamente após a retirada das luvas.

O avental é um EPI que deve ser usado sempre que houver risco de sujar a roupa com sangue ou fluídos corpóreos e após as ações retirar o avental o mais rápido possível e lavar as mãos.

Os artigos e equipamentos de assistência ao paciente devem ser manuseados com cuidado para evitar a disseminação, caso houver a sua reutilização entre diferentes pacientes deve ser realizada limpeza / desinfecção ou esterilização quanto ao ambiente de trabalho deve-se estabelecer e garantir procedimentos de rotina para a limpeza e descontaminação das superfícies ambientais, especialmente na presença de matéria orgânica extravasadas.

A avaliação da desinfecção deve ser realizada por um enfermeiro do trabalho como forma administrativa, organizacional e educativa aos demais profissionais.

3. EQUIPAMENTOS E INSUMOS NECESSÁRIOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

As mãos são consideradas as principais vias de disseminação de infecções relacionadas à assistência a saúde. Sendo assim, por este motivo a higienização das mãos é uma medida elementar para evitar estas infecções, mesmo que tais medidas ainda sejam pouco aderidas pelos profissionais de saúde em especial enfermeiros.

Dentre os equipamentos necessários para a higienização das mãos são incluídos os lavatórios/ lavabo cirúrgico, os dispensadores de sabonete e antissépticos, o porta papel toalha e a lixeira para descarte do papel toalha.

Dentre os equipamentos básicos para a higienização das mãos temos:

- O lavatório exclusivo para a higienização das mãos devendo os mesmos terem profundidade suficiente para que o profissional de saúde lave as mãos sem encosta-se a nas paredes laterais ou bordas da peça e tampouco na torneira.
- O lavabo destinado preferencialmente à lavagem de utensílios.
- Lavabos com uma única torneira devem ter dimensões mínimas iguais a 50 cm de largura, 100 cm de comprimento e 50 cm de profundidade. A cada nova torneira inserida deve-se acrescentar 80 cm ao comprimento da peça.

Segundo a RDC/Anvisa nº.50, de 21 de fevereiro de 2002, sempre que houver paciente acamado ou não, examinado, manuseado, tocado, medicado ou tratado, e obrigatória a provisão de recursos para a higienização das mãos por meio de lavatórios ou pias para

uso da equipe de assistência. Nos locais de manuseio de insumos, amostras, medicamentos, alimentos, também é obrigatória a instalação de lavatórios/pias e junto a estes deve existir sabonete líquido, além de recursos para secagem das mãos.

Para os ambientes que executem procedimentos invasivos como nas Unidades de Saúde, cuidados a pacientes críticos e/ou que a equipe de assistência tenha contato direto com feridas e/ou dispositivos invasivos, deve existir, além do sabonete citado, provisão de antisséptico junto as torneiras de higienização das mãos.

Todos esses lavatórios devem ter fácil acesso e atender, de acordo com este estudo a ambientes destinados a realização de procedimentos de reabilitação e coleta laboratorial, unidade destinada ao processamento de roupas: um lavatório na área “suja” (banheiro) e um lavatório na área “limpa”.

Sendo assim os produtos para higienização das mãos e os dispensadores devem ser avaliados para assegurar seu correto funcionamento, facilidade de limpeza, liberação de volume suficiente do produto e existência de dispositivos que não RDC/Anvisa n.º. 50/2002 favoreça a contaminação do produto.

A validade do produto fora da embalagem do fabricante ou fracionado deve ser validada, ou seja, deve ser menor que aquela definida pelo fabricante, pois o produto já foi manipulado; essa validade pode ser monitorada, por exemplo, por testes de pH, a concentração da solução e a presença de matéria orgânica.

Para o porta-papel toalha a instalação deve ser de tal forma que ele não receba respingos de água e sabonete. É necessário o estabelecimento de rotinas de limpeza e de protocolos de reposição do papel, pelos serviços das Instituições de saúde.

A unidade de saúde deve conter lixeira para descarte do papel toalha junto aos lavatórios e as pias, para o acondicionamento do material utilizado na secagem das mãos. Este recipiente deve ser de fácil limpeza, o recipiente devera ter tampa articulada com acionamento de abertura sem utilização das mãos.

A água o papel toalha sabonetes, e agentes antissépticos constituem, respectivamente, insumo e suprimento imprescindíveis para a prática da higienização das mãos nas Unidades de saúde.

A qualidade da água utilizada nas unidades de saúde é de fundamental importância para as práticas de higienização das mãos. Deve ser livre de contaminantes químicos e biológicos, obedecendo aos dispositivos da Portaria GM/MS n.º. 518, de 25 de março de 2004, que estabelece os procedimentos relativos ao controle e a vigilância da qualidade deste insumo. Os reservatórios devem ser construídos conforme normas vigentes. Ainda,

devem possuir tampa ser limpos e desinfetados, com realização de controle microbiológico semestral.

Ressalta-se ainda, que o papel toalha utilizado para a secagem das mãos deve ser suave, composto com 100% de fibras celulósicas, sem fragrância, impureza ou furos, não liberar partículas e possuir boa propriedade de secagem.

4. O ENFERMEIRO NA ESCOLHA E MANUSEIO DE PRODUTOS DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

O enfermeiro atua dentre as atividades administrativas ações de estatísticas relacionadas aos atendimentos da unidade de saúde liderando procedimentos críticos e não críticos coordenando a equipe e solucionando intercorrências relacionadas ao trabalho, para tal função o mesmo requer conhecimento científico prático e técnico para assim tomar decisões que possibilitem a integridade física do funcionário e do paciente (Cicolini et, al Labio 2008).

Tal profissional estuda e observa condições de higiene no ambiente e nas ações no local de trabalho, promovendo segurança, além de planejar e executar serviços de prevenção de riscos e acidentes ocupacionais.

Ao promover a HM o profissional reduz infecções, morbidez e os custos relacionados às infecções relacionadas à assistência a saúde.

O mesmo deve centralizar na promoção da HM não somente no produto para higienização, mas também na influência do cotidiano para reverter estrategicamente o fato da não lavagem adequada das mãos.

Os órgãos administrativos devem atuar com os demais funcionários com o propósito de proporcionar educação e apoio aos funcionários treinamentos sobre as ações na área de saúde e os cuidados com pacientes que podem contaminar as mãos e sobre as vantagens e desvantagens dos vários métodos usados para higienização das mãos. (Alves, Passos, Tocantins, et al., 2009).

Após as orientações o enfermeiro deve ser monitor para a adesão dos profissionais de saúde às recomendações de HM e avaliar as práticas diárias, encorajando os pacientes e familiares a participarem da conduta melhorando a qualidade da assistência de saúde.

Não é necessário apenas orientar as técnicas adequadas de HM é primordial refletir sobre a melhor escolha dos produtos para tal ação devendo o enfermeiro (Balsamo, 2006:53):

- Fornecer aos profissionais de saúde produtos eficazes de higienização das mãos com baixo potencial de irritação.
- Maximizar a aceitação de produtos de higienização das mãos pelos profissionais de saúde peça a opinião deles sobre a sensação de tato, fragrância, tolerância da pele de qualquer produto que esteja sendo considerado para aquisição. Em alguns ambientes, o custo pode ser um fator básico.
- Avalie qualquer interação conhecida entre os produtos usados para higienização das mãos, produtos de cuidados com a pele e tipos de luvas utilizados na instituição;
- Peça informações aos fabricantes sobre os riscos de contaminação do produto (antes da compra e durante o uso);
- Certifique-se de que os dispensadores do produto estejam acessíveis no local do cuidado;
- Certifique-se de que os dispensadores do produto funcionem adequadamente e com segurança e abasteça-os com um volume adequado do produto;
- Certifique-se de que o sistema de recipientes para fórmulas à base de álcool sejam aprovados para materiais inflamáveis;
- Peça informação aos fabricantes a respeito de qualquer efeito que as loções, cremes e produtos para higienização das mãos à base de álcool produzam sobre os efeitos de sabões anti-séptico que estejam em uso na instituição.
- Não adicione sabões aos recipientes parcialmente vazios. Se os recipientes de sabão forem reutilizados, siga os procedimentos recomendados para limpeza.

As intervenções destinadas a melhorar a higienização das mãos nos serviços de saúde podem exigir o emprego de significativos recursos financeiros e humanos por este motivo a integração entre administração e enfermeiro do trabalho é necessária no cotidiano das instituições, Barboza e Fracolli (2005).

5. ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS PARA PROMOVER A ADESAO AS PRÁTICAS DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

A enfermagem desempenha papel fundamental na prevenção e redução das infecções.

ANVISA, Brasil 2008; O programa de manutenção corretiva e preventiva de equipamentos e de vigilância em saúde do trabalhador seguem as diretrizes da própria instituição do trabalhador.

Como gestão da comunicação e informação em Biossegurança vale ressaltar que os laboratórios e demais ambientes na área de saúde são sinalizados com símbolos de risco, identificação do nível de biossegurança e mapa de risco.

A lavagem de mãos, portanto deve ser adotada rotineiramente durante todos os procedimentos de saúde onde haja riscos de contaminação.

Sua prevenção e controle necessitam de medidas técnicas e comportamentais da assistência prestada na instituição o que vai refletir na qualidade á saúde ocasionando redução de esforços, de problemas, de complicações e de recursos (Brasil, 1998a; Lacerda, 2003).

Estudos tem demonstrado a baixa adesão à prática de HM no ambiente hospitalar (Martini, 2005; Neves et al, 2006 Garcia-Zapata, 2010) e entre graduandos da área da saúde.

Evidenciando, portanto, a necessidade de implementação de estratégias de incentivo em cursos de formação na área da saúde e entre profissionais desta área na expectativa de que o controle e prevenção de infecção, que representa importante problema de saúde pública, tanto em Angola quanto no mundo.

Estudos mostram que profissionais possuem baixa adesão à higienização das mãos, justificando esse comportamento por falta de motivação, irresponsabilidade, falta de consciência, pouca importância ao fato da transmissão de microrganismos pela infecção cruzada, ausência de pias próximas ao paciente reação cutâneas nas mãos e falta de tempo (Santos 2000; O. Boyle, Henry; Larson, 2001; Santos, 2003).

Programas educacionais continuados se fazem necessário como campanhas e educação continuada sobre higienização das mãos realizadas periodicamente, motivando os profissionais de enfermagem a realizar a higienização, e conseqüentemente reduzir os índices de infecção nas unidades de saúde (Tipple et al,2007; Tipple, 2010).

A educação é um processo inacabado e, portanto apresenta uma realidade de constante transformação, havendo necessidade de refletirmos sobre os determinantes dos problemas que nos afetam para favorecer análises com propostas para a superação e transformação destes de forma continua e permanente, visando o futuro (Bezerra; 2003).

A educação para a saúde deve promover estilos de vida saudáveis com controle dos fatores de risco, os preceitos da educação permanente devem ser utilizados com intuito

de aumentar adesão dos profissionais de enfermagem a lavagem das mãos de forma efetiva e eficaz.

Para este trabalho a aprendizagem deve ser relevante ao sujeito, inclusive com envolvimento de ideias, sentimentos, cultura e sociedade afim de que ela se torne uma prática social.

Acreditamos que, as estratégias construídas pelo grupo resultem em aumento da adesão, pois, segundo Bordenave; Pereira (2004) quando há participação ativa e diálogo entre os sujeitos de uma relação, o conhecimento será construído de tal forma que ele seja transformador da realidade.

Segundo Pittet (2004), o conhecimento da motivação implícita nas situações específicas de um dado comportamento do individuo é um dos primeiros degraus para se ter projetos mais eficientes sobre as estratégias de intervenção utilizadas para a modificação deste.

Em revisão sistemática da literatura evidenciou a relação entre o aumento da adesão à HM e a redução nas taxas de infecção. Salientou a importância da eficácia das estratégias adotadas e discussão das variáveis que interferem nessa prática priorizando-se ações que resultem na adesão e influenciem no comportamento, mais do que na elaboração de complexos estudos epidemiológicos.

Bordenave e Pereira (2004); Sob a ótica dos profissionais, foram valorizadas as estratégias direcionadas a adequação da estrutura física, antissépticos menos irritantes e divulgação dos indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar. Outra questão apontada foi o risco de contaminação desses dispensadores.

Ações educativas com uso de pôsteres, mensagens e envolvimento de profissionais da saúde foram utilizadas segundo orientação do Ministério da Saúde de Angola embora não haja estudos da sua efetividade em longo prazo.

A inclusão dos pacientes como parceiros de seu próprio cuidado foi utilizada como estratégia e resultou positivamente na adesão à HM pelos profissionais. Por outro lado, observaram-se deficiências na prática de HM realizado pelos pacientes, após o uso do banheiro e da comadre.

Programas educacionais devem valorizar a HM e seus aspectos epidemiológicos, além dos comportamentais, motivacionais de envolvimento.

As estratégias devem considerar os fatores associados a não a adesão de acordo com os níveis envolvidos, individual, grupal e institucional, reconhecendo que adesão e crenças são variáveis que necessitam abordagem diversificada e multidisciplinar (SIEGEL et al., 2007).

Embora as técnicas envolvidas nessa prática sejam simples, sua interdependência com as ciências do comportamento as torna complexas e dependentes de um conjunto de fatores como atitudes, crenças e conhecimento.

Sob esta ótica, atitude positiva, rigoroso controle de comportamento e percepção do valor atribuído pelos superiores à HM foram associados com a intencionalidade da adesão. Por outro lado, demonstraram que o hábito pode suplantar a intenção de realizar determinada ação. Neste sentido, para os pesquisadores embora os profissionais valorizem e reconheça a importância da HM, o hábito inadequado resulta em não adesão, OMS, (2004).

A Organização Mundial de Saúde, propôs em âmbito mundial a “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente”, lançada em 2004, com o objetivo de reduzir os riscos associados às infecções relacionadas à assistência à saúde. O primeiro Desafio Global de Segurança do Paciente está focado na higienização das mãos. Essa proposta tem como lema “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”, e conta com o comprometimento de vários países do mundo, com a inclusão do Brasil em 2007. (SIEGEL et al., 2007)

A Organização Pan-Americana de Saúde OPAS/OMS iniciou em 2007 um projeto piloto para testar as diretrizes da OMS, traduzidas para o português, em cinco hospitais da rede sentinela.

As diretrizes da OMS listam vários componentes que formam a estratégia multimodal, por considerar ser este um método mais confiável para oferecer melhorias da higienização das mãos sustentadas nas unidades de saúde. A estratégia multimodal envolve cinco componentes críticos a serem desenvolvidos pelas unidades de saúde, (CDC, 2002; WHO, 2006) como:

- Mudança de sistema: é um componente vital para a Implantação da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. Envolve a infraestrutura necessária na unidade para as práticas de higienização das mãos.

Sem as devidas melhorias locais, os outros componentes da Estratégia Multimodal não serão efetivos.

- Treinamento e educação: Os profissionais de saúde necessitam de um treinamento claro e sucinto sobre a importância da higienização das mãos, especialmente direcionado para “Os cinco momentos para a higienização das mãos” e para os procedimentos corretos de higienização antisséptica das mãos com preparações alcoólicas (gel ou solução) e higienização simples das mãos com uso de água e sabonete líquido associado ou não a antissépticos.

- Avaliação e retorno: A avaliação das práticas de higienização das mãos, percepção e conhecimento sobre o tema, nos serviços de saúde, são elementos vitais para o planejamento e também para verificar se as mudanças implementadas nestes serviços tem sido efetivas na melhoria da higienização das mãos e redução das infecções relacionadas à assistência à saúde. Isto é essencial para a sustentabilidade das práticas de higienização das mãos.

- Lembretes no local de trabalho: Os cartazes nos locais de trabalho são importantes, pois servem com lembretes para os profissionais de saúde sobre a necessidade das práticas de higienização das mãos, além de informarem pacientes e visitantes a respeito do padrão de assistência que eles podem esperar dos profissionais de saúde.

- Clima de segurança institucional: se refere ao ambiente e às percepções de segurança do paciente nos serviços de saúde, nos quais a melhoria da higienização das mãos é considerada prioridade.

Para incentivar os profissionais, estudantes a aderirem à HM e fazê-los entender sua importância, é imprescindível que todos os esforços sejam implementados em ritmo crescente (Tipple et al, 2007).

Os recursos utilizados para a aprendizagem devem ter relevância para o sujeito, devendo constar, também, de seu envolvimento com ideias de caráter cultural, tornando uma prática social. Sua participação do indivíduo torna a experiência mais significativa, aumentando o impacto da ação. Acredita-se que estratégias implementadas continuamente sejam uma das formas de promover mudança de comportamento (TIPPLE et al, 2007).

6. METODOLOGIA

Esta revisão bibliográfica sobre a (Adesão às medidas de precaução dos profissionais enfermeiros: lavagem das mãos uma intervenção para a saúde do trabalhador), foi dividida em duas etapas: a primeira etapa consistiu na procura dos descritores no site Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>), Biblioteca Virtual em Saúde - Enfermagem (enfermagem.bvs.br/), Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho (www.anent.org.br/) e ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem (www.abennacional.org.br/). Depois foram estabelecidos dois critérios para refinar as considerações: a abrangência temporal dos estudos definida entre os anos de 2000 a 2011

e, o idioma, textos em português, inglês e espanhol. Essa busca foi efetuada no SCIELO - Scientific Electronic Library Online (www.scielo.org/).

O descritor utilizado no SCIELO foi: risco de contaminação por meio das mãos em áreas de saúde para profissionais, ambiente e clientes evidenciando critérios adequados para realização da higienização das mãos.

A seleção de artigos foi feita em conformidade com o assunto proposto, sendo descartados os estudos que, apesar de constarem no resultado da busca, não apresentaram metodologia para avaliação das causas de contaminação por meio das mãos.

Para melhor compreensão e visualização dos resultados da pesquisa, o trabalho foi sistematizado sendo apresentado no decorrer dos capítulos segundo o tema do estudo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao caracterizarmos as publicações sobre a “higienização das mãos” e contextualizarmos as divergências evidenciadas entre a prática e o ideal preconizado, concluímos não ser uma problemática de fácil e única solução, neste estudo observamos que muitos profissionais permanecem diariamente higienizando inadequadamente as mãos acreditando na sua real limpeza por não conseguirem visualizar os microrganismos existentes por meio das ações de saúde.

As infecções relacionadas à assistência a saúde são da maior importância em todo o mundo, pois afetam a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes e dos trabalhadores, muitas Instituições de saúde não possuem insumos para HM devidamente adaptados que promovam a desinfecção sem agredir a integridade física das mãos do profissional.

Portanto, necessitamos entender os determinantes da baixa adesão à HM de acordo com a realidade institucional e explorar alternativas facilitadoras para mudanças, cabendo ao enfermeiro coordenador tal função junto aos órgãos administrativos avaliando e discutindo ações que modifiquem a não adesão a ação de HM.

Muitas lacunas ainda necessitam ser exploradas por meio de pesquisas delineadas a partir da prática cotidiana de HM.

O enfermeiro tem o objetivo de desenvolver assistência direta e indiretamente, embasado em conhecimento científico, em conformidade com o código de ética de enfermagem, planejar executar e avaliar a assistência e educação em saúde individual ou em grupo com intuito de promover a saúde do trabalhador.

Os resultados das avaliações sobre adequação a HM devem ser revertidos no fazer, transformando a realidade e minimizando as divergências entre a prática e o idealizado, proporcionando maior segurança e qualidade na assistência em saúde.

O enfermeiro necessita compreender o processo de liderar e desenvolver as habilidades necessárias, dentre elas, salientamos a comunicação, o relacionamento interpessoal, tomada de decisão e competência clínica, bem como aplicá-las na sua prática profissional com campanhas educativas, treinamento contínuo e avaliação na unidade de saúde sobre as ações e serviços de saúde.

Referências Bibliográficas

-Almeida ANG, Tipple AFV, Silva e Souza AC, Brasileiro ME. Risco biológico entre os trabalhadores de enfermagem. Rev enferm UERJ. 2009; 17: 595-600.

-Alves SSM, Passos JP, Tocantins FR. Acidentes com perfuro cortantes em trabalhadores de enfermagem: uma questão de biossegurança. Rev enferm UERJ. 2009; 17: 373-7.

-Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente. Higienização das mãos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2008.

-Balsamo AC, Felli VEA. Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário. Rev Latino-Am Enfermagem 2006; 14: 346-53.

-Barboza, T.A.V e Fracolli, L.A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1036-1044, 2005.

-BRASIL. Agência Nacional de assim, além dos riscos através de Vigilância Sanitária. Higienização secreções, sangue, mucosa, há a das mãos em serviços de saúde. Proximities between bodies that Brasília, 2007.

-CDC(Center For Disease Control And Prevention).Guideline for hand hygiene in health – care settings recommendations of the Healthcare.infection control practices advisory

committee and the hicpac/shear/apic/idsa/ hand HYGIENE TASK FORCE.MMWR recomm rep, Atlanta, v.51, n. Rr- 16, p. 1-45,2002.

-Cicolini G, Di Labio L, Lancia L. Prevalence of biological exposure among nursing students: an observational study. Prof Infirm. 2008; 61: 217-22.

-CRUZ, E.D.A. Higienização de mãos: 20 anos de divergências entre a prática e o idealizado. Ciencia y Enfermeria XV (1): 33-38, 2009.

-Creedon SA. Healthcare workers' hand decontamination practices: compliance with recommended guidelines. J Adv Nurs. 2005;51(3):208-16.

-DAMASCENO, A. P. et al . Acidentes ocupacionais com material biológico: a percepção do profissional acidentado. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 59, n. 1, p. 72-77. fevereiro 2006.

-Devlin, R.K. Invasive fungal infections caused by Candida and Malassezia species in the neonatal intensive care unit. Adv. Neonatal Care. 2006; 6(2): 68-77.

-GARCÍA-ZAPATA, M.R.C. et al. Standard precautions: knowledge and practice among nursing and medical students in a teaching hospital in Brazil. Int J Infect Control, v6:i1, 2010.

-GIOMO, D. B. et al. Acidentes de Trabalho, Riscos Ocupacionais e Absenteísmo entre Trabalhadores de Enfermagem. Revista Enfermagem - UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 24-29, 2009.

-Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings 2007 p. 16 – 21.

-HAUSERMANN, P.; WALTER, R. B.; HALTER, J.; BIEDERMANN, B. C.; TICHELLI, A.; ITIN, P.; GRATWOHL, A. Cutaneous graft-versus-host disease: A guide for the dermatologist. Dermatology, v.216, n.4, p. 287-304, 2008.

- LEITE, P.C. ; SILVA, A. Morbidade referida em trabalhadores de enfermagem de um centro de material e esterilização. Cienc Cuid Saúde, v. 6, n. 1, p. 95-102, 2007.
- MARTINI, A.C.; DALL'AGNOL, C.M. Por que lavar ou não as mãos? Motivos de um grupo de enfermagem. REV. Gaúcha Enferm. Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 88-101, 2005.
- Martins N, Felix JP, Mamari LSS. NR32 - Para a segurança do profissional de saúde. J Control Infec 2005; ano 15 (59).
- Manual de segurança do paciente – Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília: ANVISA/MS; 2008.
- Manetti ML, Costa JCS, Marziale MHP, Trovo ME. Prevenção de acidentes de trabalho com material biológico segundo o modelo de Green e Keuter. Rev Gaúcha Enferm. 2006; 27:80-91.
- Manual de Segurança do elementos são essenciais para essa Paciente em Serviço de Saúde: prática: agente tópico com eficácia Higienização das mãos / Anvisa, antimicrobiana; procedimento 2009, p. 12);
- Ministério da Saúde. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade. Brasília, DF, 2007. Disponível em: Acesso em: 11 ago. 2011.
- Murofuse NT, Marziale MHP, Gemelli LMG. Acidente com material biológico em hospital universitário do oeste do Paraná. Rev Gaúcha Enferm. 2005; 16:168-79.
- NEVES, Z.C.P. Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Latino-am Enfermagem, 14 (4), julho-agosto, 2006.

-PADILHA, M. I. C. S.; VIEIRA, M. O. HIV e o trabalhador de enfermagem frente ao acidente com material perfuro-cortante. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v.42, n.4, p.36-42, dez. 2008.

-PIATTI, Isabel Luiza. Biossegurança Revista Personalité ed n 46 – pág. 52/55 – 2006.

Pinheiro J, Zeitoune RCG. Hepatite B: conhecimento e medidas de biossegurança e a saúde do trabalhador de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 jun; 12 (2): 258-64.

-Seidel M et al.; MOSBY: guia de exame físico. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.

-Seybold U, Kourbatova EV, Johnson JG, et al. Surgimento da comunidade associada ao Staphylococcus aureus resistente à meticilina USA300 genótipo como uma das principais causas de saúde associadas aos cuidados de infecções de corrente sanguínea. Clin Infect Dis 2006; 42 (5): 647-56.

-SIEGEL, J. D. et al. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infections Agents in Healthcare Settings. Atlanta: Department of Health and Human Services/CDC, June 2007.

-SIEGEL, J.D. et al. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Junho, 2007.

-Sheid KLS, Carvalho M. Avaliação da prática de lavagem das mãos pelos profissionais de saúde em atividades lúdico educativos. Rev Enfer UERJ. 2006; 14 (2):221-5

-SIMÃO, S.A.F, et al. Fatores Associados AOS Acidentes Biológicos Entre Profissionais de Enfermagem. Cogitare Enferm. v.15, n.1, p.87-91, 2010.

-SINAN. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Relatório do Hospital do Trabalhador, 2010.

-Soerensen AA, Moriya TM, Hayashida M, Robazzi MLCC. Acidentes com material biológico em profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel. Rev enferm UERJ. 2009; 17:234-9.

-TIPPLE, A.F.V. Higienização das mãos: o ensino e a prática entre graduandos na área da saúde. Maringá, v. 29, n. 2, p. 107-114, 2007.

-Tipple, A.F.V et al. Técnica de higienização das Mãos Simples: a Prática Entre Acadêmicos da Enfermagem. Ciencia Y Enfermeria, XVI (1): 49-58, 2010.

-Tvedt C, Bukholm G. Alcohol-based hand disinfection: a more robust hand-hygiene method in an intensive care unit. J Hosp Infect. 2005; 59: 229-34.

-VERSIGNASSI, Alexandre; AXT, Barbara. Donos do Mundo. Superinteressante, São Paulo, ed. 268, p. 52-59, ago. 2009.

-Zapparoli A, Marziale M. Risco ocupacional em unidades de suporte básico e avançado de vida em emergências. Rev Bras Enferm 2006; 59(1): 41-6.

Webgrafia:

-MALAGUTI, S. E. Crenças de enfermeiros com cargo de chefia de um hospital universitário sobre os riscos ocupacionais com material biológico. 2006. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-23042007-152905/>>. Acesso em: 21/01/2012.

-LIMA, L. M. de; OLIVEIRA, C. C. de; RODRIGUES, K. M. R. de. Exposição ocupacional por material biológico no Hospital Santa Casa de Pelotas - 2004 a 2008. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 96-102, março 2011 . Disponível em: Acesso em: 06/11/ 2011.

-MALAGUTI, S. E. et al. Enfermeiros com cargas de Chefia e Medidas preventivas à exposição ocupacional: facilidades e barreiras. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 496-503, setembro 2008. Disponível Acesso em: 18/06/2011.

CIÊNCIAS POLÍTICAS

POLÍTICA, RELIGIÃO E COLONIALISMO EM ANGOLA

Carlos Alberto Alves⁹

Resumo

Este artigo destaca a estratégia adotada pelo Estado Novo português (1933-1974) em prol da defesa da soberania política colonial em Angola, que se traduziu na censura, na prisão e no exílio dos defensores da independência e dos opositores políticos, incluindo uma minoria católica. O artigo descreve ainda a reação desses exilados, bem como, a resistência dos católicos em Angola durante os últimos anos da administração política portuguesa, inspirados no Concílio Ecuménico do Vaticano II (1962-1965).

Palavras-chave:

Angola; católicos; Estado Novo português; independência política.

Abstract:

The present paper highlights the strategy adopted by the Portuguese regime known as Estado Novo (1933-1974) in order to defend the colonial sovereignty in Angola, which resulted in censorship, prison and exile of political opponents and supporters of political independence, including a Catholic minority. This article also dwells upon the reaction of those exiled abroad as well as the resistance of the Catholics in Angola during the last years of Portuguese political administration, inspired upon the Ecumenical Vatican Council II (1962-1965).

⁹ Professor na ilha de S. Vicente, Mindelo, Cabo Verde, África Ocidental.

Keywords:

Angola; Catholics; Portuguese Estado Novo; political independence.

Considerações iniciais

“Já fui Selva

Já fui Reino

Já fui Colónia e Província

Passei por Estado e cá ando

Chamo-me Angola...”¹⁰

O atual território angolano está situado na África Austral com uma superfície de 1 246 700 km². A partir dos finais do século XV, Portugal estabeleceu relações com a corte congoleza, o que tornou possível o envio de alguns jovens congolezes para serem instruídos em Portugal na religião, nas leis, nos usos e costumes lusitanos. A documentação da época mostra que o primeiro contacto se realizou entre soberanos que mantiveram aliança por pouco tempo, dando, depois, origem ao início das guerras de ocupação de reinos e povos, de modo a acelerarem a sua “assimilação” à cultura portuguesa.

Os Portugueses mantiveram relações exclusivas com o reino do Congo até 1575, fase em que passaram a ter interesses mais a sul, no reino do Ngola, considerado o período em que tem início a colonização daquele estado pré-colonial. A partir de 1764, foi dada atenção à agricultura, o que permitiu reduzir o estado de dependência de Angola em relação ao Brasil; foram reconhecidas, naquela altura, a importância e a possibilidade de certas regiões, que fazem parte da Angola contemporânea, para a colonização sistemática, permitindo aos Portugueses a construção da primeira fortaleza na baía de Cabinda, em 1783.

Portugal estabeleceu nos reinos do Congo, da Matamba e do Ndongo a organização política, judicial e administrativa europeia. Entretanto, a abolição do tráfico da escravatura, em 1836, originou o primeiro Código de Trabalho Indígena relativo às ex-colónias portuguesas, em 1875, e o fim oficial da condição de escravo, em 1878, deu

¹⁰Jorge Pessoa – Mário Rui Silva, “A noite dos novos dias – Não foi isto que combinamos”, faixa n.º 2, Muzikangola, 2007.

lugar ao Regulamento de Serviçais e Colonos nas Províncias da África Portuguesa. Na verdade, o Código de Trabalho dos Indígenas das Colónias de 1899 permitiu o recurso ao trabalho forçado, compelido e correcional, tanto em obras de interesse público, como através de contrato ou recrutamento nas aldeias.

Porém, a implantação do liberalismo, na segunda metade do século XIX em Portugal, após a Revolução de 1820, permitiu o surgimento da imprensa livre em Angola, sendo alguma dela controlada por naturais de Angola sobretudo mestiços, como aconteceu, por exemplo, com o “Pharol do Povo”, jornal fundado em 1883, defensor da civilização portuguesa através de redes de escolas, reclamando autonomia para Angola enquanto denunciava o racismo e a escravatura. Com a Conferência de Berlim foi estabelecido o direito público colonial e foram definidas as atuais fronteiras de Angola. Entre 1883 e 1885, as autoridades cabindenses com soberania sobre os territórios dos antigos reinos de Loango, Kakongo e Ngoio (que se tornou, depois, o enclave de Cabinda) assinaram tratados de protetorado com Portugal.

A interação portuguesa com as populações dos vários reinos estados pré-coloniais deu origem a um mosaico cultural, primeiro nas zonas costeiras, onde a proximidade com os europeus veio alterar o *modus vivendi* das populações. A partir da segunda metade do século XIX, a ocupação militar, iniciada em 1885 e que se prolongou até 1915, irá modificar a identidade da população do interior de Angola.

Na realidade, a primeira fase da presença portuguesa no atual território angolano situa-se entre 1482 (viagem de Diogo Cão, escudeiro da casa real, ao reino do Congo) e a assinatura do Ato Geral da Conferência de Berlim, realizada entre 1884-1885), promovida por Bismarck, dando início ao imperialismo europeu, à partilha de África, que marcou o início da segunda fase da presença portuguesa em terras de Angola que, vai até à proclamação da independência política, em novembro de 1975, disputada pelos movimentos de libertação, com apoio externo, que culminou com a vitória do Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA), que governa o país presentemente, após um período de guerra civil, que terminou em 2002, intercalado por um período de “paz relativa”.

1. Religião e política colonial/ultramarina

O historiador John Baur (2002, pp. 14-271) divide a história da Igreja em África em três épocas. A primeira teve lugar no Egípto, na Etiópia e na Núbia, situados a norte do Sara

e no corno de África, onde a evangelização se defrontou com vários problemas de ordem interna entre católicos e separatistas donatistas; a segunda época deu-se nos antigos reinos africanos do Congo¹¹, de Angola, do Monomotapa, de Moçambique e do Zimbabwe. A evangelização estava confiada aos reis de Portugal e de Espanha. Entretanto, os deficientes métodos de evangelização, a ausência de religiosos e de religiosas, de catequistas, e a formação precária do clero local, entre outros fatores, contribuíram para a decadência da evangelização; a terceira época da evangelização em África ocorreu nos séculos XIX e XX, altura em que a missionação católica passou a ser tarefa de toda a Igreja e não apenas dos reis portugueses e espanhóis. Assistiu-se a um desenvolvimento do catecumenato, à formação de catequistas e ao seu envolvimento na evangelização, à formação do clero local, das famílias cristãs, bem como à fundação de congregações religiosas e de missões religiosas com escolas, igrejas e centros de assistência médica. Com a retirada, do Congo, dos missionários jesuítas, a evangelização e o ensino da língua portuguesa entraram em declínio. Os missionários capuchinhos, a quem foi confiada a prefeitura do Congo, chegaram ao Porto do Pinda em maio de 1645, tendo iniciado a evangelização, que se estendeu ao reino da Matamba, até 1834.

A congregação dos missionários Espiritanos nasceu a partir da fusão da congregação do Imaculado Coração de Maria com a congregação do Espírito Santo. Fundaram as missões de Lândana, de Caconda, considerada a “mãe” das missões católicas no planalto central de Angola (Huambo, Bié e Benguela), as missões de Malanje, de Cabinda, do Lucula, de Calulo, do Libolo, do Bailundo, entre outras.

Foram os monárquicos que concederam vantagens aos sacerdotes que fossem como missionários para África e melhoraram as condições dos missionários e dos cónegos de Luanda. Na verdade, coube aos republicanos a instituição das “missões civilizadoras”, a equiparação dos missionários a funcionários públicos para fins civilizadores, bem como o restabelecimento das leis, de 3 de setembro de 1759 e de 28 de agosto de 1767, do Marquês de Pombal contra os jesuítas e as leis de 28 de maio de 1834, de Joaquim Augusto de Aguiar, que extinguem os conventos, mosteiros, colégios e casas religiosas das ordens regulares.

Entretanto, no século XX a atividade missionária católica serviu de apoio à política colonial do Estado português. A República Portuguesa, proclamada em 5 de outubro de

¹¹ Em 1483 foi plantado o Padrão de S. Jorge na foz do rio Congo, mas foi em 1491 que teve início a evangelização. Entretanto, a diocese do Congo e Angola, criada em 1596 pelo Papa Clemente VIII (1536-1605), através da bula *Super Specula Militantis Ecclesiae*, com sede em S. Salvador do Zaire (atual Mbanza Congo), foi transferida depois para Luanda, em 1676.

1910, deu lugar a medidas para a defesa da soberania portuguesa em Angola. Durante a Primeira República (1910-1926) a administração lusa foi estendida ao território angolano, foi levado a cabo o projeto de colonização por meio da ocupação, concedendo vantagens para o ingresso de famílias portuguesas, para se estabelecerem em território angolano.

De facto, a Lei da Separação do Estado e das Igrejas, de 20 de abril de 1911, que foi estendida a Angola, em 1913¹², é também obra dos republicanos portugueses. Segundo as informações recolhidas de um mapa da Secretaria Geral do Governo de Angola, de 29 de novembro de 1911, das cinquenta e nove missões religiosas existentes naquele território apenas três eram portuguesas (Lunango, Mandimba, S. Salvador do Congo), treze missões eram americanas, onze inglesas, vinte e oito francesas e quatro alemãs.

Na realidade, foram os republicanos que criaram o Ministério das Colónias, em 1911, a Agência Geral das Colónias, em 1924, o Boletim Geral das Colónias, em 1925, e o Concurso de Literatura Colonial, em 1926, para intensificação da colonização das ex-colónias africanas. Também consideraram extemporânea a existência de um rei no Congo, que foi declarado soba, e o seu reino extinto formalmente.

Na década de vinte, do século passado, foi reforçado o projeto de colonização portuguesa e foram concedidas à Empresa de Colonização de África, Limitada, vantagens para o ingresso, em Angola, de famílias portuguesas. A missionação católica nas ex-colónias africanas beneficiou com a criação, em 1920, da Associação de Nossa Senhora de África para ajudar as obras missionárias católicas, assim como com aprovação do “Estatuto Orgânico das Missões Católicas Portuguesas de África e Timor”, em 1926¹³, que reorganizou as missões religiosas católicas. O Estatuto que esteve em vigor até 1940, definiu o papel do missionário como “agente civilizador junto das populações”, permitindo que os missionários católicos fizessem suas as palavras do padre António Vieira que transcrevemos a seguir (Paixão 1940, p. 130),

“Os outros homens, por instituição divina, têm obrigação de ser católicos; o português tem obrigação de ser católico e de ser apostólico. Os outros cristãos têm obrigação de crer a Fé; o português tem obrigação de a crer, e mais de a propagar.”

Entretanto, o golpe militar de 28 de maio de 1926 veio reforçar a ideologia colonial e substituiu as disposições autonomistas para as colónias, radicalizando a política

¹² Decreto-lei n.º 233, de 22 de novembro de 1913.

¹³ Decreto-lei n.º 12485, de 13 de outubro de 1926.

portuguesa para as colónias. A ditadura militar em Portugal (1926-1930), e mais tarde o Estado Novo português (1933-1974) – regime político anticomunista, antidemocrata, antiliberal, autoritário, intervencionista, colonialista – serão determinados num contexto internacional de crise económica e financeira, e de avidez das colónias por outras potências europeias, situação que originou o regresso do “pacto colonial” com a nacionalização dos mercados nas colónias. Deste modo, o Ato Colonial, aprovado em 1930¹⁴, deu continuidade à política definida pela ditadura militar, (re) organizou a política colonial, dando o mote ao imperialismo colonial.

Após a assinatura da Concordata e do Acordo Missionário entre a Santa Sé e a República Portuguesa, em 7 de maio de 1940, foi possível a remodelação das circunscrições eclesíásticas de Angola, cujo território foi dividido em três dioceses, com as sedes em Luanda, Nova Lisboa (atual arquidiocese do Huambo) e Silva Porto (atual diocese do Kwito Bié), passando a atividade missionária de cada território a desenvolver-se à volta da sua diocese. Começava, assim, para a Igreja católica, uma nova fase de crescimento e de desenvolvimento, conservando, porém, a cláusula (do Padroado de 1551) dos bispos portugueses, deixando as missões católicas de depender da Congregação da Propaganda Fide, conhecida também por Congregação para a Evangelização dos Povos, fundada pelo Papa Gregório XV (1554-1623), em junho de 1622, para cuidar das questões relacionadas com a evangelização; os limites diocesanos passaram a corresponder aos limites administrativos e os prelados a enviar relatórios das suas atividades bem como informação ao governo; a Igreja católica ficou isenta de impostos sobre as suas propriedades e o seu pessoal missionário passou a usufruir de subsídios estatais.

Na realidade, a Concordata criou uma situação de privilégio da Igreja católica por causa das “razões históricas” e políticas, relacionadas com a atividade missionária nas ex-colónias; possibilitou a remodelação das circunscrições eclesíásticas de Angola, divisão eclesíástica em vigor desde 1909, a criação de novas dioceses, em substituição da antiga diocese de Angola e Congo, das Prefeituras Apostólicas do Baixo Congo e do Cubango, como também das missões da Lunda e do Cunene.

De facto, a Concordata veio permitir a aprovação do Estatuto Missionário¹⁵, que define no seu Artigo 2.º as missões católicas como “instituições de utilidade imperial e sentido eminentemente civilizador”, que possibilitou aos missionários católicos portugueses e estrangeiros desempenharem um papel importante no ensino, na formação de homens e

¹⁴ Decreto-lei n.º 18570, de 8 de julho de 1930.

¹⁵ Decreto-lei 31207, de 5 de abril de 1941.

mulheres, recorrendo a uma pedagogia nacionalista, em prol da integração e assimilação dos evangelizados aos valores culturais portugueses.

Os missionários católicos construíram e fundaram missões, com escolas, igrejas, internatos, seminários, obras de assistência social e médica; reuniram imenso património no campo da linguística, da botânica, da etnografia e da geografia de Angola. Entretanto, a atividade missionária católica no território angolano contou com a colaboração de irmãos auxiliares, de catequistas e de missionárias, provenientes de vários países, que prepararam raparigas para o matrimónio cristão, ensinaram a língua e a cultura portuguesa, culinária, doutrina cristã, puericultura, costura e noções rudimentares de agricultura.

A creche era destinada a receber crianças recém-nascidas órfãs de mãe, que eram entregues aos cuidados e orientação das missionárias, que as criavam em regime de internato até concluírem a 4.^a classe. O centro de educação doméstica ou escola doméstica recebia raparigas solteiras, de idade entre os 16 e os 22 anos, residentes na área da Missão, onde lhes era administrada formação com a duração de dois anos, em regime de internamento, para a preparação doméstica. Normalmente, este curso antecedia o casamento das raparigas internas, contribuindo para a preparação de casamentos católicos das suas educandas, dando início à formação do lar cristão entre as populações angolanas. Os doentes eram assistidos pelas irmãs enfermeiras, sendo os casos mais graves transferidos para o hospital da cidade mais próxima. Nas missões os doentes eram tratados gratuitamente, embora tivessem que pagar alguns medicamentos administrados, para ajudar a garantir a assistência a outros doentes. As missionárias enfermeiras aplicaram a profilaxia médica nas aldeias, vigiando a mulher grávida, os latentes, educando as mães e fazendo a profilaxia das doenças contagiosas e hereditárias; contribuíram para o combate de doenças, tais como tripanossomíase, paludismo, doenças venéreas e as helmintíases, consideradas naquele tempo um flagelo social; ocuparam-se, entretanto, das vacinações, da proteção materno-infantil e do acompanhamento das mulheres grávidas nas maternidades.

Todavia, a escola, as obras de assistência social e médica a cargo dos missionários católicos contaram com apoio do Estado Novo. Entretanto, os subsídios estatais eram insuficientes para as necessidades reais, facto que não impediu que os missionários desempenhassem o seu papel, recorrendo ao apoio de amigos, de familiares, de benfeitores, de leigos e de organizações católicas noutros países, nomeadamente na

Europa, para permitir que o papel social das missões fosse levado a cabo, em que uma minoria de leigos chegou a desempenhar um papel importante na ação missionária.

Com António de Oliveira Salazar no poder (1932-1968), a política portuguesa até 1950 é caracterizada pela proclamação da grandeza imperial, considerando África para Portugal “uma justificação moral e uma *raison d’être*”, palavras de Marcello Caetano, que sucedeu Salazar no poder, publicadas em 1935 na revista “*Mundo Português*”, citadas no livro de John P. Cann (1998, p. 35).

Portanto, a ideologia colonial pretendeu criar um Portugal maior, mantendo ligação entre a metrópole e as suas colónias; reforçou a unidade política do Estado que, a partir da década de Cinquenta, incorporou na sua política o luso-tropicalismo, teorizado pelo brasileiro Gilberto Freyre, criticado pelo angolano Mário Pinto de Andrade num artigo que escreveu para a revista “*Présence Africaine*”, editada em França, utilizando pseudónimo (Fele 1955, pp. 1-12). O luso-tropicalismo foi utilizado em defesa da política e da soberania portuguesas nas ex-colónias, após a revisão da Constituição Política, em 1951, que substituiu a expressão colónia por ultramar, por causa da crescente ofensiva anticolonial.

O Estado Novo regulamentou a censura prévia às publicações gráficas¹⁶; inseriu disposições relativas à censura, à correspondência postal, às comunicações telegráficas, telefónicas, radiotécnicas e radiotelegráficas; tornou extensivo às colónias disposições relativas à censura.¹⁷ Foi o Estado Novo que, também, criou a Polícia Internacional de Defesa do Estado (PIDE)¹⁸, em substituição da Polícia de Vigilância e de Defesa do Estado (PVDE), e estabeleceu as penalidades a aplicar àqueles que fundassem associações que pusessem em perigo a segurança do Estado¹⁹.

Durante as décadas de Cinquenta e Sessenta o Estado Novo tomou várias medidas para a defesa da soberania portuguesa em Angola, nomeadamente o alargamento aos territórios africanos onde exercia soberania política as competências da PIDE, assim como a criação de postos e dependências em várias localidades de Angola²⁰. Regulamentou a aplicação da medida de fixação de residência a indivíduos cuja atividade fizesse recair a

¹⁶ Decreto-lei 22 469, de 11 de abril de 1933.

¹⁷ Decreto-lei 32 670, de 17 de fevereiro de 1943, e Portaria 10547, de 6 de dezembro de 1943.

¹⁸ Decreto-lei 35046, de 22 de outubro de 1945.

¹⁹ Decreto-lei 37 447, de 13 de junho de 1949.

²⁰ Decreto-lei n.º 39 749, de 9 de agosto de 1954; Portaria 16 662, de 14 de abril de 1958, e o Decreto-lei 18589, de 11 de julho de 1961.

perpetração de crimes contra a segurança do Estado²¹, tornado extensivo aos territórios africanos a aplicação da medida de fixação de residência por razões políticas.²²

Na verdade, foi também aprovada legislação para permitir a criação em Angola de um corpo de voluntários para cooperarem na manutenção da ordem e defesa da soberania portuguesa, regulamentação do imposto para a defesa e valorização dos territórios administrados por Portugal, assim como a criação de colónias penais, correcionais, granjas correcionais para cumprimento de trabalho penal agrícola²³.

Na realidade, o ensino de adaptação, inicialmente designado por ensino rudimentar, era administrado pelas missões religiosas e dirigido aos indígenas, o que levou um destacado membro da hierarquia católica portuguesa a afirmar, em 1960, quando ainda vigorava o Estatuto dos Indígenas Portugueses das Províncias da Guiné, Angola e Moçambique, aprovado em 1954²⁴, e revogado em 1961²⁵, que em África eram necessárias:

“escolas onde seja ensinado aos indígenas o caminho para a dignidade do Homem e a glória da Nação que o protege. Queremos ensinar os indígenas a escrever, a ler e a contar, mas não pretendemos fazer deles doutores” (Margarido 2000, p. 62, nota 10).

Alguns missionários do clero secular e de algumas congregações religiosas – durante a guerra colonial, guerra de libertação e guerra de África – dedicaram-se à assistência religiosa dos soldados portugueses. Na verdade, os bispos de Angola, na sua Exortação Pastoral, com data de 13 de abril de 1961, tomaram posição contrária aos defensores da independência política de Angola, como mostra o trecho que transcrevemos a seguir:

“Em primeiro lugar e acima de qualquer corrente política, que se afaste o que possa dividir, que se repudiem energicamente ideologias e práticas atentatórias dos direitos humanos, que se combatam rumores tendenciosos, que se ponha acima de todas as divergências porventura existentes aquilo que soberanamente nos une: a pátria, a solidariedade no trabalho, o desejo do progresso, a civilização cristã”.

²¹ Decreto-lei 36387, de 1 de julho e 1960.

²² Decreto-lei 36 387, de 1 de julho de 1960 e pela Portaria 43 568, de 28 de março de 1961.

²³ Decreto-lei 43 568, de 28 de março de 1961, do Decreto-lei 44 267, de 4 de abril de 1962 e do Decreto-lei 44 32, de 2 de maio de 1962.

²⁴ Decreto-lei 39666, de 20 de maio de 1954.

²⁵ Decreto-lei 43 893, de 6 de setembro de 1961.

Para finalizar este capítulo, convém destacar que em Portugal, como nas ex-colónias africanas durante o Estado Novo, vivia-se sob profundas limitações às liberdades sindicais, associativas e de imprensa; a formação de partidos políticos estava proibida com exceção da União Nacional; as obras literárias e as publicações eram censuradas (Medina 2003, p. 26).

1.1. Refugiados, presos e exilados

O enfermeiro Manuel Barros Nekaka, natural de Mbanza Congo, emigrou para o ex-Congo Belga (atual República Democrática do Congo), em 1942. De visita a Angola, em 1954, manteve contacto com o cónego Manuel das Neves, vigário-geral de Luanda, e com Victor de Carvalho, que veio a fazer parte da Organização para a Independência de Angola (OIA), fundada em 1957. Conversou também com os enfermeiros Pedro Benge, Mendes de Carvalho e José João Webba. Barros Nekaka era próximo de João César Correia, que foi portador, em 1960, de correspondência e panfletos da União das Populações de Angola (UPA), provenientes de Léopoldville, atual Kinshasa, dirigidos ao cónego Manuel das Neves, como nos dá conta o depoimento recolhido por Jaime e Barber (1999, pp. 159-160).

Os refugiados católicos angolanos no Congo criaram, em junho de 1962, a Ação Católica Operária de Angola (ACOA), movimento sindicalista anticomunista, com o objetivo de cativar católicos a interessarem-se pela independência política de Angola. Tinha sede em ex-Léopoldville, atual Kinshasa e capital da República Democrática do Congo. Em 1964 a ACOA apelou aos líderes dos movimentos de libertação de Angola e às autoridades políticas portuguesas para que adotassem uma política baseada na negociação, lembrando que a independência política é um direito natural e inalienável, como destacou a *Revue du Clergé Africain*, difundida no ex-Congo Léopoldville, em janeiro de 1964. Na verdade, um grande número de refugiados angolanos foram acolhidos nas regiões de Moerbeke, Lukala e Songololo, locais onde as crianças tinham condições para frequentarem a escola e as famílias reorganizarem a vida, como nos dá conta a publicação *Étoile du Congo e Courrier d'Afrique*, na sua edição de 19 de julho de 1965, publicada no ex-Congo Léopoldville.

Para apoiar os refugiados e imigrantes cristãos provenientes de Ambrizete, do Bembe, de Cabinda, da Damba, de Luanda, de Mbanza Congo, de Malanje, de Maquela do Zombo, de Nova Caipemba, do Uíje, de Sanza Pombo e do Songo, foi criada a Família Católica

de Angola Refugiada no Estrangeiro²⁶. Foi aprovada pelo arcebispo de Léopoldville, Joseph Malula, no dia 8 de agosto de 1964. Tinha como modelo a Sagrada Família, de modo a incentivar entre os refugiados a coesão e a solidariedade, contando, para o efeito, com a colaboração de outras associações, designadamente a Associação da Mulher Católica de Angola, a Federação dos Estudantes Católicos de Angola, a Associação dos Trabalhadores Católicos de Angola, a Associação pela Proteção da Infância de Angola e a Organização da Elite Católica de Angola.

De facto, a Família Católica de Angola Refugiada no Estrangeiro era dirigida por leigos católicos naturais de Angola e funcionava por núcleos, com o máximo de dez membros. O presidente, o vice-presidente, o secretário e o tesoureiro eram designados pelo presidente fundador. Cada núcleo tinha um assistente eclesiástico, nomeado pelo bispo, cuja missão era promover a assistência e formação religiosa, e jornadas de estudo, bem como interessar as paróquias pela situação dos refugiados. As reuniões dos núcleos tinham lugar duas vezes por mês. Nelas eram tratados assuntos relacionados com o recenseamento das famílias refugiadas (sua condição social, religiosa e económica), com a questão das visitas aos doentes, da venda de jornais católicos, do estímulo para a adesão dos refugiados ao escutismo e aos outros movimentos católicos, assim como o combate ao analfabetismo, considerado inimigo do progresso, e a erradicação do materialismo ateu, em defesa da promoção dos valores morais e culturais.

Após a fundação do Partido Comunista Angolano (PCA), em novembro de 1955, em Luanda, e do PLUAA, em 1956 – considerado o ano em que Viriato Clemente da Cruz elaborou o Manifesto que refere o “amplo Movimento Popular de Libertação de Angola [MPLA]”, surgiram vários movimentos clandestinos apelando ao fim da soberania portuguesa em Angola. É o caso do Movimento de Libertação de Angola (MLA), também conhecido por ELA, do Movimento para a Independência de Angola (MIA), do Movimento de Independência Nacional de Angola (MINA), do Movimento de Libertação Nacional de Angola (MLNA), da Organização para a Independência de Angola (OIA), entre outros.

O ano de 1958 é caracterizado pela contestação do Estado Novo e da sua política, e pelas eleições para a Presidência da República, com a participação de dois candidatos da

²⁶ Arquivo PIDE/DGS, processos 11.25.H/3, 2765 SC CI (2), “Família Católica de Angola Refugiada no Estrangeiro”, NT 1850 e NT 7231.

oposição, Arlindo Vicente e Humberto Delgado. Em 1959, teve início em Angola o processo político que foi a julgamento, em 1961, em Luanda, pelo Tribunal Militar Territorial de Angola, no que ficou conhecido por “Processo dos 50” (Medina 2003). Na verdade, eram 57, mas só foram presos 46.

Entretanto, houve vários processos organizados à medida que a polícia política ia prendendo pessoas, durante o período que durou a soberania política portuguesa. Alguns presos – que faziam parte do MIA e de outros grupos clandestinos –, durante os interrogatórios, a que foram sujeitos pelos agentes da polícia, mencionaram o contacto que mantiveram com alguns padres católicos angolanos residentes em Luanda. Isto veio confirmar as suspeitas da polícia, de 1958, altura em que foi estudada a hipótese de saber se era possível efetuar a escuta do telefone da residência onde viviam os padres Alexandre do Nascimento, Manuel Franklin da Costa e Joaquim Pinto de Andrade.

Ilídio Machado – um dos fundadores do PCA com António Jacinto, Mário António de Oliveira e Viriato da Cruz –, antes de ser preso, estava preocupado com a unidade e a fusão dos movimentos que atuavam clandestinamente, em Luanda. A fusão e a formação de um setor central seriam importantes para coordenar as suas atividades panfletárias internas e externas, de modo a terem visibilidade e pedirem apoio externo.

José Bernardo Domingos Quiosa, ex-seminarista e oficial dos Serviços de Fazenda e Contabilidade de Angola, na qualidade de secretário do MPLA, escreveu uma carta datilografada em língua francesa, com data de 27 de maio de 1960, a Gilbert Paungault, secretário-geral da Confederação Pan-Africana dos Sindicatos Crentes, residente em Brazzaville, referindo o “MOUVEMENT POPULAIRE DE LA LIBERATION ANGOLAISE [MPLA]”²⁷. A outra carta também datilografada e escrita em língua francesa com a mesma data foi enviada a Joseph Kasa Vubu, da ABAKO, em Léopoldville, terminando deste modo: “Votre dévoué, Par le MPLA ancien MINA.”²⁸

Agostinho Neto, quando se encontrava em Luanda, em 1960, foi convidado para participar numa reunião do MINA, fundado em 1957, como nos dá conta o inquérito de Manuel Pedro Pacavira²⁹. Simão Pedro Augusto, em 1959, com 18 anos de idade, fazia

²⁷ Arquivo PIDE/DGS, processo 83 SC CI (2) “Joaquim da Rocha Pinto de Andrade e outros”, volume 4, folhas 1 e 2, NT 6960-6962. Na carta apreendida pode-se ler o seguinte comentário: “Entregue pelo padre Pinto de Andrade ao “elemento” do MPLA que pretendia seguir para o Congo Belga”.

²⁸ Arquivo PIDE/DGS, processo 83 SC CI (2) “Joaquim da Rocha Pinto de Andrade e outros”, volume 4, NT 6960-6962.

²⁹ Arquivo PIDE/DGS, processo 1115, PI, “Holden Roberto”, vol. 4, folhas 81-86, NT 1024-1025.

parte do MINA, de que era responsável o José Bernardo Domingos Quiosa e de que fazia parte também Manuel Pedro Pacavira, que foi um dos subscritores do apelo do MINA, enviado à Comissão Afro-Asiática, com data de 3 de março de 1960. Após a prisão deste último, vários elementos a ele ligados fugiram para o Congo.

A polícia chegou a efetuar diligências para prender José Bernardo Domingos Quiosa, em junho de 1960, altura em que fugiu para Léopoldville e contactou em Malanje com Luís João Sebastião Micoló e com o padre Sérgio, natural de Cabinda. Naquele mês, a polícia realizou várias detenções em Luanda. Entre os presos estavam o padre Joaquim Pinto de Andrade e o médico António Agostinho Neto, cuja presença em Luanda deu origem a vários comentários mostrando confiança, como este que transcrevemos: “Podemos falar alto, porque temos o Dr. Neto para nos salvar e agora está cá.”³⁰

O padre Joaquim Pinto de Andrade, depois de ter sido preso várias vezes, foi julgado, mas na década de 70 pediu dispensa das obrigações sacerdotais, passou ao estado laical e casou com a médica Vitória e Sousa. O cónego Manuel Franklin da Costa foi impedido de regressar a Angola, em Junho de 1960. Sem culpa formada e sem julgamento, por decisão administrativa, esteve exilado em Portugal até 1974.

A prisão do cónego Manuel Mendes das Neves, vigário-geral, aos 65 anos de idade, em março de 1961, deixou o arcebispo de Luanda bastante preocupado, como mostra o trecho da carta que escreveu ao bispo Daniel Gomes Junqueira, que transcrevemos a seguir:

“Para os africanos, tudo o que não seja protestar contra a prisão dos padres nativos e de numerosos leigos detidos pela PIDE, tudo o que não seja reconhecer-lhes direito à independência, e isso já, sem demora desagradará.

O elemento europeu, por sua vez, desejará a afirmação sob o ponto de vista governamental, desejará a consagração da política de integração. Não o fazendo, vamos passar por estar incondicionalmente ao lado dos africanos e contra o Governo.”³¹

No interrogatório a que foi sujeito, o padre Manuel Mendes das Neves declarou ser partidário da independência de Angola, por meios pacíficos, com a participação dos naturais de Angola nos cargos públicos e na administração do país independente.

Um grupo de católicos angolanos, numa carta dirigida ao arcebispo de Luanda, com a data de 2 de abril de 1961, lamentou o exílio do cónego Franklin e a prisão do cónego

³⁰ Arquivo PIDE/DGS, processo 14.23. A/1, “Incidentes entre brancos e nativos”, folha 85, NT 2050.

³¹ Arquivo PIDE/DGS, processo 2668/54 SC SR, “Liga Nacional Africana, Manuel Joaquim Mendes das Neves”, pasta 1, folhas 486-488, NT 2752.

Manuel das Neves, bem como dos padres Joaquim e Lino Guimarães. No mês de abril de 1961, foram enviados para Lisboa, em regime de residência fixa, os padres Vicente José Rafael e Alexandre do Nascimento, professores no Seminário de Luanda, após diligências junto do arcebispo, por ser considerada inconveniente a permanência dos dois padres em Angola, segundo o telegrama enviado para Lisboa, com data de 24 de abril de 1961.³² Os referidos sacerdotes, ao chegarem a Lisboa, no dia 26 de abril de 1961, assinaram um documento que os proibia de participar na redação de notícias, de panfletos e de jornais que fossem suscetíveis de levar ao incitamento da oposição política, quer nas ex-colónias, quer em Portugal. O padre Vicente, durante o período em que esteve exilado em Portugal, foi docente dos Cursos de Formação de Catequistas e auxiliou os priores da Ajuda, de Santa Catarina, de Campolide e de Santa Madalena.

O padre Domingos António Gaspar, pároco da Muxima, foi preso em abril de 1961. Foi transferido para Lisboa, onde desembarcou em agosto daquele ano, tendo sido enviado para a cadeia do Aljube, onde permaneceu até ao dia 28 de outubro de 1961, altura em que passou a residir na Pensão Condestável, em Lisboa. No interrogatório a que foi sujeito pela polícia o padre Domingos afirmou não pertencer a nenhum movimento de libertação, mas, por ter nascido em Angola, é a favor da independência, ideia que transmitiu nas aldeias que visitou como padre, por estar convencido que Angola se tornaria independente à semelhança de outros países africanos.

Em Agosto de 1961 foi aplicada a medida de residência fixa ao cónego Manuel Mendes das Neves e aos padres Joaquim Pinto de Andrade, Manuel Martinho Campos Samba, Alfredo Osório Gaspar e Lino Guimarães, que se encontravam na prisão do Aljube. Foram enviados para as comunidades religiosas, no Norte de Portugal, após assinatura de uma declaração. A declaração assinada pelo padre Manuel das Neves, em Lisboa, a 18 de agosto de 1961, é semelhante à que foi assinada pelos seus colegas: “Declaro por minha honra em como não abandonarei o local de residência que me foi fixada, implicando a violação dessa obrigação na suspensão de ordens e impossibilidade de celebrar, de harmonia com o acordo estabelecido com a Nunciatura Apostólica de Portugal.”³³ O cónego Manuel das Neves faleceu no dia 11 de dezembro de 1966, vítima de ataque

³² Arquivo PIDE/DGS, processo 1096/61 SC PC, “Alexandre do Nascimento, Vicente José Rafael”, folha 1, NT 5406.

³³ Arquivo PIDE/DGS, processo 2668/54 SC SR, “Liga Nacional Africana, Manuel Joaquim Mendes das Neves”, pasta 1, folha 313, NT 2752.

cardíaco (só na década de 90 é que os seus restos mortais foram trasladados para Angola).

Em 1967, os padres angolanos que se encontravam a cumprir medidas de residência fixa no Norte de Portugal foram autorizados a transferir residência para Lisboa. Com Marcelo Caetano no poder, os padres Alexandre do Nascimento, Martinho Samba, Domingos António Gaspar, Alfredo Osório Gaspar e Lino Guimarães regressaram a Angola. Os padres Martinho Samba e Domingos António Gaspar, em 5 de novembro de 1969, assinaram o compromisso com o seguinte teor: “Declaro por minha honra que uma vez regressado à Província de Angola não mais me dedicarei a quaisquer atividades de natureza política ou subversiva, lesiva dos interesses da Nação.”³⁴

O padre Lino Guimarães veio a falecer, em dezembro de 1969, na estrada Luanda-Quibala, em circunstâncias estranhas. O padre Vicente apresentou-se no Consulado-Geral de Hamburgo, em dezembro de 1969, tendo residido no albergue católico de Hamburgo, para marítimos, Stella Maris. Participou no Congresso Internacional de Padres Contestatários, realizado em Amesterdão, de 28 de setembro a 4 de outubro de 1970, que contou com a participação de representantes de vários países.

Dezanove missionários, do Espírito Santo, portugueses e três estrangeiros (francês, holandês e espanhol), sob orientação do missionário português José Veiga, na década de 70, apresentaram aos bispos de Angola uma proposta com o intuito de serem implementadas missões diferentes das tradicionais, que seriam sustentadas com o trabalho dos missionários, abdicando dos subsídios estatais. A proposta não foi aceite, tendo sido, alguns missionários, obrigados a partir para o exílio, onde criticaram o anacronismo das relações entre a Igreja e o Estado. (Cabral, 2005)

Foi também durante a década de 70, em agosto de 1971 que foi desmantelada uma célula política pró MPLA, que atuava clandestinamente em Luanda, denominado Comité de Ação Nzaji, cuja missão era despertar a população, procurando organizar comités no Cuanza Norte, no Huambo, em Benguela e no Bié. Alguns dos seus membros foram detidos e foram apreendidas cassetes gravadas com hinos como a Internacional, o Miliciano, Viva la Revolution, uma cassette com gravações de noticiários do programa “Angola Combatente”, emitido pelo MPLA a partir de Brazzaville.

³⁴ Arquivo PIDE/DGS, processo 3008 SR, “Martinho Manuel Campos Samba ou Martinho Samba”, folha18, NT 1071 [1055]

Em setembro de 1971 o padre Luís Joaquim Manuel não chegou a ser preso, para evitar que o assunto fosse explorado pelo MPLA, através das suas emissões de propaganda radiofónica, mas foi enviada informação às autoridades políticas³⁵. O padre Luís Manuel quando residia em Luanda, na paróquia de Nossa Senhora de Fátima³⁶, conhecida por S. Domingos, que pertencia à Ordem dos Frades Menores Capuchinhos, manteve contacto com alguns membros do comité Nzaji.

1.2.Repercussão do Concílio Ecuménico do Vaticano II

Em 1958, a revista *Ecclesia*, num artigo sobre o apostolado dos leigos e a necessidade da formação do clero, anunciava que o despertar político de Angola e de Moçambique estava para breve. A convocação do Concílio Ecuménico do Vaticano II (1962-1965) foi feita pelo Papa João XXIII (1881-1963), que sucedeu, em janeiro de 1959, a Pio XII (falecido em outubro de 1958).

O Concílio Ecuménico, iniciado no pontificado de João XXIII e concluído com o Papa Paulo VI, teve quatro sessões³⁷ que revolucionaram a ação missionária, permitindo a tomada de consciência, por parte dos católicos, e reconhecendo que o anúncio do Evangelho foi levado a cabo sem ter em conta a cultura dos evangelizados, assim como os ritos e as devoções não foram adaptados aos povos e suas culturas. A Igreja-estrutura deu lugar à Igreja povo de Deus, determinando o fim do ciclo das missões religiosas como sistema histórico que se seguiu aos descobrimentos.

O Comité Diretor do MPLA, com data de 2 de outubro de 1962, presidido por Mário Pinto de Andrade, enviou um apelo aos participantes do Concílio Ecuménico para ter em conta a situação das vítimas da política colonial, nomeadamente os ministros católicos e protestantes presos, em Angola. Por seu turno, Rosário Neto, da UPA/FNLA, esteve em Roma, cidade onde proferiu uma conferência de imprensa, no dia 7 de novembro de 1962, em que reafirmou o facto de a hierarquia católica de Angola não ter tomado uma posição a favor da independência política.

³⁵Arquivo PIDE/DGS, processo 18158 SC CI (2),“Luís Joaquim Manuel”, folhas 7-8, NT 7811.

³⁶ Arquivo PIDE/DGS, processo 13.10.H/3, “Ordem dos Padres Capuchinhos”, NT 1981.

³⁷ A primeira sessão teve lugar entre outubro de 1962 e dezembro de 1962; a segunda, realizou-se de setembro de 1963 a dezembro de 1963; a terceira, de setembro de 1964 a novembro de 1964; a quarta, de setembro de 1965 a dezembro de 1965.

Os colóquios de pastoral que tiveram lugar em Nova Lisboa (atual Huambo), em 1966, e em Benguela e no Lobito, em 1967, foram noticiados em alguns jornais católicos da Europa e de África. O objetivo dos colóquios era permitir aos católicos refletir sobre a presença da Igreja em Angola naquele tempo, como eram utilizados os meios de comunicação social, nomeadamente a imprensa, a rádio e o cinema na atividade missionária da Igreja, como deviam ser feitos e organizados os cursos bíblicos, de religião, tendo em consideração as línguas e a cultura angolana. O colóquio realizado em Benguela e no Lobito destacou o papel dos cristãos na economia e na política, com a criação, por exemplo, de um centro de cultura cristã no litoral e de bibliotecas, e a organização de ciclos de estudos.

O terceiro colóquio de pastoral teve lugar no salão paroquial da Sé Catedral do Huambo, em maio de 1968³⁸. Contou com a participação de seminaristas, sacerdotes, leigos e alunos do Instituto Superior Católico, criado pelo bispo Daniel Gomes Junqueira, em 1966, ano em que os missionários do Espírito Santo celebraram o centenário da sua presença em Angola. O colóquio refletiu sobre o cristianismo em Angola, considerou urgente a implantação da Igreja com clero local, o respeito e a promoção da cultura das populações onde o missionário vivia e trabalhava, assim como a formação e a promoção da mulher angolana. Os promotores do colóquio foram acusados de incentivarem o poder negro e de organizarem reuniões políticas. Alguns participantes chegaram a ser ouvidos pelas autoridades policiais, numa altura em que os organizadores do colóquio encontravam-se no exílio, proibidos de regressarem para Angola.

A Editorial Biblioteca Colóquios, fundada em Luanda para edição de livros sobre a sociedade angolana – tendo em conta as recomendações tomadas no Concílio Ecuménico Vaticano II –, publicou, em 1968, o livro “Ecumenismo em Angola, do ecumenismo cristão ao ecumenismo universal” e a separata sobre o movimento ecuménico do protestantismo e do catolicismo, da autoria de Fernando dos Santos Neves, missionário do Espírito Santo, que, juntamente com os seus colegas Jorge Sanches e Waldo Garcia, promoveu e organizou os colóquios de pastoral.

A separata e o livro, composto por três partes e onze capítulos, foram apreendidos pela PIDE, em janeiro de 1968, para evitar “sublevações antiportuguesas”. Segundo o parecer emitido pela comissão de leitura, com data de 26 de fevereiro de 1968, os capítulos 6 e 8

³⁸Foi expulso de Angola o missionário Adalberto da Postioma, membro da Ordem dos Frades Menores Capuchinhos, em Angola desde 1961 e professor do Seminário de Luanda, por ter considerado justa a promoção dos angolanos e o direito dos povos à independência política.

da segunda parte, e o capítulo 9 da terceira parte não continham matéria política e social contra a política vigente, mas o capítulo 10, intitulado “Ecumenismo universal e negritude”, foi considerado “subversivo e antinacional”, podendo “ser explorado como instrumento de propaganda contra a política portuguesa em África.”³⁹

De acordo com a comissão de leitura, as páginas 278 e 279 do capítulo 10, que transcrevemos a seguir, foram consideradas anticonstitucionais, por servirem de instrumento ao nacionalismo angolano:

“Direi apenas que a negritude nem como negritude se realizará plenamente, se não se abrir ao diálogo do humanismo universal; e que também o humanismo universal ficará mais pobre, menos universal e menos humano, sem o diálogo da negritude. O que deveria bastar para que, em total dignidade, se iniciem novos caminhos que sejam também caminhos novos.” (Neves 1968, pp. 278-279).

A apreensão do livro e a proibição, pela polícia, dos primeiros colóquios sociais que deviam ter lugar em Luanda, nos dias 1 a 4 de abril de 1968, provocaram protestos que foram expressos numa carta aberta, onde se poder ler (Neves 1975, pp. 201-204):

Uma Igreja livre é uma Igreja que se tornou “puramente Igreja num mundo plenamente mundo” (...) “uma Igreja livre num Estado livre”; uma Igreja que (...) anuncia a “palavra de Deus”; uma Igreja que não vai atrás de slogans ociosos ou das histórias da carochinha para adultos sobre a “defesa da civilização cristã”, lembrando-se, em primeiro lugar, que só merece o nome de cristã a sociedade em que se respeitam os direitos do homem (...) E só mais uma referência aos problemas número um de Angola deste tempo: o problema da aculturação – negritude e o problema da revolução independência. E só para dizer que fazemos nossas as intenções do capítulo 10, ecumenismo e negritude, do citado livro “Ecumenismo em Angola, do ecumenismo cristão ao ecumenismo universal” e que, para nós, não pode haver outra maneira de ser evangelicamente cristãos que a de nos empenharmos concretamente nos “movimentos angolanos de libertação.

³⁹ Arquivo PIDE/DGS, processo 9704 CI (2), “António Fernando Santos Neves, Luís Carlos Garcia de Castro, Jorge da Silveira Sanches”, folhas 13-15, NT 7571.

Considerações finais:

A atividade missionária católica em Angola, durante o Estado Novo, seguiu uma metodologia, a nível da pastoral, que não permitia o católico ver para além da ideologia política. Mesmo assim, uma minoria de católicos criticaram a política do Estado Novo português. Não contribuíram para a defesa da soberania política portuguesa em Angola, razão pela qual foram presos, exilados, considerados progressistas e pregadores do “Evangelho da subversão”.

Esta minoria de católicos que era a favor da independência política, cujas ideias apresentaram junto dos seus colegas, dos seminaristas, ex-seminaristas, catequistas e católicos com quem contactavam, para pôr fim ao regime político em vigor em Angola, posicionaram-se contra as injustiças sociais patentes em vários setores da sociedade angolana, que fez com que as autoridades políticas tomassem algumas medidas legislativas durante as décadas de 60 e 70 em prol do desenvolvimento económico, social, educacional, sem, no entanto, abdicar da soberania portuguesa.

Manuel Nunes Gabriel, arcebispo de Luanda, em 1973, respondeu ao artigo que criticou a política do Estado Novo e a ação missionária católica que foi escrito pelo padre Jorge Sanches, publicado no n.º 15 da revista *Spiritus*”, em 1972, referiu-se também ao caso do padre Adalberto da Postioma e do “projecto Veiga”.

É necessário referir que três meses antes do 25 de abril de 1974 – acontecimento político conhecido por “revolução dos cravos”, que permitiu a instauração do regime democrático em Portugal e o complexo processo para transferência da soberania política, nas ex-colónias africanas, para os movimentos de libertação – a PIDE que passou a designar-se Direção Geral de Segurança (DGS)⁴⁰, até ser extinta em 1974⁴¹, elaborou uma lista com trinta e seis sacerdotes que estiveram “implicados em atividades ilegais ou subversivas”⁴², como eram classificados naquele tempo os críticos do regime político vigente, os comunistas, os democratas, os progressistas e os membros dos movimentos de libertação das ex-colónias portuguesas.

⁴⁰ Decreto-lei 49 401, de 24 de novembro de 1969.

⁴¹ Decreto-lei 171/74, de 25 de abril de 1974.

⁴² Arquivo PIDE/DGS, processo 13.10.H/4, “Sacerdotes nacionais e estrangeiros que estiveram implicados em atividades ilegais ou subversivas”, NT 1981.

Do inventário elaborado pela polícia, doze sacerdotes pertenciam ao clero secular da arquidiocese de Luanda, que abrangia também a atual diocese de Cabinda, criada em 1984 pelo Papa João Paulo II, e a diocese de Novo Redondo (atual Sumbe), criada pelo Papa Paulo VI em 1975, dos quais nove sacerdotes estiveram exilados e presos em Portugal. O padre António da Silva Maia, missionário do clero secular português, que se encontrava no Ambriz, foi preso e depois repatriado para Portugal, em 1961. Joaquim Francisco Trindade, sacerdote angolano do clero secular da diocese de Silva Porto (Kwito Bié), criada em 1940, esteve preso no Huambo e em Luanda, na década de Sessenta. Os restantes missionários faziam parte da congregação do Espírito Santo, sendo quatro estrangeiros e os restantes portugueses, entre os quais alguns subscreveram o “projeto Veiga”. Não estiveram presos, mas muitos deles tiveram que partir para o exílio e tiveram entrada interdita em Angola e noutras ex-colónias africanas até abril de 1974.

Fonte consultada:

Arquivo Nacional da Torre do Tombo, em Lisboa, Delegação de Angola e Serviços Centrais da PIDE/DGS.

Referências Bibliográficas:

ALMEIDA, João Miguel (2008), *A oposição católica ao Estado Novo, 1958-1974*. Lisboa: Edições Nelson de Matos.

BAUR, John (2002), *2000 anos de cristianismo em África. Uma história da Igreja africana*. Lisboa: Paulinas.

BESON, Emmanuelle (2002), *Autour du procès de Joaquim Pinto de Andrade. L'Église catholique et l'Angola colonial, 1960-1975*. Dorigny (Suíça): Le Fait Missionnaire, Faculté de Théologie.

BUHLMANN, Walbert (1976), *O terceiro mundo e a terceira Igreja. Uma análise do presente e do futuro da Igreja*. S. Paulo: Edições Paulinas.

CABRAL, Salvador (2005), *A missão... nas teias da PIDE (o livro da minha liberdade)*. Braga: Oficina de S. José.

CANN, John P. (1998), *Contra insurreição em África. O modo português de fazer a guerra, 1961-1974*. S. Pedro do Estoril: Atena.

CRUZ, Manuel Braga da (1998), *O Estado Novo e a Igreja Católica*. Lisboa: Bizâncio.

ESTEVES, Manuela Sofia Leston Gomes Blanc (2001), *A presença das missões católicas na África Portuguesa na época marcelista (1968-1974): visões da imprensa estrangeira*. Faculdade de Letras: Universidade de Coimbra.

FELE, Buanga (1955), “Qu’est-ce que le lusotropicalisme?”. Paris: *Présence Africaine* 4: 1-12.

FREIRE, José Geraldes (1976), *Resistência católica ao salazarismo-marcelismo*. Porto: Telos.

GABRIEL, Manuel Nunes (1973), *As missões religiosas e a política portuguesa*. Luanda: CEAST.

GABRIEL, Manuel Nunes (1978), *Angola – Cinco séculos de cristianismo*. Queluz: Literal.

HENDERSON, Lawrence Wallace (1990), *A Igreja em Angola. Um rio com várias correntes*. Lisboa: Além-Mar.

JAIME, Drumond e Helder Barber (1999), *Angola: depoimentos para a história recente, 1950-1976*. Lisboa: Edição de Autor.

MARGARIDO, Alfredo (2000), *A lusofonia e os lusófonos. Novos mitos portugueses*. Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.

MEDINA, Maria do Carmo (2003), *Angola: processos políticos na luta pela independência*. Luanda: Universidade Agostinho Neto.

MUACA, Eduardo André (1991), *Breve História da Evangelização de Angola, 1491-1991*. Lisboa: Secretariado Nacional das Comemorações dos 5 Séculos.

NEVES, Fernando Santos (1975), *Quo vadis, Angola? Sobre a presença do cristianismo na Angola deste tempo*. Luanda: Editorial Colóquios.

PACHECO, Carlos (2001) “As sublevações de 1961 em Luanda: a figura do cónego Manuel Joaquim Mendes das Neves”. Encontro de Divulgação e Debate e Estudos Sociais – Angola 40 anos de Guerra. Vila Nova de Gaia: Sociedade de Estudos e Intervenção Patrimonial, 6: 9-13.

PAIXÃO, Braga (1940), “Novos Aspectos do problema missionário Português”, Portugal em África, 33:129-140.

ROCHA, Edmundo (2009), *Contribuição ao estudo da génese do nacionalismo moderno angolano (período 1950-1964): testemunho e estudo documental*. Lisboa: Dinalivro.

SANCHES, Jorge (1972), “Les missions catholiques et la politique de l’État Portugais”. Paris: Spiritus 51:370-382.

SCHUBERT, Benedict (2000), *A guerra e as Igrejas – Angola, 1961-1991*. Suíça: P. Schlettwein Publishing.



NORMAS DE
PUBLICAÇÃO

1. Os artigos podem ser escritos em português, inglês, espanhol e francês. Têm que ser inéditos e não mais de 20 páginas notas de pé de páginas incluídas.
2. As resenhas submetidas não devem superar 6 páginas.
3. Aceitam-se os projectos de investigação que não superam 8 páginas.
4. O formato das letras é Times New Roman 12, justificado e com 1,5 de espaço
5. Os textos devem ser enviados em formato Word Perfect ou em Word para o Pc.
6. Os artigos enviados devem ser assinados pelos autores que também deverão indicar os seus graus académicos
7. A redacção da revista se reserva o direito de publicar ou não.
8. Haverá sempre um comité externo para avaliação dos artigos
9. Os títulos dos artigos devem estar na língua original e em caso de necessidade em inglês.
10. As referências bibliográficas e notas de pé de páginas numeradas. As referências bibliográficas devem ser completas na primeira cita.

Livros electrónicos:

As citas devem começar com o primeiro e último nome do (s) autor (es), título do livro electrónico (em itálico), editor, data de publicação, número da página citada. Endereço Web (Disponível a data da consulta).

Processo de avaliação e de seleção dos artigos:

1. Os artigos devem ser enviados para o e-mail da revista ou do diretor antes do último dia de cada mês.
2. A direcção acusará a recepção do trabalho sem necessariamente manter contacto com o autor antes da decisão final de publicar ou não.
3. Os autores dos artigos são responsáveis pela sua revisão ortográfica e gramatical.



Instituto Superior Politécnico Sol Nascente
APRESENTAÇÃO / ACTIVIDADES

APRESENTAÇÃO

O Instituto Superior Sol Nascente de Huambo surge no quadro da premente necessidade da educação competente e competitiva para a nova Angola. Os seus promotores profundos conhecedores da realidade angolana, vêem na sua criação a maneira mais eficaz para participar activamente na construção do ideal educativo da nova Angola.

O Instituto quer afirmar-se não somente como espaço da meritocracia, mas também como espaço da necessidade de uma avaliação contínua da "eticidade" da meritocracia, daí o seu lema "honor, labor et meritum".

Creemos que a crença num mérito equilibrado pode dar lugar a formação do homem que a sociedade precisa. O Instituto defenderá os ideais humanistas sem entrar no humanitarismo. Procurará inculcar aos seus alunos e funcionários o espírito de trabalho árduo e persistente como o caminho seguro do bom aprender. Esta é, pois uma das grandes novidades que queremos oferecer: o bom aprender. Não terá, pois como vocação tapar os buracos deixados ou existentes, mas sim, reflectir sobre estas carências oferecendo como contribuição um ensino de qualidade.

Não é da vocação do Instituto formar uma elite endinheirada, mas sim, afirmar-se como uma alternativa ética da educação e na educação, constituindo com isso numa vanguarda da protecção dos espaços da emergência da verdade. O elitismo do Instituto será, portanto associado sempre ao ideal da elevação ética na sua relação com o ensino.

Director-Geral

Phd Inácio Valentim

