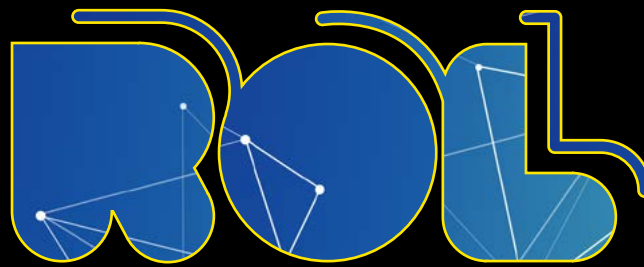




www.e-rol.es

SUPLEMENTO DIGITAL • VOL. 43 / N° 1

ENERO 2020



revista de enfermería

MEJOR REVISTA  
DE ENFERMERÍA  
PREMIO UESCE

Adheridos a  
**Nursing now**

**International Congress**  
**RESEARCH**  
**INNOVATION &**  
**DEVELOPMENT**  
**IN NURSING 2019**  
**Conference Proceedings**

SUPLEMENTO DIGITAL

# CINTESIS

Health. Research.

Medicina Preventiva  
& Desafíos Societales

Investigación Clínica  
& Traslacional

Ciencia de datos, de  
decisión & Tecnologías  
de la Información

Research.  
Health.  
Research.  
Health.  
Research.

Somos investigación. Somos salud. Somos CINTESIS.

Visítenos en [cintesis.eu](http://cintesis.eu)

This Digital Supplement was funded by:



UNIÃO EUROPEIA  
Fundo Europeu  
de Desenvolvimento Regional

**FCT** Fundação  
para a Ciência  
e a Tecnologia  
UID/C/04255/2013

## International Congress

# RESEARCH INNOVATION & DEVELOPMENT IN NURSING 2019

## Conference Proceedings

The International Week in Research, Innovation and Development in Nursing was organized by a group of researchers of CINTESTS – Center for Health Technology and Services Research, integrated into the Nursing research group (NursID). The event, under the theme Innovation and Development in Nursing, was held between 6 and 10 May 2019 at Escola Superior de Enfermagem do Porto (Nursing School of Porto), Porto, Portugal.

**N**ursID 2019 focused on health research, with no disciplinary boundaries and included lecturers from several areas of knowledge, aiming at contributing to the dissemination of research in teaching, research units and clinical practice.

The event provided an excellent opportunity for the sharing of knowledge, experience and evidence deriving from research, fostering partnerships between researchers, with particular emphasis on the ongoing research projects of the Nursing Research Group (NursID), integrated in CINTESIS.

The programme included different presentations – courses, seminars and an international congress including poster presentation, oral communications conferences and debates.

The event gathered national and international lecturers, enabling the dissemination of research projects and outcomes, the development of research skills and raising the debate on several core topics:

- Health literacy;
- Nursing education;
- Scientific evidence in nursing;
- Nurses' pivotal roles;
- Populations outreach;
- Empowerment in nursing.

241 researchers from several countries registered in the International Week and participated in 105 Poster presentations, 115 Oral communications, 8 Seminars, 11 Lectures; and 2 Courses.

This supplement comprising 66 articles, focuses on health issues, the identification of needs and intervention strategies throughout the lifespan – children, adolescents, adults, older people; and specific contexts – Hospital, Health Centres; Family Context, Community Context, among others.

The articles address some main topics:

- Data on family needs and more effective types of intervention;
- Epidemiological data on multiple nursing diagnoses;
- Data on the effectiveness of Nursing interventions;
- Data on the importance of evidence in Health;
- Data on the main problems reported by students;
- Data on health communication strategies;
- Data on the importance of Literacy in Health and Mental Health;
- Data on the advantages of simulation in medical and nursing teaching - contributions to patient safety;
- Data on the development of palliative care in dementia - the importance of establishing guidelines, the importance of creating the caregiver status, empowerment and evaluation of the caregiver;
- Data on the importance of healthy work contexts and health promoters.

### THE CONGRESS VIDEOS ARE AVAILABLE AT:

Link day 1:  
[shorturl.at/inuQ6](https://shorturl.at/inuQ6)

Link day 2:  
[shorturl.at/bdwF8](https://shorturl.at/bdwF8)

### Carlos Sequeira, PhD, MSc, RN

Coordinator Professor - Escola Superior de Enfermagem do Porto (Nursing School of Porto)

Coordinator of the Research Group – NursID: Innovation and Development in Nursing – CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research – FMUP-Faculty of Medicine of Porto

[www.researchgate.net/profile/Carlos\\_Sequeira2](https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sequeira2)

## Índice

**1. Autogestão na pessoa com doença coronária: importância da intervenção de enfermagem**

Ana Luísa Rocha, Lígia Lima, Celeste Bastos.

**2. Nível de satisfação e desejo de mudar de situação profissional em enfermeiros de unidades de cuidados continuados integrados**

António Calha, Raúl Cordeiro, Carla Carvalho, Isabel Mascarenhas, Maria Telma Carvalho.

**3. Plan de nacimiento: una mirada de los profesionales de la salud en Portugal**

Arminda Pinheiro, Dolores Sardo.

**4. Investigação e inovação em saúde: intervenções do enfermeiro de saúde comunitária e de saúde pública**

Carmen Cunha, Maria Adriana Henriques, Andreia Costa.

**5. Simulación y liderazgo en la educación de enfermería**

Cátia Teixeira, Amélia Castilho, Rui Baptista.

**6. Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem - modelo Safecare**

Cristina Barroso, Luís Carvalho, Cristina Augusto, Leonor Teixeira, Ana Teixeira, Inês Rocha.

**7. Instrumentos de avaliação da dor em pessoas com alteração da consciência: uma revisão sistemática**

Daniela Cunha, Ana Ribeiro, Filipe Pereira.

**8. Intervenções eficazes na prevenção ou redução da sobrecarga do familiar cuidador: revisão sistemática da literatura**

Daniela França, Maria José Peixoto, Fátima Araújo.

**9. Personalidade, ansiedade e vulnerabilidade ao burnout em enfermeiros: um estudo comparativo Portugal/Espanha**

Cristina Queirós, Elisabete Borges, Pilar Mosteiro, Margarida Abreu, Maria Baldonado.

**10. Identificar práticas de enfermagem de qualidade no ambulatório de pediatria: revisão sistemática da literatura**

Maria Martins, Graça Aparício, Isabel Bica.

**11. Implementação de uma *bundle* para redução do risco de infeção no local cirúrgico em doentes submetidos a colecistectomia**

Ana Marques, Conceição Osório, Cristina Aguiar, Graça Lopes, Tânia Rodrigues.

**12. Família e trabalho: conciliação percebida por trabalhadores em idade avançada**

Helena Loureiro, Margareth Angelo, Aida Mendes.

**13. A mudança nas percepções dos enfermeiros de família sobre os pressupostos da intervenção familiar após o processo formativo MDAIF**

Maria Henriqueta Figueiredo, Manuela Ferreira, Virgínia Guedes, Palmira Oliveira, Mireille Amaral, Carme Ferré Grau.

**14. A pessoa portadora de esclerose múltipla, o familiar cuidador e processo familiar**

Ermelinda Marques, Eliana Gonçalves, Ana Murteiro, Carlos Vitor, Maria Henriqueta Figueiredo, Marlene Lebreiro, Rute Rego.

**15. Estratégias de *coping* na família da pessoa portadora de esclerose múltipla**

Maria Henriqueta Figueiredo, Eliana Gonçalves, Ermelinda Marques, Carlos Vitor, Ana Murteiro, Marlene Lebreiro, Rute Rego.

**16. Etiologia e tratamento de queimaduras provocadas por agente químico: scoping review**

Virgínia Guedes, Maria Jacinta Dantas, George Chiriatic, Maria Henriqueta Figueiredo.

**17. Perspetiva da família sobre as implicações do uso de ventilação mecânica não-invasiva em casa**

Virgínia Guedes, Maria Henriqueta Figueiredo, Rui Novais, Hortense Cotrim.

**18. Significados atribuídos pelas mulheres migrantes aos cuidados de enfermagem durante a vigilância da gravidez ao pós-parto**

Conceição Santiago, Maria Henriqueta Figueiredo, Marta Basto.

**19. A percepção dos enfermeiros face à identificação da necessidade de cuidados de enfermagem nas famílias reconstruídas, com filhos adolescentes**

Hortense Cotrim, Maria Henriqueta Figueiredo, Virgínia Guedes, Manuela Ferreira.

**20. A percepção dos enfermeiros relativamente ao seu grau de competência para a prestação de cuidados de enfermagem às famílias reconstruídas, com filhos adolescentes, na área de atenção satisfação conjugal**

Hortense Cotrim, Maria Henriqueta Figueiredo, Virgínia Guedes.

**21. Sentimentos de tristeza e desesperança em jovens portugueses**

Rejane Medeiros Millions, Ilda Fernandes, Luísa Andrade, Luís Graça, Maria Manuela Martins, Karla Rolim.

**22. Conhecimentos dos adolescentes sobre sexualidade e afetos**

Inês Santos, Isabel Bica, Graça Aparício, Ernestina Silva, Carlos Albuquerque.

## Índice

**23. Enfermagem no trabalho: diagnosticar para intervir na literacia para a saúde e nos estilos de vida**

Isabel Fragoeiro, Gregório Freitas, Clementina Morna, Ana Jardim de Azevedo.

**24. Estilos de vida dos enfermeiros e queixas musculoesqueléticas**

Maria Isabel Moura, Maria Manuela Martins, Olga Ribeiro, Bárbara Gomes.

**25. Impacte de um programa de exercício físico na capacidade funcional de idosos institucionalizados**

Isabel Nogueira, Nilza Nogueira, Fátima Araújo.

**26. “Terapias complementares” nas emoções: uma perspetiva sociopoética**

Isilda Ribeiro, Cláudia Tavares, José Carvalho.

**27. Carga de trabalho de enfermagem na consulta à pessoa com diabetes mellitus: estudo preliminar**

Maria Jacinta Dantas, Maria Henriqueta Figueiredo, Mariana Cruz, Mónica Barbosa, Marlene Lebreiro.

**28. Sexual dysfunction and quality of life in prostate cancer**

Joana Teixeira, Germano Couto, Ana Paula Prata, Ana Maria Almeida.

**29. Urinary incontinence: the impact on the quality of life**

Joana Teixeira, Germano Couto, Ana Paula Prata, Ana Maria Almeida.

**30. A mentoria como processo promotor da competência emocional em enfermagem: perspetivas de estudantes e professores do curso de licenciatura**

José Vilelas, Paula Diogo, Isabel Lucas, Maria João Fernandes.

**31. A prática baseada na evidencia como indicador da supervisão clínica em enfermagem no contexto de cirurgia de ambulatório**

Leonor Teixeira, Miguel Silva, Vanda Barandas, Ana Teixeira, Cristina Barroso, Luís Carvalho.

**32. Supervisão clínica: análise da avaliação da dor pós-operatória em cirurgia de ambulatório**

Leonor Teixeira, Rui Santos, Cristina Augusto, Cristina Barroso, Luís Carvalho.

**33. Automedicação: comportamento de um grupo de estudantes de saúde no ensino superior**

Lia Sousa, Lurdes Teixeira, Rui Jesus, Filipe Fernandes, Isabel Araújo.

**34. Literacia em saúde e adesão terapêutica em doentes renais crónicos em programa regular de hemodiálise**

Nuno Araújo, Mónica Silva, Ana Canário, Eduarda Ferreira, Lia Sousa.

**35. Nível de e-literacia em saúde em alunos do ensino secundário privado**

Isabel Araújo, Lurdes Teixeira, Rui Jesus, Filipe Fernandes, Lia Sousa.

**36. Principais problemas éticos nos cuidados de saúde primários**

Clara Simões, Isabel Araújo, Nuno Araújo, Filipe Fernandes, Lia Sousa.

**37. Cuidados de enfermagem ao idoso submetido a implantação de válvula aórtica transcater e família na preparação do regresso a casa: revisão scoping.**

Liliana Silva, Idalina Gomes.

**38. Programa de intervenção de enfermagem na vacinação dos doentes submetidos a transplante de células progenitoras da hematopoiese**

Lúcia Bacalhau, Patrícia Pontífice-Sousa, Rita Marques, Elsa Oliveira.

**39. Revisão bibliométrica da produção científica em enfermagem oncológica segundo a fenomenologia da prática de Van Manen**

Lúcia Bacalhau, Patrícia Pontífice-Sousa, Rita Marques.

**40. Performance de aprendizagem e o abandono escolar no ensino superior**

Manuela Ferreira, Lídia Cabral, Sofia Campos, João Duarte, Cláudia Chaves, Raquel Guiné.

**41. Ansiedade perioperatória em adolescentes: manifestações e necessidades de controlo. Revisão integrativa**

Márcia Pestana-Santos, Margarida Reis Santos, Adriana Pestana-Santos, Cláudia Pint, Lurdes Lomba.

**42. Eficácia dos programas de promoção de saúde nos locais de trabalho: revisão integrativa**

Margarida Abreu, Elisabete Borges, Cristina Queirós.

**43. Intervention beam in prevention of local surgical infection**

Margarida Ferreira, Joana Teixeira, Susana Camarinha, Amélia Monteiro, Joana Monteiro.

**44. Construção e validação de um objeto de aprendizagem para enfermeiros**

Margarida Reis Santos, Cândida Koch, Ana Paula Prata.

**45. O processo de transição da integração do recém-nascido na família alargada: confrontando diferentes perspetivas**

Maria Isabel Moreira, Maria Henriqueta Figueiredo, Cármen Andrade.

**46. Preditores de bem-estar psicológico em estudantes do ensino superior**

Maria José Nogueira, Carlos Sequeira.

## Índice

### **47. Empowerment comunitário em saúde escolar – adolescente com diabetes mellitus tipo 1**

Sofia Feitor, Ana Rita Veiga, Almarim Silva, Vitor Silva, Sandra Duarte, Maria Rui Sousa, Fernanda Bastos.

### **48. Consensus must be found on intravenous fluid therapy management in trauma patients**

Mauro Mota, Margarida Reis Santos, Madalena Cunha, Filipe Melo, Hugo Neves, Tito Abrantes.

### **49. Conhecimento dos enfermeiros antes e após um programa educativo, sobre prevenção de quedas na população idosa em contexto comunitário**

Fátima Araújo, Nilza Nogueira, Cândida Maciel, Ana Paula Fernandes.

### **50. Factores de riesgo de caída en la comunidad: basado en auto-reporte de personas mayores**

Nilza Nogueira, Fátima Araújo, Paulo Marques, Sandra Cruz, Júlia Martinho, Maria Manuela Martins.

### **51. Non-pharmacological interventions in the control of urinary incontinence and the instruments that allow the diagnosis: integrative review**

Nilza Nogueira, Cristina Pinto, Carla Cerqueira, José Luís Ramos, Leonor Teixeira.

### **52. The effectiveness of negative pressure therapy for the treatment of diabetic foot wound: an umbrella study**

Olga Fernandes, Palmira Oliveira, Cristina Pinto.

### **53. Bem-estar e espiritualidade em adultos seniores**

Ana Maria Fernandes, Cristina de Sousa, Olga Valentim, Luís Sousa, Helena Vinagre, José Carlos Carvalho.

### **54. Relação entre qualidade de vida e consumo de álcool em adolescentes**

Ramon Missias-Moreira, Luís Sousa, Olga Valentim, Paulo Seabra, Fátima Frade, Cristina de Sousa.

### **55. Práticas educativas em enfermagem de saúde familiar: contributo para o desenvolvimento das competências clínicas dos enfermeiros**

Palmira Oliveira, Maria Henriqueta Figueiredo, João Apóstolo, Carlinda Leite.

### **56. Criação e validação de um programa promotor de saúde mental positiva em adolescentes**

Sónia Alves, Isilda Ribeiro, Carlos Sequeira.

### **57. Tradução para português e validação cultural da Empowerment Assessment Rating Scale**

Pedro Melo, Alice Teixeira, Catarina Fernandes, Luísa Vale Ferreira, Sandra Santos, Isabel Sousa, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Cândida Maciel, Dulce Pinto, Carlos Pinto, Sérgio Sousa, Teresa Cardoso, Cláudia Telles de Freitas, Matilde Dimande.

### **58. Construção de um apoio online para o familiar cuidador**

Pedro Neves, Carlos Sequeira, Lia Sousa, Mar Lleixà Fortuño.

### **59. Conforto ao adulto em fim de vida hospitalizado**

Raquel Pereira, Teresa Silveira José, Vilelas, Patrícia Pontífice-Sousa.

### **60. Perceção dos pais sobre o futuro da criança com cancro**

Rita Pires, Margarida Reis Santos, Cândida Pinto.

### **61. Competências não-instrumentais no ensino de estudantes de enfermagem: eficácia de um programa em contexto de simulação de alta-fidelidade**

Sara Pires, Sara Monteiro, Anabela Pereira, Joana Stocker, Daniela Chaló, Isa Melo.

### **62. Conviver com a incerteza relacionada com a doença neurodegenerativa hereditária: um estudo etnográfico**

Sónia Novais, Felismina Mendes.

### **63. Avaliação da dependência no autocuidado: estudo exploratório do fenómeno em contexto comunitário**

Soraia Pereira, Teresa Martins, Paulo Machado.

### **64. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: escores de risco e determinantes clínicos**

Suellen Matos, Margarida Abreu, Adriana Lucena, Iraktânia Diniz, Smalyanna Andrade, Simone Oliveira.

### **65. Literacia e qualidade de vida na diabetes mellitus tipo 2 num ACES do Minho, Portugal**

Susana Araújo, Carminda Morais, Jorge Ribeiro, Pedro Ferreira, Rui Pimenta.

### **66. Gestão de enfermagem: áreas prioritárias na segurança de profissionais e clientes**

Tânia Correia, Maria Manuela Martins, Elaine Forte.

# Revista ROL de Enfermería está incluida en los siguientes índices bibliográficos



**ESCI JOURNAL CITATION REPORTS®.** Base de datos multidisciplinar producida por el ESCI (Emerging Source for Citation Index) dependiente de Clarivate Analytics (previamente Thompson Reuters Corporation).

**CINAHL®.** Base de datos producida por la National League for Nursing y la American Nurses Association, y especialmente diseñada para responder a las necesidades de las enfermeras, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, así como otros profesionales relacionados. Su equivalente impreso es el Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature.

**CUIDEN®.** Base de datos de la Fundación Index. Granada. España. CUIDEN también mide factor de impacto.

**LATINDEX.** Es producto de la cooperación de una red de instituciones que funcionan de manera coordinada para reunir y disseminar información bibliográfica sobre las publicaciones científicas seriadas producidas en América Latina, España, Caribe y Portugal.

**IBECS.** En 2001, La Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud (BNCS) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) presentó la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) de nuestro país en colaboración con BIREME (OPS/OMS). Su base de datos IBECS recoge literatura indexada sobre ciencias de la salud publicada en España.

**DIALNET.** Universidad de la Rioja. Uno de los mayores portales bibliográficos de acceso libre y gratuito, cuyo principal cometido es dar mayor visibilidad a la literatura científica hispana en Internet.

**WORLDCAT.** Una red mundial de servicios y contenido bibliotecario.

**MEDES.** En sus propias palabras, «una iniciativa de la Fundación Lilly que tiene como objetivo promover la utilización del español como lengua para la transmisión del conocimiento científico en general y de las Ciencias de la Salud en particular». Una potente herramienta de consulta bibliográfica para todos los hispanoparlantes.

**ENFISPO.** Permite la consulta del catálogo de artículos de una selección de revistas en español que se reciben en la Biblioteca de la Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid. IME. Base de datos Índice Médico Español, elaborada por el Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero, centro mixto de la Universidad de Valencia y del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

**IME.** Base de datos Índice Médico Español, elaborada por el Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero, centro mixto de la Universidad de Valencia y del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

Esta publicación no puede ser reproducida ni transmitida total o parcialmente, por ningún medio, sin la autorización expresa por escrito de los titulares del copyright. Ediciones ROL, S. L. no se hace solidaria ni responsable del material que los autores suministran para su publicación. Las Normas de Publicación de Revista ROL de Enfermería están a disposición de todos los autores en: [www.e-rol.es](http://www.e-rol.es).

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra ([www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com)) 91 702 19 70 - 93 272 04 47).

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como Soporte Válido Ref. SVR N.º 197.

© Revista ROL de Enfermería.

# Nursing School of Porto

UNDERGRADUATION & POST-GRADUATION COURSES

Learn more

[www.esenf.pt/en](http://www.esenf.pt/en)

## UNDERGRADUATION COURSE (1st study cycle)

### Nursing Degree Course

4 Years Course\_240 ECTS

## MASTER DEGREE COURSES (2nd study cycle)

### Community Nursing

MA: 4 semesters (120 ECTS) • Post: 2 semesters (60 ECTS)

### Rehabilitation Nursing

MA: 4 semesters (120 ECTS) • Post: 2 semesters (60 ECTS)

### Maternal Health and Obstetric Nursing

MA: 4 semesters (120 ECTS) • Post: 4 semesters (120 ECTS)

### Clinical Supervision in Nursing

MA: 3 semesters (90 ECTS) • Post: 2 semesters (30 ECTS)

## OTHER COURSES

### Academic and Clinical Education

Master degree developed in partnership  
4 semesters (120 ECTS)

### Services Management

Post-graduate Specialization Course  
2 semesters (30 ECTS)

### Medical-Surgical Nursing

MA: 4 semesters (120 ECTS) • Post: 2 semesters (60 ECTS)

### Child Health and Paediatric Nursing

MA: 4 semesters (120 ECTS) • Post: 2 semesters (60 ECTS)

### Mental Health and Psychiatric Nursing

MA: 4 semesters (120 ECTS) • Post: 2 semesters (60 ECTS)

### Management & Administration in Nursing

MA: 3 semesters (90 ECTS)

### Information Systems in Nursing

Post-graduate Specialization Course  
2 semesters (30 ECTS)

### Updating courses

Single curricular units  
1 semester



# La trayectoria de una empresa avala su solidez y los proyectos de futuro marcan su presente



**DIRECTORA FUNDADORA**  
M.ª Victoria Sanfeliu Cortés, Enfermera.

**REDACTOR JEFE**  
Ramón Martínez Riera, Enfermero.

**REDACTOR INVITADO**  
Carlos Alberto Sequeira, Escola Superior de Enfermagem do Porto (Nursing School of Porto)

**REDACTOR ADJUNTO**  
Jorge López-Gómez, Enfermero.

**REVISORES EXPERTOS**  
Daniel Andrés Checa, Jefe Servicio de Atención y Comunicación con el usuario. Departamento de Valencia Arnau de Vilanova - Liria.

Lucía Carton Erlandsson, Hospitalización y Medicina Nuclear Hospital Central de la Cruz Roja, San José y Santa Adela de Madrid.

Andrés Climent Rubio, Enfermero del servicio de emergencias sanitarias de la Comunidad Valenciana.

Miguel Ángel Díaz Herrera, Equipo de Atención Primaria Sant Ildefons - Cornellà 2. Institut Català de la Salut, Barcelona.

Isabel Domínguez Sánchez, Master en Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla.

Gonzalo Duarte Climents, Profesor Escuela de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria. Servicio Canario de Salud, Universidad de La Laguna, Tenerife.

Núria Fabrellas Padres, Profesora Departamento de Enfermería Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil. Universidad de Barcelona.

Vicente Fernández Rodríguez, Profesor asociado Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla.

Carmen Ferrer Arnedo, Servicio de Atención al paciente. Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid.

Eva María Gabaldón Bravo, Profesora Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante.

Teresa Galiana Camacho, Máster de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de León.

Jordi Galimany Masclans, Profesor Departamento de Enfermería Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil. Universidad de Barcelona.

Juan Jesús García Iglesias, Máster en Metodologías de la Investigación en Ciencias de la Salud. Máster Farmacoterapia para Enfermería. Servicio Andaluz de Salud.

Santiago García-Velasco Sánchez-Morago, Servicio de Medicina Intensiva del Hospital General de Ciudad Real.

Juan Gómez Salgado, Vicedecano de Investigación, Calidad e Infraestructura. Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva.

Francisco Javier González Rivera, Servicio Andaluz de Salud, Jaén.

María Dolores Guerra Martín, Profesora Titular Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla.

Eva María Guix Comellas, Profesora Departamento de Enfermería Fundamental y Médico-Quirúrgica. Universidad de Barcelona.

José Antonio Hurtado Sánchez, Diplomado en Enfermería. Licenciado en Antropología Social y Cultural. Universidad de Alicante.

Francisco Javier Iruzubieta Barragán, Escuela Universitaria de Enfermería. Coordinador del Área de Enfermería Comunitaria. Universidad de La Rioja.

Raúl Juárez Vela, Profesor Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad San Jorge, Huesca.

Juan Manuel Leyva Moral, Profesor Departamento de Enfermería. Universidad Autónoma de Barcelona.

Joaquín Salvador Lima Rodríguez, Enfermero y antropólogo social y cultural. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla.

Marta Lima Serrano, Doctora en Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería, Universidad de Sevilla.

Mar Lleixà Fortuño, Directora territorial de l'Institut Català de la Salut Terres de l'Ebre Profesora associada Departamento Enfermería Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Maria Teresa Lluch Canut, Enfermera Especialista en Salud Mental. Doctora en Psicología. Catedrática Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona.

María Isabel Mármol López, Doctora en Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería La Fe, Universitat de València.

Pablo Martínez Cánovas, Enfermero de Epidemiología Centro de Salud Pública de Elda Conselleria de Sanidad Comunidad Valenciana. Profesor asociado Departamento de Enfermería Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante.

Mercedes Martínez Marcos, Diplomada en Enfermería. Licenciada en Sociología. Universidad Autónoma de Madrid.

Francisco Megias Lizancos, Doctor. Profesor Facultad Enfermería. Especialista en Salud Mental y Psiquiatría, Universidad de Alcalá de Henares, Madrid.

Jorge Mínguez Arias, Enfermero asistencial centro salud Arnedo La Rioja. Profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería de Logroño.

Diego Molina Ruiz, Servicio Andaluz de Salud, Huelva.

Isabel María Morales Gil, Presidenta de la Asociación Española de Enfermería Pediátrica. Profesora del Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga.

Esteban Pérez García, Especialista en Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos. Máster en Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud. Supervisor de enfermería de la UGC de Diagnóstico por la Imagen del Hospital. Infanta Elena, Huelva.

Salvador Postigo Mota, Profesor Departamento de Enfermería. Universidad de Extremadura.

Mercedes Rizo Baeza, Departamento de Enfermería Universidad de Alicante.

Macarena Romero Martín, Centro Universitario de Enfermería Cruz Roja, adscrito a la Universidad de Sevilla.

Adolfo Romero Ruiz, UGC Hematología y Hemoterapia, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. Departamento de Enfermería y Podología, Facultad de Ciencias de la Salud, Málaga.

María Jesús Ruiz García, Profesora Titular en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia. Secretaria de la Asociación Española de Enfermería de la Infancia.

Dolores Sánchez López, Enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Licenciada en Antropología. Centro de Salud Las Huelgas, Burgos.

Ángela Sanjuán Quiles, Doctora. Departamento de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante.

J. Javier Soldevilla Agreda, Servicio Riojano de Salud.

Juan José Tirado Darder, Profesor Ciclo Vital III. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad CEU Cardenal Herrera, Valencia.

Mª Idoia Ugarte Gurrutxaga, Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Escuela

de Enfermería y Fisioterapia de Toledo. Universidad de Castilla-La Mancha.

## ASESORES INTERNACIONALES

César Iván Avilés González, Profesor Área Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría de la Universidad degli studi di Cagliari. Enfermero en cuidado crítico de Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, Italia.

Sebastián Bustamante Edguez, Profesor Principal de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, Perú.

Cristina Cometo, Universidad Nacional de Córdoba. Argentina

Marta Lenise do Prado, Docente de Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil.

Guillermo Ferreira Padilla, Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Närhälsan Hentorp, Skövde, Suecia.

Lilian Ferrer, PhD, FAAN, Directora Asuntos Internacionales y Centro Colaborador OPS/OMS. Profesora Escuela de Enfermería, Universidad de Miami. EEUU.

Juan M. González, DNP, ARNP, AGACNP-BC, FNP-BC, CEN. Enfermero de práctica avanzada. Director del Family Nurse Practitioner Program. Universidad de Miami. EEUU.

Fernando Henriques, Vicepresidente de la Escuela Superior de Enfermería de Coimbra, Portugal.

Viviane Jofré Aravena, Profesora asociada Facultad de Enfermería. Universidad de Concepción. Chile.

María Valeria Massidda, Profesora en Enfermería en Cuidados Críticos y Coordinadora de Enfermería en el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario di Cagliari. Italia.

Paola Melis, Profesora Facultad de Enfermería Università degli Studi di Cagliari. Enfermera en medicina del dolor y tratamiento paliativo de Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari, Italia.

Laura Pagola, Profesora de la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional, México.

Nilda (Nena) Peragallo Montano, DrPH, RN, FAAN Dean and Professor, University of Miami, School of Nursing and Health Studies.

Patricia Noemí Piscoya Ángeles, Docente adscrita a la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogroviejo, Chiclayo, Perú.

Lidia Edita Sánchez Arce, Directora de la Unidad de Investigación y del Departamento de Salud Familiar y Comunitaria de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo. Perú.

Helena Maria Scherlowski Leal David, Profesora Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

## CORRESPONSALES

### BARCELONA

Juan Manuel Leyva Moral, Doctor en Ciencias de la Enfermería por la Universidad Europea de Madrid. Profesor Departamento de Enfermería de la Universidad Autónoma de Barcelona. juanmanuel.leyva@uab.cat

Isabel Serrano Alenza, Enfermera. Clínica del Dolor. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. cserrano@santpau.cat

### CASTILLA-LA MANCHA

Santiago García-Velasco Sánchez-Morago, Diplomado en Enfermería. Servicio de Medicina Intensiva del Hospital General de Ciudad Real. santgarc@gmail.com

**EXTREMADURA Y PORTUGAL**  
Salvador Postigo Mota, Profesor Departamento de Enfermería. Universidad de Extremadura. info@salvadorpostigo.com

### MADRID

Rosa María García Jorge, Enfermera de Atención Primaria. Área norte Madrid. Centro de Salud Virgen de Begoña. rgarciaj@salud.madrid.org

Ángel Led Jiménez, Graduado en Enfermería. Unidad de Reanimación en Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. angeltrzn12@gmail.com

Sandra Sobrino Vázquez, Enfermera y Técnico de Análisis Clínicos. Centro de Salud Virgen de Begoña, Madrid. sandrasobrivaz21@gmail.com

### MURCIA

César Carrillo García, Profesor Asociado Clínico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia. Enfermero Unidad del Sueño Hospital Universitario José María Morales Mesquer. cesarcarrillo@um.es

### PALMA DE MALLORCA

Joana Fornés Vives, Catedrática de Enfermería, Universidad de las Islas Baleares

### SEVILLA

Rocío Romero Serrano, Profesora Titular del Grado de Enfermería del Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios, Universidad de Sevilla. rocio.romero@sjd.es

Almudena Arroyo Rodríguez, Profesora Titular del Grado de Enfermería del Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios, Universidad de Sevilla. almudena.arroyo@sjd.es

## DIRECCIÓN · REDACCIÓN

**PUBLICIDAD, SUSCRIPCIONES, VENTAS**  
Ronda Universitat, 33, entresuelo 1º, A 08007 Barcelona  
Tel. +34 93 200 80 33  
www.e-rol.es · rol@e-rol.es

## EMPRESA EDITORIAL

**ESPAÑA**  
EDICIONES ROL, S.L.  
Ronda Universitat, 33, entresuelo 1º, A 08007 Barcelona  
Tel. +34 93 200 80 33 · Fax +34 93 200 27 62  
www.e-rol.es · rol@e-rol.es

N.I.F. B-08-499469 · Reg. Mer. Barc. T. 3.645, L. 2.966. S. 2.ª, F. I, H. 38.942, 1.ª

### MÉXICO

ENFERMERÍA REVISTA ONLINE  
S DE RL DE CV. Insurgentes Sur 476, Oficina 303, Col. Roma Sur. 06760 Del. Cuauhtémoc México DF, México  
Tel. +52 (55) 4737 2020  
www.e-rol.es · rol@e-rol.es

R.F.C. ERO130213QM3

### EDITORIA

Julia Martínez Saavedra

### Impresión TAURO PRODUCCIÓN GRÁFICA, S.L.

Depósito legal B. 11.527 - 1979.  
ISSN: 0210-5020

## TARIFAS DE SUSCRIPCIÓN ANUAL

España (IVA incluido)	Euros
Suscripciones individuales	132,60 €
Bibliotecas, empresas e instituciones	317,18 €
<b>Precio sin IVA (Andorra, Canarias, Ceuta y Melilla)</b>	
Suscripciones individuales	127,50 €
Bibliotecas, empresas e instituciones	304,98 €
<b>Suscripciones para extranjero</b>	
Suscripciones individuales	196,64 €
Bibliotecas, empresas e instituciones	304,98 €
<b>Ejemplar suelto</b>	19,38 €
<b>Artículo suelto (formato PDF)</b>	14,27 €



**ANA LUÍSA ROCHA**

Enfermeira, Mestrado, Unidade de Cuidados na Comunidade de Santa Maria da Feira, Portugal.

✉ [analuisadvrocha@gmail.com](mailto:analuisadvrocha@gmail.com)

**LÍGIA LIMA**

Professora Coordenadora, Doutoramento, ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

**CELESTE BASTOS**

Professora Adjunta, Doutoramento ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

# AUTOGESTÃO NA PESSOA COM DOENÇA CORONÁRIA: IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Self-management in patients with coronary heart disease: importance of nursing intervention

## Abstract

**Introduction and objectives:** Coronary heart disease is one of the main causes of death in Portugal, especially. It is a chronic illness with a complex therapeutic regimen, and since it is often asymptomatic non-adherence is quite frequent, especially in relation to the non-pharmacological component. The present study aims to: a) characterize patients with coronary disease in relation to cardiovascular risk factors, adherence to non-pharmacological treatment, perceived competence and perception of autonomous support by health professionals b) study if nursing intervention promotes self-management in patients with coronary heart disease.

**Methodology:** This is a descriptive, cross-sectional study and correlational study. The participants were 46 patients with coronary heart disease, from two hospitals in the northern region of Portugal, 45,7 % of which were followed by a nursing consultation. Instruments used were: the Perceived Competence Scale, the Health Care Climate Questionnaire, a questionnaire about non-pharmacological adherence.

**Results and discussion:** Results showed that participants reported a moderate adherence to the non-pharmacological treatment, feel very competent to manage their treatment, and perceive the health climate as supportive of their autonomy. Patients supported by nurses reported higher adherence to non-pharmacological treatment strategies, higher perceived competence and perceived the health care climate as supportive of their autonomy when compared to those attended only by doctors.

**Conclusions:** This study suggests that nursing interventions are important for the promotion of self-management in coronary heart patients, and that these interventions should be focused on perceived competence and the promotion of autonomous motivation.

**KEYWORDS:** CORONARY DISEASE, NURSING CARE, PERSONAL AUTONOMY, SELF-MANAGEMENT.

## INTRODUÇÃO

**A**s doenças crônicas são o maior problema de saúde global do século XXI<sup>1</sup>. A baixa adesão a terapias de longa duração, em pessoas com doenças crônicas, é considerada uma realidade preocupante<sup>2,3</sup> que carece da implementação de estratégias relevantes para mitigar o seu impacto<sup>2</sup>.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal<sup>4</sup>, entre as quais se inclui a doença coronária, também referida, por alguns autores, como doença isquémica cardíaca. O carácter assintomático da evolução desta doença dificulta o reconhecimento e o tratamento precoce dos doentes, e tem também uma influência negativa no plano motivacional para a correção de estilos de vida e na adesão ao regime terapêutico<sup>5</sup>. A longo prazo, o que se verifica é que, frequentemente, estes doentes não aderem à terapêutica e mantêm comportamentos de risco<sup>6</sup>.

A prevenção secundária da doença coronária, que pode ser definida como um conjunto de medidas que visam a redução da recorrência da doença cardiovascular e a melhoria do prognóstico a longo prazo,

é ainda pouco aceite e praticada, apesar de estar demonstrada a sua eficácia<sup>7</sup>. Este nível de prevenção passa por um regime terapêutico complexo, com uma componente farmacológica e outra não farmacológica, que exige à pessoa o domínio de um conjunto de conhecimentos e competências, de modo a atingir a mestria na autogestão da sua condição de saúde/doença. Frequentemente, o confronto com a doença coronária exige mudanças não só a nível pessoal, mas também da esfera familiar e social, com necessidade de reformular as atividades no domínio do autocuidado e a própria dinâmica familiar.

Há evidência da efetividade de programas preventivos especializados e de consultas de enfermagem, nas mudanças de estilos de vida<sup>8</sup>. Assim como, da implementação de programas de ensino estruturado, na melhoria do controlo dos fatores de risco cardiovasculares nos doentes coronários<sup>6</sup>.

No âmbito das intervenções para a autogestão na doença crónica, os prestadores de cuidados devem promover mudanças motivacionais nos doentes<sup>9</sup>. Uma das teorias da motivação humana, que tem dado provas de eficácia no processo de autogestão na doença crónica, é a Teoria da Autodeterminação (TAD)<sup>10,11</sup>. A TAD investiga os processos através dos quais a pessoa adquire a motivação para iniciar e manter comportamentos ao longo do tempo, nomeadamente, os comportamentos de saúde e a adesão ao regime de tratamento<sup>10</sup>.

A TAD constitui a base teórica deste estudo no sentido de conhecer e compreender os fatores motivacionais, associados ao processo de autogestão da pessoa com patologia coronária. As variáveis motivacionais consideradas no estudo foram: a perceção do doente relativamente ao tipo de suporte proporcionado pelos profissionais de saúde (perceção do ambiente terapêutico) e o

grau de confiança do doente, na sua capacidade para manter o regime terapêutico (competência percebida). Estas duas variáveis têm sido utilizadas no estudo da adesão terapêutica e da autogestão, em diferentes patologias crónicas<sup>12,16</sup>, nomeadamente, nas situações de doença coronária<sup>11</sup>.

Foi finalidade do estudo contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, no domínio da autogestão, nomeadamente dos fatores psicossociais que se relacionam com a adesão ao regime terapêutico.

## OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivos: a) caracterizar as pessoas com doença coronária relativamente à presença de fatores de risco cardiovascular, comportamentos de adesão ao regime não farmacológico e variáveis motivacionais; b) estudar o papel da intervenção de enfermagem na promoção da autogestão na doença coronária, mais concretamente, ao nível de variáveis motivacionais e de adesão ao regime terapêutico, na sua componente não farmacológica.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, do tipo descritivo-correlacional, com uma amostra não probabilística e de conveniência, constituída por 46 pessoas portadoras de doença coronária, recrutadas em duas unidades hospitalares da região norte de Portugal.

De modo a seleccionar os participantes no estudo, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: (1) diagnóstico de patologia coronária, independentemente do tempo de diagnóstico; (2) ambos os sexos; (3) maiores de 18 anos; (3) serem seguidos em consulta de enfermagem ou na ausência desta, em consulta médica da especialidade de Cardio- >

TABELA 1

## VARIÁVEIS MOTIVACIONAIS

Variáveis	M	DP	Min.	Máx.	N
Competência percebida	6,36	0,85	4,00	7,00	46
Ambiente terapêutico	6,02	1,29	1,00	7,00	46

TABELA 2

## ADESÃO AO REGIME NÃO MEDICAMENTOSO

VARIÁVEL	M	DP	MIN.	MAX.	N
Alimentação	4,04	1,15	1	5	46
Exercício físico	3,35	1,43	1	5	46
Redução exposição ao tabaco	4,43	1,20	1	5	46
Redução do stress e ansiedade	3,54	1,11	1	5	46
Autovigilância	3,96	1,11	1	5	46
Score total de Adesão ao RNM	3,86	0,68	2,20	5	46

logia. Foram critérios de exclusão: (1) patologia cardíaca não coronária; (2) presença de défices cognitivos que impossibilitassem o preenchimento do questionário.

A recolha de dados foi efetuada entre Abril de 2014 e Junho de 2015, através de um formulário constituído por um conjunto de instrumentos de avaliação, que passamos a apresentar.

Questionário sociodemográfico e de saúde, construído para este estudo com o objetivo de proceder à caracterização sociodemográfica da amostra e identificar fatores de risco cardiovascular.

Questionário de medidas não farmacológicas, construído para este estudo, constituído por duas partes. Na primeira parte avalia-se a adesão às indicações do médico/enfermeiro relativamente a diferentes comportamentos de saúde (regime alimentar, regime de exercício físico, redução da exposição ao tabaco, redução do stress e da ansiedade, e autovigilância). As afirmações são cotadas numa escala do tipo *Likert* que varia entre 1 (nunca) e 5 (quase sempre), sendo o score total obtido

através da soma das respostas aos cinco itens, quanto maior o valor obtido, maior a adesão ao regime não medicamentoso. Na segunda parte avalia-se as dificuldades sentidas pelos participantes em cumprir as indicações acima referidas através de perguntas de resposta fechada (sim/não), com justificação das respostas afirmativas.

Escala de Competência Percebida, versão portuguesa da escala original *Perceived Competence Scale*, composta por quatro itens, avaliados através de uma escala do tipo *Likert* que varia entre 1 (nada verdadeira) e 7 (totalmente verdadeira), na qual o resultado é obtido através da média da resposta aos quatro itens, sendo que quanto maior o valor obtido, mais competente se sente a pessoa para seguir o comportamento em avaliação.

Questionário de Perceção do Ambiente Terapêutico, versão portuguesa de seis itens do questionário original *Health Care Climate Questionnaire* (HCCQ). Cada item é avaliado através de uma escala do tipo *Likert* que varia entre 1 (nada verdadeira) e 7 (totalmente verdadeira), sendo a pontuação final calculada através da média individual das pontuações em cada item. Um valor total mais elevado significa uma perceção de maior apoio à autonomia.

O tratamento e análise dos dados foi realizado com recurso ao programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20.0.

Os dados foram recolhidos antes ou após as consultas médicas e/ou de enfermagem, onde os doentes eram seguidos em regime de ambulatório.

Este estudo cumpriu os princípios éticos orientadores da investigação científica no âmbito da saúde, e foi aprovado pelas Comissões de Ética das instituições envolvidas. Os participantes foram informados do objetivo do estudo e do carácter de voluntariado que a sua participação teria no mesmo, não interferindo com o acompanhamento que estavam a ter nas instituições hospitalares envolvidas. Todos os participantes assinaram uma declaração de consentimento para participarem no estudo. Foi salvaguardado a confidencialidade dos dados recolhidos.

## RESULTADOS

Os participantes eram na sua maioria do sexo masculino (82,6%), com uma média de idade de 62 anos (DP= 10,29), maioritariamente casados (80,4%) e maioritariamente reformados (60,9%).

Quanto à presença de fatores de risco cardiovascular verificamos uma predominância do excesso de peso (87%), seguido da dislipidemia (76,1%) e da hipertensão arterial (71,7%). Apenas 45,7% dos participantes eram seguidos em consulta de enfermagem, com uma regularidade que variava entre 15 dias e 6 meses.

Os resultados apresentados na **tabela 1**, dizem respeito às variáveis motivacionais. Quanto à competên-

cia percebida, o valor da média obtido foi elevado ( $M= 6,36$ ;  $DP=0,85$ ), tendo em conta o valor médio da escala. Foi avaliada também a percepção acerca do ambiente terapêutico, cujo valor foi também elevado ( $M= 6,02$ ;  $DP=1,29$ ). Assim, podemos constatar que os participantes deste estudo se sentiam bastante competentes para seguirem o tratamento da sua doença e percecionavam o ambiente terapêutico como facilitador da sua autonomia.

Na **tabela 2** estão reunidos os resultados relativamente à adesão ao regime não farmacológico. O score total de adesão, que foi obtido através do cálculo das respostas aos cinco itens, corresponde a um valor medio/alto ( $M= 3,86$ ;  $DP=0,68$ ). Este resultado indica-nos que os participantes relataram cumprir o regime não farmacológico numa frequência entre "às vezes" e "muitas vezes".

Das indicações relacionadas com o regime não medicamentoso, verificamos que as questões relativas à redução da exposição ao tabaco foram as que obtiveram uma média mais elevada ( $M=4,43$ ;  $DP=1,20$ ), seguidas das indicações relativas à alimentação ( $M= 4,04$ ;  $DP=1,15$ ) e as medidas relativas à autovigilância ( $M=3,96$ ;  $DP=1,11$ ). As indicações que os participantes referiram como sendo as que cumpriam com uma menor frequência foram as questões relativas ao exercício físico ( $M=3,35$ ;  $DP=1,43$ ) e a redução do stress e da ansiedade ( $M=3,54$ ;  $DP=1,11$ ).

Quando questionados acerca da dificuldade em cumprir as indicações relativas ao regime não farmacológico (**Tabela 3**), a maioria dos participantes (54,3%) afirmou sentir dificuldade em cumprir o regime de exercício físico, seguido da redução do stress e da ansiedade (50%) e do regime alimentar (43,5%). As questões em que os participantes referiram menor dificuldade em cumprir foram a redução da exposição ao tabaco (6,5%) e as medidas de autovigilância (10,9%).

As questões relativas às dificuldades que os participantes sentiram face aos diferentes parâmetros do regime não farmacológico, foram submetidas a análise de conteúdo e agrupadas em categorias que expressam os motivos invocados: a) Exercício físico: cansaço, problemas osteoarticulares, sedentarismo, falta de motivação, gestão de tempo; b) Redução do stress e da ansiedade: personalidade e problemas pessoais (familiares e profissionais); c) Regime alimentar: falta de horário e local regular para realizar as refeições, falta de conhecimento sobre o regime alimentar, maus hábitos alimentares, dificuldade em controlar impulsos; d) Redução da exposição ao tabaco: exposição passiva ao fumo, dependência; e) Autovigilância: falta de conhecimento acerca das medidas de autovigilância e da sua importância.

De modo a verificar se os participantes seguidos em consulta de enfermagem, se diferenciavam ao

nível das variáveis motivacionais e da adesão ao regime não farmacológico, quando comparados com os restantes participantes, foi realizado o Teste T para amostras independentes, cujos resultados estão apresentados na **Tabela 4**.

Os resultados apontam diferenças estatisticamente muito significativas entre os participantes que eram seguidos em consulta de enfermagem, comparativamente com aqueles que apenas eram seguidos em consulta médica, a nível da competência percebida ( $t(44)= 2,40$ ,  $p=0,02$ ), da percepção do ambiente terapêutico enquanto promotor da autonomia ( $t(44)= 2,41$ ,  $p=0,02$ ) e da adesão ao regime não farmacológico ( $t(44)= 3,03$ ,  $p=0,0004$ ). Através destes resultados, inferimos que os participantes seguidos em consulta de enfermagem apresentaram uma maior competência percebida, uma melhor percepção do ambiente terapêutico enquanto facilitador da autonomia e maior adesão ao regime não medicamentoso, quando comparados com os participantes que eram apenas seguidos em consulta médica.

## DISCUSSÃO

Neste estudo, as características sociodemográficas da amostra são semelhantes ao perfil de doentes coronários na população portuguesa, na sua maioria do sexo masculino, casados, reformados e com uma maior incidência da doença entre os 50-70 anos.<sup>417</sup> Quanto aos fatores de risco cardiovascular, verificou-se que os fatores mais prevalentes foram o excesso de peso, a dislipidemia e a hipertensão arterial.

O excesso de peso é referido como o principal problema de saúde pública em Portugal<sup>18</sup> e como o segundo fator de risco cardiovascular mais prevalente na população portuguesa<sup>19</sup>. Alguns autores referem ainda, uma associação positiva entre o índice de massa corporal e o risco de

TABELA 3

### DIFICULDADE EM CUMPRIR AS INDICAÇÕES RELATIVAS AO REGIME NÃO MEDICAMENTOSO

DIFICULDADE EM CUMPRIR INDICAÇÕES	%	N= 46
Regime de exercício físico	54,3	25
Redução do stress e ansiedade	50	23
Regime alimentar	43,5	20
Medidas de autovigilância	10,9	5
Redução da exposição ao tabaco	6,5	3

morte por doença cardiovascular<sup>20</sup>. Os resultados obtidos relativamente à dislipidemia, vão ao encontro dos resultados de outros estudos realizados em Portugal<sup>19</sup>, em que se verificou uma elevada prevalência da dislipidemia na população portuguesa. Estes autores referem que, apesar da utilização frequente de medicação hipolipemiente, os valores de dislipidemia encontrados na população continuam aquém dos objetivos delineados pelas recomendações nacionais e internacionais. No caso específico da doença coronária, a dislipidemia constitui um dos fatores de risco modificáveis mais importante, agravando a probabilidade de ocorrência de um enfarte agudo do miocárdio fatal<sup>21</sup>. A hipertensão arterial, como fator major de risco para a doença coronária<sup>8</sup>, também se encontra entre os mais prevalentes neste estudo, indo ao encontro dos dados que destacam a elevada prevalência da hipertensão arterial em Portugal. A missão da redução do risco cardiovascular do Programa Nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares, passa pela redução da HTA e da dislipidemia<sup>4</sup>. Sensivelmente metade da amostra era seguida em consulta de enfermagem, cuja frequência variava entre 15 dias e 6 meses. De uma forma geral, esta consulta de enfermagem, apesar de não constituir um programa oficial de reabilitação cardíaca, por não integrar todas as fases e componentes preconizadas para este tipo de programas<sup>23</sup>, incidia sobre algumas das suas componentes, como seja, a avaliação clínica e a vigilância da adesão ao regime terapêutico, assim como, a promoção de estilos de vida saudáveis, a educação alimentar, o controlo de peso e a cessação tabágica. A acessibilidade dos doentes às consultas de enfermagem e uma distribuição geográfica equilibrada de centros de reabilitação cardíaca, são temas de grande atualidade e pertinência em Portugal. Sabe-se

que os doentes tendem a não participar em programas que obriguem a deslocações, do seu domicílio, superiores a 30 km<sup>24</sup>. É também uma realidade que, apesar do aumento gradual do número de doentes referenciados para programas de reabilitação cardíaca, a participação dos doentes nesses programas, em Portugal, é substancialmente inferior à participação dos doentes no mesmo tipo de programas, na Europa Central<sup>24</sup>. Quanto às variáveis motivacionais, podemos constatar que os participantes deste estudo se sentiam bastante competentes para a gestão da sua doença. As pessoas autoavaliavam-se como competentes na medida em que se sentem confiantes e capazes para controlar aspetos relacionados com o comportamento a alterar<sup>10</sup>. Os efeitos positivos da competência percebida a nível da adoção e manutenção de comportamentos de saúde e de gestão da doença crónica, tem sido reportada noutros estudos, realizados em Portugal, nomeadamente, um estudo centrado na cessação tabágica em doentes coronários<sup>41</sup>, um estudo em pessoas com doença pulmonar obstrutiva crónica<sup>26</sup> e um terceiro estudo envolvendo pessoas com diabetes<sup>27</sup>. Importa salientar que este resultado tão elevado, na competência percebida, pode estar associado às propriedades psicométricas do instrumento, podendo existir um possível efeito teto nos resultados<sup>26</sup>. Os participantes do estudo podem ter respondido ao questionário sobrevalorizando as suas capacidades, o que pode ter sido potenciado pelo facto do instrumento ter sido aplicado sob a forma de formulário. Quanto ao ambiente terapêutico, verificou-se uma elevada perceção do mesmo enquanto facilitador da autonomia para a autogestão. Na perceção dos participantes, os profissionais de saúde que os acompanharam, demonstraram confiança nas suas capacidades de gestão de

tratamento, fomentaram e respeitaram a sua autonomia nessa mesma gestão.

O suporte dos profissionais de saúde é um dos fatores que explica a adesão a estilos de vida saudáveis em doentes coronários<sup>28</sup>, mas também se verificou essa tendência em adolescentes diabéticos<sup>25</sup>, em que o ambiente terapêutico parece contribuir para a melhoria da autonomia e da competência percebida. Quando os profissionais intervêm no sentido de promover a autonomia do doente, este tende a tornar-se mais independente e a sentir-se mais competente, traduzindo-se em melhores resultados de saúde<sup>29</sup>. Quanto ao regime não farmacológico, a adesão apresentou um valor médio-alto. Este resultado reveste-se de grande importância para o processo de autogestão, uma vez que a adesão às recomendações comportamentais (dieta, exercício, cessação tabágica), após um evento cardiovascular, está associada a um substancial decréscimo no risco de eventos cardiovasculares recorrentes<sup>8,20</sup>.

Os participantes referiram que as indicações que cumpriam com maior frequência eram as relativas à exposição ao tabaco, resultado que pode estar associado ao facto de apenas uma pequena parte da amostra ser fumadora. As indicações relativas ao regime alimentar foram referidas como sendo frequentemente cumpridas, no entanto, 43,5% dos participantes referiram dificuldade em cumprir o regime alimentar e uma percentagem elevada apresenta excesso de peso, deixando transparecer alguma disparidade entre os resultados. Uma possível razão para esta aparente disparidade é o défice de conhecimentos acerca da alimentação saudável. É possível que alguns participantes tenham referido que cumprem o regime alimentar, desconhecendo qual o regime alimentar apropriado. Este problema já foi previamente identificado

TABELA 4

### APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO TESTE T (T) EM FUNÇÃO DO SEGUIMENTO EM CONSULTA DE ENFERMAGEM

VARIÁVEIS	CONSULTA DE ENFERMAGEM		T
	M (DP)		
	SIM (N= 21)	NÃO (N= 25)	
Competência percebida	6,68 (0,46)	6,1 (1,01)	2,41*
Ambiente terapêutico	6,50 (0,66)	5,62 (1,55)	2,41*
Adesão regime não medicamentoso	4,17 (0,57)	3,61 (0,67)	3,03**

na população portuguesa e, neste sentido, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cérebro-cardiovasculares, enfatiza as estratégias que visam a melhoria da informação sobre os malefícios do excesso ponderal e as vantagens de uma alimentação saudável<sup>4</sup>.

Um estudo internacional associa o défice de conhecimentos sobre os hábitos saudáveis, à baixa adesão a mudanças de comportamento, nos doentes do foro cardiovascular<sup>30</sup>. As indicações relativas ao regime de exercício físico, assim como a redução do stress e da ansiedade, foram as indicações que apresentaram uma menor taxa de adesão por parte dos participantes, tendo no caso do exercício físico, a falta de motivação sido uma das justificações apresentadas. Estes resultados fazem-nos refletir sobre a importância dos fatores motivacionais na autogestão da doença, nomeadamente, a nível da mudança de comportamentos e da sua manutenção a longo prazo, já verificado em doentes coronários<sup>11,28</sup> e em pessoas com outras doenças crónicas<sup>10,13,15,25,26,27,29</sup>.

A dificuldade que os participantes referiram relativamente à redução do stress e da ansiedade, foi atribuída a razões como a personalidade e a problemas pessoais, familiares e profissionais. O ensino de técnicas de gestão de stress é considerado com importância equiparada a to-

das as outras recomendações relativas às mudanças de estilo de vida, em pessoas com elevado risco de doença cardiovascular<sup>8,20</sup>.

Uma variável de especial interesse neste estudo foi o seguimento em consulta de enfermagem. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo que era acompanhado em consulta de enfermagem e o grupo que era seguido apenas em consulta médica. Isto é, o grupo de doentes seguido em consulta de enfermagem apresentava uma maior adesão ao regime não farmacológico, uma maior competência percebida e uma maior perceção do ambiente terapêutico como facilitador da autonomia para a autogestão.

Embora as consultas de enfermagem funcionem num número restrito de instituições de saúde, a importância da intervenção dos enfermeiros na autogestão da doença coronária tem sido demonstrada por vários autores<sup>6,8,23,31</sup>, nomeadamente no que se refere à promoção de mudanças de estilos de vida, controle de fatores de risco e adesão terapêutica, com contributos na diminuição da mortalidade e diminuição de ocorrência de complicações.

#### CONCLUSÕES

Neste estudo, realizado com pessoas diagnosticadas com doença

coronária, os participantes tendem a aderir ao regime não farmacológico, no entanto, verifica-se a existência de fatores de risco cardiovascular, particularmente, o excesso de peso, a dislipidemia e a hipertensão arterial, que podem concorrer para o agravamento da situação clínica.

Os resultados apontam para uma diferenciação entre os participantes que usufruíram da consulta de enfermagem, daqueles que não usufruíram desta consulta, no que respeita às variáveis motivacionais e à adesão ao regime não farmacológico. Isto é, os participantes atendidos em consulta de enfermagem, apresentaram maior nível de adesão ao tratamento, sentiram-se mais confiantes na sua capacidade para seguir esse regime de tratamento e perceberam a intervenção dos enfermeiros como promotora da sua autonomia. Este é um resultado inovador, que sugere a relevância da intervenção dos enfermeiros junto das pessoas com doença coronária.

No futuro seria importante o desenvolvimento de programas de intervenção de enfermagem focados no suporte da autonomia e na promoção da competência das pessoas com doença coronária, com o objetivo de capacitar as pessoas para a autogestão da doença e do regime terapêutico, particularmente na sua componente não farmacológica. ▶



## Referências

- Bousquet J, Anto JM, Sterk PJ, Adcock IM, Chung KF, Roca J, et al. Systems medicine and integrated care to combat chronic noncommunicable diseases. *Genome Medicine* [Internet]. 2011 Jul 6 [cited 2019 Jul 20];3(7):43. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21745417&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Alhewiti A. Adherence to Long-Term Therapies and Beliefs about Medications. *International Journal Of Family Medicine* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jul 19];2014:479596. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=24688792&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Lemay J, Waheedi M, Al-Sharqawi S, Bayoud T. Medication adherence in chronic illness: do beliefs about medications play a role? *Patient Preference And Adherence* [Internet]. 2018 Sep 5 [cited 2019 Jul 20];12:1687-98. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=30233149&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Direção Geral da Saúde. Portugal. Programa Nacional para as doenças cerebro-cardiovasculares 2017. Lisboa: Direção-Geral de Saúde; 2017.
- Dias Henriques, JM. Adesão ao regime terapêutico proposto à pessoa com história de EAM: o papel do enfermeiro. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2011. Dissertação de mestrado.
- Ferreira Reveles A, Henriques Simões IM, Carvalho Ferreira PA. Nursing consultation and control of cardiovascular risk factors in patients with acute coronary syndrome. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. 2018 Apr [cited 2019 Jul 23];4(17):33-42. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cm&AN=130496703&lang=pt-pt&site=ehost-live>.
- Frederix I, Dendale P, Schmid J-P. Who needs secondary prevention? *European Journal Of Preventive Cardiology* [Internet]. 2017 Jun [cited 2019 Jul 23];24(3\_suppl):8-13. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=28618916&lang=pt-pt&site=ehost-live>.
- Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EA-CPR). *European Journal Of Preventive Cardiology* [Internet]. 2016 Jul [cited 2019 Jul 23];23(11):NP1-NP96. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=27353126&lang=pt-pt&site=ehost-live>.
- Bos-Touwen ID, Trappenburg JCA, van der Wulp I, Schuurmans MJ, de Wit NJ. Patient factors that influence clinicians' decision making in self-management support: A clinical vignette study. *Plos One* [Internet]. 2017 Feb 6 [cited 2019 Jul 19];12(2):e0171251. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=28166244&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Ryan RM, Patrick H, Deci EL, & Williams GC. Facilitating health behavior change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 2008; 10, 2-5.
- Rocha V, Guerra M, Lemos M, Maciel J, Williams G. Motivation to Quit Smoking after Acute Coronary Syndrome. *Acta Medica Portuguesa* [Internet]. 2017 Jan 31 [cited 2019 Jul 24];30(1):34-40. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=28501035&lang=pt-pt&site=ehost-live>.
- Kálcsa-János K, Williams GC, & Szamosjői I. Intercultural differences of motivation in patients with diabetes. A comparative study of motivation in patients with diabetes from Transylvania and USA. *Transylvanian Journal of Psychology* [Internet]. 2017 Jan [cited 2019 Jul 20]; (1):3-19. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=124199535&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Chen M-F, Chang R-E, Tsai H-B, Hou Y-H. Effects of perceived autonomy support and basic need satisfaction on quality of life in hemodialysis patients. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation* [Internet]. 2018 Mar [cited 2019 Jul 20];27(3):765-73. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=29027069&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Sansfaçon J, Gauvin L, Fletcher É, Cottier D, Rossi E, Kahan E, et al. Prognostic value of autonomous and controlled motivation in outpatient eating-disorder treatment. *The International Journal Of Eating Disorders* [Internet]. 2018 Oct [cited 2019 Jul 20];51(10):1194-200. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=30171769&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Walker KC, Valentiner LS, Langberg H. Motivational factors for initiating, implementing, and maintaining physical activity behavior following a rehabilitation program for patients with type 2 diabetes: a longitudinal, qualitative, interview study. *Patient Preference & Adherence* [Internet]. 2018 Jan [cited 2019 Jul 20];12:145-52. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=128057553&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- Shackelford JL, Kelley SJ, Spratling R. Applying the Self-determination Theory to Health-related Quality of Life for Adolescents with Congenital Heart Disease. *Journal Of Pediatric Nursing* [Internet]. 2019 May [cited 2019 Jul 20];46:62-71. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=30856460&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Administração Regional de Saúde do Norte. Plano Regional de Saúde do Norte, 2014-2016. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.; 2014.
- Direção Geral de Saúde. Portugal. Programa Nacional para a promoção da alimentação saudável 2017. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2017.
- Rocha, E, Cruz Ferreira, R, Abreu A, Portugal, R, Nogueira, P, Timóteo, A. Relatório Prevenção em destaque - Portugal. *Revista Fatores de Risco*. 2015 Abr-Jun, 36: 8-21.
- Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European Heart Journal* [Internet]. 2012 Jul [cited 2019 Jul 24];33(13):1635-701. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22555213&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Direção Geral da Saúde. Portugal. Prescrição de exames la-



- boratoriais para avaliação de dislipidemias no adulto. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015.
26. Direção Geral da Saúde. Portugal. Doenças Processo assistencial integrado do risco vascular no adulto. Lisboa: Direção-Geral de Saúde; 2014.
  27. Cortés-Beringola A, Fitzsimons D, Pelliccia A, Moreno G, Martín-Asenjo R, Bueno H. Planning secondary prevention: Room for improvement. *European Journal Of Preventive Cardiology* [Internet]. 2017 Jun [cited 2019 Jul 21];24(3\_suppl):22-8. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=28618903&lang=pt-br&site=ehost-live>.
  28. Mendes M. Cardiac rehabilitation in Portugal: The situation in 2013-2014. *Revista Portuguesa De Cardiologia: Orgao Oficial Da Sociedade Portuguesa De Cardiologia = Portuguese Journal Of Cardiology: An Official Journal Of The Portuguese Society Of Cardiology* [Internet]. 2016 Dec [cited 2019 Jul 23];35(12):669-71. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=27865681&lang=pt-pt&site=ehost-live>.
  29. Garret, S. Adesão ao tratamento da diabetes em adolescentes: fatores motivacionais. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação: Universidade do Porto; 2008. Dissertação de Mestrado.
  30. Vieira, S. Autogestão na pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2017. Dissertação de Mestrado.
  31. Regufe, V. Autogestão no doente diabético: Papel do enfermeiro na promoção da autonomia. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2017. Dissertação de Mestrado.
  32. Kähkönen O, Saaranen T, Kankkunen P, Lamidi M-L, Kyngäs H, Miettinen H. Predictors of adherence to treatment by patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention. *Journal Of Clinical Nursing* [Internet]. 2018 Mar [cited 2019 Jul 25];27(5-6):989-1003. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=29098747&lang=pt-pt&site=ehost-live>.
  33. Williams, G. C., McGregor, H. A., Zeldman, A., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (2004). Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology: Official Journal Of The Division Of Health Psychology, American Psychological Association*, 23(1), 58-66. Retrieved from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=14756604&lang=pt-pt&site=ehost-live>.
  34. Peterson JC, Allegrante JP, Pirraglia PA, Robbins L, Lane KP, Boschert KA, et al. Living with heart disease after angioplasty: a qualitative study of patients who have been successful or unsuccessful in multiple behavior change. *Heart & Lung* [Internet]. 2010 Mar 4 [cited 2019 Jul 25];39(2):105-15. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=105162700&lang=pt-pt&site=ehost-live>.
  35. Chase J-AD, Bogener JL, Ruppert TM, Conn VS. The Effectiveness of Medication Adherence Interventions Among Patients With Coronary Artery Disease: A Meta-analysis. *The Journal Of Cardiovascular Nursing* [Internet]. 2016 Jul [cited 2019 Jul 25];31(4):357-66. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=27057598&lang=pt-pt&site=ehost-live>.



# NÍVEL DE SATISFAÇÃO E DESEJO DE MUDAR DE SITUAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMEIROS DE UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Satisfaction level and desire to change  
the professional situation in nurses  
of integrated continuous care units

## ANTÓNIO CALHA

**Professor Adjunto,**

Doutoramento em Sociologia.  
Instituto Politécnico de  
Portalegre, VALORIZA –  
Centro de Investigação para  
a Valorização de Recursos  
Endógenos, Portalegre, Portugal.

✉ [antoniocalha@hotmail.com](mailto:antoniocalha@hotmail.com)

## RAÚL CORDEIRO

**Professor Adjunto,**

Doutoramento em Ciências e  
Tecnologias da Saúde. Instituto  
Politécnico de Portalegre,  
VALORIZA – Centro de  
Investigação para a Valorização  
de Recursos Endógenos,  
Portalegre, Portugal.

## CARLA CARVALHO

**Enfermeira.** ACES Médio Tejo,  
UCC – Unidade de Cuidados na  
Comunidade de Olhos de Água,  
Alcanena, Portugal

## ISABEL MASCARENHAS

Cruz Vermelha Portuguesa,  
Portugal; Técnica Superior de  
Serviço Social;

## MARIA TELMA CARVALHO

ACES Médio Tejo, UCSP –  
Unidade de Cuidados de Saúde  
Primários de Alcanena, Portugal;

### Abstract

This study aims to analyze nurses' satisfaction in the specific context of four Integrated Continuing Care Units of the Portuguese Red Cross, and to know how the level of satisfaction is related to their intention for professional change. It is a descriptive and correlational quantitative study. The sample consisted of 41 nurses from four Integrated Continuous Care Units. It was applied an instrument that integrated questions about job satisfaction (using the Job Satisfaction Scale described by Lima, Vala and Monteiro, 1994) and questions about the intention of professional change (using the Turnover Intention Scale, adapted from Bothma and Roodt, 2013).

The results showed that, in the sample studied, the average level of satisfaction with the profession is  $M = 3.41$  ( $SD = 0.55$ ) on a scale ranging from 1, corresponding to the lowest level of satisfaction, to 5, corresponding to the highest level. The main dissatisfaction factors identified were career progression and remuneration.

As for turnover intent, an average score of  $M=2.79$  ( $sd = 0.65$ ) was recorded, below the midpoint of the five-point scale. The analysis of the results revealed the existence of statistically significant correlations between the intention to turnover and different dimensions of job satisfaction, being particularly expressive in situations where there is dissatisfaction with the nature of the work performed ( $r_s=0.655$ ;  $p<0.05$ ).

**KEYWORDS:** JOB SATISFACTION; NURSES; OCCUPATIONAL STRESS

## INTRODUÇÃO

A área da saúde constitui um contexto profissional que, pelas suas características, tem repercussões diretas na satisfação dos profissionais tornando-os mais vulneráveis a situações de *stress* e de insatisfação<sup>[1]</sup>. Ao longo das últimas décadas várias têm sido as publicações que evidenciam diversos efeitos do *stress* em profissionais de enfermagem<sup>[2,3,4]</sup> destacando-se, entre outros, a desmotivação. O nível de satisfação profissional influencia o bem-estar no trabalho constituindo, por isso, um elemento a ter em consideração na gestão de recursos humanos.

A satisfação profissional tem vindo a ser alvo de estudo na medida em que constitui um elemento determinante na gestão de recursos humanos, na produtividade, eficiência e comportamento das organizações<sup>[5,6]</sup>. Este interesse resulta também da importância da satisfação para o trabalhador, pelas implicações que tem na sua saúde e na qualidade de vida. A intenção ou desejo de mudar a sua situação profissional tem também sido alvo dos mais diversos estudos no seio da profissão de enfermagem. Importa aprofundar a pesquisa sobre as perceções do ambiente de trabalho interpessoal, a interferência/conjugação entre vida familiar e profissão e a subsequente satisfação no trabalho. Tais fatores podem prever intenções de rotatividade ocupacional com o consequente impacto no compromisso ocupacional dos enfermeiros. A perceção prévia parece revelar que um ambiente de trabalho sem apoio, baixa qualidade nas lideranças e baixa capacidade de conjugar vida familiar e profissional resultam em menor satisfação profissional<sup>[7]</sup>. Outros estudos têm demonstrado que as exigências do trabalho, o apoio social dos superiores e colegas de trabalho e a

autoeficácia estão significativamente relacionados com a insatisfação no trabalho, enquanto as exigências e o apoio dos colegas de trabalho estão relacionados com a intenção de deixar o trabalho<sup>[8]</sup>.

### OBJETIVO

O presente trabalho, pretende efetuar um estudo acerca da satisfação dos enfermeiros integrados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados da Cruz Vermelha Portuguesa, e de que forma é que essa satisfação pode influenciar a sua intenção de mudança profissional. O objetivo do estudo consistiu na determinação do nível de satisfação profissional dos enfermeiros e a determinação da sua relação com o desejo de mudança profissional.

### METODOLOGIA

A investigação incidiu sobre os enfermeiros de quatro Unidades de Cuidados Continuados Integrados da Cruz Vermelha Portuguesa (nas diferentes tipologias: Convalescença, Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção) sediadas em Elvas, Estremoz, Vila Viçosa e Tavira. Trata-se de uma investigação de natureza quantitativa de tipo descritivo e correlacional. Para a recolha de investigação foi elaborado um questionário contemplando questões relacionadas com o objetivo de investigação. O questionário estava constituído por duas partes distintas, sendo a primeira de caracterização sociodemográfica e profissional e, a segunda, constituída pela escala de intenção de *turnover* (adaptada de Bothma & Roodt)<sup>[9]</sup> e pela escala da satisfação profissional<sup>[10]</sup>. O questionário foi enviado por email e esteve disponível online entre 15 a 30 de Abril. Foram obtidas 41 respostas válidas. Ao longo da realização da investiga-

ção os autores orientaram a sua conduta pelo escrupuloso cumprimento do Código de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre que constitui a declaração ética formal e referência orientadora das ações para todas as partes integrantes desta Instituição. Ao longo da investigação foram seguidos os requisitos éticos que devem regular a prática científica, todos os participantes serão convidados a participar de forma voluntária, sendo previamente informados do propósito da investigação, e dando-lhes a possibilidade de abandonar a investigação em qualquer altura e sem qualquer prejuízo pessoal.

### RESULTADOS

A caracterização dos 41 inquiridos que responderam ao questionário 41 enfermeiros que constituem a nossa amostra. Do total de indivíduos inquiridos 85,4% são do sexo feminino e 14,6% são do sexo masculino, a maioria tem idade inferior a 30 anos. No que respeita à tipologia da unidade onde exercem a atividade profissional verifica-se que a maioria dos inquiridos trabalha em Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) 43,9%, 31,4% trabalha em Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e 22% em Unidade de Convalescença (UC). Relativamente ao vínculo laboral, a maioria dos inquiridos tem contrato de trabalho sem termo (39%), seguido do contrato de prestação de serviços (31,7%), e com contrato a termo incerto (7,3%).

#### [Tabela 1]

Na **tabela 2** são apresentados os resultados obtidos na escala de intenção de *turnover*, representada. A escala é constituída por 6 itens mensurados através de uma escala de likert com cinco pontos, com categorias de resposta em grau de frequência variando entre 1, correspondente a nunca, e 5, correspondente a sempre. >

Com base nos resultados obtidos foi elaborado um índice relativo à intenção de *turnover* calculado com base nos resultados médios obtidos em cada um dos itens que constitui a escala. A consistência interna do índice foi aferida com recurso ao Alfa de Cronbach ( $\alpha=0,820$ ).

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à intenção de *turnover*: i) entre homens ( $M=3,08$ ) e mulheres ( $M=2,74$ ) ( $U=84,0$ ;  $p=0,459$ ) e; ii) ao tipo de contrato de trabalho ( $H_{(3)}=4,358$ ;  $p=0,225$ ). A correlação entre a intenção de *turnover* e a idade do inquirido também não se revelou estatisticamente significativa ( $r=-0,165$ ;  $n=40$ ;  $p=0,309$ ). No que diz respeito à tipologia do serviço verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos na escala de a intenção de *turnover* ( $H_{(2)}=7,205$ ;  $p=0,027$ ). Dos três tipos de unidades consideradas verificou-se que a Unidade de Longa Duração apresenta o maior nível de intenção de *turnover* ( $M=3,09$ ), seguida da Unidade de Convalescência ( $M=2,66$ ) e da Unidade de Média Duração ( $M=2,48$ ).

Na **tabela 3** são apresentados os resultados sobre a probabilidade de alterar a situação profissional. Para aferição da probabilidade com que

o inquirido procederia, caso tivesse essa possibilidade, a mudanças profissionais recorreu-se a uma escala de likert de cinco pontos, variando entre 1, nada provável, e 5, muito provável.

A satisfação profissional foi aferida com base na escala de satisfação profissional, descrita por Lima, Vala e Monteiro [10] composta por 8 itens mensurados através de uma escala de likert com cinco pontos, com categorias de resposta em grau de satisfação variando entre 1, correspondente a muito insatisfeito, e 5, correspondente a muito satisfeito. A escala permite a aferição não apenas da satisfação geral como também dos diferentes fatores que a influenciam. Como se pode observar na **tabela 4**, os inquiridos foram questionados acerca do seu grau de satisfação relativamente: i) às perspetivas de promoção; ii) à organização e funcionamento do departamento onde trabalham; iii) à colaboração e clima de relação com os colegas de trabalho; iv) à remuneração auferida; v) à competência do superior imediato; vi) ao trabalho que realizam; vii) à competência e funcionamento dos colegas e; viii) à satisfação profissional geral.

Com base nos resultados obtidos foi elaborado um índice relativo à inten-

ção de *turnover* calculado com base nos resultados médios obtidos em cada uma das questões. A consistência interna do índice foi aferida com recurso ao Alfa de Cronbach ( $\alpha=0,791$ ). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação com a profissão: i) entre homens ( $M=3,39$ ) e mulheres ( $M=3,41$ ) ( $U=101,0$ ;  $p=0,985$ ) e; ii) ao tipo de contrato de trabalho ( $H_{(3)}=0,911$ ;  $p=0,823$ ). A correlação entre a satisfação com a profissão e a idade do inquirido também não se revelou estatisticamente significativa ( $r=-0,171$ ;  $n=40$ ;  $p=0,292$ ).

No que diz respeito à tipologia do serviço verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos na escala de satisfação com a profissão ( $H_{(2)}=9,457$ ;  $p=0,009$ ). Dos três tipos de unidades consideradas verificou-se que os inquiridos da Unidade de Média Duração apresentam o maior nível de satisfação com a profissão ( $M=3,75$ ), seguida da Unidade de Convalescência ( $M=3,44$ ) e da Unidade de Longa Duração ( $M=3,12$ ). Os valores apresentados nas **tabelas 5 e 6**, relativos aos coeficientes de correlação a probabilidade de mudar a situação profissional e a intenção de *turnover* e a satisfação profissional, permitem identificar correlações entre várias das variáveis consideradas.

## DISCUSSÃO

Os resultados obtidos são reveladores da existência de entusiasmo no exercício da profissão, observável tanto no modo entusiástico com que os inquiridos afirmam encarar o dia de trabalho ( $M=3,48$ ) como na baixa probabilidade de aceitar outro emprego se lhe fosse oferecida a mesma remuneração que auferem atualmente ( $M=2,43$ ). A este entusiasmo não será alheio a enraizada conceção da enfermagem enquanto vocação e do enfermeiro enquanto pessoa que ajuda, que se doa<sup>III</sup>. De facto, uma importante componente da realização profissional na enfermagem deriva

TABELA 1

### CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

SEXO	N	%
Masculino	6	14,6%
Feminino	35	85,4%
<b>Grupo etário</b>		
<30 anos	24	60,0%
30-39 anos	16	40,0%
<b>Tipologia do Serviço</b>		
Unidade de Convalescência	9	22,0%
Unidade de Média Duração	14	34,1%
Unidade de Longa Duração	18	43,9%
<b>Vínculo laboral</b>		
Contrato de trabalho a termo incerto	3	7,3%
Contrato de trabalho a termo certo	9	22,0%
Contrato de trabalho sem termo	16	39,0%
Contrato de prestação de serviços	13	31,7%

TABELA 2

### RESULTADOS OBTIDOS EM CADA UM DOS ITENS CONSTITUINTES DA ESCALA DE INTENÇÃO DE *TURNOVER*

	M. (d.p.)
Frequência com que imagina obter outro emprego melhor ajustado às suas necessidades pessoais	3,31 (1,05)
Frequência com que se sente frustrado quando não lhe é dada a oportunidade de alcançar os objetivos que estabelece a nível profissional	2,70 (0,74)
Frequência com que pensa em deixar o seu emprego atual	2,80 (0,92)
Probabilidade de aceitar outro emprego se lhe fosse oferecida a mesma remuneração que auferi atualmente	2,43 (1,09)
Em que medida o trabalho atual satisfaz as suas necessidades pessoais	3,02 (0,79)
Frequência com que encara entusiasticamente outro dia de trabalho	3,48 (0,71)

TABELA 3

### PROBABILIDADE DE ALTERAR A SITUAÇÃO PROFISSIONAL POR TIPO DE MUDANÇA

	M. (d.p.)
Probabilidade com que mudaria de profissão	2,34 (0,93)
Probabilidade com que mudaria de organização	2,78 (0,79)
Probabilidade com que mudaria de serviço	2,65 (0,88)
Probabilidade com que mudaria de equipa	2,26 (0,74)
Probabilidade com que se reformaria	1,57 (0,90)

TABELA 4

### ESCALA DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

	M. (d.p.)
Nível de satisfação em relação perspectivas de promoção	2,85 (0,98)
Nível de satisfação em relação à organização e funcionamento do departamento onde trabalha	3,26 (0,86)
Nível de satisfação em relação à colaboração e clima de relação com os seus colegas de trabalho	3,92 (0,75)
Nível de satisfação em relação à remuneração que recebe	2,34 (1,21)
Nível de satisfação em relação à competência e funcionamento do seu superior imediato	3,58 (0,99)
Nível de satisfação em relação ao trabalho que realiza	3,80 (0,74)
Nível de satisfação em relação à competência e funcionalidade dos seus colegas	3,80 (0,64)
Nível de satisfação em relação a tudo somado, e considerando todos os aspetos do trabalho e da vida na instituição	3,39 (0,94)

da experiência do cuidar construída sobre os cuidados dispensados a outros no contexto do exercício profissional<sup>[2]</sup>. Os resultados obtidos revelam, no entanto, a existência de condicionalismos que parecem emergir da própria condição de enfermeiro e que se traduz na elevada frequência com que os inquiridos se

imaginam noutro emprego melhor ajustado às suas necessidades pessoais (M=3,31). Outras investigações têm revelado que o comprometimento afetivo dos enfermeiros pode não estar associado a um maior sentido do trabalho<sup>[3]</sup>. As condições próprias da condição de exercício da enfermagem como o trabalho por turnos,

a fadiga ou o lidar com situações de perda constituem fatores que podem ajudar a explicar a elevada frequência com que estes profissionais se projetam noutra profissão. Relativamente à intenção de *turnover* identificaram-se diferenças entre os enfermeiros que exercem a sua atividade nas diferentes ti-

TABELA 5

### NÍVEL DE CORRELAÇÃO A PROBABILIDADE DE MUDAR A SITUAÇÃO PROFISSIONAL E A INTENÇÃO DE TURNOVER E A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

	INTENÇÃO DE TURNOVER	SATISFAÇÃO PROFISSIONAL
Probabilidade com que mudaria de profissão	0,288	-0,260
Probabilidade com que mudaria de organização	0,627*	-0,529*
Probabilidade com que mudaria de serviço	0,610*	0,546*
Probabilidade com que mudaria de equipa	0,392*	-0,375*
Probabilidade com que se reformaria	-0,156	0,061

\*  $p < 0,05$ 

TABELA 6

### NÍVEL DE CORRELAÇÃO ENTRE AS DIFERENTES COMPONENTES DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E A INTENÇÃO DE TURNOVER

	INTENÇÃO DE TURNOVER
Nível de satisfação em relação perspectivas de promoção	-0,390*
Nível de satisfação em relação à organização e funcionamento do departamento onde trabalha	-0,539*
Nível de satisfação em relação à colaboração e clima de relação com os seus colegas de trabalho	-0,234
Nível de satisfação em relação à remuneração que recebe	-0,393*
Nível de satisfação em relação à competência e funcionamento do seu superior imediato	-0,262
Nível de satisfação em relação ao trabalho que realiza	-0,655*
Nível de satisfação em relação à competência e funcionalidade dos seus colegas	-0,396*

\*  $p < 0,05$ 

pologias de unidades de cuidados continuados em estudo. Verificou-se que a ULDM apresenta o maior nível de intenção de *turnover* ( $M=3,09$ ), seguida da UC ( $M=2,66$ ) e da UMDR ( $M=2,48$ ). A UMDR, orientada para a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa, apresenta como período de internamento previsível 30 a 90 dias consecutivos, por cada admissão<sup>144</sup>. Esta tipologia é onde existe um maior e mais desafiante acompanhamento ao doente, permitindo acompanhar a sua recuperação e os seus resultados, pode daí resultar a maior satisfação para os profissionais e, consequentemente, menor intenção de *turnover*. Os enfermeiros que se encontram menos satisfeitos são os que exercem a sua profissão em ULDM, que tem por finalidade proporcionar cuidados que

previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos, ou período inferior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano<sup>144</sup>. Considerando que as ULDM são as unidades cujos doentes referenciados detêm menor potencial de reabilitação, estando na base da referenciação a manutenção das capacidades do indivíduo, os profissionais que desempenham funções nesta tipologia estão, por vezes, sujeitos a um maior desgaste emocional.

No que diz respeito à forma como os inquiridos se referem à probabilidade de alterar a situação profissional, o

facto de a média de idades ser relativamente baixa (28 anos), permite perceber que a probabilidade com que se reformaria é, de todos os itens de resposta, aquele que apresenta menor valor ( $M=1,57$ ). Em sentido inverso, os itens relacionados com a mudança de organização ( $M=2,78$ ) e com a mudança de serviço ( $M=2,65$ ) apresentam os valores relativamente mais elevados contrastando com possibilidade de mudar de equipa ( $M=2,26$ ).

Os resultados evidenciam assim, por um lado, uma maior propensão para mudar de organização e de serviço e, por outro lado, uma elevada fidelidade dos enfermeiros à profissão e, sobretudo, à equipa em que está integrado. A reforçar essa tendência estão os resultados obtidos nos diferentes itens de avaliação da

satisfação profissional. De facto, foi possível constatar (**cf. tabela 5**) que o nível de satisfação dos inquiridos é superior nos itens relacionados com o seu desempenho profissional e dos colegas, relacionamento de equipa e instituição.

Da análise da correlação entre as variáveis em estudo salientam-se duas tendências. Em primeiro lugar, a existência de evidências de que o nível de satisfação profissional propicia a vontade de mudar a situação profissional. A forma como materializa essa vontade de mudança é direcionada, sobretudo, para a mudança de organização ou de serviço. Em segundo lugar, a insatisfação profissional tem uma correlação de fraca intensidade com a intenção de mudar de equipa, indiciando que as relações interpessoais na enfermagem jogam um importante papel na forma como atenuam as intenções de *turnover*. Dos resultados realça-se a importância dos condicionalismos contextuais relacionados com a estrutura organizacional ou com a organização do serviço que consti-

tuem fatores associados à insatisfação e à vontade de mudar. Já as relações interpessoais entre colegas são bastante menos determinantes na forma como se relacionam com a insatisfação.

## CONCLUSÕES

A satisfação profissional constitui um determinante da qualidade da prestação de cuidados de saúde. Por esse facto, o conhecimento dos fatores que contribuem para a satisfação profissional e para a minoração da intenção de *turnover* são de extrema importância no planeamento da gestão de recursos humanos em saúde. Os resultados obtidos nesta investigação são reveladores da importância do relacionamento interpessoal entre os enfermeiros na promoção da satisfação profissional. Foi, igualmente, possível constatar que os enfermeiros mais satisfeitos manifestam menos intenção de *turnover*. As evidências reveladas em estudos sobre esta temática apontam para vários cenários que

incentivam a vontade de mudança profissional, entre eles destacam-se o ambiente de trabalho, os mecanismos de progressão na carreira, a falta de incentivos e o reconhecimento. Estes fatores podem condicionar o desempenho do trabalhador, tanto nível da produtividade como, da dedicação e do absentismo.

Na especificidade dos cuidados de saúde prestados nas organizações analisadas neste estudo são várias as determinantes contextuais que poderão influenciar a satisfação profissional: os tempos de internamento, os níveis de dependência dos doentes, a complexidade do trabalho, a distribuição do trabalho e os rácios de profissionais por turno nas diferentes tipologias de cuidados. Ainda assim, parece ficar patente que a qualidade das relações interpessoais, de natureza profissional, se revestem de importância acrescida. Assim, a satisfação dos profissionais de saúde torna-se prioritária para fomentar um bom ambiente na prática clínica e garantir a qualidade e continuidade dos cuidados prestados. ▀



## Referências

- Laranjeira C. The effects of perceived stress and ways of coping in a sample of Portuguese health workers. *J Clin Nurs*. 2011 Jun;21(11-12):1755-62.
- Ribeiro R, Martins J, Marziale M, Robazzi M. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. *Rev. esc. enferm. USP*. 2012 Abr;46(2):495-04.
- Carvalho D, Rocha L, Barlem J, Dias J, Schallenberger C. Cargas de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*. 2017 Jan;22(1):01-11.
- Fernandes M, Soares L, Silva J. Transtornos mentais associados ao trabalho em profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa brasileira. *Rev. bras. med. trab*. 2018 Abr;16(2): 218-24.
- Ferreira C, Fernandez R, Anes E. Satisfação profissional dos enfermeiros em unidades hospitalares do norte de Portugal. *Rev. Enf. Ref*. 2017 Dez;serIV(15):109-20.
- Silva C, Potra T. Satisfação profissional dos enfermeiros numa unidade local de saúde: determinantes da satisfação. *Rev. Enf. Ref*. 2019 Mar;serIV(20):117-28.
- Van der Heijden B, van Dam K, Hasselhorn H. Intention to leave nursing: The importance of interpersonal work context, work-home interference, and job satisfaction beyond the effect of occupational commitment. *Career Development International*. 2009 Nov;14(7):616-35.
- Peterson J, McGillis Hall L, O'Brien-Pallas L, Cockerill R. Job satisfaction and intentions to leave of new nurses. *Journal of Research in Nursing*. 2011 Dez;16(6):536-48.
- Bothma C, Roodt G. The validation of the turnover intention scale. *SA Journal of Human Resource Management*. 2013 Jan;11(1):1-12.
- Lima, M, Vala J, Monteiro M. Culturas organizacionais. En: Vala M, Monteiro M, Lima M, Caetano A. (Eds.). *Psicologia Social e das Organizações - Estudos em Empresas Portuguesas*. Lisboa: Celta Editora; 1994.
- Rodrigues R. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2001 Nov;9(6):76-2.
- d'Espiney L. Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos. *Sísifo*, 2016 Jan;(6), 7-20.
- Rodrigues A, Barrichello A, Morin E. (2016). Os sentidos do trabalho para profissionais de enfermagem: Um estudo multi-métodos. *Rev. adm. Empres*. 2016 Abr;56(2), 192-08.
- Guerreiro I. (Org.). (2009) *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados; 2009. 23p.



**ARMINDA PINHEIRO**

**Profesor coordinador.**

Universidade de Minho - Escola de Enfermeria, Braga, Portugal.

✉ [aaanes@ese.uminho.pt](mailto:aaanes@ese.uminho.pt)

**DOLORES SARDO**

**Profesor adjunto.** ESEP - Escola

Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.

# PLAN DE NACIMIENTO: UNA MIRADA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN PORTUGAL

Birth plan: a look of the health professionals in Portugal

## Abstract

**Introduction:** The birth plan (BP) is a written document prepared by the couple to express their wishes regarding birth. It has been the subject of health studies, although in Portugal there is a lack of research.

**Objective:** To identify the perception of health professionals (HP) about the BP in Portugal.

**Methods:** qualitative, exploratory, descriptive study with self-completed questionnaire on an online platform. Anonymity and confidentiality guaranteed. We used the content analysis according to Bardin and the INVivo12 tool. The non-probabilistic, intentional sample with 44 nurses midwives.

**Results and discussion:** The BP was associated with the descriptors: empowerment and decision, humanization, choice and respect. 72.7% informed the woman/couple during the prenatal appointment and in childbirth classes. 47.7% assisted in its construction; 50% reported difficulties due to lack of model, non-acceptance and fears of HP reactions. 93.1% thought that their presentation to the team is important; 63.6% considered that BP isn't respected in maternities for institutional and professional reasons; 90.9% considered that the HP reacts in several ways to the presentation of the BP, from the devaluation to the need for its institutionalization. The results show that, although we are in different stages of BP implementation, the difficulties presented are similar to those developed in Europe.

**Conclusions:** The results show that the HP recognize the advantages of the BP as a facilitating and reorientation strategy for women/couples in childbirth, promoting respectful and citizen-centered care. From conception to implementation, the BP seems to be a still incipient practice in Portugal. The HP considers necessary to create policies for the implementation and development of BP, important for citizens as well as for the HP.

**KEYWORDS:** BIRTH PLAN; HEALTH PROFESSIONALS; PERCEPTION.



## INTRODUCCIÓN

En la historia de la humanidad, el embarazo y el parto se percibieron como procesos naturales o como procesos sensibles al cuidado de los profesionales de la salud, que varían según las regiones y culturas locales y profesionales<sup>1</sup>. Con el cambio del nacimiento del hogar al hospital, ha provocado un cambio en el enfoque profesional. El embarazo y el parto fue visto como un problema de salud que necesita atención médica y especializada <sup>2,3</sup>. Por lo tanto, la institucionalización hospitalaria de los procesos de embarazo, parto y nacimiento aumentó el desarrollo de las prácticas medicalizadas y protocolizadas, algunas veces incuestionables y sin base científica <sup>2,4</sup>, como la episiotomía, tricotomía, administración de enemas y otras drogas, inducción del parto, monitoreo continuo, posición de litotomía, impedimento de alimentación y deambulación durante el período de dilatación, entre otros. Los buenos resultados logrados en relación con la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal aumentaron la implementación de estas prácticas y privaron a las mujeres de su papel especial en una experiencia de vida única e irrepetible <sup>5,6</sup>. La situación llegó a ser tan extrema que el Director General de Familia, Mujeres, Niños

y Adolescentes afirmo, en 2018, que *"la creciente medicalización de los procesos normales de parto está socavando la capacidad de una mujer para dar a luz y tiene un impacto negativo en su experiencia de parto"* <sup>7,8</sup>.

A fines del siglo pasado surgió un movimiento social para contrarrestar las prácticas hospitalares establecidas y devolver a la mujer y la pareja el protagonismo que se les había quitado. En 1985, las Recomendaciones de Nacimiento de la OMS<sup>9</sup>, comenzó un proceso de estandarización del parto en el que se alentaba a los estados a reconsiderar la tecnología aplicada al parto. En 1996, la OMS<sup>10</sup> publicó "Atención de parto normal: un guía práctico", dando lugar a diferentes documentos que intentaban abogar las prácticas normales de promoción del parto normal o fisiológico y la reducción de intervenciones médicas innecesarias.

La publicación de la *Estrategia de Salud Mundial para la Mujer 2016-2030*, de la ONU<sup>11</sup>, buscó garantizar que las mujeres no solo sobrevivieran a las complicaciones del parto, si surgen, sino que también prosperen y alcancen su máximo potencial de salud y vida. De acuerdo con este objetivo, estas pautas reúnen recomendaciones nuevas y antiguas que abordan los requisitos clínicos para un parto seguro, sino también las necesidades psicológicas y emocionales de las mujeres. Esta propuesta busca asegurar que las mujeres den a luz en un entorno seguro desde la perspectiva médica, sino que también les permita sentir que controlan este proceso a través de su participación en la toma de decisiones y aumentar su realización personal.

La OMS<sup>12,13</sup> recomienda adoptar una filosofía centrada en la mujer con enfoque basado en los derechos humanos, abriendo la puerta a muchas de las opciones de atención que desean las mujeres. Estas reco-

mendaciones están basadas en la evidencia, optimizan la salud y el bienestar y se ha demostrado que tienen un impacto positivo en la experiencia de las mujeres. Según algunos autores <sup>14</sup>, la necesidad de reintroducir a las mujeres en el proceso de parto comenzó en los Estados Unidos, en 1980, con la introducción del plan de parto promovido por Sheila Kitzinger, quien lo consideró un documento formal, emergente y obligatorio para una experiencia positiva de parto. Como resultado de manifestaciones internacionales críticas con respecto a la medicalización excesiva del parto<sup>15</sup>, la OMS <sup>16</sup> clasificó lo plan de parto en la categoría superior de mejores prácticas para hacer que el embarazo sea más seguro. También la OMS<sup>17</sup>, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y la Academia Americana de Pediatría (AAP)<sup>18</sup> establecen que la preparación para el parto debe incluir la preparación del plan de parto que podría ser una forma efectiva de comunicación entre las mujeres y los profesionales de la salud y por lo tanto aumentar la satisfacción durante el parto. Un plan de nacimiento (PN) podrá ser un documento escrito, preparado durante el embarazo, después de haber recibido la información adecuada y teniendo en cuenta la mejores prácticas. En el, la mujer embarazada expresa sus expectativas sobre su parto y nacimiento, de acuerdo con sus valores personales, deseos y preferencias sobre las prácticas que desea implementar<sup>3</sup>. La importancia del PN se basa en el respeto del principio bioético de autonomía, ya que promueve el control de las mujeres sobre el proceso<sup>19</sup>. Realizar este procedimiento es una estrategia importante para la preparación del parto<sup>20, 21, 22</sup>, reduciendo sus temores de acuerdo con la información y la comunicación que ha recibido <sup>21, 22, 23, 24, 25, 26</sup>, lo que permite un proceso de reflexión

TABLA 1

## CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

	n	%
<b>PROFESIÓN</b>		
Enf. Salud Materna y Obstétrica (ESMO) /matronas	44	100
<b>SEXO</b>		
Mujeres	40	90,9
Hombres	4	9,1
<b>EDAD</b>		
	X = 45,18 años (Min=28; Max= 66)	
20-29	1	2,3
30-39	12	27,3
40-49	10	22,7
50-59	18	40,9
≥60	3	6,8
<b>FORMACIÓN</b>		
Pós-grado	25	56,8
Master/ Doctorado	19	43,2
<b>EJERCICIO PROFESIONAL</b>		
Atención diferenciada (maternidad y paritorio)	33	75
Escuelas enfermería/Escuelas salud	11	25
<b>LUGAR DE EJERCICIO PROFESIONAL</b>		
Región del Norte	26	59,1
Región del Centro	11	25
Région Lisboa e Vale do Tejo	6	13,6
Región del Sur	1	2,3

para la toma de decisiones<sup>2, 27,28, 29,30,31</sup>, lo que aumenta el empoderamiento de las mujeres y las parejas en el proceso de nacimiento. En resumen, si por un lado el PN parece ser una herramienta valiosa para los profesionales de la salud, ya que expresa las intenciones de las mujeres / parejas, facilitando la atención individualizada y la participación de los cuidadores<sup>31</sup>, por otra parte hay estudios que revelan que lo PN en lugar de mejorar las relaciones puede irritar el equipo, lo que afecta negativamente los resultados obstétricos<sup>24,26,31</sup>. En Portugal, solo a partir de 2010 surgió una pequeña referencia gubernamental acerca de PN y hay una escasez de estudios sobre su aceptación, implementación y efectos.

### OBJETIVO

Dada la escasez de estudios en Portugal, buscamos implementar un estudio para identificar la percepción de los profesionales de la salud (PS) y de los ciudadanos acerca de lo PN en Portugal. En este artículo presentaremos solo una parte de los resultados sobre las percepciones de los PS sobre el PN, específicamente sobre cómo conciben, diseñan e implementan el PN.

### MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo durante el mes de abril de 2018. Preparamos un cuestionario con 20 preguntas, de las cuales 6 estaban relacionadas con la caracterización

de la muestra y 14 relacionadas con el PN; de estos últimos, 6 fueron preguntas cerradas, donde se pidió a los participantes que justificaran la opción, y se 8 preguntas abiertas. Hemos llevado a cabo la pre-prueba cuestionario a 10 profesionales en nuestro entorno de trabajo. El cuestionario fue publicado por correo electrónico y en la red social; la recolección de datos se realizó en la plataforma en línea (Google). Para autocompletar los participantes necesitaban usar un ordenador o dispositivo móvil con Internet. Se informó los participantes que solo podían completar una vez porque la plataforma no lo permitía más. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos. El método de muestreo es intencional y no probabilístico. La muestra consistió en 44 PS, que libremente aceptaron responder a el cuestionario durante el período en que estuvo disponible en línea. Para el análisis del contenido de las preguntas abiertas, seguimos las pautas de Bardin<sup>32</sup> y las contribuciones de Braun & Clark<sup>33</sup>. Aplicamos el método con 3 fases: pre-análisis, exploración de materiales y tratamiento de resultados, inferencia e interpretación. En la fase exploratoria, utilizamos el análisis temática, identificado na unidad de registro, por medio del tema contenido en la oración y según las categorías de análisis establecidas a priori y que se apoyan en la literatura investigada y en lo objetivo del estudio. Sin embargo, en la fase de exploración del corpus de análisis, hemos intentado mantener la apertura y la flexibilidad para reconocer las categorías emergentes. En el análisis aseguramos la integridad y exclusividad de las categorías y de las unidades de registros mediante la colaboración de 3 evaluadores externos, independientes y sin contacto entre ellos. Para el análisis y tratamiento de los datos, se utilizó también la herramienta informática INVO versión 11 para reforzar la

tendencia de las respuestas. En la **Tabla 1** podemos verificar que los PS participantes eran todos enfermeros especialistas en salud materna y obstétrica/matronas; en su mayoría mujeres; con una edad promedio de 45,18 años y en su mayoría pós-graduados, trabajando en salas de maternidad, en el norte de Portugal.

## RESULTADOS

En este estudio, definimos 6 categorías de análisis, establecidas a priori: la descripción del PN desde la perspectiva de los PS; momentos de integración de la PN en la asistencia; dificultades experimentadas por los PS en la construcción del PN; dificultades experimentadas en la implementación de lo PN; ventajas en el uso de PN y sugerencias para su implementación. Del corpus de análisis surgió la categoría "Reacciones de los PS a la presentación PN".

De acuerdo con el objetivo del es-

tudio, através de las respuestas de los participantes, se observó que el 95.5% (n=42) de los PS saben para qué sirve el PN y 4.5% (n=2) informaron que no lo saben; uno dijo que lo PN no se respeta y no es obligatorio y, por lo tanto, no ve para qué sirve. El otro PS declaró que considera que el PN es un proceso individual y subjetivo y que no debe estandarizarse y, por lo tanto, no es útil. Las afirmaciones Esto revela su conocimiento, experiencia y práctica que, en realidad, no es respetado y no es aplicado por los PS.

Estas dos referencias sobre la utilidad del PN reflejan la intensa discusión actual entre los PS portugueses y que también fue posible identificar en los resultados de otros estudios de diferentes países durante más de 20 años<sup>23,25</sup>.

Con respecto a la asociación entre los descriptores y lo PN, los PS mencionaron con más frecuencia: elección, respeto, autonomía, información, empoderamiento, decisión, conocimiento, humanización,

libertad, seguridad y satisfacción, habiendo surgido del análisis, 5 categorías: empoderamiento; humanización de la atención; asociación y compartir; instrumento/estrategia; resultados de calidad.

En este estudio, la mayoría de los PS (72,7%; n=32) informaron a la mujer/pareja sobre PN en las siguientes situaciones/momentos: en la consulta de asistencia prenatal (27,3%; n=12) y en las clases de preparación (34,1%; n=15) y en contactos informales (11,4%; n=5).

Solo 47.7% de PS (n=21) ayudó en la construcción de lo PN durante las consultas prenatales y en clases de preparación. 50% de los PS informaron que las principales dificultades en la construcción de lo PN se refieren al temor de las mujeres con respecto a las reacciones de los profesionales del lugar de nacimiento en su presentación. Este resultado se debe a comentarios de otras mujeres que han experimentado situaciones similares. Otra razón se debe a falta de coincidencia entre las expectativas de las mujeres y las condiciones reales de los lugares de nacimiento y todavía falta de conocimiento de las mujeres sobre la existencia de PN y su utilidad. Como se puede ver a través de las frecuencias de las unidades de registro (f), expresada en la **Tabla 2**. Estos resultados están de acuerdo con otros estudios realizados en otros países<sup>23,25,31</sup>.

93.1% de los PS piensan que el PN es importante ser presentado al equipo de la salud antes del parto, especialmente debido a la posibilidad de conocer las opciones de la mujer/pareja. (f=11), promover el respeto (f=11), cumplir y respetar las expectativas de las mujeres/parejas (f=10). Con respecto a la implementación de PN, 63.6% informó que esto no se respeta en las instituciones hospitalarias principalmente por razones institucionales y profesionales, como se puede ver por la frecuencia de las unidades de registro en la

**Tabla 3.**

**TABLA 2**

### CATEGORÍA DE ANÁLISIS: DIFICULTADES EN LA CONSTRUCCIÓN DE LO PN, SEGÚN EL PS

UNIDAD DE REGISTRO	(f)
Temor de las mujeres a las reacciones de los profesionales ante la presentación do PN	4
Falta de coincidencia entre las expectativas de las mujeres y las realidades disponibles (protocolos y condiciones)	3
Desconocimiento de las mujeres sobre el PN y su propósito	3
La ignorancia de las mujeres sobre las prácticas hospitalarias.	2
Situaciones impredecibles asociadas con el parto.	1
Desconocido de cómo hacer PN	1
Desconocido para las parejas sobre sus derechos	2
Dificultad de aceptación del PN por parte del personal del hospital.	1
Conocimiento de la falta de respeto de los profesionales de la salud hacia las mujeres.	1
La inexistencia de un PN semi-construido	1
Falta de consenso entre los profesionales sobre PP	1

90.9% de los PS refirió cómo perciben las reacciones de sus colegas a la presentación de PN por las mujeres. Como se puede ver en las frecuencias de las unidades de registro, expresadas en la **Tabla 4**, predominan las reacciones negativas, que van desde la devaluación del PN hasta que la cuestión de su legalidad; sino también reacciones positivas que pide la institucionalización de lo PN.

La mayoría de los PS informaron ventajas en el uso del PN tanto para el equipo de salud como para las mujeres/parejas, desde su construcción hasta su implementación, justificando que el PN promueve la atención centrada en la mujer/pareja ( $f=16$ ), la autonomía y empoderamiento de las mujeres ( $f=16$ ), una mejor comunicación entre el equipo de salud y las mujeres ( $f=6$ ), aumenta la satisfacción profesional ( $f=5$ ) y de la mujer/pareja ( $f=13$ ) y el reconocimiento mutuo ( $f=3$ ), disminuye la violencia obstétrica y uso excesivo de medicalización ( $f=3$ ), promueve el conocimiento de los recursos y de las realidades locales ( $f=5$ ), el respeto de los derechos de las mujeres/parejas ( $f=4$ ), promueve sentimientos de tranquilidad y seguridad ( $f=4$ ) y la corresponsabilidad entre el equipo de salud y la mujer/pareja ( $f=4$ ).

El 63.6% de los PS declaró que la implementación de la PN debería ser obligatoria y el 50% piensa que se debería usar solo un modelo para su construcción. En cuanto a la posibilidad de solo un modelo de PN, los participantes presentaron dos razones diferentes para elegir. Algunos sugieren que no debería ser un modelo único para que las opciones y decisiones sean individuales y se basen en las necesidades, creencias y estilos de vida personales. Otros creen que tener un solo modelo facilitaría la orientación, el uso y la comprensión de los PS y de las mujeres.

Entre las sugerencias sobre la implementación de la PN, presentado

TABLA 3	
CATEGORÍA DE ANÁLISIS: RAZONES PARA EL INCUMPLIMIENTO DE LA PN, SEGÚN EL PS	
UNIDAD DE REGISTRO	(f)
<b>PROFESIONAL</b>	<b>27</b>
Los profesionales quieren seguir con sus creencias y prácticas rutinarias.	7
La atención se centra en los profesionales.	7
No hay apertura para que los profesionales respeten e incluyan los derechos de las mujeres que desarrollan un plan de parto.	6
Hace que los profesionales se sientan incómodos	2
Los profesionales no creen en sus beneficios, no están motivados	1
Tenemos sobre todo malas prácticas obstétricas	1
Los médicos rechazan los PP	1
Los profesionales disfrutan con la presentación PP	1
Algunos de los profesionales afirman no tener tiempo	1
<b>INSTITUCIONAL</b>	<b>12</b>
A menudo se crean muchas barreras, como protocolos institucionalizados muy estrictos.	4
En mi institución no se respeta ; es rechaza	3
Las instituciones no cuestionan a las embarazadas / parejas sobre sus opciones	1
Aún no lo suficientemente valorado por las instituciones	1
Aún no institucionalizado	1
Las instituciones son muy defensivas y están cerradas a los deseos de los usuarios.	1
Las instituciones no tienen recursos físicos y humanos.	1
<b>MUJERES</b>	<b>2</b>
A veces, la condición física de la mujer embarazada con una enfermedad relacionada con el embarazo.	2
<b>PLAN DE NACIMIENTO</b>	<b>2</b>
Son irreales	2

por los PS (43,2%), se subraya la necesidad de desarrollar políticas gubernamentales, institucionales, locales y regionales y de los grupos profesionales y de las organizaciones de los ciudadanos, para cambiar los modelos de organización de la atención perinatal, para orientar las prácticas profesionales, para mejo-

rar la formación de los profesionales acerca de la PN, para promover información para los ciudadanos, involucrar todos los profesionales y los ciudadanos en la toma de decisiones relativas a la construcción e implementación de lo PN. También hay que destacar el papel predominante de enfermeiro de la salud ma-

terna y obstetrica/matrona como profesional crucial en la construcción de lo PN durante la asistencia prenatal y su implementación en las salas maternidad.

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio nos permiten afirmar que los PS portugueses tienen una perspectiva correcta, amplia e integral sobre la función y la filosofía subyacentes a lo PN y que otros autores tienen descrito ultimamente <sup>2,3,14,15,19-31,34,35</sup>. De los registros de los PS portugueses podemos inferir que perciben el PN como:

- un instrumento como un procedimiento que debe construirse durante el embarazo y aplicarse durante el parto;
- una herramienta de gestión de calidad porque es un indicador de ganancias de salud, ya que se ha asociado con una mayor satisfacción, seguridad, confianza y bienestar;
- una estrategia para el desarrollo de la profesión, los profesionales y las mujeres/parejas, porque guía los modelos de atención centrados en las mujeres, requiere el desarrollo de habilidades científicas, instrumentales, comunicacionales, relacionales y organizativas por parte de profesionales y promueve el empoderamiento y la alfabetización en la salud de la mujer/pareja;
- una filosofía de cuidado porque estaba asociada con los principios de humanización del cuidado, derecho, respeto, dignidad, responsabilidad, libertad e individualidad.

Desde la perspectiva de los participantes en nuestra muestra, la práctica de lo PN parece ser aún incipiente y envuelta en dificultades desde su construcción hasta su implementación en salas de maternidad. En Portugal, todavía no hay apoyo legal para su implementación y las unidades de salud que

ayudan en el parto no lo reconocen como un elemento importante para ser incluido en la atención al nacimiento. Sin embargo, podemos decir que es una realidad en la atención primaria de salud, debido a su construcción ya está incluido en las clases de preparación para el parto, llevados a cabo mayormente por Enfermeros de la Salud Materna y Obstétrica/matrona.

Los PS identificaron que lo PN influye positivamente en la promoción de la atención centrada en la mujer/pareja, la autonomía y el empoderamiento de la mujer, la comunicación entre el equipo de salud y la mujer/pareja y la satisfacción de la mujer/pareja y profesional.

En este estudio, los profesionales de la salud informaron que proporcionaron información a las mujeres/parejas sobre lo PN, pero relativamente pocos ayudaron a construirlo., indicando como principales dificultades: los "temores" de las mujeres a las reacciones de los profesionales ante la presentación de lo PN, la falta de coincidencia entre

las expectativas de las mujeres y las realidades locales disponibles (protocolos y condiciones de maternidad) y la falta de conocimiento de las mujeres sobre lo PN y su propósito. Este hecho revela la insipiente de la implementación de lo PN en nuestro país.

Con respecto a la implementación de lo PN, la mayoría de los PS informaron que esto no se respeta en las salas de maternidad, principalmente por razones institucionales y profesionales.

Las dificultades para implementar lo PN en Portugal, son comunes a las de otros países y ya son antiguas. Según Penny Simkin<sup>22</sup> *"lo PN continúa creando tensión en las relaciones cliente-cuidador-enfermera, y las diferentes reacciones de los practicantes y receptores de obstetricia a los PN representan el viejo abismo entre ellos"*.

Según algunos autores<sup>5</sup>, en Portugal, hay PS cuya decisión prevalece sobre las decisiones de las mujeres. Independientemente de los recursos disponibles, de la situación de

TABLA 4

### CATEGORÍA DE ANÁLISIS: REACCIONES DE LOS PS EN LA PRESENTACIÓN DE PN EN EL PARITORIO

UNIDAD DE REGISTRO	(f)
<b>NEGATIVAS</b>	<b>44</b>
Devaluación y descrédito	17
Reacciones de incomodidad e inquietud.	8
Invasión de tu poder	6
Devalúan las opciones de la pareja debido a la falta de conocimiento en el proceso.	4
Bromas y reacciones de juicio de valor	3
Las parejas no son responsables de lo que quieren.	2
Reaccionan mal porque tendrán más trabajo y porque saben lo que es mejor.	2
Centra el poder de decisión solo en el equipo	1
Dudan de la legalidad de lo PN	1
<b>POSITIVAS</b>	<b>12</b>
Aceptación y apertura	8
Reacción pacífica	2
Actitud respetuosa	2

cada mujer y de sus conocimientos, hay profesionales que devalúan las opciones de las mujeres, expresadas en su PN, causando vergüenza y "temores".

Algunos estudios<sup>19,21-23,25-29,34,35</sup> informan que no incluir las preferencias de las mujeres en el parto genera una experiencia más negativa y estas mujeres pierden fácilmente el autocontrol cuando sienten que los cuidadores no prestan atención o no respetan sus PN. La posición intransigente de algunos PS con respecto a la presentación del PN se refiere a la negación de los principios ético-profesionales, evidenciados por las respuestas de los participantes, que incluso rechazan la asistencia a estas mujeres.

Según lo sugerido por los participantes, sería importante cuestionar y revisar los modelos de formación de los profesionales de la salud, así como los modelos de organización de la atención al parto.

Según las sugerencias de los PS, la implementación del PN sería más efectiva si hubiera pautas gubernamentales que cambiaran los modelos de atención perinatal, orientaran la práctica profesional y las normas de maternidad, mejoraran la formación de los PS sobre el PN y si hubiera mejor información a los ciudadanos. Esto revela la necesidad de participación y responsabilidad del gobierno en este proceso.

mentales que cambiaran los modelos de atención perinatal, orientaran la práctica profesional y las normas de maternidad, mejoraran la formación de los PS sobre el PN y si hubiera mejor información a los ciudadanos. Esto revela la necesidad de participación y responsabilidad del gobierno en este proceso.

### LIMITACIONES DE LO ESTUDIO

El hecho de que este estudio se realizara solo en línea no aclaró algunas de las respuestas dadas por los participantes, aunque la investigación presentó una nota orientadora para su utilización.

Este estudio presenta solo una descripción general de las experiencias y opiniones de parte de los PS que trabajan en la atención perinatal. Los médicos no respondieron este cuestionario. Sin embargo, ofrece una visión contemporánea instantánea de PN en el contexto portugués. Este artículo se refiere solo a una parte del estudio sobre "Plan de nacimiento: un derecho y un deber",

en que solo se presenta la percepción de los PS en Portugal, aunque se ha también estudiado la percepción de los ciudadanos.

### CONCLUSIONES

Los resultados muestran que los PS identifican las funciones y la filosofía subyacente a lo PN, y reconoce las ventajas de esto como una estrategia para empoderar a las mujeres/parejas, como un vehículo facilitador para la comunicación entre el equipo de salud y las mujeres/parejas durante el embarazo y parto y como promotor de un modelo de atención centrado en la mujer/pareja basado en la atención respetuosa y la responsabilidad mutua.

Desde la perspectiva de los PS, lo PN parece ser una práctica aún incipiente en Portugal, rodeada de limitaciones que revelan la falta de información de los PS y de las mujeres/parejas sobre lo PN y la falta de políticas de salud que guíen las prácticas profesionales y la organización de cuidado de la salud. ▴



## Referências

- Vendruscolo CT, Kruehl C. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas*, 2015;16(1):95-107.
- Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015 mayo-jun; 23(3):520-6. doi:10.1590/0104-1169.0067.2583. Recuperado em 22 de junho de 2019: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/102758/101029>
- Arnau Sánchez J, Martínez Roche ME, Nicolás Viguera MD, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *AIBR-Revista de Antropología Iberoamericana*. 2012 mayo-ag.;7(2):225-47.
- Diniz S G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 2009; 19(2):313-26. Recuperado em 26 de junho de 2019, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822009000200012&lng=pt&tng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200012&lng=pt&tng=pt).
- Sardo D, Pinheiro A. Birth plan: portuguese women's perceptions. Conference: 4th icH&Hpsy 2018- International Congress on Clinical and Counselling Psychology. 2018 nov. The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences EpSBS. Future Academy. ISSN:2357-1330. <https://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2018.11.11>. Recuperado em 22 de julho de 2019: [https://www.researchgate.net/publication/329022350\\_Birth\\_Plan\\_Portuguese\\_Women's\\_Perceptions](https://www.researchgate.net/publication/329022350_Birth_Plan_Portuguese_Women's_Perceptions).
- Martin, E. A Mulher no Corpo - Uma Análise Cultural da Reprodução. Brasil. Col. Sexualidade, Gênero e Sociedade. Ed. Garamond; 2006. 384p.
- Semelela, PN. Making childbirth a positive experience. New WHO guideline on intrapartum care. World Health Organization. 2018. Recuperado em 18 de junho de 2019: <http://www.who.int/reproductivehealth/intrapartum-care/en/>
- Semelela, PN. A "good birth" goes beyond having a healthy baby. Assistant Director-General for Family, Women, Children and Adolescents. World Health Organization. 2018. Recuperado em 18 de junho de 2019: <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/2018/having-a-healthy-baby/en/>

9. OMS. Appropriate technology for birth. Declaración de Fortaleza. *Lancet*, 1985; 2:436-7. Recuperado em 18 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457>
10. OMS. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Geneva. World Health Organization, 1996. 104p. Recuperado em 18 de junho de 2019: <https://www.elpartoesnuestro.es/recursos/oms-cuidados-en-el-parto-normal-guia-practica>
11. ONU. Every Women Every Child: The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). Survive. Thrive. Transform. Organization of the United Nations and World Health Organization. 2015. 106p. Recuperado em 18 de junho de 2019: <http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/>
12. OMS. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization. Geneva. 2018 Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 210 p. ISBN: 978-92-4-155021-5. Recuperado em 18 de junho de 2019: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=56F7F9F7AEF283E4BA3836D2CB645328?sequence=1>
13. OMS. Making childbirth a positive experience. New WHO guideline on intrapartum care. World Health Organization. 2018. Recuperado em 18 de junho de 2019: <http://www.who.int/reproductivehealth/intrapartum-care/en/>
14. Lundgren I, Berg M, Lindmark G. Is the Childbirth Experience Improved by a Birth Plan? *J Midwifery & Women's Health* 2003 set-out; 48(5):322-8. doi:10.1053/S1526-9523(03)00278-2. Recuperado em 18 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14526345>
15. Afshar Y, Mei J, Gregory K. Birth Plans: Birth Preferences or Labor Manifesto. *Gynecology & Obstetrics Case report*. ISSN 2471-8165/2016. 2016 fev.; 2(1):12. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://pdfs.semanticscholar.org/29f4/a12b-498620f73b735827264043d09a9aca0a.pdf>
16. OMS. Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, Geneva: Department Reproductive Health & Research World Health Organization; 1996. 58p.
17. OMS. Standards for maternal and neonatal care. Group 1: General standards of care for healthy pregnancy and childbirth. Geneva: Department of Making Pregnancy Safer and Department of Reproductive Health and Research; 2007. 72p.
18. AAP. Guidelines for perinatal care. 7th Edition. Washington, USA: AAP Committee on Fetus and Newborn and ACOG Committee on Obstetric Practice; 2012. ISBN (electronic):978-1-58110-771-5. 600p. Recuperado em 22 de junho de 2019: [https://ebooks.aappublications.org/user/login?auth=no&external\\_destination=https%3A%2F%2Freader%2Eaappublications%2Eorg%2Flogin%2FpassiveLogin%3Ftarget%3Dhttps%3A%2F%2Freader%2Eaappublications%2Eorg%2Fguidelines-for-perinatal-care-7th-edition%2F17](https://ebooks.aappublications.org/user/login?auth=no&external_destination=https%3A%2F%2Freader%2Eaappublications%2Eorg%2Flogin%2FpassiveLogin%3Ftarget%3Dhttps%3A%2F%2Freader%2Eaappublications%2Eorg%2Fguidelines-for-perinatal-care-7th-edition%2F17)
19. Whitford H M, Hillan E.M. Women's perceptions of birth plan. *Midwifery*. 1998 Dec; 14(4):248-3. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10076320>.
20. DeBaets A M. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Jan; 216(1):31.e1-31.e4. doi:10.1016/j.ajog.2016.09.087. Epub 2016 Sep 21. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27664497>.
21. Kaufman T. Evolution of the Birth Plan. *J Perinat Educ*. 2007 Summer; 16(3):47-2. doi:10.1624/105812407X217985. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1948092/>.
22. Penny Simkin P. Birth Plans: After 25 Years, Women Still Want To Be Heard. *Birth*. 2007 Mar; 34(1):49-5. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17324178>.
23. Peart K. Birth planning-is it beneficial to pregnant women? *Aust J Midwifery*. 2004 Mar; 17(1):27-9. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15079983>.
24. Perez P, Capitulo K. Birth plans: are they really necessary? Pro and con. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2005 Sep-Oct; 30(5):288-9. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16132002>.
25. Lothian J. Birth plans: the good, the bad, and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006 Mar-Apr; 35(2):295-3. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16620258>.
26. Lundgren I., Berg M., Lindmark G. Is the Childbirth Experience Improved by a Birth Plan? *J Midwifery Womens Health*. 2003 Sep-Oct; 48(5):322-8. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14526345>.
27. Fernández, IM, Sellés, EM. El plan de parto a debate. Qué sabemos de él. *Matronas Prof*. 2010; 11(2):53-7. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://www.federacion-matronas.org/wpcontent/uploads/2018/01/vol11n2pag53-7.pdf>.
28. Afshar Y, Mei J, Gregory K, Kilpatrick S, Esakoff T. Birth Plans - Impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: A prospective cohort study. *Birth*. 2018 Mar.; 45(1):43-9. doi: 10.1111/birt.12320. Epub 2017 Nov 2. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29094374>.
29. Mirghafourvand M, Charandabi S, Ghanbari-Homayi S, Jahangiry L, Hadlan T. Effect of birth plans on childbirth experience: a systematic review. *Int J Nurs Pract*. 2019 Jan.; 24:e12722. doi: 10.1111/ijn.12722. Recuperado em 22 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30675962>.
30. Ordem dos Enfermeiros Portugueses. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011:13p.
31. Yam EA, Grossman AA, Goldman LA, Garcia SG. Introducing birth plans in Mexico: An exploratory study in a hospital serving low income Mexicans. *Birth* 2007; 34: 42- 48
32. Bardin L. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edições70, 2008:288p.
33. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006; 3(2):77-01. doi. org/10.1191/1478088706qp063oa. Recuperado em 16 de junho de 2019: <http://www.informaworld.com/smpp/content-db=all-content=a795127197-frm=titlelink>.
34. Divall B., Spiby H., Nolan M., Slade P. Plans, preferences or going with the flow: An online exploration of women's views and experiences of birth plans. *Midwifery*. 2017 Nov;54:29-34. doi: 10.1016/j.midw.2017.07.020. Epub 2017 Aug 1. Recuperado em 16 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28826035>.
35. Whitford HM, Entwistle VA, van Teijlingen E, Aitchison PE, Davidson T, Humphrey T, Tucker JS. Use of a birth plan within woman-held maternity records: a qualitative study with women and staff in northeast Scotland. *Birth*. 2014 Sep;41(3):283-9. doi: 10.1111/birt.12109. Epub 2014 Apr 21. Recuperado em 16 de junho de 2019: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24750377>.



# INVESTIGAÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Health research and innovation: community health and public health nurse interventions

## CARMEN CUNHA

**Enfermeira**, Doutoranda. Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem, Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE), Lisboa, Portugal.

[carmencunha@campus.esel.pt](mailto:carmencunha@campus.esel.pt)

## MARIA ADRIANA HENRIQUES

**Enfermeira**, Professor Coordenador, Doutor. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Departamento de Enfermagem de Saúde Comunitária, Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE), Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB), Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

## ANDREIA COSTA

**Enfermeira**, Professor Adjunto, Doutor. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Departamento de Enfermagem de Saúde Comunitária, Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE), Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB), Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

## Abstract

**Aim.** To analyze the interventions of community and public health nurse in the context of health research and innovation.

**Method.** A Systematic Review of Literature was conducted according to the Equator Network protocol, Systematic Reviews, CRD's guidance for undertaking reviews in health care, University of York.

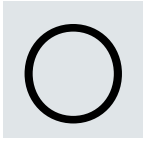
**Results.** A total of 23 articles were obtained, according to the inclusion criteria established. The qualitative analysis showed that references to interventions were reported together with others, although some articles focused only on interventions. We emphasize the qualification of the "leading nurse" in the approach to community health intervention, which is the driving force and responsible for taking initiative in future policies. A training program in public health nursing, prepared to be available on the internet that started in 2018, to establish new nurses in the area. The methodology of Item Response Theory in public health research to evaluate, validate and develop instruments, such as the Japanese version of a drowsiness scale.

**Conclusions.** In terms of innovation / creativity, 2 articles specifically use the term. However, others, not mentioning any innovation, do in fact, as it is the case of the development of a new public health training program. As public health reform is taking place in Portugal, we believe that it is an opportunity for nursing to investigate, innovate and recreate, as the European Union recognizes that investing in research and innovation is investing in its own future.

**KEYWORDS:** INTERVENTIONS; NURSE; PUBLIC HEALTH; RESEARCH; INNOVATION.



## INTRODUÇÃO


 presente estudo investigativo refere-se a um assunto que considera as mudanças e desafios que se colocam aos Serviços de Saúde, em concreto pretendemos analisar o contexto português, uma vez que, também as competências e intervenções do enfermeiro de saúde comunitária e pública, devem filiar-se numa estratégia de investigação e inovação, que tenha como objetivo principal alcançar a melhoria da prestação de cuidados de saúde, nas suas diferentes vertentes de prevenção, diagnóstico, prognóstico ou tratamento, junto com o aumento da excelência científica e potencial de inovação na saúde, como realça um recente documento da Fundação para a Ciência e Tecnologia<sup>1</sup>. Considera-se que intervenções de enfermagem se revestem de complexidade e se centram nas pessoas. Tal é a missão da enfermagem, uma profissão que exerce o cuidar científico e profissional, baseada em interações de pessoas, que vivenciam processos de saúde. A intervenção do enfermeiro especialista de saúde comunitária e de saúde pública acontece através da avaliação do estado de saúde de uma comunidade, sua capacitação, coordenação de programas, e vigilância epidemiológica, como prevê o Regulamento da Ordem dos Enfermeiros (OE), número 428/2018<sup>2</sup>. Portugal é reconhecido como tendo um bom sistema de saúde, com evolução favorável no perfil de saúde da população, apesar da crise dos últimos anos. No contexto prospetivo registam-se propostas que visam uma nova reformulação dos cuidados de saúde primários, considerando o momento de reflexão posterior à crise económica, e a atualização das principais prioridades em políticas de saúde expostas no Plano

Nacional de Saúde, na sua versão de extensão a 2020. Nos termos do despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (p. 570)<sup>3</sup>, “considera-se fulcral concretizar a centralidade da rede de cuidados de saúde primários na política de saúde do país, expandindo e melhorando a sua capacidade de resposta qualificada e articulando com os outros níveis de prestação de cuidados”. Sabe-se da importância da capacidade de inovar, que em tantas partes do mundo se tem revelado até como uma necessidade humanitária. Os enfermeiros nem sempre têm a perceção de que são inovadores, pois não lhes foi transmitido o legado da inovação. No dia-a-dia encontram soluções e criam formas para melhorar o atendimento às pessoas, entre tantas outras coisas. No entanto, não sendo divulgadas ficam limitadas ao espaço onde foram criadas, não são disseminadas ou partilhadas em maior escala<sup>4</sup>. Pelo que, procuramos aqui identificar este tipo de contribuições, no que tem sido publicado sobre investigação e inovação em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, numa Revisão Sistemática de Literatura (RSL), efetuada através de uma análise de cariz qualitativo, inserida no curso de doutoramento, da primeira autora. Há já casos divulgados, como criar um nebulizador que funciona com uma bomba de ar de bicicleta, para salvar vidas de pessoas com asma, onde o acesso à eletricidade é inexistente, ou a esterilização usando energia solar, o que é uma mais-valia para a saúde em áreas mais remotas<sup>4</sup>. São realizações inovadoras de enfermeiros, partindo da área da enfermagem, que se incorporam à tecnologia em saúde. Através da investigação e divulgação tornam-se públicas e beneficiam a todos, pela troca de conhecimentos

e experiências, entre os pares e a comunidade científica. Assim, temos como objetivo analisar as intervenções do enfermeiro de saúde comunitária e pública, no contexto da investigação e inovação.

## OBJETIVOS

A RSL teve como propósito procurar evidências de cunho científico, publicadas acerca do enfermeiro e da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, na última década, em periódicos da especialidade, seguindo a estratégia PICOS (Population, Interventions, Comparators, Outcomes and Study design), conforme à revisão. Participantes, os textos que abordam a enfermagem de saúde comunitária e saúde pública; intervenientes, os enfermeiros; resultados, os textos de acordo com os critérios de inclusão, extraídos das bases de dados escolhidas; tipo de estudos, textos científicos dos últimos 10 anos, sobre o nosso assunto.

## MÉTODOS

A RSL seguiu um dos protocolos referenciados pelo *Equator Network*, o *Systematic Reviews, CRD's guidance for undertaking reviews in health care*, University of York<sup>5</sup>, por se nos afigurar adequado ao nosso estudo. Seguindo as etapas previstas no protocolo, partimos da questão de pesquisa, para os critérios de inclusão, busca, seleção, extração e verificação da qualidade dos estudos, síntese e relato dos resultados.

Questão de pesquisa: O que existe publicado sobre competências e intervenções do enfermeiro de saúde comunitária e de saúde pública. Os critérios de inclusão: textos dos últimos 10 anos em enfermagem de saúde comunitária e de saúde >

pública, centrados em competências e intervenções do enfermeiro, em português, espanhol, francês e inglês. Recorremos às bases de dados da biblioteca virtual da Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (UL-ESEL), como: Pubmed, B-On, Scopus, EBSCOhost, ScienceDirect e Web Of Science (Medline). E aos descritores, na língua portuguesa: competências, intervenções, enfermeiro, saúde comunitária, saúde pública; e em inglês: *competences, interventions, nurse, community health, public health*.

Na pesquisa recorremos aos operadores booleanos, OR e AND, assim combinados: "competências" OR "intervenções" AND "enfermeiro" AND "saúde comunitária" OR "saúde pública"; "*competences*" OR "*interventions*" AND "*nurse*" AND "*community health*" OR "*public health*", seguindo o fluxo indicado pelo PRISMA 2009<sup>6</sup>:

1. Número de artigos identificados através da pesquisa em bases de dados = 2028;
2. Número de artigos identificados em outras fontes = 9;
3. Número de artigos após eliminar os duplicados = 461;
4. Número de artigos verificados = 461;
5. Número de artigos excluídos = 392;
6. Número de artigos completos verificados para elegibilidade = 69;
7. Número de artigos completos excluídos, com motivo = 46;
8. Número de artigos incluídos na síntese qualitativa = 23;
9. Número de artigos incluídos na síntese quantitativa = 23.

Identificamos 2028 artigos nas seguintes bases: na PubMed, da leitura dos títulos e resumos selecionamos 10 artigos com potencial interesse. Da leitura integral, sobram 7 artigos para incluir na revisão de literatura, correspondendo aos critérios de inclusão; da B-on, a leitura dos títulos e resumos, levou a que apenas 3 fossem eleitos,

sendo que, após leitura integral, 2 foram incluídos na RSL; na Scopus, selecionamos 97 textos, sendo que, da leitura dos títulos e resumos elegemos 24 artigos com verdadeiro interesse para a revisão; da EBSCOhost, feita a leitura de títulos e resumos, 15 artigos com real interesse para a RSL foram eleitos. Porém, a leitura integral dos mesmos, resultou em que apenas 2 cumpriam os critérios de inclusão. No recurso a outras fontes, a Revista Portuguesa de Saúde Pública forneceu 9 textos, com aparente interesse. Mas a leitura integral dos mesmos, levou a que apenas 1 fosse eleito, em virtude de cumprir os nossos critérios de inclusão, sendo selecionado para fazer parte da RSL.

Seleção. Resumindo, a leitura de títulos e resumos selecionou 461 textos, mas somente 69 passaram à fase de verificação de elegibilidade para a nossa RSL. Excluímos nesta fase 392 textos, por não cumprirem os critérios de inclusão. Da leitura integral dos mesmos, e por cumprir os critérios de inclusão e o objetivo proposto para este estudo, elegemos 23 artigos que seguiram para a fase de extração de dados, por terem um foco especial na investigação (*research*, ou pesquisa), entre os quais, 3 também abordam, expressamente, a inovação (*innovation*).

## RESULTADOS

Elaboramos uma tabela com 6 campos: autor(es) / ano / país; revista / base de dados; título / palavras-chave; objetivos; resultados e relevância, por se afigurarem como as informações mais relevantes dos mesmos. A título de exemplo apresentamos parte desta tabela, com 13 artigos, escolhidos com base em três critérios complementares: a sua relevância para este estudo na medida em que estão mais próximos dos objetivos definidos anteriormente; a referência

expressa a inovações; e por fim, os que foram publicados mais recentemente, pelo valor acrescentado da sua atualidade, que apresentamos na tabela 1.

Os artigos em língua estrangeira (espanhol e inglês), foram traduzidos, com recurso a meios próprios. Após a leitura integral dos 23 artigos selecionados, em função do objetivo proposto, e, tendo em conta os critérios de inclusão pré-definidos, passamos à análise dos mesmos. Nesta análise centramo-nos especificamente na ênfase posta na investigação, ainda que alguns apenas apontem caminhos para pesquisas posteriores, bem como a referência expressa, ou o destaque dado à inovação, ou a aspetos inovadores.

Os 23 artigos intitulados: 1- *Public health nurses' activities at a time of specialization in nursing - a national study*<sup>7</sup>; 2- *Community health needs assessment: a nurses' global health project in Vietnam*<sup>8</sup>; 3- Teoria da resposta ao item nas pesquisas em saúde pública<sup>9</sup>; 4- *Description of public health nursing nutrition assessment and interventions for home-visited women*<sup>10</sup>; 5- *Development of a new graduate public health nurse residency program using the core competencies of public health nursing*<sup>11</sup>; 6- *Public Health Nurses in Israel: A Case Study on a Quality Improvement Project of Nurse's Work Life*<sup>12</sup>; 7- *Professional role identity in shaping community nurses' reactions to nursing policy*<sup>13</sup>; 8- *Imaginarios de la educación en salud pública en enfermería*<sup>14</sup>; 9- *Credentialing Public Health Nurses: Current Issues and Next Steps Forward*<sup>15</sup>; 10- *We Stop for No Storm: Coping with an Environmental Disaster and Public Health Research*<sup>16</sup>; 11- *Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança*<sup>17</sup>; 12- *The Affordable Care Act: Primary Care and the Doctor of Nursing Practice Nurse*<sup>18</sup>; 13- *Risk-*

TABELA 1.<sup>1</sup>

AUTOR (ES) / ANO / PAÍS	REVISTA / BASE DE DADOS	TÍTULO / PALAVRAS-CHAVE	OBJETIVOS	RESULTADOS	RELEVÂNCIA
Haron, Y., Honovich, M., Rahmani, S., Madjar, B., Shahar, L. & Feder-Bubis, P. / 2019 / Israel	Public Health Nurs. 2019; 36,79-86. SCOPUS	Public health nurses' activities at a time of specialization in nursing - a national study — health services, job characteristics, public health nursing practice, scope of practice	Fornecer uma descrição detalhada e atual da descrição do trabalho e áreas de prática dos atuais <b>enfermeiros de saúde pública</b> .	Quase 70% dos <b>enfermeiros de saúde pública</b> forneceram <b>intervenções</b> em nível individual e menos atividades focadas na saúde da população, tais como avaliações das necessidades da comunidade e desenvolvimento e implementação de projetos baseados na comunidade.	Muito relevante. A preparação avançada deve ser requerida em diversas áreas da prática e o escopo da prática dos <b>enfermeiros de saúde pública</b> deve ser ampliado, com maior ênfase sobre a saúde da população. Propõe que futuras <b>investigações</b> investiguem as necessidades e preferências de grupos específicos.
Gomes, D. E., Santos, J. L. G., Borges, J. W. P., Alves, M. P., Andrade, D. F. & Erdmann, A. L. / 2018 / Brasil	Rev enferm UFPE on line. 2018; 12(6): 1800-12, jun. B-ON	Teoria da resposta ao item nas pesquisas em saúde pública — Métodos e Procedimentos Estatísticos; Inquéritos e Questionários; Análise Quantitativa; Saúde Pública; Enfermagem; Avaliação em Enfermagem.	Analisar a utilização da Teoria da Resposta ao Item (TRI) nas pesquisas em <b>saúde pública</b> .	O modelo logístico de três parâmetros (ML3) é o mais completo. Destacou-se como o mais utilizado nas <b>pesquisas em saúde pública</b> . O modelo de resposta gradual (MRG), identificou a sua adoção em 11 estudos que aplicaram a TRI em pesquisas na área da <b>saúde pública</b> . A utilização do modelo da TRI de crédito parcial generalizado (MCPG) para itens politômicos nas pesquisas em <b>saúde pública</b> .	Relevante. Identificam-se benefícios com a utilização da TRI em <b>pesquisas</b> na área da <b>saúde pública</b> : criação de ferramentas de avaliação que possam ser aplicadas a populações de diferentes idiomas, no caso de <b>pesquisas</b> transculturais.
Cho, S., Lee, H., Yoon, S., Kim, Y., Levin, P. F. & Kim, E. / 2018 / Vietname	International Nursing Review. 2018; 65, 505-14. SCOPUS	Community health needs assessment: a nurses' global health project in Vietnam. — Community Intervention, Global Health, Health Needs Assessment, Rapid Participatory Appraisal, Rural, Vietnam	Avaliar as necessidades de saúde e sugerir <b>intervenções</b> futuras nas comunidades rurais do Vietname.	A maioria utilizou os CHSs (Centros de Saúde da Comunidade), como unidades básicas de saúde, com alta satisfação para os serviços atualmente prestados. No entanto, havia necessidade de os centros fornecerem serviços mais abrangentes, incluindo doenças crônicas, e para os prestadores de saúde melhorarem suas <b>competências</b> . Os líderes comunitários mostraram interesse na informação em saúde para doenças crônicas e forte compromisso em envolver-se nas atividades de saúde de suas comunidades. Os resultados sugerem <b>intervenções</b> futuras nas áreas de	Relevante. A participação e parceria foi uma ferramenta útil para compilar informações precisas sobre as necessidades atuais da comunidade em saúde, como a preparação dos serviços de saúde para atender às exigências e capacidade da comunidade. Este processo é fundamental para os <b>enfermeiros</b> , que iniciam projetos globais de saúde em países internacionais com recursos limitados, para gerar evidências sobre a prática, <b>pesquisa</b> e política para a tomada de responsabilidades na promoção dos objetivos de desenvolvimento sustentável.

<sup>1</sup> Tabela elaborada pelas autoras.

				aprimoramento das funções dos CHSs, recursos humanos e capacidade de autocuidado dos residentes.	
Horning, M. L., Olsen, J. M., Lell, S., Thorson, D. R. & Monsen, K. A. / 2018 / USA	Public Health Nurs. 2018; 35, 317-26.  SCOPUS	Description of public health nursing nutrition assessment and interventions for home-visited women  — house calls/home visits, nutrition assessment, nutrition interventions, nutritional status, public health nurses	Descrever a ação do <b>Enfermeiro de Saúde Pública</b> (PHN) na visita domiciliária, Conhecer (K) a nutrição da cliente feminina, Comportamento (B) e Status (S); o número e tipos de <b>intervenções</b> nutricionais utilizadas pelos PHNs com esses clientes; e os tipos de clientes que recebem <b>intervenções</b> nutricionais.	Os resultados sugerem que as mulheres, visitadas em casa têm possibilidade de melhorar a nutrição KBS. Os resultados também apontam para as oportunidades com vista a melhorar a visita domiciliária no atendimento ao cliente, fornecendo mais <b>intervenções</b> nutricionais, especialmente àqueles que não estão recebendo <b>intervenções</b> . A revisão dos planos ajuda a refletir quais são as importantes <b>intervenções</b> nutricionais no gerenciamento dos casos.	Relevante. Padrões de Intervenção Nutricional foram detetados pelo tipo de visita que as clientes receberam. E que o KBS e os PHNs utilizam inúmeras <b>intervenções</b> nutricionais. Sugere múltiplas futuras <b>investigações</b> , como o impacto da <b>intervenção</b> nutricional do PHN, ou determinar porque é que as <b>intervenções</b> não estão documentadas para os casos de maior risco.
Kagan, I., Shachaf, S., Rapaport, Z., Livne, T. & Madjar, B. / 2016 / Israel	Public Health Nursing. 2016; 34 (1), 78-86.  SCOPUS	Public Health Nurses in Israel: A Case Study on a Quality Improvement Project of Nurse's Work Life  — case study, conditions of work, public health, public health nurses, Well Baby clinics.	É um estudo de caso sobre a melhoria da qualidade de vida de trabalho diário dos <b>enfermeiros</b> .	Forneceu à administração de enfermagem da gestão do distrito, uma bateria de argumentos convincentes e propostas realistas, fundamentadas para tornar o trabalho das clínicas da Well Baby mais relevante para suas comunidades e dar aos <b>enfermeiros</b> as condições para cumprir suas atribuições com mais auto respeito profissional.	Relevante. Demonstrou uma aliança de trabalho frutuosa entre a <b>investigação</b> acadêmica, e os profissionais de saúde, a trabalhar juntos para proporcionarem serviços de alta qualidade aos clientes.
Arias, D., Núñez, N. A., Almeida, N. & Tonini, T. / 2015 / Colombia	Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2015; 33(2), 152-60.  B-ON	Imaginarios de la educación en salud pública en enfermería.  — educación, enfermería, imaginarios, salud pública.	Desvelar imaginários de educação em <b>saúde pública</b> no programa de Enfermagem da Universidade Surcolombiana desde 1993 até 2013.	Emergem categorias principais: concepção da <b>saúde pública</b> , compreensão da <b>saúde pública</b> , formação profissional do professor, a <b>saúde pública</b> no plano curricular, educação em <b>saúde pública</b> em enfermagem e o "não visto, não sentido, não escutado". As principais <b>competências</b> da enfermagem de saúde pública dirigem-se à orientação	Relevante. Consta uma crise epistemológica entre teorias e práticas disciplinares em <b>saúde pública</b> ; as políticas propostas pela OMS/OPS e as leis da profissão indicam a necessidade de fortalecer a integração curricular, o desenvolvimento de <b>competências</b> específicas e a participação dos estudantes na definição de objetivos, métodos e ambientes de

das pessoas para os serviços de saúde, à **investigação** e busca de soluções **inovadoras**, monitorização da saúde da comunidade e mobilização das pessoas na busca da saúde.

aprendizagem em **saúde pública** desde uma visão holística e global mas com perspectiva local.

Vandenhouten, C. L., DeVance-Wilson, C. L. & Little, B. B. / 2015 / USA	Public Health Nursing. 2015; 32 (5), 565-76.  SCOPUS	Credentialing Public Health Nurses: Current Issues and Next Steps Forward  — certification, credential, public health nurse, workforce development.	Perceber o que é que motiva e quais as barreiras para os PHN buscarem a respetiva certificação.	Os PHNs foram motivados a buscar a certificação do conselho por três categorias abrangentes: competência profissional, satisfação pessoal e incentivos financeiros. Barreiras mais citadas para a certificação foram: falta de conhecimento das oportunidades de certificação, desconhecimento dos critérios de elegibilidade, custo, percepção de que poderia não ter qualquer recompensa pelo empregador e tempo de preparação.	Relevante. Demonstrando uma educação altamente qualificada, a força de trabalho dos PHNs competente e confiável só pode ser alcançada por meio do desenvolvimento profissional contínuo e credenciamento. Além do mais, <b>pesquisas</b> sobre a relação entre credenciação do PHN e resultados de saúde da população são essenciais.
Elliott, L., Kennedy, C. & Raeside, R. / 2015 / Escócia UK	Journal of Nursing Management 2015; 23, 459-67.  PubMed	Professional role identity in shaping community nurses' reactions to nursing policy  — community nursing, organisational change, role identity, workforce	Estabelecer em que medida a identidade do papel profissional molda a comunidade e as reações dos <b>enfermeiros</b> antes da implementação de uma política que procura introduzir um papel genérico.	A minoria (33%) apoiou a nova função. A identidade do papel profissional daqueles que apoiaram diferiu bastante daqueles que não apoiaram a política ou tinham dúvidas sobre ela. Os resultados da <b>pesquisa</b> são consonantes com outros estudos de implementação de novos papéis, e a <b>investigação</b> sugere que algumas das questões surgem em estágios muito elementares da implementação de novas políticas.	Relevante. É possível que a nova política tenha agido para aumentar o valor do papel e identidade dos profissionais que foram solidários, e inversamente desvalorizou a identidade do papel profissional daqueles que não apoiaram ou estavam incertos. A identidade do papel profissional deve ser considerada pelos decisores políticos, em qualquer país que pretenda introduzir políticas que visem mudar radicalmente o papel/funções dos <b>enfermeiros</b> comunitários.
Lathrop, B., Hodnicki, D. / 2014 / USA	The Online Journal of Nursing, 2014; 19 (2).  PubMed	The Affordable Care Act: Primary Care and the Doctor of Nursing Practice Nurse  — Patient Protection and Affordable Care Act, ACA, healthcare reform, nurses, primary care, doctor of nursing practice,	Descrever o papel dos <b>enfermeiros</b> prestadores de cuidados primários.	O ACA (Ato de Saúde Sustentável) servirá como modelo de prevenção, explica como os cuidados de saúde preventivos podem ser melhorados através do uso de modelo de atenção primária e aborda os desafios associados e relacionados ao aumento do cuidado preventivo no sistema	Relevante. A aprovação da Lei de Proteção do Paciente e ACA de 2010 deu início à transformação do sistema de saúde dos Estados Unidos. É preciso que as barreiras profissionais e legais sejam removidas para que os DNPs possam fornecer os cuidados para os quais eles foram preparados.



		DNP, community-based programs, leadership, health policy, prevention, health insurance, APRN, DNP-APRNs, APRN practice barriers		de saúde. Discute-se as oportunidades de liderança da Prática do Doutor de Enfermagem (DNP) relacionadas à comunidade, programas e estratégias de políticas para fortalecer a prestação de cuidados primários.	O DNP é um doutoramento na prática, com ênfase na translação da evidência da <b>investigação</b> para o contexto prático.
Temido, M., Dussault, G. / 2014 / Portugal	REV PORT SAÚDE PÚBLICA. 2014; 32(1), 45-54.	Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança — Combinação de papéis profissionais, Médicos, Enfermeiros, Limites legais e regulamentares, Mudança Conteúdo funcional	Avaliar a necessidade de mudanças no ordenamento jurídico português para um alargamento das fronteiras da enfermagem.	No ordenamento jurídico português não há uma definição de ato médico, mas existe uma reserva de exercício sobre os atos de diagnóstico médico, de prescrição terapêutica e de gestão autónoma do doente. Constatou-se também que outros atos, funcionalmente considerados como da profissão médica, podem ser delegados; e que muitos outros são considerados exclusivos da profissão médica apenas por força da norma social que resulta das práticas instituídas. A <b>investigação</b> realizada evidenciou combinação ineficiente das profissões médica e de enfermagem.	Relevante. A intenção de atribuir aos enfermeiros funções nos domínios sob reserva médica absoluta exigirá prévias alterações legais e regulamentares. Existe espaço normativo para uma utilização mais efetiva das <b>competências</b> dos <b>enfermeiros</b> , suscetível de contribuir para um melhor desempenho do sistema de saúde. A exequibilidade legal da mudança não deve fazer perder de vista que o sucesso de uma opção política depende do consenso social que reúne, e que, em Portugal, alguns parceiros manifestam reserva quanto à expansão do campo de atuação da profissão de enfermagem.
Issel, L. M., Bekemeier, B. & Kneipp, S. / 2012 / USA	Public Health Nursing. 2012; 29 (4), 330-42.  SCOPUS	A Public Health Nursing Research Agenda — models, public health nursing, quality, research priorities, safety.	Gerar os temas prioritários e finais de pesquisa, e as correspondentes questões prioritárias de pesquisa.	O processo gerou quatro temas de <b>pesquisa</b> de alta prioridade para o PHN: modelos de intervenção do PHN, qualidade da prática do PHN focada na população, métricas de / para o PHN, eficácia comparativa e resultados do PHN.	Relevante. Como a agenda é adotada por agências financiadoras, <b>pesquisadores</b> e parceiros baseados Um programa de <b>investigação</b> mais focado produzirá evidências que podem orientar a prática do PHN focada na população.
Baisch, M. J. / 2012 / USA	Public Health Nursing. 2012; 29 (4), 352-60.  SCOPUS	A Systematic Method to Document Population-Level Nursing Interventions in an Electronic Health System — documentation, informatics, longitudinal case study, population-level interventions, public health nursing.	Descrever um método para documentar a prática de enfermagem baseada na população adicionando as <b>intervenções</b> baseadas na população na taxonomia de enfermagem subjacente à informação	As <b>intervenções</b> , derivadas da Roda de Intervenção, foram incorporadas no sistema de Taxonomia Omaha. O enquadramento conceitual do Sistema de Informações de Saúde Comunitária Automatizado (ACHIS), que é um sistema importante de dados usados para capturar a prática dos centros de enfermagem comunitária. Trata-se de uma ferramenta válida	Relevante. Este método de adaptar um sistema de dados existente para capturar <b>intervenções</b> poderia ser replicado por gestores de <b>saúde pública</b> interessados em avaliar melhor os processos e resultados da enfermagem em <b>saúde pública</b> e outros profissionais de saúde. Um benefício de saúde eletrónico é a capacidade de expandir variáveis.

de um sistema eletrônico de saúde.

também, para **pesquisa** e avaliação de saúde comunitária.

Esta **inovação** assume que quaisquer adições ao sistema se devem basear em evidências.

Byrd, M. E., Costello, J., Gremel, K., Schwager, J., Blanchette, L. & Malloy, T. E. / 2012 / USA	Public Health Nursing. 2012; 29 (5), 433-43. SCOPUS	Political Astuteness of Baccalaureate Nursing Students Following an Active Learning Experience in Health Policy — health policy, political astuteness, politics, public health nursing education, public policy.	Descrever as mudanças na astúcia política depois dos estudantes de bacharelato em enfermagem participarem numa série de atividades de aprendizagem de políticas públicas.	Depois de participarem nas atividades de aprendizagem de políticas públicas, a astúcia política dos estudantes teve um aumento significativo. A participação em organizações profissionais e em conhecimento dos processos legislativos e políticos previu com significado o envolvimento político pós-teste. O propósito da <b>investigação</b> é descrever as mudanças em astúcia política.	Relevante. O Inventário de Astúcia Política (PAI) foi usado para comparar níveis de astúcia política, e identificar fatores concetuais que contribuem para o envolvimento político, antes e na conclusão das atividades de aprendizagem de políticas públicas. As experiências de aprendizagem ativa podem aumentar o conhecimento e as habilidades que os futuros <b>enfermeiros</b> precisam para influenciar as políticas públicas. Este projeto foi escolhido para o prêmio " <b>Inovações</b> em Educação Profissional em Enfermagem".
--	---	---	---	---	---

-Reduction Strategies to Expand Radon Care Planning with Vulnerable Group<sup>19</sup>; 14- Public Health Nursing Competency Instrument: Scale Reduction and Reliability of Factor<sup>20</sup>; 15- Political Astuteness of Baccalaureate Nursing Students Following an Active Learning Experience in Health Policy<sup>21</sup>; 16- A Systematic Method to Document Population-Level Nursing Interventions in an Electronic Health System<sup>22</sup>; 17- A Public Health Nursing Research Agenda<sup>23</sup>; 18- Barriers and Facilitators in the Delivery of Environmental Risk Reduction by Public Health Nurses in the Home Setting<sup>24</sup>; 19- The effectiveness of the Omaha System intervention on the women's health promotion lifestyle profile and quality of life<sup>25</sup>; 20- Vaccination Competence of Public Health Nurses<sup>26</sup>; 21- The Skills Gap in Nursing Management in the South African Public Health Sector<sup>27</sup>; 22- Case management educational intervention with public health nurses: cluster randomized controlled trial<sup>28</sup>; e 23- Identifying

attitudes, beliefs and reported practices of nurses and doctors as immunization providers<sup>29</sup>, focam-se essencialmente na investigação em enfermagem, ou apontam sugerem caminhos de investigação a desenvolver, como adiante iremos especificar. Destacamos ainda, os 3 artigos, com referência expressa à inovação: *Imaginarios de la educación en salud pública en enfermería*<sup>14</sup>; *A Systematic Method to Document Population-Level Nursing Interventions in an Electronic Health System*<sup>22</sup> e *Political Astuteness of Baccalaureate Nursing Students Following an Active Learning Experience in Health Policy*<sup>21</sup>. Mas também os que, em nosso entender, apresentam inovação em seu conteúdo: Teoria da resposta ao item nas pesquisas em saúde pública<sup>9</sup>; *Development of a new graduate public health nurse residency program using the core competencies of public health nursing*<sup>11</sup>; *The Affordable Care Act: Primary Care and the Doctor of Nursing Practice*

*Nurse*<sup>18</sup>; e *Public Health Nursing Competency Instrument: Scale Reduction and Reliability of Factors*<sup>20</sup>.

## DISCUSSÃO

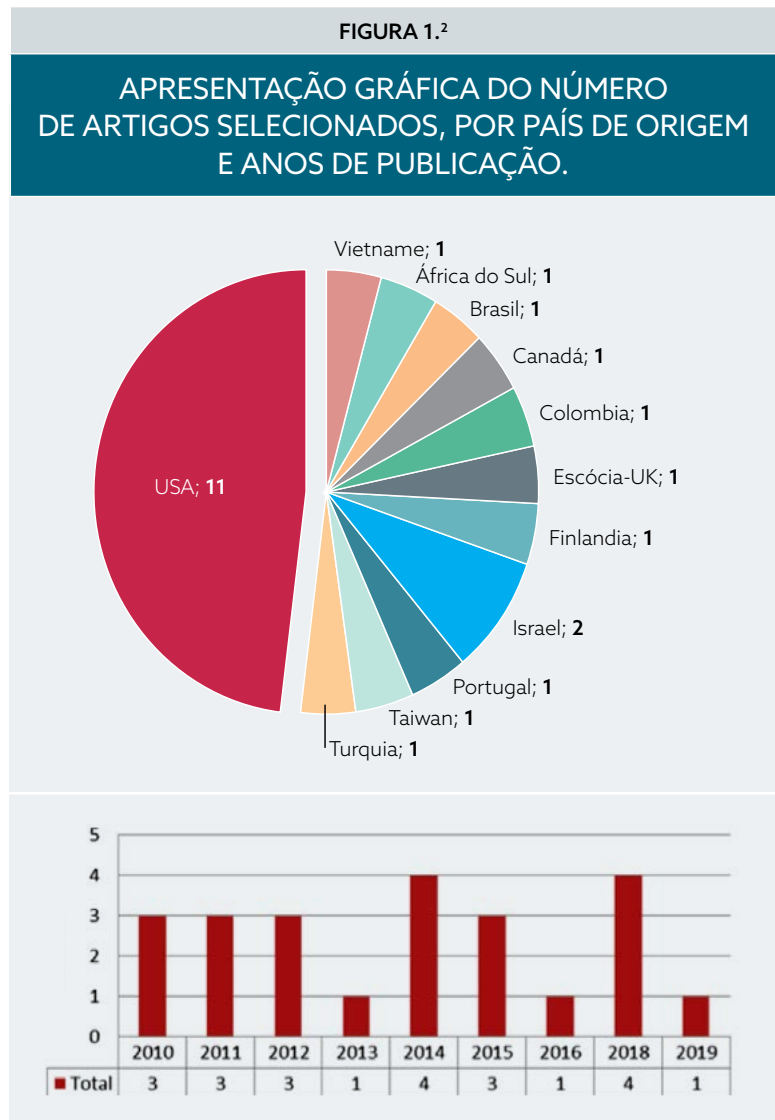
A investigação / pesquisa (*research*, em inglês), são conceitos comuns e quase transversais a todos os artigos selecionados. Porém, são usados com diferentes objetivos e conotações. Para a maioria, trata-se de qualificar a própria gênese do texto em questão. "A nossa pesquisa", "a pesquisa contemporânea", "os objetivos desta investigação", ou "contribuir para a investigação em saúde pública". Noutros casos, todavia, é feita uma menção expressa a que futuras investigações / pesquisas / *researches* se tenha em conta, ou se vá numa determinada direção. "Contribuindo para futuras pesquisas", "abrem-se oportunidades de pesquisa", "a investigação sugere novas questões em áreas não exploradas", "a investigação realizada evidenciou", "o estudo apresenta >

um programa para pesquisa em enfermagem”, “uma recomendação para futura pesquisa é investigar as necessidades e preferências de grupos específicos de população”. São apenas exemplos ilustrativos de como os artigos se propõem alavancar outras investigações e pesquisas, fomentando assim, a investigação cada vez mais aprofundada em enfermagem. Um artigo em especial dedica-se exatamente, à agenda da investigação em enfermagem: *A Public Health Nursing Research Agenda*<sup>23</sup>, tendo sido publicado na *Public Health Nursing*, em 2012. Importa assim, salientar que o mesmo apresenta quatro temas de alta prioridade: modelos de intervenção de enfermagem de saúde pública; qualidade da prática focada na população; medidas da / para a enfermagem de saúde pública; e comparativos da efetividade e resultados de enfermagem de saúde pública. Para cada um destes temas são propostas definições e explicações, bem como questões de alta prioridade, por tema. Por exemplo, para o primeiro tema, é proposto que as questões de pesquisa se foquem em desenvolver e testar modelos específicos de práticas de enfermagem de saúde pública, com o fim de identificar que modelos são mais apropriados, e em que circunstâncias.

Uma das conclusões e sugestões do artigo é que esta agenda de investigação, poderia ser incorporada em programas de doutoramento em enfermagem de saúde pública, através de cursos ou desenvolvimento do currículo. No que diz respeito à inovação / criatividade (*innovation*, em inglês), 3 artigos, especificamente, usam o termo. “Busca de soluções inovadoras”, no artigo, *Imaginaríos de la educación en salud pública en enfermería*<sup>14</sup>, publicado na Rev. Fac. Nac. Salud Pública, em 2015. “A inovação assumiu que qualquer adição ao sistema eletrónico de saúde deveria ser baseada na evi-

dência”, no artigo, *A Systematic Method to Document Population-Level Nursing Interventions in an Electronic Health System*<sup>22</sup>, publicado na *Public Health Nursing*, em 2012. E, “foram selecionadas políticas e atividades de aprendizagem em enfermagem de saúde pública e comunitária, para a inovação nos prêmios de educação profissional em enfermagem”, no artigo, *Political Astuteness of Baccalaureate Nursing Students Following an Active Learning Experience in Health Policy*<sup>21</sup>, publicado na *Public Health Nursing*, em 2012. Porém, outros artigos, não men-

cionando, especificamente, que se trata da apresentação de qualquer inovação, fazem-no de facto. É o caso “da utilização da Teoria da Resposta ao Item<sup>9</sup> em pesquisas na área da saúde pública tais como: criação de ferramentas de avaliação que possam ser aplicadas a populações diferentes”, no artigo, Teoria da resposta ao item nas pesquisas em saúde pública, publicado na REUOL, em 2018. Também “o desenvolvimento de um novo programa de estágio em saúde pública, desenvolvido para ir de encontro às necessidades das agências públicas de saúde que contratam



<sup>2</sup> Figura elaborada pelas autoras.



novos enfermeiros", no artigo, *Development of a new graduate public health nurse residency program using the core competencies of public health nursing*, publicado na *Public Health Nursing*<sup>11</sup>, em 2018. Ainda a figura do *Doctor of Nursing Practice Nurse*, que "é um doutoramento na prática, com ênfase na translação da evidência da pesquisa, para o contexto da prática", um enfermeiro líder, na abordagem da intervenção de saúde comunitária, para impulsionar e responsável pela iniciativa em futuras políticas, no artigo, *The Affordable Care Act: Primary Care and the Doctor of Nursing Practice Nurse*<sup>18</sup>, publicado no *The Online Journal of Issues on Nursing*, em 2014.

Bem como, "os esforços de revisão em escala e análise, destinados a encurtar o instrumento de competências de enfermagem em saúde pública, explorando fatores menosprezados e reportando em segurança", no sentido de reduzir o tamanho e o tempo requerido para preencher tal documento, importante quer para profissionais quer para empregadores, no artigo, *Public Health Nursing Competency Instrument: Scale Reduction and Reliability of Factors*<sup>20</sup>, publicado na *Public Health Nursing*, em 2013. Os 23 textos selecionados, escritos em 3 idiomas, com predomínio do inglês, destacando-se, por países, os EUA, com 11 artigos, Israel, com 2, e Brasil, Vietname, Colômbia, Escócia/UK, Portugal, África do Sul, Turquia, Finlândia, Canadá e Taiwan, com 1 cada. Apresentamos-los de forma gráfica, por país de origem, e por anos, na figura 1. Este estudo, que resulta da RSL com o objetivo de analisar as intervenções do enfermeiro de saúde comunitária e pública, no contexto da investigação e inovação, demonstrou, pelas evidências obtidas, o quanto o investigar e inovar estão na agenda e são fundamentais para a ciência da enfermagem. Da análise efetuada emergem, não

só exemplos práticos de investigação e inovação, mas também caminhos a percorrer pela disciplina, para se afirmar nas intervenções do enfermeiro, em benefício da melhoria da saúde das pessoas e comunidades. Assim, vemos que a enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública ganha com uma avaliação célere e participativa da comunidade, por ser uma ferramenta útil no sentido de determinar as reais necessidades, conforme estudo realizado no Vietname<sup>8</sup>. Ou, com a implementação do Sistema *Omaha*, um modelo de enfermagem para organizar, documentar e avaliar os resultados dos cuidados na comunidade, que é importante para os enfermeiros de saúde pública que têm como objetivo promover e proteger a saúde, como relata um estudo da Turquia<sup>25</sup>.

No campo da inovação, vários exemplos ressaltam, como é o caso da construção de um programa, disponível na *internet*, para proporcionar a enfermeiros recém-formados, um maior apoio na transição para a atividade profissional, significativo para ajudar a desenvolver conhecimentos, habilidades essenciais, mas também, para as agências de saúde pública atraírem e reterem os novos enfermeiros, fornecer segurança e eficácia na prestação nos cuidados de saúde pública, no contexto dos Estados Unidos<sup>11</sup>.

Assim, associando a multiplicidade de evidências, que emergiram das publicações selecionadas com interesse real para o âmbito das competências e intervenções do enfermeiro de saúde comunitária e pública, parece sobressair a questão da premente ação investigativa e inovadora nesta área de atuação. O surgimento de dúvidas e incertezas levam a enfermagem adiante, fortalecida no conhecimento, através da produção científica e inovadora, de forma a contribuir para a qualidade do exercício profissional,

na proteção da saúde e prevenção da doença.

## CONCLUSÕES

De realçar a diversidade de investigações, algumas delas com carácter mais inovador, contextualizadas em realidades concretas, os benefícios que aportam para o enfermeiro de saúde comunitária e de saúde pública, a contínua contribuição para a ciência da enfermagem, a acontecer de muitas formas em todas as latitudes, enriquecendo as intervenções, que se refletem na obtenção de ganhos em saúde, para as pessoas e comunidades.

Um dos artigos, pesquisados nesta revisão de literatura, referia que a maioria dos enfermeiros de saúde pública ainda se dedica, sobretudo, à vacinação. Porém, este paradigma parece estar em mudança, perante todo este arsenal de evidências, e discute-se até, em muitas destas realidades, o alargamento das próprias competências do enfermeiro.

As evidências ilustram que as inovações na área da enfermagem, realizadas por enfermeiros, acontecem de facto, um pouco por todo o mundo, e também a profissão de enfermagem é afetada pela rápida evolução da realidade, marcada por novas ferramentas informáticas e de comunicação, bem como pela globalização. Inovar está presente na enfermagem, e é cada vez mais evidente em todos os campos de trabalho, pela atuação dos enfermeiros, que incluem em seus procedimentos o produto validado da investigação, e o divulgam em novas publicações e tecnologias. Estando a decorrer em Portugal a reforma da saúde pública, consideramos que é uma oportunidade para a enfermagem investigar, produzir, inovar e recriar. Pois, tal como reconhece a União Europeia, investir na investigação e inovação é investir no futuro de qualquer ciência. ▀



## Referências

1. Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Agenda temática de I&I Saúde, Investigação Clínica e de Translação; versão de abril 2019. Disponível em: [https://www.fct.pt/agendastematicas/docs/Agenda\\_Saude\\_Investigacao\\_Clinica\\_e\\_de\\_Translacao\\_Versao\\_Finalizacao.pdf](https://www.fct.pt/agendastematicas/docs/Agenda_Saude_Investigacao_Clinica_e_de_Translacao_Versao_Finalizacao.pdf)
2. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar, n.º 428/2018 de 16 de julho, Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, II Série (N.º 135 de 16-07-2018) 19354-19359 (2018).
3. Despacho n.º 200/2016 de 7 de janeiro, Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Diário da República, II Série (N.º 4 de 7-01-2016) 570 (2016).
4. Lemberger O. Finding a better way: nurses and innovation. Reflections on Nursing Leadership. [Internet]. 2019. Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing. [citado 2019 jun 25]. Disponível em: <https://www.reflectionsonnursingleadership.org/features/more-features/finding-a-better-way-nurses-and-innovation>
5. University of York. Systematic Reviews, CRD's guidance for undertaking reviews in health care; 2009.
6. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. Disponível em: [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org)
7. Haron Y, Honovich M, Rahmani S, Madjar B, Shahar L, Feder-Bubis P. Public health nurses' activities at a time of specialization in nursing-A national study. Public Health Nursing. 2019 36(1): 79-86.
8. Cho S, Lee H, Yoon S, Kim Y, Levin PF, Kim E. Community health needs assessment: a nurses' global health project in Vietnam. International Nursing Review. 2018 65(4), 505-14.
9. Gomes DE, Guedes dos Santos JL, Pereira Borges JW, Pedroso Alves M, Andrade DF, Erdmann AL. Theory of the Response To the Item in Research in Public Health. Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE. 2018 12(6), 1800-12.
10. Horning ML, Olsen JM, Lell S, Thorson DR, Monsen KA. Description of public health nursing nutrition assessment and interventions for home-visited women. Public Health Nursing. 2018 35(4), 317-26.
11. Larsen R, Ashley J, Ellens T, Frauendienst R, Jorgensen-Royce K, Zelenak M. Development of a new graduate public health nurse residency program using the core competencies of public health nursing. Public Health Nursing. 2018 35(6), 606-12.
12. Kagan I, Shachaf S, Rapaport Z, Livne T, Madjar B. Public Health Nurses in Israel: A Case Study on a Quality Improvement Project of Nurse's Work Life. Public Health Nursing. 2017 34(1), 78-86.
13. Elliott L, Kennedy C, Raeside R. Professional role identity in shaping community nurses' reactions to nursing policy. Journal of Nursing Management. 2015 23(4), 459-67.
14. Arias TD, Núñez G NA, Tonini T, Almeida FNM. Imaginarios de la educación en salud pública en enfermería. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2015 Mai 33(2), 152-60.
15. Vandenhouten CL, DeVance-Wilson CL, Little BB. Credentialing Public Health Nurses: Current Issues and Next Steps Forward. Public Health Nursing. 2015 32(5), 565-76.
16. Reifsnider E, Bishop SL, An K, Mendias E, Welker-Hood K, Moramarco MW, Davila YR. We Stop for No Storm: Coping with an Environmental Disaster and Public Health Research. Public Health Nursing. 2014 31(6), 500-7.
17. Temido M, Dussault G. Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2014 32 (1), 45-54.
18. Lathrop B, Hodnicki DR. The Affordable Care Act: Primary Care and the Doctor of Nursing Practice Nurse. Online Journal of Issues in Nursing [Internet]. 2014 [citado 2019 Feb 13]; 19(2): [about 7 p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26824838>
19. Larsson LS. Risk-reduction strategies to expand radon care planning with vulnerable groups. Public Health Nursing (Boston, Mass.). 2014 31(6), 526-36.
20. Reckinger D, Cross S, Block DE, Josten L, Savik K. Public Health Nursing Competency Instrument: Scale Reduction and Reliability of Factors. Public Health Nursing. 2013 30(6), 566-74.
21. Byrd ME, Costello J, Gremel K, Schwager J, Blanchette L, Malloy TE. Political Astuteness of Baccalaureate Nursing Students Following an Active Learning Experience in Health Policy. Public Health Nursing. 2012 29(5), 433-43.
22. Baisch MJ. A Systematic Method to Document Population-Level Nursing Interventions in an Electronic Health System. Public Health Nursing. 2012 29(4), 352-60.
23. Issel LM, Bekemeier B, Kneipp S. A Public Health Nursing Research Agenda. Public Health Nursing. 2012 29(4), 330-42.
24. Tinker E, Postma J, Butterfield P. Barriers and Facilitators in the Delivery of Environmental Risk Reduction by Public Health Nurses in the Home Setting. Public Health Nursing. 2011 28(1), 35-42.
25. Erci B. The effectiveness of the Omaha System intervention on the women's health promotion lifestyle profile and quality of life. Journal of Advanced Nursing. 2011 68(4), 898-07.
26. Nikula A, Nohynek H, Puukka P, Leino-Kilpi H. Vaccination Competence of Public Health Nurses. Public Health Nursing. 2011 28(6), 533-42.
27. Pillay R. The Skills Gap in Nursing Management in the South African Public Health Sector. Public Health Nursing. 2011 28(2), 176-85.
28. Liu W-I, Edwards H, Courtney M. Case management educational intervention with public health nurses: cluster randomized controlled trial. Journal of Advanced Nursing. 2010 66(10), 2234-44.
29. Pielak KL, McIntyre CC, Tu AW, Remple VP, Halperin B, Buxton JA. Identifying attitudes, beliefs and reported practices of nurses and doctors as immunization providers. Journal of Advanced Nursing. 2010 66(7), 1602-11.

**CÁTIA TEIXEIRA**

**Enfermeira Especialista** em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEnfC), Pós-Graduada em Urgências e Emergências (EEnfC), Mestranda em Enfermagem-Médico Cirúrgica, Enfermeira. EEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, - CHUC - Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra, Portugal.

✉ [catiateixeiraemc@gmail.com](mailto:catiateixeiraemc@gmail.com)

**AMÉLIA CASTILHO**

**Professora Adjunta;** Especialista, Enfermagem, Mestrado em Gestão e Economia da Saúde UC, Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Doutoramento - Ciências de Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;;

**RUI BAPTISTA**

**Professor Adjunto;** Especialista - Enfermagem; Mestrado em Sociopsicologia da Saúde; Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica; Doutoramento- Ciências de Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;

# SIMULACIÓN Y LIDERAZGO EN LA EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA

SIMUCAREPRO-CRM: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN-SIMULACIÓN Y LIDERAZGO EN LA EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA

Simulation & Leadership in Nursing Education. SimuCarePro-CRM: Research Project- Simulation and Leadership in Nursing Education

**Abstract**

**Background:** SimuCarePro-CRM aims to create tools for emergency health professional's simulation training by developing Crisis Resource Management concepts. This research project regards the leadership concept.

Assuming simulation as an innovative learning strategy that can contribute to the development of leadership skills, we question: "What leadership competencies (LC) are developed through simulated nursing practices?"

**Objectives:** Characterize nursing students' perceptions of LC exercised by the team leader during simulated practice (SP) and analyze the facilitating and difficult factors in the development of LC in SP.

**Method:** A quantitative, observational, analytical, transverse and correlational study will be developed. An intentional sample will be formed by nursing students who attend Advanced Life Support courses in 2019 and accept to participate in the study. Data will be collected through a 3 parts questionnaire: sociodemographic and professional characterization; "Nursing Leadership Perception Scale" by Castilho and Frederico (2006)(1) and questions about team leader competencies; questions to identify facilitating and difficult factors in acquiring LC through SP. Ethical and legal procedures were foreseen.

**Results:** Students (69%) perceive PS as a very important strategy for the development of LC.

**Conclusion:** Results are compatible with the few available literatures. We suggest the applicability of the study to other nursing schools with identical teaching strategies.

**KEYWORDS:** LEADERSHIP, SIMULATION, NURSES, NURSING STUDENTS

## INTRODUÇÃO



s enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica são desafiados a promover o exercício da liderança de equipas, de projetos de intervenção ou de investigação, de liderança comunicacional e na gestão de crise em emergência e catástrofe.

A evolução da ciência e da tecnologia promoveu inovações ajustadas à sociedade atual, que conduziu à criação de uma técnica de ensino que pretende imitar particularidades de determinada situação: a simulação.

De acordo com o exposto, emergem as seguintes questões: "Como é que se aprende a ser líder?" e ainda: "A simulação pode ser uma estratégia para a aprendizagem de competências de liderança?" Partindo desta problemática decidiu-se desenvolver um estudo de investigação com o tema: Prática Simulada (PS) e desenvolvimento de Competências de Liderança (CL) no ensino da Enfermagem.

O tema da liderança sempre suscitou grande entusiasmo e interesse entre investigadores e existe a conceção generalizada de que a liderança é uma condição de sucesso das organizações. Segundo o projeto Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness, a liderança é "a capacidade do indivíduo para influenciar, motivar e habilitar outros a contribuírem para influenciar, motivar e habilitar outros a contribuírem para a eficácia e sucesso das organizações que são membros" (Rego & Cunha, 2007)<sup>(2)</sup>.

Existindo múltiplos conceitos de liderança, a maioria dos autores converge no conceito que a define como processo de influenciar as atividades de um membro ou grupo com o propósito de deles conseguir esforços que permitam atingir me-

tas numa determinada situação. Nas várias definições salientam-se as competências do líder para o trabalho conjunto, conquistando a confiança dos liderados.

Algumas definições de liderança consideram-na como um papel assumido por alguém dentro de um grupo. Esta conceção colide com a de liderança como processo de influência que ocorre num sistema social e é partilhado entre os membros, na qual, em qualquer momento, qualquer membro de um grupo ou organização pode ser líder ou liderado em determinada matéria. Existem várias controvérsias relacionadas com a temática da liderança, sendo uma das mais evidentes o binómio liderança-gestão. A investigação tem caracterizado a existência de vários estilos de liderança, sendo consensual que um bom líder adapta o seu estilo de liderança em função das características do liderado e da situação. Nas organizações da atualidade frequentemente o profissional é desafiado a assumir o papel de líder ou de liderado, em função do projeto ou circunstância em que está envolvido. Independentemente do estilo, o exercício da liderança exige o desenvolvimento de um conjunto de quatro competências fundamentais: Competências Técnicas, Competências Conceituais/Estratégicas, Competências Sociais/Relacionais, Competências de Liderança Pessoal (Rego & Cunha, 2016)<sup>(3)</sup>.

A complexidade crescente dos sistemas de saúde desafia as organizações a prepararem a gestão das crises, formando os seus profissionais com competências que permitam uma resposta oportuna e segura das equipas profissionais, salientando-se a importância da liderança como um dos principais vetores de sucesso (Melo, Mónico, Carvalho & Parreira, 2017)<sup>(4)</sup>. Vários

estudos salientam que as CL e trabalho em equipa precisam ser praticadas para obter o máximo valor. A simulação surge como nova estratégia de ensino/aprendizagem, na tentativa de imitar determinada situação clínica, com o objetivo de ajudar o estudante a compreender e gerir melhor as particularidades dessa situação num contexto real. A simulação é um método de aprendizagem significativo que requer a participação efetiva do estudante. O desenvolvimento de atividades simuladas, em cenários de baixa, média ou alta-fidelidade, é eficaz e propicia ao estudante aprender com significado (Baptista, Martins, Pereira & Mazzo, 2014)<sup>(5)</sup>. Vários autores referem que a PS permite aos estudantes vivenciarem a prática do cuidar, de forma a prevenir a ocorrência de erros no futuro, no entanto é ainda necessário explorar a sua efetividade no processo de ensino/aprendizagem em Enfermagem (Baptista et al., 2014)<sup>(6)</sup>.

## MÉTODOS

O projeto de investigação iniciou-se em janeiro de 2019 e prevê-se o término do estudo em fevereiro de 2020. Foi formulada a seguinte questão orientadora da investigação, com base na mnemónica PIO (População, Intervenção, Resultado): "Que CL são desenvolvidas pelos estudantes de enfermagem através da PS?"

Desenhou-se um estudo quantitativo, observacional, analítico, transversal e correlacional, com os seguintes objetivos: caracterizar a perceção dos estudantes de enfermagem sobre as CL exercidas pelo *team leader* (TL) na PS no ensino de enfermagem e analisar os fatores facilitadores e dificultadores no desenvolvimento de CL na PS. Definiu-se como população-alvo do

estudo os estudantes de enfermagem do curso de licenciatura e do curso de mestrado que frequentam aulas de PS de Suporte Avançado de Vida na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC). Nesse sentido, foram selecionados como amostra, os estudantes do quarto ano do curso de licenciatura em enfermagem e os estudantes do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica e em enfermagem pediátrica, que, em 2019, frequentem os cursos de Suporte Avançado de Vida, sendo o  $n$  previsto de 80 alunos. Esta amostra caracteriza-se por ser intencional, sendo as inferências dos resultados limitados à população alvo do estudo.

Como instrumento para colheita de dados, elaborou-se um questionário composto por três partes. A primeira parte é constituída por questões relativas à caracterização sociodemográfica e profissional dos inquiridos. A segunda parte é constituída pela "Escala de Percepção de Liderança em Enfermagem" de Castilho e Frederico (2006)<sup>(4)</sup> adaptada a este estudo e por questões que avaliam a percepção sobre as CL do TL durante a PS. A terceira e última parte do questionário, consta de questões abertas para identificar os fatores facilitadores e dificultadores na aquisição de CL através da PS e ainda uma questão relativa à importância da PS como estratégia de aprendizagem de CL. Foram cumpridos os procedimentos legais e éticos. Foi solicitado e obtida a autorização das autoras da escala "Percepção de Liderança em Enfermagem" para a sua utilização neste estudo. Obteve-se autorização da Presidente da ESEnFC e parecer favorável da Comissão de Ética dessa instituição. Respeitou-se a autodeterminação, autonomia e confidencialidade, obtendo-se o consentimento informado livre e esclarecido de todos os participantes do estudo.

Como variável dependente, foram

identificadas as CL. Estas são avaliadas pela escala "Percepção de Liderança em Enfermagem" validada por Castilho e Frederico (2006)<sup>(4)</sup>. Esta escala é constituída por cinquenta e sete itens e permite avaliar diferentes competências de liderança, nomeadamente ao nível do Reconhecimento, Desenvolvimento da Equipa, Comunicação e Inovação, que foram complementadas com treze questões específicas de avaliação de competências do TL em contexto de PS, elaboradas com base numa publicação de Murray, Henry, Jackson, Murray & Lamoreaux (2002)<sup>(6)</sup>.

As variáveis independentes do estudo são: a idade (medida em anos), o sexo (Feminino/Masculino) e o nível de escolaridade que frequenta (Licenciatura ou Mestrado).

Os fatores facilitadores e dificultadores no desenvolvimento de CL através da PS no ensino da enfermagem assumem-se no presente estudo como variáveis de atributo e são identificados pela análise de duas questões abertas colocadas aos participantes após a PS.

Os estudantes serão abordados em sala de aula, após um exercício de PS. Ser-lhe-ão explicados os objetivos do estudo e a metodologia de recolha de dados adotada, nomeadamente indicações para o preenchimento do questionário. Será garantida a confidencialidade da informação e a não necessidade de identificarem a instituição onde trabalham.

Antes de cada questionário serão lembrados os objetivos do estudo, garantido o respeito pelos princípios éticos e solicitado uma declaração formal de aceitação de participação.

A informação, recolhida em suporte de papel, será posteriormente transcrita para documento de Excel® e a análise quantitativa será efetuada com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Science*® (SPSS®).

Numa primeira fase, realiza-se

uma análise estatística descritiva com o objetivo de descrever e analisar a amostra em estudo recorrendo às medidas de localização e de tendência central (média, mediana e moda) e às medidas de dispersão (desvio-padrão).

Num segundo momento, recorre-se a estatística inferencial, com aplicação de testes estatísticos para obter uma resposta à questão central de investigação e à verificação dos objetivos identificados. A apresentação dos resultados será feita através de quadros, nos quais serão destacados os resultados mais relevantes.

## RESULTADOS

Apresentam-se de seguida, os resultados preliminares decorrentes da primeira fase de implementação do instrumento de colheita de dados. Nesta fase, a amostra constituiu-se de 19 alunos do curso de Mestrado em Enfermagem Pediátrica que, em abril de 2019, frequentaram aulas de Suporte Avançado de Vida Pediátrico com recurso à estratégia de ensino em enfermagem que é a PS. Os estudantes desta etapa do estudo tinham idades compreendidas entre os 23 e os 51 anos, sendo na sua totalidade indivíduos do sexo feminino.

A análise dos resultados apresentados na **Tabela 1** permite salientar que em todas as competências avaliadas se obtiveram valores médios de concordância superiores a 4. Embora se verifique poder discriminante de resposta no questionário, observando-se em várias questões valores entre o mínimo de 1 e o máximo de 5, salienta-se que em vários itens as respostas evidenciam valores elevados de concordância, concentrando-se entre o 4 e o 5. Os resultados indicam a identificação do desenvolvimento das seguintes CL através da PS: **CL Técnicas**, através da gestão de recursos humanos e materiais e delegação de funções; **CL Pessoal**, >

TABELA 1

## COMPETÊNCIAS DO TEAM LEADER

Itens	Mín.	Máx.	Média	SD
O <i>team leader</i> foi facilmente identificado na situação de simulação	3,00	5,00	4,4737	,69669
O <i>team leader</i> geriu bem o evento	4,00	5,00	4,4211	,50726
O <i>team leader</i> definiu objetivos de atuação	2,00	5,00	4,3158	,82007
O <i>team leader</i> distribuiu bem os recursos humanos	2,00	5,00	4,4211	,76853
O <i>team leader</i> delegou funções adequadamente	1,00	5,00	4,3158	1,05686
O <i>team leader</i> distribuí adequadamente os recursos materiais	1,00	5,00	3,7368	1,28418
O <i>team leader</i> reconheceu os seus limites	4,00	5,00	4,4211	,50726
O <i>team leader</i> soube pedir ajuda, após reconhecer os seus limites	2,00	5,00	4,3158	,74927
O <i>team leader</i> foi um contributo positivo para o trabalho de equipa	3,00	5,00	4,7368	,56195
O <i>team leader</i> manteve o ambiente de trabalho tranquilo	3,00	5,00	4,4737	,61178
O <i>team leader</i> chamou os liderados pelo nome	1,00	5,00	4,0526	1,26814
O <i>team leader</i> foi capaz de declarar a emergência sem entrar em pânico	4,00	5,00	4,6316	,49559
O <i>team leader</i> usou críticas construtivas no <i>debriefing</i>	3,00	5,00	4,3158	,74927
Importância da simulação na aprendizagem de competências de liderança	4,00	5,00	4,6842	,47757

Nota: 1- "Discordo em absoluto", 2- "Discordo em parte", 3- "Não tenho opinião", 4- "Concordo em parte" e 5- "Concordo em absoluto".

na admissão dos seus próprios limites, capacidade de não entrar em pânico em situação de emergência e manter o ambiente calmo; **CL Sociais/Relacionais** como a capacidade de trabalho em equipa e de desenvolvimento de crítica construtiva, análise e reflexão.

Os estudantes valorizam positivamente a simulação como estratégia de aprendizagem, considerando PS uma estratégia importante para a aprendizagem de CL (média = 4,68).

#### Tabela 1.

O segundo objetivo deste estudo empírico é identificar quais os principais fatores facilitadores e dificultadores para o desenvolvimento de CL através da PS em enfermagem.

Salientam-se nesta primeira fase do estudo, os seguintes fatores facilitadores (**Figura 1**) mais relevantes: o desenvolvimento do trabalho de equipa (23%), da comunicação (23%) e da reflexão crítica (17%).

Na **Figura 2**, evidenciam-se os fatores dificultadores identificados no desenvolvimento da CL através da

PS. Distinguem-se como principais fatores dificultadores: o aumento da ansiedade (19%), a prática em contexto simulado-não real (19%), e o desconhecimento desta estratégia de ensino, a PS (33%).

## DISCUSSÃO

Todos os estudantes que constituem a primeira fase amostral deste estudo, consideram a PS uma estratégia importante para a aprendizagem de CL em enfermagem, sendo que 69% considera que esta estratégia é muito importante. A revisão de literatura que norteou este estudo identifica CL em enfermagem, nomeadamente: competências técnicas ao nível da integração de projetos e produção de conhecimento científico; competências socio-relacionais de desenvolvimento de trabalho em equipa; competências de liderança pessoal como amadurecimento da identidade profissional dos estudantes e competências conceituais/estratégicas na promoção da

integração no mundo profissional e na perceção do seu papel na equipa multidisciplinar.

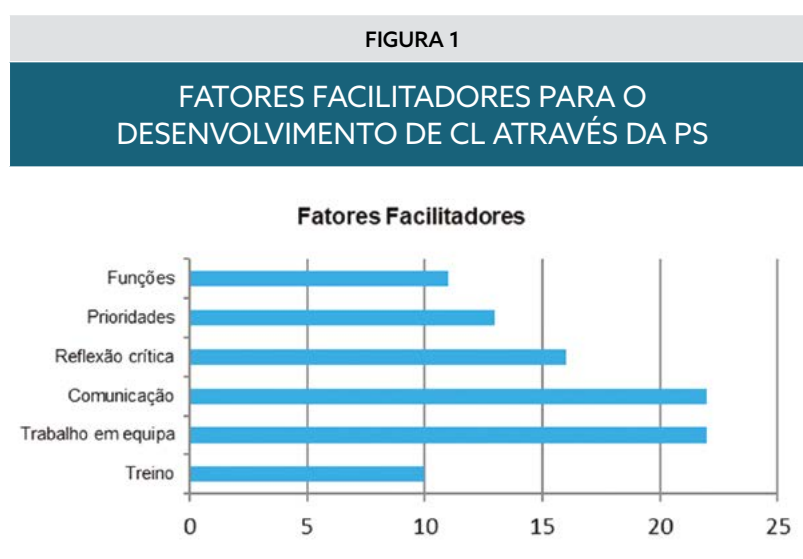
Os resultados preliminares desta investigação permitem concluir que os estudantes identificaram o desenvolvimento de diferentes CL através da PS no líder.

As CL Técnicas encontram-se refletidas na gestão de recursos (95%) e delegação de funções (84%). As CL Pessoal estão demonstradas na capacidade de admissão dos seus próprios limites (100%). Os autores Martin, Furr, Lane e Bramlett, M. (2016)<sup>(7)</sup> referem igualmente a importância de os enfermeiros demonstrarem CL em ambientes complexos como CL Técnicas através da tomada de decisão e CL Pessoal com desenvolvimento de pensamento crítico em situações de crise.

No estudo desenvolvido até ao momento, identificam-se CL Sociais/Relacionais através da capacidade de trabalho em equipa (95%) e de desenvolvimento de crítica construtiva, análise e reflexão (84%).

Este estudo empírico evidencia que o TL foi facilmente identificado na situação de PS por 90% dos inquiridos e todos concordam que geriu bem o evento e que o TL exerce CL na PS. Em concordância com os resultados preliminares obtidos, Nowell (2016)<sup>(6)</sup> refere que PS em situações complexas desenvolve o pensamento e análise crítica (competências técnicas), permite compreender ações e intervenções, assim como adequar os momentos para tal, promovendo o trabalho em equipa e organização de cuidados (competências concetuais/estratégicas) e ainda aquisição de habilidades necessárias à transição para a prática (CL Pessoal).

Os resultados preliminares obtidos destacam como principais fatores facilitadores do desenvolvimento de CL na PS, o desenvolvimento da comunicação (23%) e da reflexão crítica (17%). Não foi encontrada referencia ao desenvolvimento do trabalho de equipa nos estudos analisados, embora esta investigação identifique o desenvolvimento do trabalho de equipa (23%) como principal fator de facilitador do desenvolvimento de CL através da PS no ensino da enfermagem. Zakari, Hamadi, Smith e Hamadi (2018)<sup>(9)</sup> concordam em parte com estes resultados, referindo como fatores facilitadores na sua investigação: a criação de um ambiente no qual os alunos podem ser avaliados, avaliar, intervir e reavaliar a sua interação, analisar e refletir sobre o impacto da mesma após a PS com *feedback* imediato. Noutros artigos, Muñiz, Lang III, Falcon, Garcés-King, Willard e Peck (2017)<sup>(10)</sup> e ainda Martin et al. (2016)<sup>(7)</sup>, também consideram a PS como promotor do desenvolvimento de competências mais efetiva dos estudantes em comparação com as estratégias de ensino tradicionais, uma vez que proporciona uma aprendizagem rica e envolvente e coloca os estudantes numa



situação com a qual se podem relacionar. Essa ligação ajuda a compreensão e memória futura do estudante para sua aplicação na prática, desenvolvendo assim CL pessoal que permitem o desenvolvimento de estratégias de comunicação assertiva e potenciadoras do desenvolvimento de autoconfiança nos estudantes na PS.

Como dificultadores ao desenvolvimento de CL através da PS, identificaram-se o desconhecimento desta estratégia de ensino e a resistência à aplicação da mesma, sendo esta considerada uma a prática em contexto simulado, logo não-real (19%). A revisão de literatura que suporta esta investigação destaca a influência da inteligência emocional dos estudantes (Muñiz et al., 2017)<sup>(10)</sup>, no entanto não refere especificamente como a ansiedade influencia o desenvolvimento de CL através da PS, apesar dos resultados preliminares distinguirem sentimentos de aumento da ansiedade (19%) como dificultadores, neste contexto. Os mesmos autores referem que as reações dos alunos ao *feedback* estão condicionadas por esse facto e pela a capacidade dos professores formularem estratégias de aprendizagem para os estudantes

de acordo com seu nível de compreensão e familiaridade com os cenários de simulação, nesse sentido é necessário planear e preparar adequadamente a sessão de PS. O principal fator dificultador do desenvolvimento de CL através da PS identificado nos resultados preliminares foi o desconhecimento desta estratégia de ensino (33%). Este desconhecimento, na nossa opinião, partilhada por Humbles, McNeal e Paul-Richiez (2017)<sup>(11)</sup> pode estar relacionado com desafios na fase inicial de implementação incluindo a falta de apoio administrativo, falta de pessoal, horários concorrentes e inflexíveis, diferentes estruturas curriculares e calendários, equívocos e incompreensão desta estratégia de ensino, estereótipos preexistentes e resistência à mudança. Partilhamos da opinião de Nowell (2016)<sup>(6)</sup> que considera que o nível de fidelidade dos manequins e incorporação tardia da PS no currículo escolar relativas a liderança também dificulta o desenvolvimento de CL através da PS em enfermagem. O constrangimento da comunicação é igualmente evidenciado nos resultados obtidos. De acordo os mesmos e com o estudo desenvolvido por Baker et al. (2015)<sup>(12)</sup>, a

inexperiência do TL, o fraco nível de desenvolvimento de gestão de conflitos, as restrições temporais, as atitudes dos membros da equipa e cenários de simulação sem *pre-briefing* e sem *debriefing*, podem agravar este problema.

Existe ainda pouca evidência científica acerca do desenvolvimento de CL através da PS, pelo que se sugere o investimento nesta área de pesquisa no sentido de potenciar ao máximo o desempenho das organizações, todas elas sob a influência de líderes mais ou menos eficazes.

Este estudo tem como aspeto inovador, a análise da metodologia de ensino da PS em enfermagem associada ao desenvolvimento de CL do enfermeiro na sua função de líder. Esta capacidade de desenvolver o papel de líder é cada vez mais solicitada dentro das equipas de saúde, nomeadamente, na equipa de enfermagem. A interpretação dos resultados preliminares obtidos, poderá ter implicações futuras tais como: a otimização dos recursos humanos e materiais nas equipas de enfermagem com consequente melhoria do desempenho da mesma, implementação e gestão de projetos profissionais e aperfeiçoamento da metodologia

da PS no que concerne a temática da liderança.

A limitações identificadas neste estudo devem-se ao facto de ter uma amostra reduzida, uma vez que não existem muitas unidades curriculares nas quais seja possível avaliar o desenvolvimento de CL recorrendo a PS. Este constrangimento poderá ser ultrapassado através da replicação futura desta investigação em estabelecimentos de ensino superior de enfermagem, nas quais sejam utilizadas metodologias de ensino semelhantes.

### CONCLUSÕES

Os resultados preliminares deste estudo empírico evidenciam que os estudantes (69%) percebem a PS como uma estratégia muito importante para o desenvolvimento de CL. A caracterização da perceção dos estudantes de enfermagem sobre as CL exercidas pelo TL na PS no ensino de enfermagem permitiu identificar o desenvolvimento de CL Técnicas na capacidade de gestão de recursos (95%) e delegação de funções (84%); CL Pessoal, sendo que todos os TL admitiram os seus próprios limites; CL Sociais/Relacionais através do desenvolvimento do trabalho em equipa (95%) e, por fim,

o desenvolvimento CL Concetuais/Estratégicas, evidenciadas pela crítica construtiva, análise e reflexão (84%).

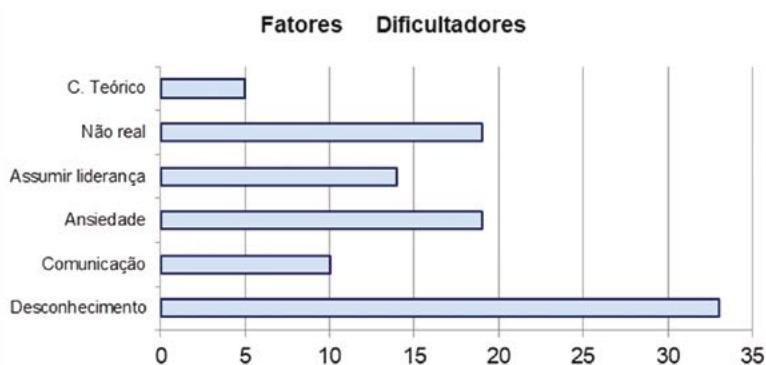
O segundo objetivo deste estudo é analisar os principais fatores facilitadores e dificultadores no desenvolvimento de CL na PS. Como fatores facilitadores, os resultados preliminares identificam o desenvolvimento de trabalho em equipa, da comunicação eficaz e a promoção da reflexão crítica. Os fatores dificultadores identificados no estudo preliminar são: a ansiedade, prática em contexto não real e o desconhecimento desta estratégia de ensino. Até ao momento, os resultados obtidos são maioritariamente compatíveis com a literatura disponível.

A PS deve ser considerada como estratégia de ensino na educação e formação em enfermagem por ter a vantagem de ser uma estratégia que cria confiança e valoriza o desenvolvimento profissional da disciplina de enfermagem como ciência humana prática, uma vez que permite desenvolver valores pessoais e ética profissional, competências e responsabilidades, comunicação eficaz, capacidade de trabalho em equipa e melhorar o desempenho dos enfermeiros em formação.

Este estudo revela-se de utilidade ao nível do desenvolvimento da educação e formação na disciplina do conhecimento que é a enfermagem e às potencialidades de melhoria e inclusão de novas e mais estratégias de ensino de liderança através da simulação, no currículo escolar para que os enfermeiros, nomeadamente para que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, possa assumir cada vez mais o papel de líder em processos complexos de atuação aos mais diversos níveis, como a implementação de projetos de intervenção, atuação em situações de crise, atuação em catástrofe, entre outros. ▽

FIGURA 2

### FATORES DIFICULTADORES PARA O DESENVOLVIMENTO DE CL ATRAVÉS DA PS







## Referências

1. Frederico, M.; Castilho, A.; "Percepção de Liderança em Enfermagem" - Validação de uma Escala; *Psychologica*; 2006. p. 259-270.
2. Rego, A.; Cunha, M. P.; A essência da Liderança: Mudanças x Resultados x Integridade. Lisboa: RH; 2007.
3. Rego, A.; Cunha, M. P.; Que líder sou eu? Manual de Apoio ao Desenvolvimento de Competências de Liderança. Lisboa: Silabo; 2016.
4. Melo, R. C.; Mónico, L.; Carvalho, C.; Parreira, P.; Liderança e seus efeitos. A Liderança de Enfermagem nas Organizações de Saúde. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2017. p. 7-26.
5. Baptista, R.; Martins, J.; Pereira, M.; Mazzo, A. Simulação de Alta-Fidelidade no Curso de Enfermagem: ganhos percebidos pelos estudantes. *Revista de Enfermagem Referência* [Revista on-line] 2014; Fevereiro-Março Série I (n.º 1). [acesso 23 de janeiro de 2019]; p.135-144. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.12707/RlII13169>
6. Murray, B.; Henry, J.; Jackson, L.; Murray, C.; Lamoreaux, R. A. Leadership Training: A new Application of Crisis Resource Management and Distance Education in a Large Group Format at a Medical Simulation Facility. *The Journal of Education in Perioperative Medicine* [Revista on-line] 2002; Maio-Agosto Vol. 4 (n.º 2). [acesso 28 de janeiro de 2019]; p.1-14. Recuperado de: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4803430/pdf/jepm-04-002\\_VolIV\\_IssueII\\_Murray.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4803430/pdf/jepm-04-002_VolIV_IssueII_Murray.pdf)
7. Martin, D.; Furr, S.; Lane, S.; Bramlett, Integration of leadership competencies in a community health simulation. *British Journal of Nursing* 2016; Vol 25 (n.º 14).; p. 792-794.
8. Nowell, L. Delegate, Collaborate, or Consult? A Capstone Simulation for Senior Nursing Students. *Nursing Education Perspectives* [Revista on-line] 2016; Vol. 37 (n.º 1). [acesso 28 de dezembro de 2018]; p.54-55. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27164781> doi: 10.5480/13-1174
9. Zakari, N.; Hamadi, W.; Smith, F.; Hamadi, H. Effectiveness of Leadership Capacity in Delivering Simulation Education: A Catalyst for change in nursing. *International Journal of Nursing Education* [Revista on-line] 2018; Outubro-Dezembro Vol. 10 (n.º 4). [acesso 23 de janeiro de 2019]; p.53-58. Recuperado de: <http://www.indianjournals.com/ijor.aspx?target=ijor:ijone&volume=10&issue=4&article=013> doi:10.5958/0974-9357.2018.00101.0
10. Muñiz, S.; Lang III, R.; Falcon, L.; Garc-es-King, J.; Willard, S.; Peck, G. Preparing Global Trauma Nurses for Leadership Roles in Global Trauma Systems. *Journal of Trauma Nursing* [Revista on-line] 2017; Setembro-Outubro Vol. 24 (n.º 5). [acesso 28 de janeiro de 2019]; p.306-311. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28885519> doi:10.1097/JTN.0000000000000310
11. Humbles, P.; McNeal, G.; Paul-Richiez, D. Interprofessional Collaborative Practice in Nursing Education. *Journal of Cultural Diversity* [Revista on-line] 2017; Primavera Vol. 24 (n.º 2). [acesso 28 de janeiro de 2019]; p.54-59. Recuperado de: <https://www.questia.com/library/journal/1P4-1974490473/interprofessional-collaborative-practice-in-nursing>
12. Baker, V.; Cuzzola, R.; Knox, C.; Liotta, C.; Cornfield, C.; Tarkowski, R.; Masters, C.; McCarthy, M.; Sturdivan, S.; Carlson, J. Teamwork education improves trauma team performance in undergraduate health professional students. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions* [Revista on-line] 2015; Vol. 12 (n.º 36). [acesso 28 de janeiro de 2019]; p.1-6. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.3352/jeehp.2015.12.36>



**CRISTINA BARROSO**

**Professora Adjunta**, Doutora.  
ESEP - Escola Superior de  
Enfermagem do Porto, Portugal

✉ cristinabarroso@esenf.pt

**LUÍS CARVALHO**

**Professor Coordenador**, Doutor.  
ESEP - Escola Superior de  
Enfermagem do Porto, Portugal

**CRISTINA AUGUSTO**

**Enfermeira**, Mestre. Unidade  
Local de Saúde de Matosinhos,  
E.P.E., Porto, Portugal

**LEONOR TEIXEIRA**

**Professora Adjunta**, Mestre.  
ESEP - Escola Superior de  
Enfermagem do Porto, Portugal

**ANA TEIXEIRA**

**Mestre**. Centro Hospitalar  
Universitário de S. João, E.P.E.,  
Porto, Portugal

**INÊS ROCHA**

**Mestre**. Centro Hospitalar  
Universitário de S. João, E.P.E.,  
Porto, Portugal

**Acknowledgements:**

This article was supported by  
FEDER through the operation  
NORTE-01-0145-FEDER-023654  
funded by the Programa  
Operacional Regional Norte –  
NORTE2020.



# IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM – MODELO SAFECARE

## Implementation of a nursing clinical supervision model - SAFECARE model

### Abstract

The actual context, marked by the high cost of health care associated with technological advances, the increase in the workload of health professionals and the aging of the population with multiple chronic diseases. There are concerns raised by health organizations regarding the quality of care, with emphasis on actions aimed to the continuous quality improvement. The effects of clinical supervision on quality of care defined as a target area by the World Health Organization are a key aspect in improving quality. The literature shows that there is no model of nursing clinical supervision capable to respond to the actual context needs.

The objective of this exploratory, descriptive and longitudinal study was to implement a contextualized nursing clinical supervision model, SafeCare model, in order to identify the contributions of its implementation in the indicators sensitive to nursing clinical supervision. The study was conducted in the surgery department of a health care institution and the nurses of the surgery department composed the sample.

With this article we intend to disseminate the results of the implementation of the SafeCare model and to prove that the implementation of a contextualized Nursing clinical supervision model based on nurses' needs, SafeCare Model, has contributed to obtaining higher quality and safer care for clients.

**KEYWORDS:** NURSING, QUALITY IMPROVEMENT, CLINICAL COMPETENCE,  
PATIENT SAFETY, JOB SATISFACTION, PAIN

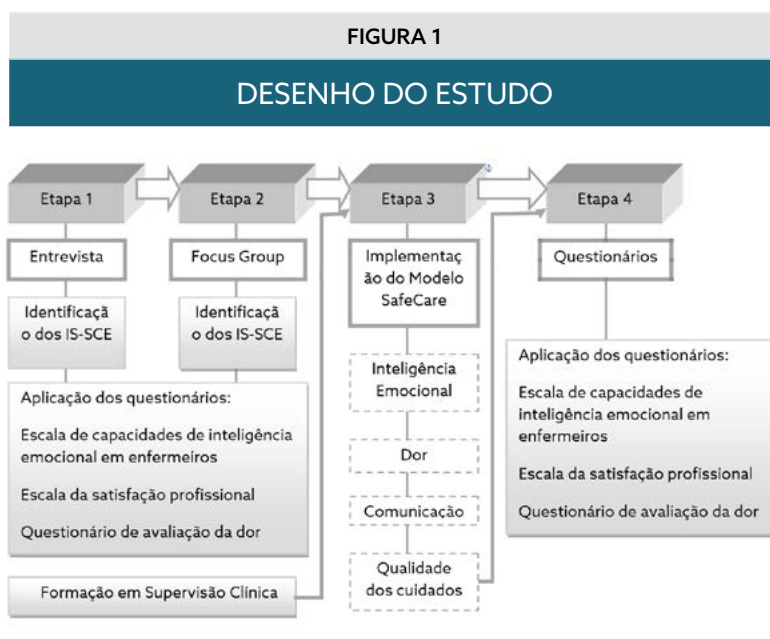
## INTRODUÇÃO

Na sequência das alterações sentidas a partir da década de 90, têm vindo a ser introduzidas transformações estruturais a nível do Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, com vista à certificação e acreditação dos sistemas de gestão da qualidade. A acreditação da qualidade, passou a ser um requisito requerido para as instituições de saúde, que se viram obrigadas a desenvolver um conjunto de esforços no sentido da obtenção dessa certificação.

A qualidade em saúde deixou de ser um fator opcional e tornou-se um fator fundamental, uma exigência e um requisito na gestão das instituições de saúde. O crescente interesse das instituições pelas questões da qualidade tem sido alvo de atenção na última década, fazendo parte das suas estratégias a promoção da melhoria contínua da qualidade, consolidando uma cultura de qualidade e segurança, só possível através do empenho voluntário de todos os profissionais<sup>1</sup>.

Hoje em dia, as instituições de saúde adotaram um conjunto de estratégias, fundamentadas nos princípios dos processos de gestão defendidos por Donabedian<sup>2</sup>, ainda hoje considerados atuais e de grande importância para a excelência hospitalar e que afetam três componentes da avaliação da qualidade: a estrutura, o processo e os resultados.

Nos anos 80, o aparecimento de sete pilares da qualidade defendidos por Donabedian<sup>2</sup> provocaram enormes transformações na área da saúde, alterando a visão paternalista da medicina até então praticada, por uma visão mais alargada onde o cliente passou a ser a preocupação central nos cuidados



de saúde. Esta visão, levou os profissionais a refletirem sobre as suas práticas no sentido de melhorar a sua prestação de serviços.

A redução de custos, a satisfação do cliente e o aumento da produtividade e competitividade, passaram a fazer parte da visão da maioria das instituições de saúde. Estamos convictos que a adoção de um modelo de supervisão clínica em enfermagem constitui uma ferramenta essencial na promoção da melhoria contínua da qualidade, consolidando uma cultura de qualidade e segurança, só possível através do empenho voluntário de todos os profissionais.

Da revisão da literatura percebemos que já existe evidência científica que aponta alguns dos benefícios da supervisão clínica na qualidade de cuidados dos enfermeiros e na segurança dos clientes a diferentes níveis<sup>3-13</sup>. Contudo, apesar de existir uma diversidade de modelos desenvolvidos e testados em vários países que demonstram evidências na melhoria contínua da qualidade, nenhum conseguiu dar resposta à diversidade dos contextos da prática de cuidados existente, de forma

a integrarem um projeto profissional participativo, vinculativo e duradouro.

A necessidade de contribuir para os ganhos em saúde nos clientes decorrentes do exercício profissional dos enfermeiros, da necessidade emergente de contribuir para a melhoria contínua da qualidade, e no pressuposto de que não existe um modelo de supervisão clínica em enfermagem capaz de responder às necessidades atuais dos contextos, levou a uma investigadora criar um modelo de supervisão clínica em enfermagem contextualizado (MSCEC) como resultado do seu estudo de doutoramento<sup>3</sup>. Partindo dos resultados do estudo de Cruz<sup>3</sup>, um grupo de investigadores iniciaram a implementação do modelo num hospital da região norte de Portugal entre 2013 e 2014, apresentando resultados positivos que se refletiram em cuidados de melhor qualidade e mais seguros para os clientes.

O MSCEC foi sendo aperfeiçoado ao longo do tempo, sofrendo alterações quer nos seus eixos estruturantes quer nos diferentes aspetos que o sustentam, dando origem ao

Modelo SafeCare<sup>1</sup>. Neste momento, o Modelo SafeCare está a ser implementado em quatro contextos distintos (Cirurgia, Medicina, Psiquiatria e Cirurgia de ambulatório). A implementação em cada contexto encontra-se em fases de desenvolvimento diferentes.

O Modelo SafeCare visa a criação de uma cultura de supervisão clínica nos enfermeiros através de processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, pelo que a metodologia fomenta a criação de ambientes favoráveis à prática e ao desenvolvimento da profissão, através da identificação das áreas sensíveis à supervisão clínica em Enfermagem. Nesse sentido, o modelo incorpora o conceito de Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem (IS-SCE) que é definido como o indicador que, através da adoção de estratégias de supervisão clínica apresenta potencial para promover a segurança e qualidade dos cuidados. Assim, o IS-SCE serve para acompanhar, monitorizar e avaliar a implementação do modelo.

O Modelo SafeCare assenta em quatro eixos estruturantes: contexto, cuidados de enfermagem, desenvolvimento profissional e supervisão, sendo composto por quatro etapas: diagnóstico de situação, identificação das necessidades em supervisão clínica, implementação do Modelo SafeCare e avaliação dos resultados.

Este estudo pretende identificar quais são os contributos da implementação do Modelo SafeCare no contexto de cuidados em estudo.

## OBJETIVOS

Tendo por base a finalidade do estudo, foram delineados os seguintes objetivos:

- Identificar os IS-SCE para o contexto em estudo;
- Implementar o Modelo SafeCare num contexto de prática clínica;
- Identificar os contributos da im-

TABELA 1

## CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO

	N	n (%)
<b>Género</b>	47	
Feminino		38 (80.9)
Masculino		9 (19.1)
<b>Idade (anos)</b>	47	35.4 (6.9)
<b>Tempo de exercício na profissão (anos)</b>	47	12.0 (6.5)
<b>Título profissional</b>	47	
Enfermeiro		39 (83.0)
Enfermeiro especialista		8 (17.0)
<b>Habilitações académicas</b>	47	
Licenciatura		32 (68.1)
Pós-graduação		1 (2.1)
Especialidade		8 (17.0)
Mestrado		1 (2.1)
Licenciatura + Especialidade + Mestrado		1 (2.1)
Licenciatura + Pós-graduação+ Especialidade		4 (8.5)
<b>Situação jurídica de emprego</b>	47	
CT Funções Públicas		4 (8.5)
CIT por tempo indeterminado		35 (74.5)
CIT a termo resolutivo certo		5 (10.6)
Outro		3 (6.4)
<b>Tempo de exercício de funções no serviço (anos)</b>	27	7.9 (6.5)
<b>Local onde exerce funções</b>	47	
Cirurgia B		17 (36.2)
Cirurgia C		15 (31.9)
Cirurgia I		15 (31.9)
<b>Formação em supervisão clínica</b>	47	
Não		34 (72.3)
Sim		13 (27.7)
<b>Experiência anterior supervisor</b>	47	
Não		36 (76.6)
Supervisão de estudantes		10 (21.3)
Supervisão de estudantes e de pares		1 (2.1)
<b>Experiência supervisionado</b>	47	
Não		35 (74.5)
Durante o curso de licenciatura		7 (14.9)
Durante a especialidade		5 (10.6)

TABELA 2

## DIMENSÕES DA ESCALA DAS CAPACIDADES DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL PARA ENFERMEIROS NAS ETAPAS 2 (E2) E 4 (E4)

	N. de itens	Mínimo		Máximo		Média		Desvio padrão	
	E 2 e 4	E2	E4	E2	E4	E2	E4	E2	E4
<b>Total</b>	84	296	349	510	513	416.5	425.0	47.0	39.5
<b>Dimensão 1</b> Autoconsciência	20	67	79	133	137	106.0	107.5	15.8	13.0
<b>Dimensão 2</b> Gestão de emoções	18	51	66	111	102	83.3	84.3	11.7	9.3
<b>Dimensão 3</b> Automotivação	21	81	87	135	135	106.6	110.3	12.6	12.9
<b>Dimensão 4</b> Empatia	12	40	43	75	79	60.7	61.2	9.1	8.8
<b>Dimensão 5</b> Gestão de relacionamentos em grupos	13	37	37	75	85	59.8	60.6	9.7	10.1

plementação do Modelo SafeCare, através da análise dos IS-SCE.

### MÉTODOS

Foi desenvolvido um estudo exploratório, descritivo e longitudinal, tipo estudo de caso tendo por base o processo de investigação-ação (figura 1).

O estudo decorreu em três serviços de cirurgia de um hospital de um distrito a norte de Portugal, entre setembro de 2017 e fevereiro de 2019.

O hospital onde foi desenvolvido o estudo é constituído por um espaço moderno e funcional, que assume características inovadoras na prestação de cuidados e no atendimento dos seus clientes, com ligação aos centros de saúde do concelho.

A população foi composta por 47 enfermeiros dos três serviços (tabela 1).

De modo a atingir os objetivos propostos, o estudo foi desenvolvido tendo por base quatro etapas (figura 1): identificar os IS-SCE do contexto (etapa 1 e 2); implementar o Modelo SafeCare (etapa 3) e avaliar os ganhos a nível dos IS-SCE (etapa 4). A etapa 1 foi essencialmente exploratória, onde se efetuaram

entrevistas às enfermeiras chefes no sentido de identificar os IS-SCE a serem estudados. Esta etapa foi complementada com a realização de quatro *focus group* com os diversos enfermeiros que participaram no estudo e que permitiram validar ou acrescentar IS-SCE a serem estudados (etapa 2).

Foram então selecionados os seguintes IS-SCE: Capacidades de inteligência emocional, Satisfação profissional e avaliação da dor. Para avaliar os IS-SCE, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Escala das Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros, adaptada e validada por Vilela para a população portuguesa de enfermeiros<sup>14</sup> a partir da Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional,
- Escala da Satisfação Profissional do Documento Normativo n.º 2482.1 da Unidade Local de Saúde de Matosinhos,
- Questionário para a avaliação da dor contruído a partir da padronização existente no sistema informático de registos do contexto (SClínico®).

Estes instrumentos foram aplicados à população de enfermeiros e foi efetuada a sua análise através

da estatística descritiva com recurso ao software aplicativo SPSS versão 25, permitindo-nos identificar as áreas a trabalhar face a cada um dos IS-SCE identificados. Foi também dada formação em supervisão clínica a todos os enfermeiros dos três serviços.

A etapa 3 constou da implementação do modelo onde foram trabalhados os IS-SCE, assim como outros aspetos de interesse dos enfermeiros. Para isso foram constituídas cinco equipas de supervisão compostas por um enfermeiro supervisor para cerca de oito a nove enfermeiros supervisionados, que mensalmente reuniram. Esta etapa teve a duração de dez meses.

Na etapa 4, etapa final do estudo, foram aplicados os mesmos instrumentos da etapa 2. A análise dos dados foi efetuada através da estatística descritiva, permitindo-nos verificar as alterações introduzidas nos IS-SCE e, assim, identificar os contributos da implementação do Modelo SafeCare no contexto de cuidados.

Para a realização do estudo foi obtida a autorização do hospital. Para os questionários foram obtidas as autorizações de cada um dos autores e aos participantes foi

TABELA 3

ÍNDICE DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL POR ITEM E POR FASE DO ESTUDO

DIMENSÃO	Item	SCORE MÉDIO	
		ETAPA 2	ETAPA 4
<b>Superior hierárquico</b>	Forma como demonstra abertura e disponibilidade para consigo	73.6	76.2
	Forma como lhe presta apoio perante os outros quando necessita	71.1	72.8
	Forma como reconhece que o seu trabalho foi bem realizado e quando e como pode ser melhorado	67.2	68.1
	Forma como é motivado a melhorar o seu trabalho <sup>4</sup>	64.3	67.2
	Conhecimento sobre como o trabalho deve ser realizado e quais os objetivos a alcançar	74.9	72.8
	Interesse e esforços manifestados no sentido de melhorar a qualidade do serviço prestado	80.0	76.6
	Facilidade em fazer circular a informação pelos circuitos corretos e em tempo útil	76.2	79.6
<b>Relações profissionais</b>	Forma como é realizada a continuidade do pessoal, proporcionando a estabilidade da equipa	56.2	52.8
	Forma como é realizada a adequação entre o número de profissionais ao serviço e a quantidade de trabalho	53.6	45.1
	Facilidade de cooperação e entreaajuda das várias equipas	57.0	57.0
	Facilidade de comunicação entre profissionais	61.7	67.2
	Confiança demonstrada entre profissionais do mesmo serviço	62.6	64.3
	Partilha e encorajamento de ideias entre profissionais no sentido de melhoramento do serviço	61.7	60.4
	Forma como os órgãos de direção apoiam e apreciam os profissionais	48.5	44.7
	Facilidade de comunicação entre a direção e os profissionais	49.4	48.1
	Forma como é realizado o planeamento de atividades, nomeadamente a informação disponibilizada pela direção acerca dos projetos e objetivos realizados pelo serviço	57.0	56.6
<b>Qualidade do local de trabalho</b>	Forma como é agilizado o atendimento dos utentes, incluindo o tempo despendido	61.3	57.9
	Forma como está organizado o trabalho em equipa de todos os profissionais na prestação dos cuidados de saúde aos utentes	60.9	58.3
	Forma como é demonstrada a capacidade dos profissionais de saúde e de como desempenham as suas funções	63.0	63.0
	Interesse demonstrado pelos problemas e preocupações dos utentes	67.2	67.2
	Nível de limpeza, iluminação, conforto e temperatura das salas de espera, salas de trabalho, enfermarias, sanitários, corredores e gabinetes	66.0	62.1
	Forma como o doente foi informado acerca da sua doença e tratamento e dos cuidados a realizar	54.0	55.7
<b>Melhoria da qualidade</b>	Esforço do seu serviço na melhoria contínua da relação entre profissionais e utentes	68.1	66.8
	Contribuição do Sistema de Gestão da Qualidade da instituição na melhoria da qualidade da unidade de saúde ou serviço	63.4	60.0
	Forma como foi capacitado para melhorar a qualidade no seu serviço	63.4	62.1
	Esforço desenvolvido pelo seu serviço no sentido de evitar os desperdícios e repetição de tarefas	63.4	61.3
	Forma como se sente encorajado a partilhar ideias que permitam a melhoria da sua unidade ou seu serviço	62.6	62.6
	Forma como compreende a missão e os objetivos do seu serviço no sentido de uma melhoria contínua	67.7	67.2

solicitada autorização individual, de acordo com os pressupostos da declaração de Helsínquia, garantindo assim, o direito ao anonimato, à confidencialidade, à liberdade de participação e ao não prejuízo ou discriminação.

## RESULTADOS

Após a implementação do Modelo SafeCare por um período de dez meses foram novamente aplicados os instrumentos que constituíram os IS-SCE.

Para a avaliação das capacidades de inteligência emocional foi aplicada a Escala das Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros, composta por cinco subescalas ou dimensões: auto-consciência, gestão de emoções, automotivação, empatia e gestão de relacionamentos em grupos.

As respostas ao questionário foram avaliadas de modo a garantir a sua confiabilidade, através da análise do coeficiente Alfa de Cronbach. Concluímos que a consistência interna é boa, apresentando o valor mais elevado para o score total da escala ( $\alpha = 0.877$ ) e o valor mais baixo para a dimensão 2 – gestão de emoções ( $\alpha = 0.779$ ).

A comparação das diferentes dimensões entre as etapas 2 e 4 encontram-se na **tabela 2**.

Identifica-se que o valor da média na etapa 4 apresentou um aumento quando comparada com a etapa 2 quer a nível do seu score global (416,5 para a etapa 2 e 425,0 para a etapa 4) quer a nível de todas as dimensões das capacidades de inteligência emocional, verificando-se uma maior subida do score para a dimensão automotivação, que passou de 106,0 na etapa 2 para 110,3 na etapa 4.

Para a avaliação da satisfação profissional foi aplicada a Escala da Satisfação Profissional, composta por quatro subescalas ou dimensões: satisfação com a melhoria da qualidade, satisfação com a quali-

TABELA 4		
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA PARA O IS-SCE: AVALIAÇÃO DA DOR		
	ETAPA 2	ETAPA 4
	n (%)	n (%)
<b>Idade (anos)</b>	63.0 (16.3)	64.2 (16.9)
<b>Sexo</b>		
<b>Feminino</b>	52 (50.0)	51 (49.5)
<b>Masculino</b>	52 (50.0)	52 (50.5)

dade do local de trabalho, satisfação com as relações profissionais e satisfação com o superior hierárquico, cujos resultados podem ser consultados na **tabela 3**.

A conjectura vivida pelos enfermeiros atualmente em Portugal devida às dificuldades sentidas na prática clínica, acrescidas pela insatisfação global dos enfermeiros face à carreira profissional, à instabilidade na profissão e à escassez de enfermeiros no Sistema Nacional de Saúde, estávamos convictos de que a satisfação profissional dos enfermeiros iria apresentar valores muito mais baixos na etapa 4 quando comparada com a etapa 2. Contudo, da análise do quadro verificamos que globalmente houveram pequenas oscilações para valores inferiores nas dimensões qualidade do local de trabalho e melhoria da qualidade, havendo subida apenas no item "Forma como se sente encorajado a partilhar ideias que permitam a melhoria da sua unidade ou serviço". A dimensão relações profissionais sofreu oscilações nos diversos itens quer para níveis superiores quer para inferiores, sendo que houve aumento para a dimensão satisfação com o superior hierárquico em todos os itens que compõem a escala.

Para a avaliação do IS-SCE: avaliação da dor, foi construído um instrumento (questionário) baseado no aplicativo informático SClínico®. Este instrumento é composto por uma avaliação da dor, através

da identificação das atividades diagnósticas, diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem, sendo preenchido para o mesmo cliente em triplicado (avaliação efetuada pelo enfermeiro responsável pelos cuidados, avaliação efetuada pelo investigador e avaliação efetuada através da consulta dos registos informáticos efetuados para o cliente). Os clientes sujeitos a esta avaliação foram selecionados aleatoriamente pelo enfermeiro, de entre o conjunto de clientes para o turno (**tabela 4**). Os resultados obtidos encontram-se resumidos na **tabela 5**.

A amostra sobre quem foi aplicado o questionário sobre avaliação da dor, embora diferente entre as etapas manteve características socio-demográficas semelhantes, sendo a média de idades de 63 anos para a etapa 2 e de 64,2 anos para a etapa 4 de. Relativamente ao sexo foi selecionada uma amostra equiparada entre indivíduos do sexo feminino e indivíduos do sexo masculino. A avaliação da dor, diagnósticos e intervenções de enfermagem analisados tendo em conta as etapas 2 e 4 do estudo de acordo com as médias obtidas para as avaliações efetuadas pelo enfermeiro, pelo investigador e pela consulta dos registos.

Verificamos que relativamente ao uso de escalas houve valores mais próximos entre as avaliações enfermeiro/investigador/registos na utilização de cada uma das escalas, >

TABELA 5

**AVALIAÇÃO DA DOR, DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM POR FASE DO ESTUDO**

	ETAPA 2			ETAPA 4			
	Enf°	Inv.	Reg.	Enf°	Inv.	Reg.	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Escalas usadas na avaliação da dor</b>							
FPS-R	-	-	-	5 (4.9)	1 (1.0)	4 (3.9)	
Escala de <i>Wong-Baker</i>	3 (2.9)	-	-	-	-	-	
EVA – Escala Visual Analógica	4 (3.8)	-	-	-	-	-	
EN – Escala Numérica	92 (88.5)	51 (49.0)	101 (97.1)	68 (66.0)	65 (63.1)	71 (68.9)	
FLACC-R	1 (1.0)	-	-	-	-	-	
Escala Qualitativa	4 (3.8)	51 (49.0)	1 (1.0)	28 (27.2)	31 (30.1)	25 (24.3)	
Escala <i>Doloplus</i>	-	2 (2.0)	-	2 (1.9)	6 (5.8)	2 (1.9)	
Nenhuma	-	-	2 (1.9)	-	-	1 (1.0)	
<b>Tipo de dor</b>							
Com dor em aperto	3 (2.9)	7 (6.7)	1 (1.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	
Com dor em barra	1 (1.0)	3 (2.9)	1 (1.0)	1 (1.0)	3 (2.9)	-	
Com dor em moedeira	32 (30.8)	42 (40.4)	12 (11.5)	44 (42.7)	47 (45.6)	32 (31.1)	
Com dor em pontada	9 (8.7)	14 (13.5)	3 (2.9)	7 (6.8)	9 (8.7)	7 (6.8)	
Com dor lancinante	1 (1.0)	2 (1.9)	-	-	-	-	
Com dor tipo cólica	-	5 (4.8)	-	-	1 (1.0)	-	
Sem dor	58 (55.8)	31 (29.8)	79 (76.0)	50 (48.5)	42 (40.8)	61 (59.2)	
Sem registo	-	-	8 (7.7)	-	-	2 (1.9)	
<b>Diagnósticos de enfermagem</b>							
<b>Grau de dor</b>	Dor, em grau reduzido	25 (24.0)	22 (21.2)	10 (9.6)	29 (28.1)	32 (31.1)	23 (22.3)
	Dor, em grau moderado	16 (15.4)	41 (39.3)	6 (5.8)	20 (19.4)	22 (21.4)	17 (16.5)
	Dor, em grau elevado	5 (4.8)	9 (8.7)	2 (1.9)	5 (4.9)	6 (5.8)	4 (4.2)
	Dor, em grau muito elevado	1 (1.0)	1 (1.0)	-	-	-	-
	Sem dor	57 (54.8)	31 (29.8)	42 (40.4)	49 (47.6)	43 (41.7)	35 (34.1)
	Sem registo	-	-	9 (8.7)	-	-	4 (3.9)
	Dor como foco de atenção	-	-	35 (33.6)	-	-	20 (19.5)
<b>Intervenções de enfermagem</b>							
Monitorizar a dor	100 (96.2)	104 (100.0)	101 (97.1)	103 (100.0)	103 (100.0)	103 (100.0)	
Vigiar a dor	101 (97.1)	104 (100.0)	94 (90.4)	103 (100.0)	103 (100.0)	103 (100.0)	
Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento	47 (45.2)	82 (78.8)	16 (15.4)	54 (52.4)	59 (57.3)	39 (37.9)	
Assistir a identificar estratégias de alívio da dor	52 (50.0)	94 (90.4)	14 (13.5)	64 (62.1)	68 (66.0)	47 (45.6)	
Gerir analgésicos	76 (73.1)	102 (98.1)	40 (38.5)	98 (95.1)	102 (99.0)	93 (90.3)	



verificando-se um aumento na utilização da *Faces Pain Scale - Revised* (FPS-R), Escala qualitativa e Escala de *Doloplus* na etapa 4 quando comparada com a etapa 2. As avaliações efetuadas acerca do tipo de dor apresentaram valores muito próximos nas avaliações efetuadas pelo enfermeiro/investigador/registos na etapa 4 quando comparada com a etapa 2, verificando-se a mesma aproximação para a enumeração diagnóstica e para as intervenções de enfermagem. Na etapa 4 verificamos a existência de valores de 100% em cada uma das avaliações efetuada pelo enfermeiro/investigador/registos para as intervenções monitorizar dor e vigiar dor.

## DISCUSSÃO

Apesar de já existir evidência que mostra os contributos da supervisão clínica na qualidade de cuidados<sup>3-13</sup>, ainda não existem estudos que comprovem a existência de um modelo de supervisão clínica em enfermagem capaz de responder às necessidades atuais dos contextos e que contribua para a melhoria contínua da qualidade em saúde. Atualmente o enfermeiro necessita de possuir conhecimentos, competências e flexibilidade permitindo-lhe atuar em situações clínicas complexas e em contextos diversificados e em constante mudança. Cruz<sup>16</sup> salienta que a supervisão clínica deve produzir efeitos na qualidade dos cuidados e serviços, constituindo um conceito-chave na melhoria da qualidade em saúde, área alvo definida pela Organização Mundial de Saúde.

A supervisão clínica apresenta-se como uma estratégia promotora do desenvolvimento profissional contínuo, logo influencia a competência emocional dos enfermeiros e a sua satisfação profissional, levando a melhores níveis de cuidados prestados<sup>16-18</sup> dos quais podemos destacar a dor que neste estudo apresen-

tou valores mais próximos entre as diversas avaliações efetuadas. Uma vez que os enfermeiros prestam cuidados em contextos complexos e a pessoas fragilizadas, física e emocionalmente, o treino da competência emocional é uma forma de promover um bom ambiente de trabalho, facto primordial para a otimização da qualidade dos cuidados<sup>14,19</sup>. Segundo alguns autores<sup>21-22</sup>, níveis superiores de competência emocional geram comportamentos mais assertivos que permitem a partilha e interações focalizadas no respeito pela dignidade humana e pelas escolhas individuais. De igual forma, estudos realizados sobre a satisfação profissional em enfermeiros revelaram que existem variáveis ambientais que influenciam negativamente os níveis de satisfação profissional e a qualidade do atendimento prestado no hospital, citando como exemplo o ambiente de trabalho precário e os rácios inadequados de pessoal<sup>22-25</sup>. Num estudo realizado em Portugal com 162 enfermeiros com horário rotativo, o autor concluiu que 48,8% dos enfermeiros apresentavam insatisfação no trabalho. As dimensões mais importantes da insatisfação profissional eram o salário, o excesso de trabalho, a progressão na carreira e o reconhecimento profissional<sup>26</sup>. Um outro estudo efetuado em Portugal sobre a satisfação profissional dos enfermeiros concluiu que o grau de satisfação geral dos enfermeiros enquadra-se num nível de suficientemente satisfeito, havendo algumas variações entre homens e mulheres, mas pouco significativas<sup>24-27</sup>.

De facto, a satisfação no trabalho está positivamente relacionada com a qualidade dos cuidados prestados, pelo que a promoção de ambientes de trabalho onde é fornecido suporte aos profissionais através da implementação de práticas de supervisão clínica, é um aspeto a ter em conta nas instituições de

saúde. Existem, estudos que confirmam que a adoção de processos de supervisão clínica aumenta a satisfação profissional<sup>17,18,28,29</sup>, e que níveis mais altos de satisfação profissional conduzem a uma melhor qualidade de cuidados<sup>25</sup>.

## CONCLUSÕES

A nível dos resultados obtidos, foram identificados os seguintes IS-SCE: capacidades de inteligência emocional, satisfação profissional e avaliação da dor, a partir dos quais foi implementado o Modelo Safe-Care.

A partir da análise foram identificados contributos positivos nos IS-SCE selecionados, com melhoria a nível de cada uma das dimensões das capacidades de inteligência emocional. A nível da satisfação profissional não se verificou melhoria, esta ocorreu apenas para a dimensão satisfação com o superior hierárquico. Na avaliação da dor todas as dimensões obtiveram valores superiores na etapa 4 quando comparada com a etapa 2 do modelo, visível na avaliação efetuada através das atividades de avaliação, enumeração diagnóstica e intervenções de enfermagem.

Apesar de não existirem estudos que comprovem que a implementação de um modelo específico de supervisão clínica em enfermagem aumente a qualidade e a segurança dos cuidados, pelos dados obtidos percebemos que a adoção implementação do Modelo SafeCare foi globalmente reconhecido como tendo um impacto positivo a nível dos profissionais com repercussão a nível da instituição de saúde onde foi implementado o modelo. Nesse sentido, podemos afirmar que a implementação de um modelo de supervisão clínica contextualizado e fundamentado nas necessidades dos enfermeiros, Modelo SafeCare, contribuiu para a obtenção de cuidados com maior qualidade e mais seguros para os clientes. ▀



## Referências

1. Carvalho AL, Barroso C, Pereira MA, Teixeira AP, Pinho F e Osório M. Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem - Manual prático. Porto: Uniarte Gráfica, S.A.; 2019. 59p.
2. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980, Vol. I., 163p. ISBN: 0914904477
3. Cruz SS. Do ad hoc a um modelo de supervisão clínica em enfermagem em uso. [monografia na Internet]. Porto: Universidade Católica Portuguesa; 2012 [atualizado 2013, citado 2019 jul 23]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/12619>
4. Cruz S, Carvalho AL, Sousa P. Clinical supervision in nursing: the (un)known phenomenon. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2012; 69: 864-873. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.12.009
5. Cruz S, Carvalho L, Lamas B, Barbosa P. Improving Quality in the Patients- Risk of Fall Evaluation through Clinical Supervision. *International Journal of Information and Education Technology*. 2014 Dec; 4(6): 526-530. doi: 10.7763/IJET.2014.V4.463
6. Cruz S, Carvalho AL, Sousa P. Clinical supervision and emotional intelligence capabilities: Excellence in clinical practice. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015; 171: 153-157. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.01.101
7. Abreu W, Barroso C, Segadães MF, Teixeira S. Promotion of Self-Care in Clinical Practice: Implications for Clinical Supervision in Nursing. *International Journal of Information and Education Technology*. 2005 Jan.; 5 (1): 6-9. doi: 10.7763/IJET.2015.V5.466
8. Cruz S, Carvalho AL, Barbosa P, Lamas B. Morse fall scale user's manual: Quality in supervision and in nursing practice. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015; 171: 334-339. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.01.130
9. Cruz S, Carvalho L, Lopes E. Improving the evaluation of risk of fall through clinical supervision: an evidence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2016; 217: 382-388. doi: 10.1016/j.sbspro.2016.02.108
10. Teixeira S, Carvalho AL, Cruz S. Avaliação do autocuidado como indicador para supervisão clínica em enfermagem. *Rev Rene*. 2016 maio-jun; 17(3): 356-362. doi: 10.15253/2175-6783.2016000300008
11. Teixeira AIC, Carvalho AL, Barroso C. Nurses' perceptions of barriers for implementing EBP in a central hospital in the north of Portugal. *BMC Health Services Research*. 2018, 18(Suppl 2):684. doi:10.1186/s12913-018-3444-8
12. Augusto C, Rocha I, Carvalho AL, Pinto CB. Evaluation of nurses' job satisfaction. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*. 2019; 565-574. doi:10.15405/epsbs.2019.04.02.71
13. Teixeira A, Ribeiro S, Carvalho AL, Barroso C. Clinical supervision for the development of emotional competence. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*. 481-488. doi:10.15405/epsbs.2019.04.02.61
14. Vilela A. Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros. Validação de um instrumento de medida. [monografia na Internet]. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2006 [atualizado 2007, citado 2019 jul 23]. Disponível em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4946/1/206891>
15. Documento Normativo n.º 2482.1, Unidade Local de Saúde de Matosinhos
16. Cruz S. Clinical supervision in nursing: effective pathway to quality. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2011; 29: 286-291. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.11.240
17. McGilton KS, Chu CH, Shaw AC, Wong R, Ploeg J. Outcomes related to effective nurse supervision in long-term care homes: an integrative review. *Journal of nursing management*. 2016; 24(8): 1007-1026. doi: 10.1111/jonm.12419
18. Gonge H, Buus N. Model for investigation the benefits of clinical supervision in psychiatric nursing: A survey study. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2011; 20(2): 102-111. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00717.x
19. Oliveira KS. Inteligência emocional dos enfermeiros: contributos da supervisão clínica. [monografia na Internet]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2018 [atualizado 2018, citado 2019 julho 23]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28831>
20. Aroso A., Andrade D, Fernandes A. Competência emocional do profissional de saúde. En: *Livros de atas do II Seminário Internacional em Inteligência Emocional*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança; 2015. p.263-76.
21. Veiga-Branco A. Competência emocional em professores: um estudo em discursos do campo educativo. [monografia na Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2005 [atualizado 2006, citado 2019 jul 23]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/18161>
22. Lu M, Ruan H, Xing W, Hu Y. Nurse burnout in China: a questionnaire survey on staffing, job satisfaction and quality of care. *Journal of Nursing Management*. 2015 May; 23(4): 440-447. doi:10.1111/jonm.12150
23. Cruz MIEC. Fatores que influenciam a satisfação profissional e a inteligência emocional: Contributos para a implementação de um modelo de supervisão clínica. [monografia na Internet]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2018 [atualizado 2018, citado 2019 julho 23]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28136>
24. Bernardino E. Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Portugal. [s.l.]: [s.n.]; 2018. 31p. Disponível em: <https://www.ordermenfermeiros.pt/media/9946/satisfaca%C3%A7%C3%A3o-profissional-dos-enfermeiros-em-portugal-2018.pdf>
25. Leggat SG, Bartram T, Casimir G, Stanton P. Nurse perceptions of the quality of patient care: Confirming the importance of empowerment and job satisfaction. *Health Care Management Review*. 2010; 35(4): 355-364. doi: 10.1097/HMR.0b013e3181e4ec55
26. Correia MS. Satisfação profissional dos enfermeiros. [monografia na Internet]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2016 [atualizado 2017, citado 2019 jul 23]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/18161>
27. Martins S. A Satisfação Profissional dos Enfermeiros: Estudo exploratório em Enfermeiros de Centros de Saúde e de Hospitais. [monografia na Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2003 [atualizado 2004, citado 2019 jul 23]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53606/2/29655>
28. Gillet N, Fouquereau E, Coillot H, Cougot B, Moret L, Dupont S, Bonnetain F, Colombat P. The Effects of Work Factors on Nurses' Job Satisfaction, Quality of Care, and Turnover Intentions in Oncology. *Journal of Advanced Nursing*. 2018; 74(5): 1208-1219. doi:10.1111/jan.13524
29. Carvalho, MCFCS. Satisfação profissional dos enfermeiros. [monografia na Internet]. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2010 [atualizado 2011, citado 2019 jul 23]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10437/1574>



**DANIELA CUNHA**

**Enfermeira Especialista**, Mestre.  
Centro Hospitalar Universitário  
do Porto, Portugal

✉ [daniela.fa.cunha@gmail.com](mailto:daniela.fa.cunha@gmail.com)

**ANA RIBEIRO**

**Professora Coordenadora**,  
Doutor. ESEP - Escola Superior de  
Enfermagem do Porto, Portugal

**FILIPE PEREIRA**

**Professor Coordenador**, Doutor.  
ESEP - Escola Superior de  
Enfermagem do Porto, Portugal

# INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DOR EM PESSOAS COM ALTERAÇÃO DA CONSCIÊNCIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Pain assessment instruments for patients with impaired consciousness: a systematic review

## Abstract

In patients with impaired consciousness, pain self-assessment is impracticable and communication is compromised, therefore challenging assessment by health care professionals. This causes the use of valid and trustful scales to become fundamental.

The present study aims to evaluate the clinical potential of the existent scales for the assessment of pain in patients with impaired consciousness.

The literature review comprehends the time frame from January of 2005 to June of 2011 based on two search engines and three databases. A total of 654 abstracts and titles were analyzed, 16 papers were

selected for a full body revision of which 8 comprise within the present review. Three university archives were visualized and only 1 paper was included herein.

Seven distinct assessments of pain scales were identified in patients presenting impaired consciousness. Only one of the scales took into account physiological and behavioral indicators, whereas the remaining others included solely behavioral indicators. The BPS scale obtained the highest rating, thus turning its implementation possible in these patients.

More research, concerning the effects of the use of assessment of pain tools in clinics and their implications, is required.

**KEYWORDS: PAIN, ASSESSMENT, ADULT, IMPAIRED CONSCIOUSNESS.**

## INTRODUÇÃO

A avaliação da dor, pela sua relevância clínica, tem sido uma das preocupações centrais de todos aqueles que se dedicam a este domínio problemático. Segundo Pereira e Sousa<sup>1</sup> (1998, p. 77) "mensurar a dor tem sido um grande desafio para aqueles que

almejam controlar adequadamente tão complexa experiência". A mensuração da dor no meio clínico ganhou maior atenção nos últimos tempos. Estudos de mensuração e sua análise evidenciam que os instrumentos unidimensionais ainda prevalecem na avaliação da experiência dolorosa. Porém, o desa-

fo de se considerar a multidimensionalidade dessa experiência tem levado muitos investigadores a elaborar e utilizar instrumentos mais precisos e abrangentes nas suas pesquisas (Pereira e Sousa, 1998<sup>1</sup>).

A Direção Geral de Saúde<sup>2</sup> (2003) define a dor como “um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde” e a International Association for the Study of Pain<sup>3</sup> (1994) define dor como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual, real ou potencial, que pode ser descrita de acordo com as manifestações próprias de tal lesão.

Vários autores defendem que a principal recomendação na avaliação da dor é que esta seja relatada pelo próprio doente (Odhner *et al.*, 2003; Gélinas *et al.*, 2004; Aissaoui *et al.*, 2005; Herr *et al.*, 2006 e Juarez *et al.*, 2010<sup>4</sup>). No entanto, existem várias situações e condições em que o doente não se encontra capaz de comunicar eficazmente, em termos verbais, a intensidade da sua experiência dolorosa. Aqui, destacam-se múltiplos motivos possíveis, dos quais merecem destaque as alterações cognitivas, as lesões cerebrais, as situações de internamento em unidades de cuidados intensivos, onde a sedação e/ou o recurso a suporte ventilatório comprometem significativamente aquela competência de interação. No contexto do ambiente onde exercemos a nossa atividade profissional – uma unidade de Traumatologia Crânio – Encefálica –, as alterações a que aludimos são muito frequentes, pelo que a comunicação (verbal) dos doentes está comprometida e a autoavaliação da dor, podemos dizê-lo, é uma impossibilidade (Aissaoui *et al.*, 2005; Herr *et al.*, 2006; Kabes *et al.*, 2009 e Juarez *et al.*, 2010<sup>5</sup>). As alterações da consciência são o principal obstáculo com que nos deparamos no nosso quotidiano clínico, com as “naturais” consequências, em termos de avaliação

QUADRO 1	
DESCRITORES UTILIZADOS	
<b>DESCRITORES UTILIZADOS</b>	Pain, scale, nonverbal, adult, unconscious, behavioral, assessment, critical-care, observation, tool, intensive care, coma, impaired consciousness, measurement, brain-injured patients, nociception, sedated.
<b>COMBINAÇÕES</b>	Behavioral and pain and scale/ Behavioral and pain and assessment and scale/ Critical-Care and Pain and Observation and Tool/ Nonverbal and Adult and Pain and Assessment and Scale/ Pain and adult and scale and intensive care/ Pain and unconscious and scale and adult/ Pain and coma and scale and adult/ Pain and coma/ Pain and nociception/ Pain and impaired consciousness/ Scale and pain and unconscious/ Measurement and pain and unconscious/ Pain and brain-injured patients/ Pain and non-verbal patients/ Nociception and unconscious/ Pain assessment and nonverbal/ Pain and sedated.

ção da dor dos nossos doentes. Na maior parte dos estudos que estão disponíveis, há referência a doentes com compromissos do estado de consciência, muitas vezes por indução medicamentosa e não por causa direta da patologia ou trauma. Assim, a definição de consciência apresenta-se aqui como uma questão fundamental.

Laureys<sup>6</sup> (2010) no seu estudo define estado vegetativo como a abertura dos olhos, espontânea ou induzida por estimulação, sem qualquer sinal de consciência, em que todos os movimentos observados são (apenas) reflexos.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE©, versão 2.0 – (International Council of Nurses, 2011<sup>7</sup>), classificação adotada como standard em Portugal e que faz parte das terminologias reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), consciência é definida como uma “Resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos, mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior”.

Todavia, para mitigar a dificuldade na interpretação uniforme do nível de consciência dos doentes, a Escala de Comas de Glasgow (ECG) tem

constituído o referencial e “golden standard” utilizado para objetivar a avaliação da consciência.

A ECG é uma escala altamente confiável, que permite a avaliação do nível de consciência, aspeto crucial numa avaliação neurológica; baseando-se na observação de três parâmetros: i) melhor resposta verbal; ii) melhor resposta motora e, iii) resposta ocular. O score máximo de 15 corresponde a uma pessoa desperta e totalmente alerta e o score mínimo de 3 a um doente em coma profundo, não reativo (Baptista, 2003<sup>8</sup>).

Geralmente, considera-se que o doente está consciente quando este consegue cumprir comandos simples, como apertar a mão e largar, pôr a língua de fora, fechar os olhos com força, entre outros. Assim, a capacidade do doente para responder a tais comandos simples é considerada como prova de consciência (Laureys, 2010<sup>9</sup>). Ora, pelo exposto, os compromissos da consciência, muito frequentes na nossa prática clínica levantam-nos várias dificuldades da interação com os doentes; facto que, dada a dimensão fenomenológica da experiência de dor, nos desafia a procurar estratégias suficientemente competentes para procurar objetivar tal sensação.

QUADRO 2

CRITÉRIOS USADOS NO JULGAMENTO DE QUALIDADE DAS ESCALAS

CRITÉRIO	DESCRIÇÃO (FORTIN, 2009 <sup>27</sup> E GÉLINAS ET AL., 2006 <sup>10</sup> )	PONTUAÇÃO (ZWAKHALEN ET AL., 2006 <sup>19</sup> )
<b>Origem dos termos</b>	Este item de avaliação pretende avaliar se a escala foi especialmente elaborada para doentes com alteração da consciência ou se os itens que as compõem foram modificados de outra(s) escala(s), como por exemplo, através de escalas de avaliação da dor em crianças ou adultos com demência.	2: especialmente elaborada para uso em doentes com alteração da consciência; 1: itens foram modificados ou adaptados de outra(s) escala(s); 0: itens com origem em outras populações.
<b>Viabilidade</b>	Pretende determinar as possibilidades de sucesso da escala, apurando se é viável ou não a sua utilização. Reporta a facilidade de utilização.	2: escala é curta, de fácil aplicação, inclui instruções e interpretação da pontuação; 1: escala é de fácil aplicação mas não inclui instruções ou interpretação da pontuação; 0: escala é complexa.
<b>Tempo para aplicação</b>	Interfere na sistematização dos cuidados, refletindo a sua importância numa lógica que alia a organização do tempo e a satisfação das necessidades da prestação de cuidados ao doente. Critério que complementa a viabilidade, reportando a tempo médio despendido no preenchimento da escala.	2: menos de 5''(minutos); 1: 6''<t<10''(minutos); 0: >11'' (minutos).
<b>Validade de Conteúdo</b>	Refere-se ao carácter representativo dos enunciados utilizados no instrumento para medir o conceito ou o domínio em estudo. Critério que visa clarificar até que ponto os enunciados do instrumento representam o conjunto dos aspetos envolvidos ou que compõem o fenómeno. Em síntese, pretende-se avaliar se os conteúdos ou itens da escala são ou não representativos do domínio que pretendem medir; se cobrem todas as dimensões do fenómeno.	2: a escala abrange indicadores comportamentais e fisiológicos; 1: a escala abrange indicadores comportamentais ou indicadores fisiológicos; 0: não abrange nem indicadores comportamentais nem fisiológicos.
<b>Validade de Constructo</b>	Refere-se, essencialmente, ao poder discriminativo das medidas diferenciadas. Está ligada ao critério, à capacidade do instrumento para medir o conceito ou o constructo definido teoricamente, mostrando que a estrutura do instrumento está de acordo com a teoria subjacente. Utiliza, muitas vezes, o método dos grupos (condições) de contraste (grupos que sabemos que são diferentes e que deveriam obter pontuações diferentes numa mesma escala). Frequentemente, baseia-se nas avaliações da dor em repouso e durante o procedimento doloroso.	2: diferencia bem entre presença de dor e ausência de dor; 1: diferencia moderadamente bem; 0: não diferencia.
<b>Validade de Critério</b>	Refere-se à propriedade dos <b>scores</b> obtidos com a utilização da escala estarem correlacionados com um critério externo e bem conhecido, o que reforça a sua validade. Normalmente, neste particular é utilizada a matriz de correlação da escala de avaliação da dor em apreço com outro instrumento de medida (da dor), muitas vezes tomado com " <b>golden standard</b> ". Com frequência é utilizada a técnica da "validade simultânea".	2: correlação alta (>0,60); 1: correlação moderada (0,40 - 0,60); 0: correlação baixa (<0,40).
<b>Consistência Interna ou Homogeneidade</b>	Medida de fidelidade ou confiabilidade de um instrumento de medida, que indica a concordância existente entre todos os enunciados individuais que constituem o instrumento de medida, referindo-se à homogeneidade de um conjunto de enunciados que servem para medir diferentes aspetos do mesmo conceito (reporta-se, em rigor, à ligação entre enunciados da escala de medida). Quanto mais os enunciados estão correlacionados, maior é a consistência interna do instrumento, assentando no princípio de que o instrumento só mede um conceito - unidimensional. A técnica mais utilizada para apreciar o grau de consistência interna é o cálculo do coeficiente de Alfa ( <b>α</b> ) de <b>Cronbach</b> , que varia entre 0.00 e 1.00 (um valor alto indica uma grande consistência interna). Este procedimento é muito usado em observações de um único avaliador por "caso".	2: Alfa <b>Cronbach</b> >0,70; 1: Alfa <b>Cronbach</b> 0,60> alfa <0,70; 0: Alfa <b>Cronbach</b> <0,60.
<b>Confiabilidade entre avaliadores</b>	É uma medida de fidelidade ou confiabilidade que avalia a consistência (concordância) com a qual dois ou mais avaliadores (independentes entre si) concordam nas suas medições/ observações, relativamente a um fenómeno, neste caso, a dor. O coeficiente 'K é a medida mais utilizada, traduzindo a proporção de respostas nas quais os diferentes avaliadores concordaram.	2: coeficiente de confiabilidade > 0,80; 1: 0,60 < coeficiente de confiabilidade <0,80; 0: coeficiente de confiabilidade <0,60.

QUADRO 3

## ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR PARA DOENTES INCONSCIENTES E/OU ENTUBADOS

NOME ESCALA	AUTOR/ DATA	CONSTITUIÇÃO BÁSICA / ITENS	PONTUAÇÃO
FLACC: Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Instrument	Merkel <i>et al.</i> <sup>28</sup> (1997)	Face (0-2), Pernas (0-2), Atividade (0-2), Choro (0-2) e Conforto (0-2).	0 (sem dor) a 10 (máximo de dor).
BPAS: Behavioral Pain Assessment Scale	Merkel <i>et al.</i> <sup>28</sup> (1997) e adaptada por Campbell, M. (2000)*	Expressão facial (0-2), Inquietude (0-2), Tônus muscular (0-2), Vocalização (0-2) e Consolabilidade (0-2).	0 (sem dor), 1-3 (dor suave), 4-5 (dor moderada) e superior a 5 (dor severa) e 10 pontuação máxima.
BPS: Behavioral Pain Scale	Payen <i>et al.</i> <sup>22</sup> (2001)	Expressão facial (1-4), Movimentos dos membros superiores (1-4) e Conformidade com a ventilação mecânica (1-4).	3 (sem dor) a 12 (máximo de dor).
NVPS: Nonverbal Adult Pain Assessment Scale	Odhner <i>et al.</i> <sup>4</sup> (2003), revista por Wegman (2005)**	Face (0-2), Actividade (movimento) (0-2), <b>Guarding</b> (0-2); Sinais fisiológicos I (sinais vitais) (0-2), Respiração (0-2) e Sinais fisiológicos II (outros sinais) (0-2).	0 (sem dor) a 12 (máximo de dor).
CPOT: Critical Care Pain Observation Tool	Gélinas <i>et al.</i> <sup>10</sup> (2006)	Expressão facial (0-2), Movimentos do corpo (0-2), Tensão muscular (0-2), Tolerância ao ventilador (se o doente entubado) ou Vocalização (se o doente extubado) (0-2).	0 (sem dor) a 8 (máximo de dor).
BPS-NI: Behavioral Pain Scale-non intubated	Chanques <i>et al.</i> <sup>23</sup> (2009)	Expressões faciais (1-4), Movimentos dos membros superiores (1-4) e Vocalizações (1-4).	3 (sem dor) a 12 (máximo de dor).
NCS: The Nociception Coma Scale	Schnakers <i>et al.</i> <sup>18</sup> (2010)	Resposta motora (0-3), Resposta verbal (0-3), Resposta visual (0-3) e Expressões faciais (0-3).	0 (sem dor) a 12 (máximo de dor).

\*cit. por Marques, F. (2009)<sup>17</sup> \*\*cit. por Kabes et al<sup>16</sup>. (2009)

A dor é uma experiência subjetiva por definição, e os doentes com compromisso do estado de consciência são incapazes de comunicar de forma consistente as suas experiências e as suas respostas comportamentais a estímulos nociceptivos são frequentemente difíceis de interpretar (Boly *et al.*, 20089).

De acordo com Gélinas e colaboradores<sup>10</sup> (2006) é, ainda, desconhecido se em doentes com graves compromissos da consciência, a resposta comportamental a um estímulo doloroso é acompanhada pela percepção da dor. No entanto e até prova em contrário, peritos recomendam que os prestadores de cuidados de saúde assumam que os pacientes "inconscientes" têm dor, especialmente se as respostas comportamentais a

estímulos dolorosos estiverem presentes.

Assim, e segundo Herr e colaboradores<sup>11</sup> (2006), quando não é possível avaliar com certeza a presença da dor e, tendo em conta as recomendações para gestão da dor, deveremos sempre realizar a prova terapêutica (teste analgésico) nestes doentes.

Num estudo realizado por Lawrence em 1995 (citado por Gélinas *et al.*, 2006<sup>10</sup>), doentes "exinconscientes" revelaram poder ouvir, compreender e responder emocionalmente ao que lhes era dito enquanto estavam com compromisso da consciência. Assim, estes doentes devem ser tratados da mesma forma que os doentes conscientes, quando expostos a estímulos potencialmente dolorosos.

Admite-se que existe dor quando há

uma patologia (causa) que a motive, bem como, quando o doente está sujeito a procedimentos, nomeadamente de enfermagem, que podem ser considerados dolorosos, tais como aspiração de secreções, posicionamentos, mudanças de roupa, inserção e remoção de cateteres e quando o doente tem restrição ao leito.

Algumas condições médicas incluindo isquemia, infeções, inflamação, edema, distensão, imobilidade, incisões, feridas e a utilização de instrumentos médicos invasivos e não invasivos também são fatores desencadeantes de dor (Stanik-Hutt, 2003<sup>12</sup> e Pudas-Tahka *et al.*, 2009<sup>13</sup>).

A existência de traduções/ indicadores objetivos da dor reúne consenso entre os investigadores desta área. Vários autores sugerem o comporta- >

TABELA 1

SCORES OBTIDOS PELAS DIFERENTES ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR,  
SUBMETIDAS AO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SUA QUALIDADE

FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO / FONTE	BPAS MARQUES, F. <sup>17</sup> (2009)	BPS AISSAOUI ET AL. <sup>5</sup> (2005) MARQUES <sup>17</sup> (2009) PUDAS-TAHKA ET AL. <sup>13</sup> (2009)		NVPS KABES ET AL. <sup>16</sup> (2009) PUDAS-TAHKA ET AL. <sup>13</sup> (2009)	CPOT GÉLINAS ET AL. <sup>10</sup> (2006)	BPS-NI CHANQUES ET AL. <sup>23</sup> (2009)	FLACC VOEPEL-LEWIS <sup>20</sup> (2010)	NCS SCHNAKERS ET AL. <sup>18</sup> (2010)
<b>Origem dos termos</b> 2: Especialmente elaborada para uso em doentes sedados ou com alteração da consciência; 1: Itens foram modificados; 0: Itens originados de outra população.	1 (modificada de uma escala de avaliação da dor para crianças - FLACC)	2		1 (modificada de uma escala de avaliação da dor para crianças - FLACC)	2	2 (BPS modificada)	2	2
<b>Viabilidade</b> 2: Escala é curta, de fácil aplicação, inclui instruções de aplicação e de interpretação da pontuação; 1: Escala é de fácil aplicação, mas não inclui instruções de aplicação e/ou de interpretação da pontuação; 0: Escala é complexa.	1	2		1	1	1	1	2
<b>Tempo para aplicação</b> 2: <5"; 1: 6" < t < 10"; 0: > 11".	ND	2 Tempo para avaliação completa entre 3 - 4"		ND	ND	Tempo para avaliação completa entre 2 - 5"	ND	2 Tempo para avaliação completa entre 1 - 5"
<b>Validade de conteúdo</b> 2: A escala abrange indicadores comportamentais e fisiológicos; 1: A escala abrange indicadores comportamentais ou indicadores fisiológicos; 0: A escala não abrange nem indicadores comportamentais nem fisiológicos.	1 (indicadores comportamentais)	1 (indicadores comportamentais)		2	1 (indicadores comportamentais)	1 (indicadores comportamentais)	1 (indicadores comportamentais)	1 (indicadores comportamentais)
<b>Validade de constructo</b> 2: Diferencia bem entre presença de dor e ausência de dor; 1: Diferencia moderadamente bem; 0: Não diferencia.	2	2		2	2	2	2	2
<b>Validade de critério em relação a outras escalas</b> 2: Correlação alta (> 0,60); 1: Correlação moderada (0,40 - 0,60); 0: Correlação baixa (<0,40).	2 vs BPS (0,907)	2 vs BPAS (0,907)		2 vs FLACC (0,86)	ND	ND	2 vs CNPI (0,96) vs COMFORT (0,85)	2 vs NIPS (0,71) vs FLACC (0,69) vs CNPI (0,80) vs PAINAD (0,72)
<b>Consistência Interna ou Homogeneidade</b> 2: Alfa >0,70; 1: 0,60 > Alfa <0,70; 0: Alfa <0,60.	2 (0,89)	2 (0,72)		2 (0,78)	ND	2 (0,79)	2 (0,88)	ND
<b>Confiabilidade entre avaliadores</b> 2: Coeficiente de confiabilidade > 0,80; 1: 0,60 < coeficiente de confiabilidade < 0,80; 0: Coeficiente de confiabilidade < 0,60.	ND	2 (0,95) (0,82-0,94)		2 (0,90)	2 (0,52-0,88)	2 (0,82-0,89)	2 (0,96)	1 (0,61)
<b>Score global</b> (variação entre 0 e 16):	<b>9</b>	<b>15</b>		<b>12</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>13</b>

(**Legenda:** BPAS - Behavioral Pain Assessment Scale; BPS - Behavioral Pain Scale; NVPS - Non-Verbal Pain Scale; CPOT - Critical Care Pain Observation Tool; BPS - NI - Behavioral Pain Scale Non - Intubated; FLACC - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Behavioral Tool; NCS - Nociception Coma Scale; NIPS - Neonatal Infant Pain Scale; PAINAD - Pain Assessment In Advanced Dementia Scale; CNPI - The Checklist of Non-verbal Pain Indicators; ND - Não Disponível).

mento corporal e sinais fisiológicos como indicadores objetivos e observáveis da presença de dor, quando o doente não está capacitado para a comunicar (Odhner *et al.*, 2003<sup>4</sup>; Gélinas *et al.*, 2004<sup>14</sup>; Aissaoui *et al.*, 2005<sup>5</sup>; Herr *et al.*, 2006<sup>11</sup> e Juarez *et al.*; 2010<sup>15</sup>).

Neste contexto, é importante salientar a diferença entre a classificação da intensidade da dor baseada no relato dos doentes, e a avaliação da dor através de escalas comportamentais, que somente se fundamentam em características ou traduções objetivas e clinicamente observáveis, que podem apenas indicar a presença ou aparente ausência de dor (Kabess *et al.*, 2009<sup>16</sup>).

Melzack, citado por Gélinas e colaboradores<sup>14</sup> (2004), divide as traduções ou indicadores de dor em duas categorias: a) não observáveis/subjetivos e b) observáveis/objetivos. Os não observáveis/subjetivos são os componentes sensoriais, emocionais e cognitivos da dor (sensorial: características como intensidade, localização, qualidade, fatores agravantes ou de alívio da dor; emocionais: sentimentos e emoções associadas à experiência da dor; e cognitivos: significado atribuído à dor). Os observáveis/objetivos são os componentes fisiológicos e comportamentais de dor. No estudo efetuado por Gélinas e colaboradores<sup>14</sup> (2004), os autores concluíram que os indicadores subjetivos não eram documentados pelos profissionais de saúde, sendo utilizados maioritariamente os indicadores observáveis. O estudo de Marques<sup>18</sup> (2009), realizado em unidades de cuidados intensivos de um hospital central do Porto, revelou uma realidade caracterizada por uma "quase ausência" de avaliação sistemática da dor dos doentes internados, em que nem os indicadores "mais" objetivos eram utilizados, para efeitos de inferência diagnóstica, focada na dor.

O aumento da tensão arterial e frequência cardíaca são os sinais fisiológicos mais frequentemente

associados à dor aguda. Entre os indicadores fisiológicos reconhecidos encontram-se: os cardiovasculares, tais como alterações da tensão arterial e frequência cardíaca; os respiratórios: alteração da frequência respiratória, diminuição da saturação de oxigénio; os cerebrais: aumento da PIC (Pressão Intracraniana) e redução da perfusão cerebral (Odhner *et al.*, 2003<sup>4</sup>; Gélinas *et al.*, 2004<sup>14</sup>; Aissaoui *et al.*, 2005<sup>5</sup> e Juarez *et al.*, 2010<sup>15</sup>). Aissaoui e colaboradores<sup>5</sup> (2005), assim como Odhner e colaboradores<sup>4</sup> (2003), especificam ainda: a mudança no tamanho pupilar, palidez, rubor, transpiração, náusea e vômitos. Admite-se que os indicadores fisiológicos podem ser mais facilmente avaliados e documentados em Cuidados Intensivos, devido à monitorização constante. Existem opiniões contrárias à sua utilização, já que alguns autores defendem que não são sinais específicos da existência de dor podendo, as suas alterações serem resultantes de medicação ou da patologia adjacente, pelo que a sua relevância necessita de ser mais explorada (Odhner *et al.*, 2003<sup>4</sup>; Gélinas *et al.*, 2004<sup>14</sup> e Juarez *et al.*, 2010<sup>15</sup>).

Relativamente aos indicadores comportamentais, Gélinas e colaboradores<sup>14</sup> (2004) identifica e descreve: os movimentos corporais (agitação), a compliance com o ventilador (tossir, "morder" o tubo), os sinais neuromusculares (aumento do tónus muscular, tremores, rigidez muscular), outros meios de comunicação (tentativa de falar, recorrência à mímica, sinalização com a cabeça), expressões faciais, reações aos exames físicos, qualidade do descanso, estado neurológico (colaboração, reação à dor, orientação).

Odhner e colaboradores<sup>4</sup> (2003) especificam e expõem como potenciais indicadores de dor, no espaço dos cuidados intensivos: o "ranger" de dentes, enrugar a testa, chorar, movimentos lentos e cautelosos, inquietação, reflexos de retirada, debater-se, movimentos rítmicos, dar

pontapés, tensão muscular, massajar ou esfregar áreas de corpo e também o assumir determinadas posições ou posturas, ditas de defesa.

Os indicadores de comportamento como expressões faciais, movimentos corporais, postura rígida e compliance com o ventilador, quando relacionados com a dor aguda podem ser bem documentados pelos enfermeiros, fruto da observação dos doentes (Gélinas *et al.*, 2004<sup>14</sup>).

Sendo a dor uma experiência essencialmente subjetiva, o relato e descrição do doente é de extremo valor clínico. No entanto, não é possível obter autorrelatos em pacientes "não comunicativos" ou com compromissos significativos da comunicação verbal (Schnakers *et al.*, 2010<sup>18</sup>). Baseado neste pressuposto, e tendo em conta os indicadores fisiológicos e comportamentais, foram sendo criadas e testadas escalas de avaliação da dor para doentes incapazes de comunicar verbalmente ou compromissos graves dessa capacidade, como é o caso dos doentes com os quais lidamos no nosso quotidiano. Deste modo, na tentativa de perceber a utilidade clínica de cada escala construída para avaliar a dor, em doentes com alterações da consciência, vários foram os autores que desenvolveram, testaram, validaram e/ ou traduziram escalas. Não obstante a sua importância, são descritas várias limitações nestes estudos ao longo da literatura consultada, pelo que, a utilização destes instrumentos na prática clínica é restrita, sendo que as principais limitações referidas incluem amostras reduzidas, falta de validação, confusão na definição de comportamentos (por exemplo, movimentos do corpo e rigidez muscular) e o uso de observações dependentes (Gélinas *et al.*, 2006<sup>19</sup>).

Pelo exposto ao longo do enquadramento da problemática fica clara a nossa intenção de evoluir num estudo focado na avaliação da dor em doentes com alterações da consciência, como é o caso daqueles que



assistimos no nosso contexto de exercício profissional.

## OBJETIVOS

O objetivo deste estudo é analisar o potencial de utilização clínica das escalas disponíveis para efeitos de avaliação da dor, em doentes com alteração da consciência.

As principais questões que nortearam o nosso percurso foram:

- Quais as escalas existentes para avaliar a dor em doentes com alteração da consciência?
- Que tipo de indicadores estas ferramentas incluem?
- Que tipo de propriedades psicométricas estas ferramentas possuem?

## MÉTODOS

Para a obtenção de documentos, foi realizada uma pesquisa sistemática da literatura publicada entre janeiro 2005 a junho de 2011. Utilizaram-se os motores de buscas EBSCO e PUBMED. Um total de 654 títulos e resumos foram analisados, segundo os critérios de inclusão e exclusão, sendo selecionados para revisão de texto completo 16 documentos, dos quais 9 foram aceites para o estudo, estando incluídos nas seguintes bases de dados: Academic Search Complete, CINAHL e Medline.

Foi, ainda, efetuada pesquisa nos repositórios de teses de mestrado e teses de doutoramento da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) onde, mais frequentemente, os enfermeiros realizam formação pós-graduada. Destes repositórios foi selecionado apenas um documento; tratando-se de uma tese de mestrado. A revisão bibliográfica foi efetuada apenas pelo investigador principal.

Os descritores utilizados e as suas combinações encontram-se no **Quadro 1**.

Para serem incluídos, os estudos teriam de cumprir os seguintes critérios: descrever uma escala de avaliação da dor para adultos com compromissos da comunicação, incapazes de relatar a sua experiência de dor; documento escrito em Inglês ou Português, disponível em texto integral e ser de acesso gratuito; data de publicação entre janeiro de 2005 e junho de 2011. Todos os estudos que não cumpriram cumulativamente estes critérios foram excluídos do estudo. Avaliação da qualidade dos instrumentos de avaliação da dor identificados no estudo a que nos propusemos teve como principal propósito explorar o potencial de utilização, no contexto onde exercemos funções, das escalas e instrumento de avaliação da dor identificados. Assim, tivemos necessidade de definir um conjunto de critérios a serem considerados para efeitos da referida apreciação.

Os critérios utilizados para este exercício foram adaptados da metodologia definida por Zwakhalen e colaboradores<sup>19</sup>, em 2006, num estudo de revisão sistemática, cujos objetivos foram: identificar as escalas para avaliação da dor em idosos com demência severa; analisar as suas propriedades psicométricas e a respetiva utilidade clínica. A mesma metodologia foi também utilizada por Pudas-Tahka e colaboradores<sup>13</sup> (2009), numa abordagem com a mesma intenção geral. A metodologia a que recorreremos, tendo por base um conjunto de critérios que iremos descrever, visa atribuir um score global a cada instrumento; score esse que, quanto mais alto, mais recomenda a utilização do instrumento. Todavia, a sua interpretação não dispensa a leitura dos scores parciais que são atribuídos a cada um dos critérios.

A metodologia utilizada centra-se nos seguintes critérios: a) origem dos termos; b) viabilidade; c) tempo para aplicação; d) validade de conteúdo; e) validade de constructo; f) validade de critério; g) consistência interna ou

homogeneidade e; h) concordância entre avaliadores (**Quadro 2**). Cada um dos critérios apresentados recebe uma pontuação numa escala ordinal de 0-2, com um total de 0-16. Como vimos e se percebe do descrito, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade da escala.

## RESULTADOS

Os nove trabalhos selecionados foram submetidos aos critérios de inclusão e aprovados. Nestes 9 trabalhos encontram-se representadas sete escalas de avaliação da dor. De acordo com a revisão da literatura efetuada, existem escalas dirigidas adequadas às características dos doentes que assistimos na nossa prática clínica. Foi-nos possível identificar sete (7) escalas de avaliação da dor dirigidas àqueles doentes. No Quadro 3 são apresentados os instrumentos identificados.

Relativamente às escalas apresentadas no quadro 3, parece-nos importante salientar alguns aspetos relevantes, que contribuem para a compreensão da utilidade das mesmas.

A escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) inclui uma variedade de indicadores que são associados à dor em crianças, a adultos com comprometimento cognitivo, e adultos em estado crítico. Esta ferramenta é amplamente reconhecida, é utilizada nos Estados Unidos, tendo sido traduzida em várias línguas, incluindo francês, chinês, sueco, italiano e português (Voepel-Lewis et al., 2010<sup>20</sup>).

A escala BPAS (Behavioral Pain Assessment Scale) foi criada por Merkel e colaboradores em 1997 e adaptada por Campbell em 2000 (cit. por Marques, 2009<sup>17</sup>). É recomendada e encontra-se protocolada no Johns Hopkins University School of Medicine (Baltimore – Estados Unidos da América EUA) para doentes internados em unidades de cuidados intensivos (Marques, 2009<sup>17</sup>). Esta escala foi validada e traduzida para

português por Marques em 2009<sup>17</sup>. Baseada nos resultados do estudo de Puntillo e colaboradores (1997, cit por Cade, 2008<sup>21</sup>), a BPS (Behavioral Pain Scale) foi elaborada por Payen e colaboradores<sup>22</sup> (2001) para avaliar a dor em doentes críticos; é a ferramenta mais amplamente testada. Esta escala já foi utilizada em vários estudos nomeadamente: Chanques e colaboradores<sup>23</sup> (2009), Marques<sup>17</sup> (2009), Cade<sup>21</sup> (2008), Young e colaboradores<sup>24</sup> (2006) e Assaoui e colaboradores<sup>5</sup> (2005). Trata-se de um instrumento recomendado pela American Society for Pain Management Nursing (ASPMN), para avaliação da dor em doentes entubados e/ou inconscientes (Gélinas et al., 2011<sup>25</sup>). Esta escala foi validada e traduzida para português por Marques em 2009<sup>5</sup>.

#### Quadro 2.

Elaborada por Odhner e colaboradores em 2003<sup>4</sup>, a NVPS (Nonverbal Adult Pain Assessment Scale) é baseada na FLACC Scale, comportando indicadores comportamentais e fisiológicos (Cade, 2008<sup>21</sup>), estando recomendada para avaliação da dor em doentes internados em unidades de cuidados intensivos, sedados, em coma, e/ou ventilados (Kabes et al., 2009<sup>16</sup>). Desenvolvida para doentes adultos em estado crítico, ventilados ou não ventilados, por Gélinas e colaboradores<sup>10</sup> (2006), a escala CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) foi até ao momento testada num total de 255 doentes de cuidados intensivos, com diagnóstico pós-operatório, médico ou de trauma (Gélinas et al., 2011<sup>25</sup>). Esta escala foi traduzida para português por Marques em 2009. Esta escala também é recomendada pela American Society for Pain Management Nursing (ASPMN) para avaliação da dor em doentes entubados e/ou inconscientes (Gélinas et al., 2011<sup>25</sup>).

Ao encontro do objetivo de agilizar a avaliação da dor em doentes críticos não entubados e incapazes de transmitir a dor, Chanques e colaboradores<sup>23</sup> (2009) adaptaram a escala Behavioral Pain Scale, chamando-lhe

de BPS-NI (Behavioral Pain Scale-Non Intubated). Nesta adaptação (Chanques et al., 2009<sup>23</sup>) foi introduzido o domínio "vocalization" em substituição de "compliance with ventilation". As vocalizações foram descritas como gemidos, gritos, queixas verbais de dor e uso de palavras de protesto. Neste estudo e após a realização de testes, esta escala mostra ser válida e confiável para avaliar a dor nestes doentes (Chanques et al., 2009<sup>23</sup>).

A escala NCS (Nociception Coma Scale) surge na tentativa de solucionar a dificuldade de aceder a respostas comportamentais em doentes com lesão cerebral (Schnakers et al., 2010<sup>18</sup>). Em doentes "não-comunicativos" não é possível obter autorrelatos, assim a dor é entendida como nociceção e definida como um evento potencial (ou atual), que causa dano nos tecidos, traduzida e codificada por recetores nociceptivos (Schnakers et al., 2010<sup>18</sup>). Assim, a deteção de sinais comportamentais de nociceção, em doentes em recuperação do coma, representa um importante desafio médico e ético (Schnakers et al., 2010<sup>18</sup>). Esta escala (NCS) constitui, na opinião dos autores o primeiro passo para uma melhor avaliação e controlo da dor, em doentes com alterações de consciência, constituindo uma ferramenta clínica sensível para a avaliar em doentes com lesão cerebral (Schnakers et al., 2010<sup>18</sup>). O interesse clínico real desta escala é acompanhar os doentes que não têm possibilidade de comunicar. Através da avaliação e acompanhamento de comportamentos do doente, a NCS permite o seguimento do mesmo e do seu tratamento, a fim de evitar efeitos sedativos, bem como subutilização de analgésicos (Schnakers et al., 2010<sup>18</sup>). **Quadro 3.**

## DISCUSSÃO

O estudo que realizámos permitiu-nos identificar um conjunto alargado de instrumentos de avaliação

da dor, dirigidos a doentes com o perfil daqueles que cuidamos numa unidade de trauma neurológico. Quer isto significar, desde logo, que o fenómeno da dor poderá ser alvo de um processo de monitorização e acompanhamento mais sistemático e objetivo. Na última década tem sido realizado um vasto esforço pela comunidade científica, no sentido de desenvolver e testar ferramentas capazes de nos auxiliar no diagnóstico e, por consequência, tratamento da dor de doentes internados em unidades de tratamento intensivo. Analisando a tabela 1, as escalas que foram identificadas incluem parâmetros ou indicadores capazes de, com maior objetividade, traduzir a presença e até a intensidade da dor, nos doentes com compromissos graves da consciência, sedados e com suporte ventilatório. Aspectos como a expressão facial, o tónus muscular, os sinais vitais ou a adaptação ao ventilador, a par das vocalizações, constituem traços comuns dos parâmetros incorporados nas diferentes escalas.

A aplicação da metodologia utilizada para avaliar a robustez (psicométrica) dos diferentes instrumentos não nos permitiu afirmar da existência de uma "escala perfeita", na medida em que nenhum dos instrumentos obteve a pontuação máxima (16 valores) na nossa apreciação. Assumimos, a par dos diferentes autores consultados, que são necessários mais estudos, e mais abrangentes, para aumentar a nossa base de conhecimento sobre os referidos instrumentos. No entanto, os resultados apurados abrem-nos excelentes perspectivas, apontando para instrumentos que, desde já, podem ser incorporados na nossa prática clínica.

Da aplicação dos critérios definidos, os nossos resultados demonstraram que a escala BPS recebeu a melhor pontuação com 15 pontos (num máximo de 16), a escala NCS, embora seja o mais recente dos instrumentos, fica pontuado em segundo lugar

com 13 pontos. As BPS-NI, FLACC e NVPS foram aquelas que evidenciaram os terceiros melhores scores, com as pontuações de 12 pontos. Os scores apurados são influenciados pela quantidade e, essencialmente, natureza dos estudos disponíveis. Por exemplo, a escala BPS beneficia do facto de existirem bastantes estudos onde é incluída, o que permite uma avaliação mais completa e a obtenção de pontuações nos múltiplos parâmetros da nossa análise. Quer isto significar que as escalas com scores globais mais baixos também têm mérito, apesar de necessitarem de mais estudos para avaliar as suas propriedades psicométricas. No que respeita à origem dos itens incorporados nas diferentes escalas constatámos que a maioria das escalas (5 em 7) em apreço contempla itens especialmente elaborados para doentes sedados ou com alterações da consciência, apenas a BPAS e a NVPS são modificadas de escalas de avaliação da dor para crianças. Quanto ao critério de viabilidade, a escala BPS e a NCS são curtas, de fácil aplicação, incluem instruções de aplicação e de interpretação da pontuação; para as restantes escalas não encontramos nos estudos seleccionados instruções de interpretação, embora seja possível encontrar instruções de utilização destas escalas noutras pesquisas efetuadas acerca das mesmas, nos artigos pertencentes aos resultados não encontramos descrição desta matéria. Na mesma linha, quanto ao tempo despendido na sua aplicação, das escalas em que este parâmetro está disponível (BPS, BPS-NI e NCS), podemos verificar que o seu potencial de utilização clínica é alto, na medida em que as escalas consomem pouco tempo, para efeitos da observação dos diferentes itens e respetivo registo. Em menos de cinco (5) minutos é possível monitorizar a dor dos nossos doentes. No que se inscreve no âmbito da validade, a validade de conteúdo, muito influenciada pela origem dos

itens, é mais robusta na NVPS, pois a escala abrange indicadores comportamentais e fisiológicos. As restantes apresentam apenas indicadores comportamentais.

Nas diferentes escalas em apreço no nosso estudo, constatamos que relativamente à validade de constructo, globalmente, todas revelam capacidade de diferenciar a presença e ausência de dor. Este facto atesta do potencial de utilização destes instrumentos na nossa prática clínica. Relativamente à validade de critério em relação a outras escalas, os instrumentos BPAS, BPS, NVPS, FLACC e NCS apresentam uma correlação alta em relação as escalas de comparação testadas (ver tabela 1). Para as escalas CPOT e BPS-NI, não foram encontrados valores nos estudos selecionados. **Tabela 1.**

Em termos de fidelidade, verificamos coeficientes de consistência interna bastante apreciáveis, o que atesta a homogeneidade das escalas em que este parâmetro foi avaliado. As escalas BPAS, BPS, NVPS, BPS-NI e FLACC apresentam pontuação dois no critério, ou seja, apresentam Alfa  $>0,70$ . Em paralelo, os valores apurados para a concordância entre diferentes avaliadores (quando disponível) são bastante robustos, o que atesta o facto das medidas obtidas não serem dependentes dos observadores (clínicos), facto que vem reforçar as possibilidades de utilização em larga escala deste tipo de instrumentos. Apenas a NCS apresentou valor 1, e para a BPAS não foi encontrado valor definido.

Reconhecemos que no nosso trabalho existem limitações que devem ser abordadas. Como em qualquer revisão sistemática, é possível que não tenhamos conseguido identificar alguns estudos relacionados com o tema, no entanto, tentamos minimizar esse facto realizando a busca de documentos em diferentes bases de dados.

Surge também como limitação do estudo o facto da revisão bibliográfica ter sido efetuada apenas por um in-

vestigador, facto que pode concorrer para erros "sujeito – dependentes". A inexperiência do investigador principal, a este propósito, constituirá a principal limitação do estudo aqui relatado e sintetizado.

O facto de termos usado apenas literatura indexada e com texto completo disponível e gratuito, com restrição temporal (2005 a 2011), cria uma mancha "cinzenta", relativa a eventuais documentos não indexados ou indexados sem texto completo disponível, onde poderão estar alguns artigos e relatórios com mérito e utilidade.

Uma vez que a nossa busca se limitou a incluir documentos em Português e Inglês, não foram incluídos outros hipotéticos estudos redigidos noutras línguas.

## CONCLUSÕES

A gama de instrumentos disponíveis para avaliar a dor em doentes com compromissos da consciência, sedados e/ ou com suporte ventilatório é apreciável. Neste quadro, avançamos para a utilização sistemática e regular de um instrumento de monitorização da dor é algo que, para além de recomendável, se nos afigura como altamente viável no curto prazo. As pontuações parciais e o score global obtido pela BPS - Behavioural Pain Scale (Payen *et al*, 2001<sup>22</sup> e Puntillo *et al*, 1997, cit. por Cade, 2008<sup>21</sup>), a par do facto desta escala estar traduzida para português (Marques, 2009<sup>17</sup>) sugere-nos a sua utilização no imediato, no quadro da unidade onde exercemos funções. A NCS ocupou o segundo lugar na pontuação geral. Da mesma forma, as escalas BPS-NI, NVPS e FLACC também obtiveram boas pontuações no estudo por nós efetuado. A BPS-NI, NVPS e NCS padecem do inconveniente de não terem sido publicados estudos de tradução destas escalas para a língua portuguesa, no entanto, a escala FLACC foi traduzida/adaptada culturalmente e validada para o contexto português, utilizada em

crianças por Batalha *et al.*<sup>26</sup> (2009). A utilização de instrumentos de avaliação da dor pode ser vista como uma estratégia de promoção da qualidade dos processos de diagnóstico e, por essa via, do tratamento e controlo da dor. É esta finalidade que

persequimos, tendo em vista, por esta via, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Para além das implicações práticas que resultam deste nosso estudo, no futuro próximo, entendemos ade-

quado evoluir no desenvolvimento de um projeto de investigação que, à escala do nosso serviço, nos permita estudar as características da dor e o impacto das intervenções de enfermagem nesta experiência dos doentes. ▴



## Referências

- Pereira L, Sousa F; Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão, *Revista Latino Americana Enfermagem*. 1998; 6(3): 77-84.
- Direcção-Geral da Saúde. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa N° 09/ DGCG. 2003.
- IASP. Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage - Classification of Chronic Pain. IASP Press. 1994: 209-214.
- Odhner M, Wegman D, Freeland N, Steinmetz A, Ingersoll G. (2003) - Assessing Pain Control in Nonverbal Critically Ill Adults. *Dimension of Critical Care Nursing*. 2003; 22(6): 260-7.
- Aissaoui Y, Zeggwagh A, Zekraoui A, Abidi K, Abouqal R. Validation of a Behavioral Pain Scale in Critically Ill, Sedated, and Mechanically Ventilated Patients. *Anesth Analg*. 2005; 101: 1470-6.
- Laureys M. Uncovering Awareness: Medical and Ethical Challenges in Diagnosing and Treating the Minimally Conscious State. *Cerebrum*. 2010 Jun; 2-9.
- International council of nurses (CIPE/ICNP). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2.0. 2011.
- Baptista, R. Avaliação do doente com alteração do estado de consciência - Escala de Glasgow. *Revista Referência*. 2003; 10: 77-80.
- Boly M, Faymonville M, Schnakers C, Peigneux P, Lambermont B, Phillips C, Lancellotti P, Luxen A, Lamy M, Moonen G, Maquet P, Laureys S. Perception of pain in the minimally conscious state with PET activation: an observational study. *Lancet Neurology*. 2008; 7: 1013-20.
- Gélinas C, Fillion L, Puntillo K, Viens C, Fortier M. Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in Adult Patients. *American Journal of Critical Care*. 2006; 15(4): 420-427.
- Herr, K.; Coyne, P., Monuworren, R.; Mccaffery, M.; Merkel, S.; Pelosikelly, J.; Wild, L. Pain Assessment in the Nonverbal Patient: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*. 2006; 7(2): 45.
- Stanik-hutt J. Pain Management in the Critically Ill. *Critical Care Nurse*. 2003; 23(2): 99-102.
- Pudas-tahka S, Axelin, A, Aantaa R, Lund V, Salanterä S. Pain assessment tools for unconscious or sedated intensive care patients: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. *Journal Compilation*, 2009; 94: 6-55.
- Gélinas C, Fortier M, Viens C, Fillion L, Puntillo K. Pain Assessment and Management in Critically ill Intubated Patients: A Retrospective Study. *American Journal of Critical Care*. 2004; 13(2);126-35.
- Juarez P, Baker M, Duey D, Durkin S, Gulczynki B, Scheleder B. Comparison of Two Pain Scales for Assessment of Pain in the Ventilated Adult Patient. *Dimensions of Critical Care Nurse*. 2010; 29(6) 307-15.
- Kabes, A.; Graves, J.; Norris, J. Further Validation of the Non-verbal Pain Scale in Intensive Care Patients. *Critical Care Nurse*. 2009; 29(1): 59-66.
- Marques F. O fenómeno da dor numa Unidade de Cuidados Intensivos. Dissertação Mestrado em Psicologia da Dor apresentada ao Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte. 2009.
- Schnakers C, Chatelle C, Vanhauudenhuysse A, Majerus S, Ledoux D, Boly M, Bruno M, Boveroux P, Demertzi A, Moonen G, Laureys S. The nociception coma scale: a new tool to assess nociception in disorders of consciousness. *PAIN/IASP*. 2010; 148: 215-9.
- Zwakhalen S, Hamers J, Abu-saad H, Berger M. Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics*. 2006; 6(3): 1-15.
- Voepel-lewis T, Zanotti J, Dammeyer J, Merkel S. Reliability and validity of the face, legs, activity, cry, consolability behavioral tool in assessing acute pain in critically ill patients. *American Journal of Critical Care*. 2010; 19(1): 55-61.
- Cade C. Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults by Nursing in Critical Care. 2008; 13 (6): 288-97.
- Payen J, Bru O, Bosson J, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, Lavagne P, Jacquot C. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine's*. 2001; 29(12): 2258-63.
- Chanques G, Payen J, Mercier G, Lattre S, Viel E, Jung B, Cissé M, Lefrant J, Jaber S. Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self report: an adaptation of the Behavioral Pain Scale. *Intensive Care Medicine*. 2009; 35: 2060-7.
- Young J, Siffleet J, Nikolettis S, Shaw T. Use of a Behavioral Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2006; 22: 32-39.
- Gélinas C, Tousignant-laflamme Y, Tanguay A, Bourgault P. Exploring the validity of the bispectral index, the Critical-Care Pain Observation Tool and vital signs for the detection of pain in sedated and mechanically ventilated critically ill adults: A pilot study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2011; 27: 46-52.
- Batalha L, Reis G, Costa L, Carvalho M, Miguens A. Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. *Revista Referência*. 2009; II Série (10): 7-14.
- Fortin M.- Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta; 2009. 618p. isbn: 9789898075185.
- Merkel S, Voepel-lewis T, Shayevitz S. The FLACC: A behavioral pain scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*. 1997: 23(3): 293- 7.



# INTERVENÇÕES EFICAZES NA PREVENÇÃO OU REDUÇÃO DA SOBRECARGA DO FAMILIAR CUIDADOR: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Effective interventions for the prevention and reduction of the family caregiver burden: a systematic literature review

## DANIELA FRANÇA

Enfermeira, Mestrado em Bioética. Instituto Português de Oncologia do Porto, Portugal

✉ [danielat.franca@gmail.com](mailto:danielat.franca@gmail.com)

## MARIA JOSÉ PEIXOTO

Professora Coordenadora, Doutoramento em Enfermagem. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal

## FÁTIMA ARAÚJO

Professora Adjunta, Doutoramento em Psicologia. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal

### Abstract

The family caregiver role is highly demanding and very likely to trigger burden. A systematic literature review was conducted in order to identify effective interventions for the prevention/reduction of the family caregiver burden. A search was conducted in SCOPUS, Web of Science and EBSCO databases from 2006 to 2016. Ten studies were selected involving different interventions (educational, psychoeducational, psycho-social and psycho-socio-educational). Despite the positive results of the different types of approach, the educational and multicomponent programmes revealed the most favorable outcomes. Considering the methodological heterogeneity observed, multi-center, longitudinal, prospective, controlled and mixed methodology studies should be carried out, leading to high-quality evidence-based results.

**KEYWORDS: FAMILY CAREGIVER, INTERVENTIONS, NURSING, EFFICACY, BURDEN**

### INTRODUÇÃO

As políticas de saúde têm vindo a defender altas hospitalares precoces e a transferir mais responsabilidade à família na continuidade dos cuidados aos seus membros com compromisso no autocuidado<sup>1</sup>. A par da transição saúde/doença vivenciada pelo recetor de cuidados (RC), os familiares cuidadores (FC), vivenciam a transição situacional para o exercício do novo papel, que exige aprendizagem e a aquisição de novas competências<sup>2</sup>. Os enfermeiros têm o papel de ajudar os FC a compreenderem a complexidade do processo de transição e empodera-los para responderem de forma saudável às mudanças que ocorrem inerentes ao exercício do papel. A pesquisa tem evidenciado que à medida que assume o papel, também o seu autocuidado pode sofrer alterações, ameaçando o seu bem-estar<sup>3,4</sup>. Têm sido implementadas e avaliadas diferentes intervenções visando a prevenção ou redução da sobrecarga de quem cuida de familiares dependentes. As intervenções educacio-

nais, de suporte, psicoeducacionais e de descanso do cuidador têm demonstrado efeito positivo na redução da sobrecarga do FC<sup>5,6,7</sup>, embora os resultados não sejam consensuais<sup>4</sup>.

## OBJETIVOS

Para responder à questão: quais as intervenções eficazes na prevenção ou redução da sobrecarga em FC que cuidam familiares com dependência no autocuidado? foram delineados os seguintes objetivos:

- Identificar e sistematizar as intervenções que se revelam eficazes na prevenção ou redução da sobrecarga em FC que cuidam de familiares com dependência;
- Caracterizar os programas/intervenções que conduzam à prevenção/diminuição de sobrecarga em FC da pessoa com dependência;

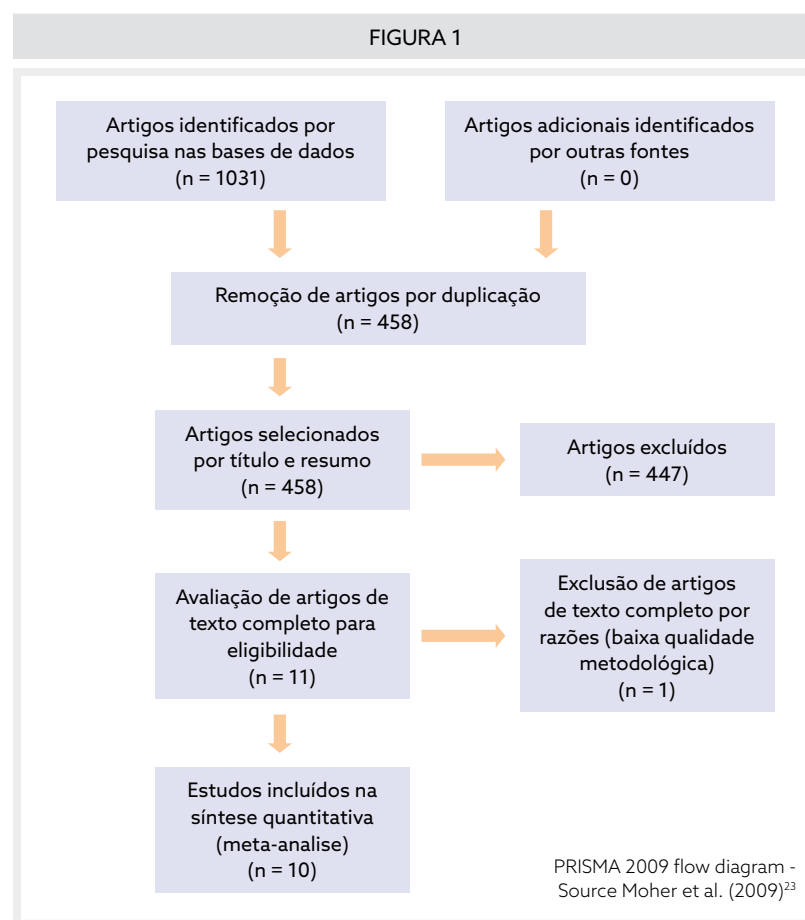
## MÉTODOS

A presente revisão registada no *International Prospective Register of Systematic Reviews* sob o código CRD42016039725, seguiu as orientações propostas pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI)<sup>8</sup>.

Para a elaboração da questão de partida, recorreu-se à estratégia PI[C]OD. No **quadro 1** estão identificados para cada um dos componentes (P-participantes, I- intervenção, C- comparação, O-*outcome*, D-desenho de estudo), os critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos:

- Artigos científicos disponíveis em texto integral redigidos em língua portuguesa ou inglesa;
- Artigos científicos com moderada ou elevada qualidade metodológica.

A pesquisa bibliográfica realizou-se sequencialmente nas bases de dados: SCOPUS, Web of Science e EBSCO, em julho de 2016, circunscrita ao espaço temporal 2006-2016. Com base nos descritores em ciências da saúde (**DeCS**) e os termos *Medical Subject Headings* (**MeSH**) para as respetivas bases de dados, foi elaborada a frase



booleana para cada uma das bases. Na SCOPUS utilizamos: "(intervention\* OR program OR family intervention) AND (efficacy OR effectiveness) AND (prevention OR impairment OR decrease OR reduction) AND (burnout OR burden) AND (caregiver\* OR carer\* OR "care giver\*") AND NOT child. Nas bases Web of Science e EBSCO foi utilizada a frase booleana "(intervention\* OR program OR family intervention) AND (efficacy OR effectiveness) AND (prevention OR impairment OR decrease OR reduction) AND (burnout OR burden) AND (caregiver\* OR carer\* OR "care giver\*") NOT child".

O **quadro 2** (consultar quadro no final do presente trabalho) apresenta a informação relevante extraída da análise dos artigos. Avaliou-se ainda, a existência ou não de algum modelo teórico orientador da pesquisa realizada.

A análise e a avaliação da qualidade metodológica foram realizadas por dois investigadores independentes. Para resultados não consensuais recorreu-se a um terceiro investigador, com experiência científica na problemática em estudo.

Na avaliação da qualidade metodológica recorreu-se às grelhas do *JBI*<sup>9</sup>. Os estudos foram classificados em três categorias: baixa, moderada e elevada qualidade, com base na percentagem de itens com resposta "Sim"<sup>10</sup>. A baixa qualidade foi atribuída aos estudos que não pontuam com "Sim" em pelo menos 50% dos itens; moderada qualidade quando pontuam com "Sim" entre 50% a 75% dos itens e elevada qualidade quando pontuam com "Sim" em mais de 75% dos itens.

Após esta análise, optou-se também por utilizar uma ferramenta disponível

QUADRO 1

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E INCLUSÃO E EXCLUSÃO

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<b>Participantes</b>	FC: com idade igual ou superior a 18 anos Pessoa com dependência: com idade igual ou superior a 18 anos e com dependência nas AVD's	FC com idade inferior a 18 anos Pessoa com dependência com idade inferior a 18 anos
<b>Intervenção</b>	Intervenções que abranjam as competências do enfermeiro ou enfermeiro especialista definidas pela Ordem dos Enfermeiros direcionadas ao FC que sejam eficazes na prevenção/diminuição da sobrecarga	Intervenções direcionadas ao FC que sejam eficazes para outros <i>outcomes</i>
<b>Comparação</b>	-----	
<b>Outcomes</b>	Sobrecarga	
<b>Desenho do estudo</b>	Estudos Experimentais (RCT) Estudos quasi-experimentais (QE) com grupo de controlo Qualidade metodológica moderada ou elevada	Estudos qualitativos Estudos observacionais Estudos de revisão RCT e QE de baixa qualidade metodológica

vel na IBM (**International Business Machines**) Bluemix designada por *Watson discovery*, na sua versão de utilização básica (*standard*). Esta permitiu-nos identificar em cada estudo os conceitos mais relevantes, bem como os sentimentos mais frequentemente percecionados pelos participantes que integram os estudos (**quadros 3 e 4**).

**RESULTADOS**

Foram inicialmente identificados 1031 artigos, dos quais, 573 foram eliminados pela aplicação *EndNote X6* e 447 após leitura do título e *abstract*. Foram avaliados integralmente onze artigos, tendo sido eliminado um por apresentar baixa qualidade metodológica. Foram incluídos dez artigos na revisão sistemática, cinco ensaios clínicos randomizados (RCT's) e cinco quasi-experimentais (QE), (**figura 1**).

Cinco estudos apresentaram elevada qualidade metodológica (E3, E6, E7, E8, E9) e os restantes (E1, E2, E4, E5, E10) obtiveram um score global indicativo de moderada qualidade. O tamanho amostral dos estudos varia entre 31 e 210 FC.

**Programas de intervenção**

Os programas implementados são

heterogéneos, quer na natureza das intervenções direcionadas aos FC, quer na sua operacionalização. Esta variabilidade também se verifica nos indicadores de eficácia, bem como nos instrumentos para os mensurar.

Nos dez estudos primários identificou-se um com intervenção de natureza educacional (E1), seis com intervenção psicoeducacional (E3, E4, E5, E6, E8, E9), dois com intervenção psicossocial (E2, E10) e um de natureza psico-socio-educacional (E7). As intervenções são muito diversificadas, a maioria implementadas por períodos relativamente curtos (duas a doze semanas). No estudo E5 a intervenção foi implementada durante cinco meses e no E1 não havia limite de tempo.

Em todos os estudos, a sobrecarga foi avaliada no período pré (*baseline*) e pós intervenção. Em quatro estudos foram realizadas avaliações de *follow-up*: um mês (E5 e E6); três meses (E8) e seis meses (E10) após. Embora todos os estudos tenham a sobrecarga do FC como uma variável *outcome*, a diversidade de instrumentos utilizados para sua mensuração dificulta a explanação e comparação de resultados. Para minimizar esta dificuldade, optou-se por apresentar os resultados, agru-

pando os estudos pelos diferentes tipos de intervenção.

**Intervenções Educacionais**

Apesar de no estudo E1 os resultados dos scores médios obtidos na avaliação inicial para o Grupo experimental (GE) e para o Grupo controlo (GC) não patentarem diferenças significativas na sobrecarga percecionada pelos FC de ambos os grupos ( $p = 0,169$ ), na avaliação final a pontuação média observada no GE evidenciou uma diminuição significativa na sobrecarga nestes FC ( $p < 0,001$ ), comparativamente aos seus pares do GC (16; DP = 9,9 vs 31,4; DP = 14,9). Os resultados traduzem que as consequências psicológicas, físicas e sociais frequentemente associadas ao exercício do papel de FC foram significativamente mais "pesadas" para os cuidadores do GC ( $p = 0,004$ ).

**Intervenções Psicoeducativas**

Dos seis estudos que implementaram intervenções psicoeducativas (E3, E4, E5, E6, E8 e E9), quatro revelaram resultados indicativos de uma melhoria significativa nos níveis de sobrecarga nos FC alvo da intervenção quando comparados com os do GC (E3, E4, E5 e E6), embora tenham utilizado diferentes instrumentos para medir a variável.

No estudo E3, os resultados revelaram que no pré – teste os dois grupos eram homogêneos, à exceção na subescala da sobrecarga de desenvolvimento, a qual foi significativamente maior no GE ( $p = 0.001$ ). Um mês após o regresso a casa, os achados evidenciaram que os FC do GE obtiveram uma diminuição significativamente maior no score médio do CBI, comparativamente ao observado no grupo de comparação, bem como em cada uma das seis subescalas de sobrecarga: de tempo, de desenvolvimento, fisiológica, emocional, social e financeira, ( $p = 0.001$ ).

No estudo E4 os resultados evidenciaram uma diminuição significativa nos níveis de sobrecarga no GE.

Os resultados do estudo E5 espelharam que comparativamente ao GC (em lista de espera para receber a intervenção), o GE submetido de imediato a uma breve intervenção psicoeducacional em contexto comunitário, demonstrou reduções significativas e duradouras na sobrecarga do FC com transtorno bipolar, quer na sobrecarga objetiva quer na subjectiva, mantendo-se no período de *follow-up* um mês após a intervenção.

No estudo E6, a intervenção demonstrou ser significativamente eficaz na redução da sobrecarga. Na avaliação de *follow-up* (1 mês após o término), embora nenhum dos cuidadores de ambos os grupos mostrassem sobrecarga ligeira (score = 0-16), os cuidadores do GE revelaram um nível de sobrecarga moderada (17 –32) quando no GC, a esmagadora maioria dos participantes (94,3%) ainda apresentasse sobrecarga severa (33–48).

No estudo E8 os resultados evidenciaram que os participantes do GE mostraram uma melhoria significativa do conhecimento, mas a mudança nos *scores* da versão curta da FBIS no GE apenas demonstraram uma redução significativa na componente de assistência na vida diária, quando comparados os valores na avaliação inicial e 6 meses após a intervenção. Nas demais componentes da FBIS,

embora os resultados sugerissem alguma melhoria, a diferença não assumiu significância estatística em nenhum dos grupos.

No estudo E9 os participantes do GE exibiram níveis significativamente mais baixos no "*stress burden*" e no "*objective burden*" ( $p < 0.05$ ) comparativamente ao GC, mas no que concerne à "*relationship burden*", as diferenças observadas entre os grupos não assumiram significado estatístico.

### Intervenções Psicossociais

Nos dois estudos que implementaram programas psicossociais (E2 e E10), verificaram-se diferenças significativas entre os scores obtidos na avaliação pré e pós intervenção em algumas das dimensões. No estudo E2 os resultados evidenciaram que os participantes do GE mostraram uma melhoria significativa na implementação de estratégias para lidar com a sobrecarga ( $p = 0.017$ ).

Numa análise transversal do E10 não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, quer aos três quer aos seis meses. No entanto, numa abordagem longitudinal observaram-se diferenças significativas nas subescalas de suporte familiar ( $p = 0.049$ ) e sobrecarga financeira ( $p = 0.014$ ), com o GE a expressar melhor suporte familiar e menos preocupações financeiras, comparativamente ao GC.

### Intervenções Psico-socio-educacional

Apenas o E7 desenvolveu um programa de intervenção psico/socio/educacional, tendo-se verificado haver homogeneidade entre os grupos nas várias dimensões na sobrecarga (atividade social, sistema de apoio familiar, prognóstico do familiar, *status* financeiro, dependência e saúde física do familiar). Apesar da intervenção individual de tele-atendimento, a sobrecarga do FC aumentou em ambos os grupos até à quarta semana após a alta (primeira medição pós-teste), contudo sem diferenças significati-

vas ( $p = 0.064$ ). Na segunda avaliação (12 semanas) a sobrecarga diminuiu no grupo submetido ao programa (em 8.07) e aumentou no outro grupo (1.65) com uma diferença significativa ( $p = 0.027$ ).

A abordagem prévia às diferentes intervenções identificadas nos diferentes tipos de programa, espelha uma grande variabilidade não só quanto à sua natureza, mas também no que reporta aos *outcomes* selecionados para avaliar o seu impacto e respetivos instrumentos usados para a sua mensuração. A par destas dissimilaridades acrescem diferenças substanciais no que concerne à operacionalização dos programas/intervenções, nomeadamente no que se refere ao contexto de cuidados em que foram implementados, no tipo de abordagem, período de implementação, regularidade e intensidade com que foram realizadas as sessões/contactos e tipo de estratégias utilizadas.

## CONTEXTO

Sete dos estudos (E2, E4, E5, E7, E8, E9, E10) desenvolveram-se na comunidade, sendo que no E10, a intervenção teve lugar no domicílio e no E7 esta foi implementada quer no domicílio quer numa clínica de ambulatório de saúde mental. Dos restantes estudos, dois (E1, E6) foram desenvolvidos em contexto hospitalar, durante o internamento do familiar. O estudo E3 contemplou a fase de internamento hospitalar da pessoa cuidada mas também o momento pós alta, no domicílio.

### Tipo de abordagem

Em seis dos dez estudos, os investigadores optaram por intervenções desenvolvidas em sessões de grupo (E2, E4, E5, E6, E8, E9) e nos restantes estudos a decisão recaiu numa abordagem individualizada (E1, E3, E7, E10).

### Período de implementação, regularidade e estratégias





QUADRO 3

## DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO FC NOS DEZ ESTUDOS PRIMÁRIOS

INSTRUMENTOS	AUTORES (NA VERSÃO ORIGINAL)	N DOS ESTUDOS
Zarit Caregiver Burden Scale	Zarit and Zarit, 1987	2 (E1 e E4)
Caregiver Burden Inventory (CBI)	Novak and Guest, 1989	2 (E2 e E3)
Family Burden Interview Schedule (FBIS)	Pai and Kapur, 1981	1 (E6)
Family Burden Interview Schedule (FBIS)- Short Form	Richard and Gail, 2000	1 (E8)
Burden Assessment Scale (BAS)	Reinhard <i>et al</i> , 1994	1 (E5)
Family Caregiver Burden	Kim and Roh, 2005	1 (E7)
Burden measure	Montgomery <i>et al</i> , 2000	1 (E9)
Caregiver Reaction Assessment (CRA)	Given <i>et al</i> , 1992	1 (E10)

Os estudos espelham programas com diferentes períodos de implementação e com um número de sessões variável (2 a 17). Estas realizavam-se também com diferente regularidade, entre uma (E4, E5, E6, E9) e duas vezes por semana (E7), e quinzenalmente (E2, E10).

Os cinco módulos (compreensão da doença, tratamento, prevenção de recaídas, tratamento de crises e estilo de vida saudável - dieta e exercício) que integraram a intervenção psicoeducacional estruturada no estudo E8 foram desenvolvidos em sessões de uma hora, nas duas semanas em que a intervenção foi implementada. No estudo E1, o número de sessões não estava previamente definido. O processo de aprendizagem e de desenvolvimento de habilidades foi incremental, sendo que cada etapa só se iniciava quando a anterior tivesse sido superada.

Em três estudos (E3, E7, E10) referente às estratégias usadas nas intervenções, os investigadores recorreram ao uso do telefone. No estudo E3 enfermeiras especialistas em *tele-nursing* monitorizavam os pacientes através das medições registadas pelos sensores fisiológicos e providenciavam orientações ao doente e FC, estando disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana, mas não explicita o tempo de implementação, embora os resultados comparem o *baseline* e um mês após o regresso a casa. No

estudo E7 recorriam ao telefone para realizarem o *telecare*. No que se refere ao estudo E10, os investigadores realizavam quatro telefonemas após a alta clínica.

No estudo E6 os investigadores recorreram a folhetos informativos e no estudo (E8) a ferramentas audiovisuais.

### Modelo conceptual

Ao analisar os estudos, constatou-se que apenas os estudos E3 e E9 mencionam estar orientados de acordo com um quadro teórico de referência: a Teoria das Transições de Meleis<sup>11</sup> (E3) e a Teoria da Auto-Eficácia de Bandura<sup>12</sup> (E9).

### DISCUSSÃO

Os novos desafios trouxeram às famílias uma responsabilização acrescida no assegurar a continuidade de cuidados aos seus membros em situação de dependência no autocuidado. Face à constatação da perceção de sobrecarga associada ao desempenho do papel de "tomar conta" do familiar dependente, têm emergido programas/intervenções visando prevenir ou reduzir este impacto negativo na saúde e bem-estar do FC. Assim, é importante que a crescente investigação realizada para identificar as intervenções mais eficazes, seja sistematizada para mais facilmente ser incorporada na tomada de decisão.

Os estudos identificados na presente pesquisa apresentam-se com um vasto e heterogéneo leque de intervenções e de avaliações dos resultados, o que dificulta a sua comparação. Os resultados apontam para quatro grupos de intervenção, no entanto, as psicoeducacionais são as mais representativas na amostra, sendo implementadas em seis estudos (E3, E4, E5, E6, E8 e E9), em quatro destes (E3, E4, E5 e E6) o programa de intervenção conduziu a melhoria significativa na sobrecarga. Nos restantes dois (E8 e E9), apesar dos resultados espelharem uma tendência de melhoria na sobrecarga dos FC no final da intervenção, nem todas as áreas apresentaram diferenças significativas. Esta constatação reflete, provavelmente, o lugar de destaque que lhe é dado na literatura científica, a qual enfatiza a sua importância no desenvolvimento de mestria do FC, permitindo-lhes tomar decisões efetivas e resolver problemas encontrados durante o processo de cuidar<sup>13,14</sup>.

Outros autores referem que as intervenções psicoeducativas são consideradas as mais eficazes na redução da sobrecarga do FC, conduzindo a benefícios para a sua saúde <sup>4,13,15,16</sup>. As intervenções psicossociais surgem no estudo E2 e E10, verificando-se alterações significativas em apenas algumas áreas. As intervenções psicoeducacionais, psicossociais e

QUADRO 4

### DESCRIÇÃO DOS SENTIMENTOS, ENTIDADES E CONCEITOS RELEVANTES

ARTIGOS	SENTIMENTOS	CONCEITOS RELEVANTES
E1	Negativo (-0.076)	Nursing (0.947) Oncology (0.930) Randomized controlled trial (0.895) Cancer (0.806) Health care provider (0.785) Patient (0.783) Health care (0.740) Epidemiology (0.724)
E2	Negativo (-0.237)	Alzheimer's disease (0.948) Family caregiver alliance (0.836) Coping skills (0.811) Human behavior (0.768) Family (0.755) Caregiver (0.741) Health occupations (0.672) Psychiatry (0.671)
E3	Positivo (0.066)	Family (0.982) Heart failure (0.705) Patient (0.574) Family caregiver alliance (0.572) Cardiology (0.558) Health care (0.527) Caregiver (0.506)
E4	Negativo (-0.154)	Psychiatry (0.977) Schizophrenia (0.718) Family therapy (0.701) Family (0.620) Mental disorder (0.578)
E5	Negativo (-0.262)	Statistical significance (0.956) Bipolar disorder (0.766) Self-efficacy (0.674) Effect size (0.618) Caregiver (0.548)
E6	Negativo (-0.301)	Psychiatric (0.988)
E7	Positivo (0.185)	Family (0.955) Family caregiver alliance (0.938) Statistical significance (0.886) Caregiver (0.831) Alzheimer's disease (0.794) Evidence-based medicine (0.715)
E8	Positivo (0.072)	Statistical significance (0.989) Psychiatric (0.954) Mental disorder (0.797) Schizophrenia (0.779) Family therapy (0.604) Statistical hypothesis testing (0.530)
E9	Negativo (-0.056)	Propensity score (0.950) Scientific method (0.805) Family caregiver alliance (0.798) Alzheimer's disease (0.794) Caregiver (0.744) Propensity score matching (0.712) Family (0.643) Health care occupations (0.613)
E10	Negativo (-0.053)	Cancer (0.943) Health care (0.773) Patient (0.614) Oncology (0.613) Metastasis (0.604) Health care provider (0.538) Medicine (0.500)

psicoterapêuticas têm influência na diminuição da sobrecarga, através da capacidade do FC em aumentar os seus conhecimentos e habilidades para cuidar da pessoa com dependência<sup>17</sup>.

As intervenções educacionais foram desenvolvidas no estudo E1 verificando-se uma diminuição significativa no GE após a intervenção, no entanto existem estudos na literatura que apontam estas intervenções como não sendo as mais eficazes<sup>18,19</sup>. As intervenções psico-socio-educacionais, também conhecidas por programas multimodais ou multi-componentes, têm-se demonstrado eficazes em alguns estudos<sup>17,20,21</sup>, reforçando a pertinência do seu uso, nomeadamente quando os receptores de cuidados são pessoas com doença mental<sup>17</sup>.

Como foi referido anteriormente a heterogeneidade entre as intervenções tornou muito difícil estabelecer comparações. No geral as intervenções demonstraram algum impacto positivo nos *outcomes*, porém nos estudos analisados parece que as intervenções educacionais e psico-socio-educacionais demonstrassem maior eficácia, no entanto surgem em número inferior às restantes. O estudo que contempla intervenções psico-socio-educacionais apresenta elevada qualidade metodológica. Dos seis programas que contemplam intervenções psicoeducacionais, quatro delas apresentam resultados estatisticamente significativos em todas as áreas avaliadas e dois deles apresentam esses resultados em apenas algumas das áreas, no entanto são o tipo de intervenções mais representativas. Nos dois programas com intervenções psicossociais, um revela uma melhoria estatisticamente significativa em todas as dimensões e o outro apenas uma melhoria em algumas das dimensões.

A estratégia que utilizamos na tipologia das intervenções pode não ter sido a mais adequada, visto que o que parece mais importante é o que se oferece aos FC's. Os resultados

sugerem que as intervenções para terem eficácia merecem períodos de tempo mais prolongados dando respostas aos diferentes cuidados nas diferentes etapas da aquisição do papel de FC<sup>2,22</sup>.

Apesar dos artigos que integram a presente revisão serem estudos de intervenção com moderada ou elevada qualidade metodológica, identificam-se algumas limitações que podem induzir vieses aos resultados da RS. A limitação do número de fontes de pesquisa, temporal e linguística, podem ter conduzido a uma restrição do número de publicações e os estudos selecionados podem estar a refletir uma “tendência atual” sobre o tema e não uma visão mais alargada do fenómeno. A inclusão de estudos com apenas abordagem

quantitativa pode ter “empobrecido” os resultados, pois investigações de abordagem qualitativa, potencialmente relevantes para espelharem a perceção/vivência dos FC acerca das intervenções, não fazem parte da amostra. Também a heterogeneidade dos países onde foram desenvolvidos os estudos que integram esta revisão, requer alguma precaução na generalização dos resultados.

## CONCLUSÕES

Constata-se uma heterogeneidade nas intervenções de enfermagem dirigidas ao FC de pessoas com dependência, bem como nos instrumentos utilizados e na mensuração dos resultados. Esta heterogeneidade contempla intervenções efetivas (as

educacionais, as psicoeducacionais e psico/socio/educacionais) no âmbito psicomotor, cognitivo e psicológico. As intervenções psicossociais também sugerem resultados positivos. Independentemente do tipo da intervenção instituída parece importante referenciar as que conduzem a resultados a longo prazo, sendo fulcral os enfermeiros integrarem estas evidências, dando especial relevância, às reais necessidades em cada uma das etapas da transição para o papel. Parece pertinente a realização de estudos nesta área, principalmente em contexto nacional, com rigor e elevada qualidade metodológica que permitam consolidar a prática de enfermagem na área do FC, tema este com maior relevância na atualidade das nossas populações. ▴



## Referências

1. World Health Organization. World report on ageing and health [Sede Web]. 2015 – [citado a 2018 Setembro 22]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/>
2. Meleis, AI. *Theoretical Nursing: development and progress* (5ªed.). Pennsylvania: Lippincott Williams e Wilkins; 2010.
3. Martins, T. AVC – Acidente Vascular Cerebral – Qualidade de Vida e bem estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra: Formasau; 2006.
4. Peixoto, MJ. *Promover o bem-estar do familiar cuidador: Programa de intervenção estruturado*. Saarbrücken.: Novas edições académicas; 2016.
5. Honea, NJ, Brintnall R., Given B., Sherwood, P, Colao, DB; Somers, SC, Northouse, L. Putting evidence into practice: Nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2018 Jun; 12(3), 507-16.
6. Ponce, C, Ordonez, T, Lima-Silva, T, Santos, G, Viola, L, Nunes, P, Forlenza, OV, Cachion, M. . Effects of a psychoeducational intervention in family caregivers of people with alzheimer’s disease. *Dement Neuropsychol*, 2011 Sep; 5(3): 226-37.
7. Sin, J, Gillard, S, Spain, D, Cornelius, V, Chen, T, Henderson, C. Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 2017 Aug; 56: 13-24.
8. Aromataris E, Munn Z. Chapter 1: JBI Systematic Reviews. In E. Aromataris, Z. Munn , Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual. The Joanna Briggs Institute. [citado 2018 Agosto 29] Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>.
9. Joanna Briggs Institute. *Critical Appraisal Tools*. 2016 – [citado 2018 Agosto 29]. Disponível em: <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>.
10. Batalha, LMC, Fernandes, AM, Campos, C, Gonçalves, AMP. Avaliação da dor em crianças com cancro: uma revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*. 2015 Apr/May/Jun; 5: 119-27.
11. Chick, N., & Meleis, A. *Transitions: A nursing concern*. In P.L. Chinn. Coordinator. *Nursing research methodology*. Boulder, CO: Aspen Publication; 1986. p. 237-57.
12. Bandura, A. The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *J Soc Clin Psychol*. 1986; 4(3), 359-73.
13. Boyacioglu, NE, Kuthu, Y. The effectiveness of psychoeducational interventions in reducing the care burden of family members caring for the elderly in turkey: a randomized controlled study. *Arch Psychiatr Nurse*. 2017 Apr; 31(2), 183-9.
14. Given, B, Sherwood, PR, Given, C. What knowledge and skills do caregivers need?. *American Journal of Nursing*. 2008 Jan; 108(9), 28-34.
15. Losada-Baltar, A, Montorio-Cerrato, I. Pasado, Presente y Futuro de las Intervenciones Psicoeducativas para Cuidadores Familiares de Personas Mayores Dependientes. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005 Nov; 30-9.
16. Silva, A.M. Efetividade de um programa de intervenção na percepção de sobrecarga dos familiares cuidadores de pessoas idosas com dependência. [Monografia na Internet].

- Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010 [atualizado em 2010, citado em 2018 Julho 25]. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2375>
17. Santos, RL, Sousa, MF, Brasil, D, Dourado, M. Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2011; 38(4), 161-7.
  18. Chi, N, Demiris, G, Lewis, FM. Behavioral and educational interventions to support family caregivers in End-of-life care: A systematic review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2015 Jul; 33(9), 894-908.
  19. Jensen, M, Agbata, I, Canavan, M, McCarthy, G. Effectiveness of educational interventions for informal caregivers of individuals with dementia residing in the community: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials. *Inter J. Geriatric Psychiatric*. 2015 Oct; 30, 130-43.
  20. Barbella, F, Poli, A, Andréasson, F, Salzmann, B, Papa, R, Hanson, E, Efthymiou, A, Döhner, H, Lancioni, C, Civerchia P, Lamura G. A web-based psychosocial intervention for family caregivers of older people: Results from a mixed-methods study in three european countries. *JMIR Res Protoc*. 2016 Oct; 5(4), e196.
  21. Van 't Leven, N, Prick, AE, Groenewoud, JG, Roelofs, PD, Lange, J, Pot, AM. Dyadic interventions for community-dwelling people with dementia and their family caregivers: a systematic review. *Int. Psychogeriatr*. 2013 Jul; 25(10), 1581-603.
  22. Shyu, YL. The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*. 2000 Dec; 32 (3), 519-625.
  23. Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J, Altman, DG, PRISMA group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Ann Intern Med*. 2009 Aug; 151(4), 264-9.
  24. Belgacem, B, Auclair, C, Fedor, M, Brugnon, D; Blanquet, M; Tournilhac, O, Gerbaud, L. A caregiver educational program improves quality of life and burden for cancer patients and their caregivers: A randomized clinical trial. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013 Dec; 17, 870-6.
  25. Chen, H, Huang, M, Yeh, Y, Huang, W, Chen, C. Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia. *Psychogeriatrics*. 2015 Dec; 15, 20-5.
  26. Chiang, L, Chen, W, Dai, Y, Ho, Y. The effectiveness of telehealth care on caregiver burden, mastery of stress, and family function among family caregivers of heart failure patients: a quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*. 2012 Oct; 49, 1230-42.
  27. Maldonado, J, Urizar, A. Effectiveness of psycho-educational intervention for reducing burden in latin American families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res*. 2007 Jun; 16, 739-47.
  28. Hubbard, A, McEvoy, P, Simth, L, Kane, R. Brief group psychoeducation for caregivers of individuals with bipolar disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorder*. 2016 Aug; 200, 31-6.
  29. Khoshknab, M, Sheikhona, M, Rahgovy, A, Rahgozar, M, Sodagari, F. The effects of group psychoeducational programme on family burden, in caregivers of irian patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2014 Aug; 21, 438-46.
  30. Kim, SS, Kim, EJ, Cheon, JY, Chung, SK, Moon, S, Moon, KH. The effectiveness of home-based individual tele-care intervention for stroke caregivers in south korea. *International Nursing Review*. 2011 Feb; 59, 369-75.
  31. Paranthaman, V, Satnam, K, Lim, J, Amar-singh, H, Sararaks, S, Nafiza, M, Ranjit, K, Asmah, Z. Effective implementation of a structured psychoeducation programme among caregivers of patients with schizophrenia in the community. *Asian Journal of Psychiatry*. 2010 Dec; 3, 206-12.
  32. Savundranayagam, MY, Montgomery, RJV, Kosloski, K, Little, T. Impact of a psychoeducational program on three types of caregiver burden among spouses. *Int J. Geriatric Psychiatric*. 2011 Mar; 26, 388-96.
  33. Shaw, JM, Young, JM, Butow, PN, Badgery-parker, T, Durcinoska, J, Harrison, JD, Davidson, PM, Martin, D, Sandroussi, C, Hollands, M, Joseph, D, Das, A, Lam, V, Johnston, E, Solomon, MJ. Improving psychosocial outcomes for caregivers of people with poor prognosis gastrointestinal cancers: a randomized controlled trial (family connect). *Support Care Cancer*. 2016 Feb; 124, 585-95.

QUADRO 2

## DESCRIÇÃO DOS ARTIGOS

CLASSIFICAÇÃO DOS ESTUDOS	PRIMEIRO AUTOR, ANO, PAÍS DE ORIGEM / AVALIAÇÃO CRÍTICA	TAMANHO AMOSTRAL FC	CARACTERÍSTICAS DOS FC REGISTRADAS E CARACTERÍSTICA DOS RECETORES DE CUIDADOS REGISTRADAS	INTERVENÇÃO (I), CONTROL (C) / COLHEITA DE DADOS	RESULTADOS E INSTRUMENTOS	RESULTADOS (ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVOS EM: *P< 0.05 **P<0.01)
E1 - A caregiver educational program improves quality of life and burden for cancer patients and their caregivers: A randomised clinical trial	Belgacem <i>et al</i> 2013, França 9/13 – qualidade moderada	67 FC (33 no GE e 34 GC) Foram recrutados em três hospitais universitários em seis serviços de oncologia	<b>FC</b> – Não registadas <b>RC</b> – Idade Gênero Ligação do cuidador com o paciente Tipo de custódia Tipo de de doença do RC.	(I) Tipo de intervenção – educacional; O GE (n-33) participou no programa educacional realizado por enfermeiras de forma a melhorar as suas capacidades no apoio na alimentação, cuidados de enfermagem, cuidados de bem-estar e gestão de sintomas Quatro etapas foram definidas com precisão para evitar qualquer erro: 1 – Foi fornecida informações por uma enfermeira acerca dos cuidados e resultados esperados. 2 – Os FC observaram os procedimentos realizados pelos enfermeiros. 3 – OS cuidados foram realizados pelos cuidadores sob orientação de um enfermeiro 4 – O cuidado foi realizado pelo FC sem qualquer supervisão, mas com um rápido de <i>briefing</i> pós-atendimento com uma enfermeira. (C) Cuidados de rotina médicos e de enfermagem (não descritos) Data da colheita no baseline, 1-3 meses depois da inclusão.	Qualidade de vida do paciente e FC – SF 36; Sobrecarga do FC - Zarit Burden	Qualidade de vida – No FC teve seis domínios significativos: Papel físico (p=0.010); papel emocional (p=0.006); vitalidade (p=0.008); funcionamento social (p=0.001) e saúde geral (P=0.010)  Sobrecarga- a média do score no GE foi significativamente mais baixa (P<0.001) do que no GC.
E2 - Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia <sup>36</sup>	Chen <i>et al</i> , 2015, Tailândia 8/13 – Qualidade Moderada	31 FC Eles foram recrutados dos pacientes de uma clínica de distúrbios de memória ambulatorial afiliada da universidade.	<b>FC</b> – Sexo Idade Educação Relacionamento <b>Recetores de cuidados</b> – Sexo Idade Tipo de demência CDR (clinical dementia rating) Medicação Duração da doença Revisão através de uma <i>checklist</i> sobre problemas de memória e comportamento	(I) Tipo de intervenção – psico-social A intervenção foi constituída por seis sessões durante três meses. 1 – Melhorar o conhecimento sobre demência, bem como os sintomas e plano de tratamento. 2 – Fornecer informações sobre recursos de suporte disponíveis, como cuidados temporários, serviços domiciliários, benefícios sociais e organizações de apoio. 3 e 4 – Discutir como melhorar técnicas para gerir comportamentos disruptivos ou dificuldades cognitivas que causaram mais sofrimento aos FC. 5 – Ensinar habilidades para que os FC possam cuidar melhor de si mesmos (técnicas de relaxamento, apoio emocional ou <i>coaching</i> individual. (C) – Cuidados clínicos usuais (FC recebiam chamadas telefónicas a cada duas semanas para o atendimento clínico usual). A colheita de dados ocorreu no <i>baseline</i> e pós- intervenção	Sobrecarga – the chinese version of the caregiver burden inventory (CBI) Revisão através de uma <i>checklist</i> sobre problemas de memória e comportamento Revisão através de uma <i>checklist</i> para estratégias de <i>coping</i> (WCCL-R)	Ocorreram interações significativas entre o GE e o GC em termos de score total do CBI. A diferença atingiu significância estatística: Problemas-foco (p=0.007); Suporte social (p=0.04)

CLASSIFICAÇÃO DOS ESTUDOS	PRIMEIRO AUTOR, ANO, PAÍS DE ORIGEM / AVALIAÇÃO CRÍTICA	TAMANHO AMOSTRAL FC	CARACTERÍSTICAS DOS FC REGISTRADAS E CARACTERÍSTICA DOS RECEPTORES DE CUIDADOS REGISTRADAS	INTERVENÇÃO (I), CONTROL (C) / COLHEITA DE DADOS	RESULTADOS E INSTRUMENTOS	RESULTADOS (ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVOS EM: *P< 0.05 **P<0.01)
E3 - The effectiveness of telehealth care on caregiver burden, mastery of stress, and family function among family caregivers of heart failure patients: A quasi-experimental study <sup>37</sup>	Chiang et al, 2012, Tailândia 9/9 - Elevada qualidade	60 FC (30 GE e 30 GC). Foram recrutados num centro de Insuficiência Cardíaca, em enfermarias de cardiologia (cirurgia ou medicina) num centro médico do Norte da Tailândia.	<b>FC</b> - Idade Genero Educação Situação profissional Estado civil Religião, Tempo de FC Relacionamento com o paciente <b>RC</b> - Idade Género Estado civil Estado da doença Paciente cateterizado	(I) Tipo de intervenção - Psico-educacional Nesta intervenção de grupo os FC recebem um plano de alto e <i>telehealth</i> . Uma enfermeira especialista em <i>telenursing</i> providencia as intervenções de enfermagem direcionadas ao FC através de uma monitorização da condição de saúde do paciente e aconselhamento pelo telefone ajudando a que a transição do hospital para casa ocorra de forma saudável.  (C) - Plano de alta. (não descrito). A colheita de dados ocorre no <i>baseline</i> (antes da alta) e um mês depois de estarem no domicílio.	Sobrecarga - A versão chinesa do <i>caregiver burden Inventory</i> (CBI) Domínio do Stress- <i>mastery of stress scale</i> - MSS Funcionalidade Familiar - Versão chinesa do <i>Feetham family functioning survey</i> (FFFS)	A interação significativa grupo x tempo (p <0,001) para o <i>score</i> total do CBI significa que os FC do GE tiveram uma diminuição maior no <i>score</i> médio do CBI. No GE obteve-se uma melhoria significativa nas seis sub-escalas do CBI. Os FC de ambos os grupos apresentaram melhorias no domínio do stress no pré e pós-teste, p<0.001. A interação significativa grupo x tempo (p <0,001) no <i>score</i> total MSS demonstrou que os FC do GE apresentaram uma melhoria mais significativa. Em ambos os grupos houve uma melhoria significativa na funcionalidade familiar no pré e pós-teste p<0.001 O GE melhorou significativamente na sub-escala do FFFS, correspondente "relação entre a família e os subsistemas" p= 0.007 e "relação entre a família e a sociedade" p<0.001
E4- Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in latin american families of patients with schizophrenia <sup>38</sup>	Maldonado e Urizar, 2007, Chile 5/9 - Qualidade moderada	45 FC (22 GE e 23 GC) Foram incluídos todos os membros da família de doentes com esquizofrenia que frequentassem clínicas de saúde mental em regime de ambulatório na cidade de Arica, Chile.	<b>FC</b> - Sexo Idade Educação Parentesco Estado civil Situação profissional <b>Recetores de cuidados</b> - Sexo Idade Apoio do governo Número de episódios Situação profissional	(I) Tipo de intervenção - psico-educacional O programa com a família decorreu uma vez/semana durante cinco meses, organizado em cinco módulos, num total de 17 sessões. 1º módulo - Experiências da família sobre esquizofrenia (as famílias eram encorajadas a falar sobre as suas dificuldades de viver com um doente que sofria de esquizofrenia e partilhar as suas experiências com os familiares de outros doentes de forma a quebrar a sensação de "estar sozinho"; 2º módulo - psico-educação: os psicólogos e psiquiatras trabalhavam em conjunto de forma a ajudar as famílias a identificar as causas, sintomas, sinais da doença, medicação e efeitos secundários; 3º módulo - Capacidades para melhorar a comunicação: as famílias participaram de dramatizações e discussões localizadas no ambiente chileno, reproduzindo custos, hábitos alimentares e atividades chilenas, refletindo muitos aspetos da vida chilena de hoje; 4º módulo - Cuidar dos familiares, ressaltando a importância dos cuidadores cuidarem de si próprios, uma vez que a sua capacidade de cuidar de uma pessoa com dependência está relacionada em grande medida com o seu próprio bem-estar. 5º módulo - Avaliação da intervenção. (C) Intervenção <i>standard</i> (não descrita). A colheita de dados ocorreu no <i>baseline</i> e pós-intervenção.	Sobrecarga - Zarit caregiver burden scale (versão espanhola)	A sobrecarga diminuiu significativamente no GE

CLASSIFICAÇÃO DOS ESTUDOS	PRIMEIRO AUTOR, ANO, PAÍS DE ORIGEM / AVALIAÇÃO CRÍTICA	TAMANHO AMOSTRAL FC	CARACTERÍSTICAS DOS FC REGISTRADAS E CARACTERÍSTICA DOS RECETORES DE CUIDADOS REGISTRADAS	INTERVENÇÃO (I), CONTROL (C) / COLHEITA DE DADOS	RESULTADOS E INSTRUMENTOS	RESULTADOS (ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVOS EM: *P< 0.05 **P<0.01)
E5- Brief group psyh education for caregivers of individuals with bipolar disorder: A randomized controlled trial <sup>39</sup>	Hubbard <i>et al</i> , 2016, Austrália 8/13 – Qualidade moderada	32 FC (18 no GE e 14 GC). O sparticipantes foram recrutados através de um anúncio na radio, nos serviços locais de apoio à saúde mental e nos e-mail de ensino universitário.	<b>FC</b> – Idade Género Relacionamento Severidade do Problema <b>Recetores de cuidados</b> - Nada registado	(I) – tipo de intervenção – psico-educacional. Os FC participaram em duas sessões de psicoeducação durante 150 minutos com uma semana de intervalo. (C) – FC numa lista de espera. Colehita de dados ocorreu: <ul style="list-style-type: none"> <li>Para o GE no pré e pós intervenção e um mês de <i>follow-up</i>.</li> <li>Para o GC eles concluíram os <i>outcomes</i> de resultados em quatro pontos:</li> </ul> T1 – na alocação para a lista de espera; T2 – duas semanas após T1; T3 – um mês depois de T2; T4 – depois do GE ter participado nas duas sessões.	Sobrecarga – <i>burden assessment scale</i> (BAS); Stress – depression, anxiety, stress scale (DASS-21); Conhecimento – <i>knowledge of bipolar disorder scale</i> ; Auto-eficácia – <i>bipolar disorder self-efficacy scale</i>	No <i>follow up</i> do LSD demonstrou-se um contraste no GE, endo ocorrido uma diminuição significativa no score com efeito a longo prazo, desde do pré – intervenção até o pós. (p<0.001), e nap é-intervenção até ao <i>follow-up</i> (p<0.001); No BAS, os principais efeitos no tempo e grupo e no grupo x tempo foram todos estatisticamente significativos com efeitos a médio/ longo prazo.
E6- The effects of group psychoeducational programme on family burden in caregivers of Iranian patients with schizophrenia <sup>40</sup>	Khoshknab <i>et al</i> , 2014, Irão. 10/13 – Alta qualidade	71 FC (36 GE e 35 GC).  Os participantes eram FC de doentes com esquizofrenia, hospitalizados no centro psiquiátrico de Razi em Teerã.	<b>FC</b> – Sexo Idade Relacionamento com o RC Tempo que vive com o RC, em anos Tempo do dia que passa com o RC, em horas Tempo do dia que passa a cuidar do RC, em horas Historial de doença física; Mudança nas relações sociais por ser FC Serviços sociais disponíveis Custos mensais por cuidar do RC RC-Escolaridade Estado civil Número de elementos da família Tipo de doença Duração da doença, em anos Número de hospitalizações Perceção do FC sobre a severidade da doença	(I) – Tipo de intervenção – psico-educacional O programa psicoeducacional consiste em quatro sessões com a duração de duas horas cada uma, com um intervalo semanal entre elas. 1ª – Orientação, descrição da psicose, etiologia, diagnóstico de esquizofrenia, sintomas; 2ª – Discutir o facto de viver com alucinações e delírios. 3ª – Introdução do uso correto de medicação e intervenções não-orgânicas; 4ª – Recorrência da doença, papel na prevenção da recorrência, estratégias de <i>coping</i> para a esquizofrenia, revisão dos apoios e serviços sociais disponíveis e conclusão. (C) – Cuidados clínicos usuais (não descritos). Colheita de dados ocorreu no <i>baseline</i> , no fim do programa psico-educacional e um mês após a última sessão.	Sobrecarga – “Family burden was assessed by family burden index Schedule (FBIS)”	Depois da intervenção a media total do score do FBIS foi significativamente mais baixa quando comparada com o GC (p<0.001). No GE as alterações foram significativas ao longo do estudo em todas as dimensões, bem como no score total do FBIS (p<0.001).

CLASSIFICAÇÃO DOS ESTUDOS	PRIMEIRO AUTOR, ANO, PAÍS DE ORIGEM / AVALIAÇÃO CRÍTICA	TAMANHO AMOSTRAL FC	CARACTERÍSTICAS DOS FC REGISTRADAS E CARACTERÍSTICA DOS RECEPTORES DE CUIDADOS REGISTRADAS	INTERVENÇÃO (I), CONTROL (C) / COLHEITA DE DADOS	RESULTADOS E INSTRUMENTOS	RESULTADOS (ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVOS EM: *P< 0.05 **P<0.01)
E7-The effectiveness of home-based individual tele-care intervention for stroke caregivers in South Korea <sup>41</sup>	Kim <i>et al</i> , 2011, Coreia 9/9 – Elevada qualidade	73 FC (42 no GE e 31 no GC). Neste estudo foram incluídos cinco hospitais especializados em cuidados a doentes vítimas de AVC em áreas metropolitanas de Seoul bem como quatro hospitais de ensino terciário.	<b>FC</b> – Idade Sexo Relacionamento  <b>RC</b> – Idade Score ADL	(I) Tipo de intervenção – psico/socio/educacional Intervenção domiciliária individual de <i>tele-care</i> – No GE foi realizada por telefone, num total de quatorze vezes durante três meses: duas vezes por semana durante um mês após a alta, um vez por semana durante o segundo mês e de duas em duas semanas durante o terceiro mês. Os procedimentos de intervenção seguiram o protocolo de intervenção de <i>tele-care</i> , incluindo a introdução dos pesquisadores, reconfirmação das necessidades familiares após a alta hospitalar, provisão de suporte emocional e social e informação ou reeducação de acordo com as necessidades da família. Baseando-se numa intervenção individual de <i>tele-care</i> . (C) – Programa de grupo no hospital– foi fornecido a todos os FC de doentes vítimas de AVC receberam antes da alta. Todos os participantes receberam um guia desenvolvido para os FC e doentes vítimas de AVC. As sessões de educação foram ministradas em forma de palestra em salas nas enfermarias dos hospitais alvo, usando uma apresentação power-point que a equipa de pesquisa havia preparado. Uma discussão seguiu a sessão de educação. Colheita de dados foi realizada no <i>baseline</i> , na quarta semana após a alta e na décima segunda semana após a alta.	Sobrecarga– Family caregiver burden – tool desenvolvid by Kim e Roh	A sobrecarga do FC diminuiu significativamente ao longo do tempo, e diferença entre o efeito do programa de grupo no hospital e a intervenção individual de <i>tele-care</i> tornou-se significativa.
E8-Effective implementation of a structured psychoeducation programme among caregivers of patients with schizophrenia in the community <sup>42</sup>	Paranthaman <i>et al</i> , 2010, Malasia 8/9 – Qualidade elevada	109 FC (54 no GE e 55 no GC). Os participantes foram selecionados em seis clínicas psiquiátricas na comunidade urbana e semi urbana na Malásia	<b>FC</b> – Idade Género Estado civil Nível de escolaridade Tempo de ser FC <b>RC</b> – Idade Género Estado civil Nível de escolaridade Duração da doença	(I) – Tipo de intervenção – psico-educacional A intervenção psico educacional foi estruturada tendo em conta os módulos em compreensão da doença, tratamento, prevenção de recaída, lidar com crises e estígio de vida saudável: dieta e exercício. A equipe treinada entregou os módulos de cinco palestras, cada uma com duração de cerca de uma hora, para os FC durante um período de duas semanas usando recursos visuais de áudio, como apresentações em power point, gráficos ou livretos.. (C) – Cuidados de rotina (não descritos).  A colheita de dados foi realizada no <i>baseline</i> , três a seis meses Data collection occur at baseline, 3 and 6 months post-intervention.	Conhecimento – Knowledge questionnaire Sobrecarga – Family burden interview Schedule – short form (FBIS/ SF)	No GE, o score do conhecimento do FC no baseline melhorou significativamente depois da intervenção. FBIS Score – Para o GE. No GE referente à assistência às atividades de vida diária ocorreu uma melhoria significativa no Score, comparando o baseline e seis meses após, mas no GC não ocorreram alterações significativas. Nas outras áreas ocorreram melhorias, no entanto não são estatisticamente significativas.



CLASSIFICAÇÃO DOS ESTUDOS	PRIMEIRO AUTOR, ANO, PAÍS DE ORIGEM / AVALIAÇÃO CRÍTICA	TAMANHO AMOSTRAL FC	CARACTERÍSTICAS DOS FC REGISTRADAS E CARACTERÍSTICA DOS RECETORES DE CUIDADOS REGISTRADAS		INTERVENÇÃO (I), CONTROL (C) / COLHEITA DE DADOS	RESULTADOS E INSTRUMENTOS	RESULTADOS (ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVOS EM: *P<0.05 **P<0.01)
E9- Impact of a psychoeducational program on three types of caregiver burden among spouses <sup>43</sup>	Savundranayagam <i>et al</i> , 2011, USA 7/9 – Elevada qualidade	210 FC (115 GE e 95 no GC). 15 conjuge foram recrutados para o GE de oito estados (California, Illinois, Iowa, Montana, North Carolina, Oregon, Washington and Wisconsin).	<b>FC</b> – Idade Gênero Etnia Nível de escolaridade Situação profissional Saúde Cumprimento de cuidador <b>RC</b> – Idade Condição do RC Situação de vida Problemas comportamentais Declínio funcional		(I) – Tipo de intervenção – psico-educacional PTC consiste em seis sessões de 2.5 horas cada uma, conduzida semanalmente por dois líderes: 1ª sessão – Desafios de cuidado e de auto-cuidado; 2ª sessão – Gestão efetiva do stress, incluindo formas de alterar a sua "self-talk" negativa para uma "self-talk" positiva e maneiras de usar diariamente técnicas de relaxamento; 3ª sessão – os participantes aprendem e praticam capacidades comunicacionais efetivas; 4ª sessão – Enfatiza situações desafiadoras de comunicação assertiva, como lidar com os outros membros da família; 5ª sessão – Os participantes aprendem a ouvir e a identificar formas para lidar com as suas emoções, tais como culpa; 6ª sessão – Aborda emoções durante mudanças na vida e como gerir decisões difíceis.  (C) – Cuidados de rotina (não descritos).  A colheita de dados ocorreu: <ul style="list-style-type: none"> <li>Grupo PTC – <i>Baseline</i> e depois da intervenção.</li> <li>GC – <i>Baseline</i> num período de seis meses.</li> </ul>	Sobrecarga – Montgomery <i>et al</i> Burden measure; Functional Status – Katz Index of activities of daily living (ADL) scale, nine items from the instrumental activities of daily living scale (IADL) Problem behaviour – Problem Behavior (PB) scale	Os participantes da PTC apresentam níveis de stress de sobrecarga e de sobrecarga objetiva significativamente baixos em comparação com o GC Mas na sobrecarga de relacionamento não houve diferenças significativas.
E10- Improving psychosocial outcomes for caregivers of people with poor prognosis gastrointestinal cancers: a randomized controlled trial (Family Connect). <sup>44</sup>	Shaw <i>et al</i> , 2016, Australia 9/13 – Qualidade moderada	128 FC (64 FC no GE e 64 FC no GC)  Os participantes foram recrutados de quatro hospitais metropolitanos em Sydney, Australia.	<b>FC</b> – Sexo Relacionamento com o RC Se vive usualmente com o paciente Nível de escolaridade Situação profissional Saúde/treino médico Condições médicas a decorrer Se toma medicação correntemente <b>RC</b> – Sexo País de origem Idioma falado em casa Status de seguro Localização do tumor primário Estadio do cancro Presença de metástases Tipo de tratamento Complicações cirúrgicas		(I) – Tipo de intervenção – psico-social Efetuadas quatro chamadas telefónicas para o FC, sendo o cuidador primário, responsável por providenciar os cuidados nas primeiras dez semanas. 1º telefonema – o agendamento ocorreu nos primeiros quatorze dias pós alta; 2º telefonema – 4 semanas pós-alta; 3º telefonema – 6 semanas pós-alta; 4º telefonema – 10 semanas após alta. OS FC Podem reagendar os telefonemas nas dez semanas de intervenção A intervenção envolve uma avaliação padronizada e sumarizada das necessidades do FC em todas as áreas de cuidar do RC, mantendo as relações familiares e auto-cuidado emocional e físico, bem como uma avaliação das informações e necessidades práticas. (C) – Cuidados de rotina (não descritos). A colheita de dados ocorreu no <i>baseline</i> , 3 e 6 meses depois da alta hospitalar.	<b>FC</b> – Qualidade de vida – Short for survey SF-12v2; Sobrecarga – Necessidades de suporte não atendidas – unmet supportive care needs survey (SCNS-P e C) Angústia – Single item distress thermometer  <b>RC</b> Qualidade de vida – Functional assessment of cancer therapy – General (FACT-G) Necessidades de suporte não atendidas – the supportive care needs survey-patient version (SCNS-34) Stress – distress thermometer; Utilização dos serviços de saúde	A intervenção standardizada não demonstrou nenhuma melhoria significativa no bem-estar do FC, no entanto resultou numa diminuição da presença do RC em episódios de urgência no hospital e readmissões hospitalares não programadas no período imediato pós alta. No GE os FC relataram menos apresentações de urgência do RC e readmissões não planeadas da equipa do RC de cuidados de rotina nos três meses após a alta hospitalar. No entanto, esta diferença não foi mantida aos 6 meses. Surgem diferenças estatisticamente significativas no suporte social e redução das preocupações financeiras.

Funding



UNIÃO EUROPEIA

Fundo Europeu  
de Desenvolvimento Regional

# SafeCare Project

CLINICAL SUPERVISION FOR SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE

NORTE-01-0145-FEDER-023654

## Main Goal

To contribute for the safety and quality of health care through the implementation of the **SafeCare Model, a Clinical Supervision model.**



## STAGES TO IMPLEMENT THE SAFECARE MODEL

- 1 **Situation Diagnosis**
- 2 **Clinical Supervision Needs Identification**
- 3 **Implementation Model implementation**
- 4 **Outcomes Assessment**

LEARN MORE ABOUT THE SAFECARE PROJECT:

[www.esenf.pt/safecare](http://www.esenf.pt/safecare)

CONTACT US TO IMPLEMENT THE  
SAFECARE MODEL IN YOUR HEALTH  
INSTITUTION

[projetos@esenf.pt](mailto:projetos@esenf.pt)



# PERSONALIDADE, ANSIEDADE E VULNERABILIDADE AO BURNOUT EM ENFERMEIROS: UM ESTUDO COMPARATIVO PORTUGAL/ESPANHA

Personality, anxiety and vulnerability  
to burnout among nurses: a comparative  
study Portugal/Spain

## CRISTINA QUEIRÓS

**Professora Auxiliar,**  
Doutoramento. Faculdade de  
Psicologia e de Ciências da  
Educação da Universidade do  
Porto, Portugal.

✉ [cqueiros@fpce.up.pt](mailto:cqueiros@fpce.up.pt)

## ELISABETE BORGES

**Professora Adjunta,**  
Doutoramento. ESEP - Escola  
Superior de Enfermagem do  
Porto, CINTESIS - Center for  
Health Technology and Services  
Research, Porto, Portugal.

## PILAR MOSTEIRO

**Professora Titular,**  
Doutoramento. Facultad de  
Medicina y Ciencias de la Salud,  
Universidad de Oviedo, Oviedo,  
Espanha.

## MARGARIDA ABREU

**Professora Coordenadora,**  
Doutoramento. ESEP - Escola  
Superior de Enfermagem do  
Porto; CINTESIS - Center for  
Health Technology and Services  
Research, Porto, Portugal.

## MARIA BALDONEDO

**Professora,** Mestre/Doutoranda.  
Facultad de Psicología,  
Universidad de Oviedo, Oviedo,  
Espanha.

### Abstract

**Introduction:** Nowadays nurses execute their tasks in demanding and stressful contexts, where the stress accumulates and can trigger burnout. This one seems to be the result from the combination of organizational factors with individual vulnerability, in particular predisposition for anxiety and personality traits such as neuroticism.

**Objectives:** This study aims, by comparing nurses from Portugal/Spain, to identify burnout levels and to analyse if personality and anxiety predict burnout.

**Methodology:** This is a quantitative, exploratory, descriptive and transversal study, using a demographic/professional characterization questionnaire, the Eysenck Personality Questionnaire, State-Trait Anxiety Inventory, and Maslach Burnout Inventory. After institutional authorizations, participated anonymously and volunteer, 337 Portuguese nurses and 309 Spanish nurses.

**Results:** We found 55% of nurses without burnout, 35% with moderate burnout and 11% with high burnout, without differences between countries. However, the Portuguese nurses present significantly more exhaustion and less depersonalization, less anxiety trait, and more extroversion and Social Desirability, all with a moderate level. In Portugal, the age and professional experience correlate negatively with burnout, and anxiety predicts 32% of burnout. In Spain, anxiety explains 36% of burnout and personality traits only 2%.

**Discussion:** These findings are consistent with studies in which anxiety is a vulnerability factor for burnout, but contradicted the influence of other personality traits, reinforcing the influence of organizational factors.

**Conclusion:** The results are useful, in the field of occupational health, to develop organizational strategies that enhance individual characteristics of stress management, which, lately, have been applied using Mindfulness among nurses and nursing students.

**KEY-WORDS:** BURNOUT; ANXIETY; PERSONALITY; COMPARATIVE STUDY.

## INTRODUÇÃO

Atualmente os enfermeiros exercem a sua atividade em contextos física e emocionalmente exigentes, nos quais o stress no trabalho é enorme e que quando crónico e acumulado pode desencadear *burnout*. Alguns estudos de revisão sistemática referem que o *burnout* resulta da combinação de fatores organizacionais com vulnerabilidade individual, como por exemplo traços de personalidade como empatia ou predisposição para a ansiedade. Assim, este estudo, utilizando dados de enfermeiros portugueses e espanhóis, centra-se na identificação dos níveis de *burnout* e na análise da sua associação com a ansiedade e traços de personalidade, nomeadamente identificando quanto estas duas características individuais podem prever o *burnout*. Para fundamentação teórica do estudo irá ser abordado o *burnout*, a ansiedade e traços de personalidade relacionados com a atividade profissional, sobretudo em enfermeiros. O *burnout* foi recentemente considerado pela Organização Mundial de Saúde como um fenómeno ocu-

quências negativas que determinadas condições de trabalho podem ter nos trabalhadores, aspetos que têm vindo a ser realçados pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho<sup>1,2</sup> ao referir a importância de se considerar os riscos psicossociais, a saúde ocupacional, os elevados custos do stress no trabalho e a promoção de locais de trabalho saudáveis. Também a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho referiu em 2018 a necessidade de se aprofundar o estudo do *burnout* com instrumentos e dados comparativos na Europa<sup>3</sup>, tal como o estudo europeu de Lastovkova e colaboradores<sup>4</sup> que alerta para a necessidade de se criarem planos de prevenção de stress no local de trabalho para diminuir o *burnout*. Este fenómeno foi definido na década de 70 pelo psiquiatra americano Freudenberger e pela psicóloga americana Maslach<sup>5</sup>, caracterizando-se como uma síndrome composta pelas dimensões de exaustão emocional (diminuição progressiva dos recursos emocionais ao ajudar outros culminando num estado de fadiga ou esgotamento), despersonalização (cinismo ou desumanização na interação com o alvo dos cuidados, culminando num estado de frieza emocional e atitudes desadequadas e sem empatia para com o alvo dos cuidados) e redução de realização ou eficácia pessoal (diminuição do prazer obtido no trabalho e do desempenho profissional, desinvestindo nas tarefas e podendo ocorrer erros), a qual ocorre com frequência nos profissionais de ajuda ou que prestam serviços<sup>6</sup>. Ora, pelas características da sua profissão os enfermeiros trabalham em contextos altamente exigentes do ponto de vista físico e dos recursos materiais e humanos, mas sobretudo pelas exigências emocionais, tendo de lidar com sobrecarga de trabalho, ritmos de trabalho acelerados e trabalho por turnos,

sofrimento dos utentes e seus familiares, problemas de colaboração e de comunicação entre enfermeiros, médicos e administrativos, dificuldade de conciliação entre trabalho e família, etc., estando então expostos a stress no trabalho constante e permanente<sup>7,8</sup>. Com o passar do tempo pode ocorrer dificuldade em lidar com todas estas fontes de stress crónico, desencadeando-se então o *burnout*, com impacto a nível organizacional, nomeadamente *turnover*, insatisfação laboral e erros ou diminuição da qualidade dos serviços<sup>7,9,10</sup> e a nível individual, associando-se a problemas psicológicos como depressão e ansiedade<sup>11</sup>. De facto, vários estudos sobre enfermeiros, nomeadamente algumas revisões sistemáticas referem como fatores de risco e de vulnerabilidade para o *burnout* a combinação de características organizacionais com características individuais, nomeadamente idade, género e traços de personalidade como empatia ou predisposição para a ansiedade<sup>7,12-14</sup>. Swider e Zimmerman<sup>15</sup> referem que a personalidade molda a forma como cada pessoa enfrenta as frustrações e o stress, constatando que existem perfis de personalidade que predispõe para o *burnout*, bem como para o absentismo e *turnover*, destacando-se o neuroticismo, traço que se caracteriza por rigidez de pensamento, ansiedade, instabilidade emocional, tendências depressivas e vulnerabilidade ao stress e mal-estar psicológico. Em enfermeiros, Eley e colaboradores<sup>16</sup> encontraram elevada empatia, altruísmo e vocação para ajudar os outros, Takase e colaboradores<sup>17</sup> verificaram que traços positivos como extroversão e abertura à experiência potenciavam a competência e aprendizagens no local do trabalho, enquanto Pérez-Fuentes e colaboradores<sup>18</sup> encontraram uma associação entre neuroticismo/ansiedade e *burnout*. É de salientar que atualmente as-

1.- Conforme noticiado pela World Health Organization em 28 May 2019: Burnout an "occupational phenomenon": international classification of diseases. [Internet, acesso 2019 Julho 16]. Disponível em [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/)

TABELA 1

COMPARAÇÃO DE NÍVEIS DE *BURNOUT* ENTRE PAÍSES

Níveis de <i>burnout</i>	% Amostra	% Portugal	% Espanha	Pearson Chi-Square	p
Sem <i>burnout</i>	54,6	54,6	54,7	1,561	,458
Moderado	34,9	36,2	33,3		
Elevado	10,5	9,2	12,0		

TABELA 2

COMPARAÇÃO DE MÉDIAS ENTRE PAÍSES  
(*BURNOUT*, ANSIEDADE, PERSONALIDADE)

DIMENSÕES	PORTUGAL	ESPAÑA	T-STUDENT	P
Exaustão Emocional (0-6)	2,735	2,512	2,307	,021*
Despersonalização	1,069	1,562	-5,575	,000***
Realização Pessoal	4,518	4,485	,425	,671
<i>Burnout</i>	1,901	1,933	-,480	,631
Ansiedade estado (1-4)	2,005	1,929	1,768	,078
Ansiedade traço	1,906	2,169	-7,532	,000***
Extroversão (0-6)	3,923	3,405	3,741	,000***
Neuroticismo	1,697	1,744	-,329	,743
Psicoticismo	2,068	1,893	1,569	,117
Conformidade	4,074	3,443	5,063	,000***

\*p&lt;.050 \*\*p&lt;.010 \*\*\*p&lt;.001

siste-se a um aumento das perturbações da ansiedade nos adultos, prejudicando o seu desempenho profissional<sup>19</sup>, apresentando Portugal elevados níveis de depressão e ansiedade, e Espanha um pouco menos, mas ambos acima da média europeia<sup>20</sup>. A ansiedade caracteriza-se por preocupação, insegurança e receios excessivos e por vezes infundados, apresentado sintomas físicos como aumento da frequência cardíaca, suores, tremores e podendo culminar em ataques de pânico, fobias e sofrimento psicológico por vezes, incapacitante. Pode estar associada a uma determinada situação (ansiedade-estado) mas pode também ser uma resposta habitual do indivíduo (ansiedade-traço). Em enfermeiros, Alhakami e Baker<sup>21</sup> verificaram

que a ansiedade está negativamente correlacionada com a motivação no trabalho, prejudicando a adaptação e desempenho nas tarefas, enquanto Polat e colaboradores<sup>22</sup> verificaram que a ansiedade afeta a tomada de decisão racional, com prejuízo no seu desempenho laboral. Por fim, note-se que se por um lado os enfermeiros parecem enfrentar desafios semelhantes em diferentes países, a cultura e influências sociais podem ter interferência apesar de alguns estudos referirem que os traços de personalidade são universais<sup>23,24</sup>, sendo consensual que em Espanha as pessoas são mais extrovertidas e em Portugal mais tristes e introvertidas. Assim, torna-se importante analisar as relações entre traços de personalidade, ansiedade e *burnout* em enfermeiros.

**OBJETIVOS**

No âmbito de um projeto multicêntrico pretende-se, comparando enfermeiros de Portugal/Espanha, identificar os níveis de *burnout* e analisar se alguns traços de personalidade do modelo de Eysenck e a ansiedade estado/traço predizem o *burnout*.

**MÉTODOS**

O estudo decorreu no âmbito do projeto multicêntrico INT-SO (Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha), sendo de tipo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal, com recurso a questionários de

autopreenchimento. Os dados foram recolhidos entre 2016 e 2018 em Portugal e Espanha (sem diferenças significativas entre anos de recolha), utilizando um questionário de caracterização sociodemográfica/profissional, o *Eysenck Personality Questionnaire* (EPQ<sup>25</sup>), o *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI<sup>26</sup>) e o *Maslach Burnout Inventory* (MBI<sup>27</sup>), nas versões disponíveis em cada país. O EPQ é um questionário de identificação de traços de personalidade composto por 24 itens avaliados num formato de resposta nominal Sim/Não e organizados nas dimensões de psicoticismo (tendência para a psicopatologia, egocentrismo, baixa empatia, desajustamento social e não cumprimento das regras, impulsividade, hostilidade e agressividade nas interações), neuroticismo (associado a insegurança, instabilidade emocional, baixa autoestima, hiper-preocupação, ansiedade, irritabilidade, sentimentos de culpa, rigidez de funcionamento e obsessão pelas regras), extroversão (sociabilidade, alegria, espontaneidade, otimismo e espírito de aventura) e conformidade (desejabilidade social expressa através da atribuição a si próprio de comportamentos socialmente desejáveis mesmo que não sejam habituais, tentando dar uma ideia de conformidade social e de funcionamento adequado ao grupo onde se insere), a que correspondem 6 itens cada. Através de uma grelha de cotação que indica se a resposta Sim/Não caracteriza a presença do traço ou dimensão é possível calcular um resultado por dimensão que varia desde uma ausência do traço (valor 0) até presença elevada (valor 6). O STAI avalia a ansiedade, sendo composto por 20 itens que avaliam a ansiedade estado (reação a uma situação específica) e outros 20 que avaliam a ansiedade traço (resposta habitual de ansiedade a qualquer situação, revelando estabilidade no comportamento e reação ansiosa a estímulos stressores), cotados

numa escala de 1 (de modo nenhum) a 4 (muito) que mede a frequência das reações de ansiedade. É possível calcular separadamente a média para as dimensões ansiedade traço e ansiedade estado. O MBI avalia o *burnout* sendo composto por 22 itens organizados nas dimensões exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, avaliadas numa escala de 0 (Nunca) a 6 (Sempre). É possível calcular o resultado global de *burnout* através das médias das dimensões, com o cuidado prévio de inverter os itens da realização pessoal. O estudo foi divulgado através do método de bola de neve e no âmbito de pedidos institucionais a instituições de saúde do Porto e de Oviedo, para dissertações de mestrado que integraram o projeto INT-SO na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal e na *Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Oviedo*, Espanha. Através de um *link* para um questionário online ou de versões impressas (conforme pedido de algumas instituições de saúde), participaram de forma anónima e voluntária, 337 enfermeiros portugueses e 309 espanhóis, sendo, no total da amostra, 80% mulheres, 54% com parceiro, 46% com filhos, com idades entre 22 e 64 anos ( $M=38,6$   $DP=9,69$ ) e 80% com Especialidade, Mestrado ou Pós-graduação (20% com Licenciatura ou Bacharelato). No que se refere às variáveis profissionais, 71% estava a trabalhar em hospitais públicos (21% em centros de saúde ou clínicas), 70% tinha vínculo definitivo (3% com vínculo precário), 81% a trabalhar em turno rotativo (19% em turno fixo) e possuíam experiência profissional entre 1 e 45 anos ( $M=14,2$   $DP=9,01$ ). A análise estatística foi realizada com recurso ao programa IBM SPSS versão 25 e, de forma a cumprir os objetivos do estudo, foram efetuadas análises de frequências, análises descritivas (média e desvio padrão), análises comparativas de

médias para amostras independentes através do teste *t-Student* e de frequências através do *Pearson Chi-Square*, análises correlacionais para variáveis quantitativas através do R de *Pearson* e análises de regressão múltipla (método *Enter*).

## RESULTADOS

No que se refere aos níveis de *burnout* (segundo categorização de Maroco e colaboradores<sup>28</sup>), encontraram-se 55% dos enfermeiros sem *burnout*, 35% com *burnout* moderado e 11% com *burnout* elevado, não existindo diferenças significativas entre os dois países (**Tabela 1**). Contudo, a comparação de médias revelou que os enfermeiros portugueses apresentam significativamente mais exaustão e menos despersonalização, menos ansiedade traço, e mais extroversão e conformidade, estando os valores situados num nível moderado (**Tabela 2**).

A análise correlacional separada para cada país (**Tabela 3**) revelou que nos enfermeiros portugueses a idade e a experiência profissional correlacionam-se negativamente com a exaustão emocional, despersonalização e *burnout* e com o neuroticismo. A idade correlaciona-se ainda negativamente com a extroversão e a experiência profissional correlaciona-se negativamente com a ansiedade traço e positivamente com a conformidade. Nos enfermeiros espanhóis a idade e a experiência profissional correlacionam-se negativamente com a extroversão e positivamente com o psicoticismo, existindo ainda uma correlação positiva entre idade e conformidade. As correlações entre dimensões do *burnout*, personalidade e ansiedade são sobretudo significativas, no sentido de correlações positivas da exaustão emocional, despersonalização e *burnout* com a ansiedade traço, ansiedade estado, psicoticismo, e correlações negativas destas com a realização pessoal. A extroversão >

não se correlaciona com a exaustão emocional nem despersonalização, e nos enfermeiros espanhóis a conformidade apresentando poucas correlações significativas com as restantes dimensões avaliadas e em Portugal segue a tendência já descrita. A ansiedade traço e estado apresentam correlações negativas com a extroversão (e conformidade nos enfermeiros portugueses) e positivas com o neuroticismo e psicoticismo.

Inserir Tabela 3

Por fim, a análise de regressão para cada país separadamente revelou (Tabela 4) que a ansiedade explica 32% do *burnout* nos enfermeiros portugueses, sem contributos dos traços de personalidade, enquanto nos enfermeiros espanhóis a ansiedade explica 36% e os traços de personalidade 2%.

## DISCUSSÃO

Os resultados obtidos revelaram a ausência de diferenças entre Portugal e Espanha no que se refere aos níveis de *burnout*, sendo este elevado para 11% da amostra, e moderado para 35%. Estes dados são inferiores aos encontrados por Maroco e colaboradores<sup>28</sup>, que encontraram num estudo nacional 49% de enfermeiros com *burnout* elevado e 21% com *burnout* moderado. No que se refere às dimensões do *burnout*, os enfermeiros portugueses apresentam níveis moderados, mas superiores aos enfermeiros espanhóis e Sacadura-Leite e colaboradores<sup>29</sup> encontraram elevados níveis de exaustão emocional em enfermeiros de unidades de internamento, revelando a importância do tipo de serviço, nomeadamente em termos de óbitos e tipo de utente. Os enfermeiros espanhóis apresentam níveis superiores de despersonalização, alertando já para um adoecer psicológico a iniciar-se, talvez fruto da presença de mais ansiedade traço, e curiosamente de menor extroversão comumente associa-

da à cultura e expansividade dos espanhóis, sendo nos enfermeiros portugueses o valor de despersonalização superior ao encontrado por Marques-Pinto e colaboradores<sup>9</sup> a nível nacional. A conformidade é maior em enfermeiros portugueses, sugerindo a importância de se ajustarem ao modelo dominante e darem uma boa imagem de si próprios. Nota-se, então, a existência de traços de personalidade diferentes nos dois países (maior ansiedade traço e menor extroversão e conformidade nos enfermeiros espanhóis) o que contradiz os estudos de Kajonius e Giolla<sup>23</sup> e de McCrae e Terracciano<sup>24</sup> que não encontraram diferenças entre países. Fica, contudo, por saber se estas diferenças são prévias à situação ou resultam da interação com o *burnout* (apesar de sem diferenças significativas entre países é ligeiramente superior nos enfermeiros espanhóis). As correlações entre ansiedade, traços de personalidade e *burnout*, bem como o contributo da ansiedade como preditora do *burnout* (32% e 36% respetivamente para enfermeiros portugueses e espanhóis) são concordantes com estudos<sup>12,21,30</sup> nos quais a ansiedade é um fator de vulnerabilidade para o *burnout*. Contudo contrariam a influência dos restantes traços de personalidade (apenas 2% para enfermeiros espanhóis), reforçando a influência dos fatores organizacionais e das condições de trabalho<sup>13,15,29</sup>.

Apesar dos resultados interessantes, o estudo apresenta como limitação a reduzida amostra em termos de representatividade do número de enfermeiros a exercer em Portugal e Espanha, a dificuldade de uniformizar comparações em termos do tipo de serviço onde exercem e sobretudo o a participação ter sido voluntária. De facto, de acordo com o mito do trabalhador saudável<sup>31</sup>, os trabalhadores que participam em estudos são os que não se encontram doentes que porque estão ao serviço, quer porque têm disponibi-

lidade psicológica para se voluntariar, podendo os valores de *burnout* estar abaixo da realidade. Contudo o estudo apresenta como pontos fortes o cruzamento de três variáveis (*burnout*, ansiedade e traços de personalidade) numa tentativa de explicar o fenómeno do *burnout* através de características individuais, contribuindo por um lado para se verificar que os traços de personalidade têm pouco poder explicativo por oposição à ansiedade, o que é compreensível pois partilham alguns sintomas e a ansiedade condiciona negativamente a gestão de fatores stressores<sup>11,17,18</sup>. Contudo, a ansiedade explica o *burnout* apenas entre 32 e 36% sugerindo a importância de fatores organizacionais e dos contextos de trabalho<sup>29</sup>, que, combinados com predisposição para a ansiedade pode facilitar o desencadear do *burnout*.

## CONCLUSÕES

O estudo permitiu identificar os níveis de *burnout* em enfermeiros portugueses e espanhóis (elevado para respetivamente 9% e 12% embora sem diferenças significativas entre países), sugerindo que os enfermeiros partilham este mal-estar psicológico comum. Além disso, revelou que a ansiedade, por oposição ao pouco contributo dos traços de personalidade da teoria de Eysenck tem um contributo explicativo mais forte para o *burnout* (entre 32 e 36%), sendo ainda de realçar que o restante contributo explicativo deve, segundo a literatura, estar associado a fatores organizacionais<sup>5,7,8,10,29</sup>. Assim, os resultados encontrados poderão ser úteis para, no âmbito da saúde ocupacional, desenvolver estratégias organizacionais<sup>32</sup> mas que potenciem as características individuais de gestão do stress<sup>15</sup> e controle a ansiedade individual, cuja frequência tem vindo a aumentar. Seria então fundamental incluir, desde a formação em Enfermagem e no contexto do exercício profissio-

TABELA 3

## CORRELAÇÕES ENTRE DIMENSÕES SEPARADAS POR PAÍS

Dimensões	País	Idade	Exp. Prof	EE	DP	RP	B	AE	AT	E	N	P
<b>Exaustão Emocional</b>	Portugal	-,119*	-,147**									
	Espanha	,018	-,017									
<b>Despersonalização.</b>	Portugal	-,151**	-,193**	,436**								
	Espanha	,018	,012	,539**								
<b>Realização Pessoal</b>	Portugal	,061	,090	-,263**	-,232**							
	Espanha	-,038	-,064	-,284**	-,376**							
<b>Burnout</b>	Portugal	-,144*	-,186**	,873**	,672**	-,620**						
	Espanha	,031	,022	,835**	,761**	-,710**						
<b>Ansiedade estado</b>	Portugal	-,001	-,059	,468**	,217**	-,326**	,491**					
	Espanha	,108	,026	,538**	,291**	-,397**	,557**					
<b>Ansiedade traço</b>	Portugal	-,080	-,157**	,517**	,291**	-,328**	,546**	,694**				
	Espanha	,103	,089	,482**	,353**	-,418**	,554**	,699**				
<b>Extroversão</b>	Portugal	-,138*	-,101	-,106	-,050	,203**	-,160**	-,116*	-,191**			
	Espanha	-,201**	-,163**	-,110	-,067	,230**	-,182**	-,175**	-,254**			
<b>Neuroticismo</b>	Portugal	-,159**	-,236**	,378**	,249**	-,250**	,413**	,485**	,654**	-,103		
	Espanha	,018	-,038	,343**	,284**	-,272**	,393**	,506**	,653**	-,186**		
<b>Psicoticismo</b>	Portugal	-,023	-,063	,112*	,172**	-,062	,147**	,146**	,145**	,161**	,165**	
	Espanha	,137*	,121*	,161**	,217**	-,118*	,205**	,138*	,134*	,103	,274**	
<b>Conformidade</b>	Portugal	,074	,107*	-,095	-,190**	,164**	-,181**	-,093	-,186**	-,074	-,248**	-,272**
	Espanha	,120*	,084	,105	-,027	-,020	,059	,046	,019	-,159**	-,092	-,150**

\* $p < .050$  \*\* $p < .010$ 

TABELA 4

## PREDITORES DO BURNOUT POR PAÍS (REGRESSÃO MÉTODO ENTER)

PAÍS	PREDITOR DO BURNOUT	R SQUARE	R SQUARE CHANGE	F	P
<b>Portugal</b>	Ansiedade	,322	,322	79,229	,000***
	Personalidade	,340	,018	2,257	,063
<b>Espanha</b>	Ansiedade	,364	,364	87,386	,000***
	Personalidade	,384	,020	2,448	,046*

\* $p < .050$  \*\* $p < .010$  \*\*\* $p < .001$ 

nal, conteúdos relacionados com a gestão do stress e promoção de estratégias de controle da ansiedade, o que contribuiria para uma melhor forma de lidar com os múltiplos stressores que os enfermeiros enfrentam diariamente enfermeiros. São, por isso, de valorizar exemplos

como a aplicação do biofeedback para controle da ansiedade em estudantes de Enfermagem<sup>33</sup> e o recurso ao *Mindfulness* que já foi aplicado em enfermeiros e estudantes de Enfermagem<sup>34,35</sup>. Talvez assim se consiga inverter a tendência para o aumento da ansiedade

enquanto patologia<sup>20</sup> e prevenir o *burnout* enquanto fenómeno ocupacional (de acordo com a Organização Mundial de Saúde em Maio de 2019), cujas consequências nocivas a nível individual e organizacional têm sido amplamente investigadas e comprovadas. ▽





## Referências

1. EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work. Healthy workers, thriving companies - a practical guide to wellbeing at work. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018.
2. EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work. The value of occupational safety and health and the societal costs of work-related injuries and diseases - European risk observatory literature review. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
3. EUROFOUND, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Burnout in the workplace: a review of data and policy responses in the EU. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018.
4. Lastovkova, A, Carder, M, Rasmussen, HM, Sjöberg, L, Groene, GJ Sauni, R, et al. Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study. *Ind Health*. 2018; 56(2): 160-5.
5. Maslach, C, Schaufeli, WB, Leiter, MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001; 52(1): 397-422.
6. Maslach, C, Leiter, MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016; 15(2): 103-11.
7. Hoff, T, Carabetta, S, Collinson, GE. Satisfaction, burnout, and turnover among nurse practitioners and physician assistants: a review of the empirical literature. *Med Care Res Rev*. 2019; 76(1): 3-31.
8. Sun, J-W, Lin, P-Z, Zhang, H-H, Li, J-H, Cao, F-L. A non-linear relationship between the cumulative exposure to occupational stressors and nurses' burnout and the potentially emotion regulation factors. *J Ment Health*. 2018; 27(5): 409-15.
9. Marques-Pinto, A, Jesus, EH, Mendes, AMOC, Fronteira, I, Roberto, MS. Nurses' intention to leave the organization: a mediation study of professional burnout and engagement. *Span J Psychol*. 2018; 21, e32: 1-10.
10. Salvagioni, DAJ, Melanda, FN, Mesas, AE, González, AD, Gabani, FL, Andrade, SM. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: a systematic review of prospective studies. *PLoS ONE*. 2017; 12(10): 1-29. paper 10.1371/journal.pone.0185781
11. Koutsimani, P, Montgomery, A, Georganta, K. The relationship between burnout, depression, and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychol*. 2019; 10: 1-19, article 284.
12. Alarcon, G, Eschleman, K J, Bowling, NA. Relationships between personality variables and burnout: a meta-analysis. *Work & Stress*. (2009); 23(3): 244-63.
13. Magnano, P, Paolillo, A, Barrano, C. Relationships between personality and burn-out: an empirical study with helping professions' workers. *IJHSSR*. 2015; 1: 10-9.
14. Molina-Praena, J, Ramirez-Baena, L, Gómez-Urquiza, J, Cañadas, G, De la Fuente, E, Cañadas-De la Fuente, G. Levels of burnout and risk factors in medical area nurses: a meta-analytic study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(12): 1-16, paper 2800.
15. Swider, BW, Zimmerman, RD. Born to burnout: a meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *J Vocat Behav*. 2010; 76(3): 487-506.
16. Eley, D, Eley, R, Bertello, M, Rogers-Clark, C. Why did I become a nurse? Personality traits and reasons for entering nursing. *J Adv Nurs*. 2012; 68(7): 1546-1555.
17. Takase, M, Yamamoto, M, Sato, Y. Effects of nurses' personality traits and their environmental characteristics on their workplace learning and nursing competence. *Jpn J Nurs Sci*. 2017; 15(2): 167-80.
18. Pérez-Fuentes, M, Jurado, MM, Martínez, AM, Linares, JG. Burnout and engagement: personality profiles in nursing professionals. *J Clin Med*. 2019; 8(3): 1-14, paper 286.
19. Trifiletti, E, Pedrazza, M, Berlanda, S, Pyszczynski, T. Burnout disrupts anxiety buffer functioning among nurses: a three-way interaction model. *Front Psychol*. 2017; 8: 1-10, article 1362.
20. OECD/EU. Health at a glance: Europe 2018: state of health in the EU cycle. Paris: OECD Publishing; 2018.
21. Alhakami, IY, Baker, OG. Work motivation and self-rated anxiety: nurses' perspectives. *Clin Nur Stud*. 2018; 6(4): 69-79.
22. Polat, Ş, Kutlu, L, Ay, F, Purisa, S, Erkan, HA. Decision-making styles, anxiety levels, and critical thinking levels of nurses. *Jpn J Nurs Sci*. 2018: 1-13, paper 10.1111/jjns.12240
23. Kajonius, P, Giolla, E. Personality traits across countries: support for similarities rather than differences. *PLoS ONE*. 2017; 12(6): 1-13, paper e0179646.
24. McCrae, R, Terracciano, A. Universal features of personality traits from the observer's perspective: data from 50 cultures. *J Pers Soc Psychol*. 2005; 88(3): 547-61.
25. Eysenck, HJ, Eysenck, SBG. *Manual of the Eysenck Personality Scales*. London: Hodder & Stoughton; 1996.
26. Spielberger, C. *State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Mind Garden; 1983.
27. Maslach, C., Jackson, SE., & Leiter, MP. *Maslach burnout inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
28. Maroco, J, Maroco, AL, Leite, E, Bastos, C, Vazão, MJ, Campos, J. Burnout em profissionais da saúde portugueses: uma análise a nível nacional. *Acta Médica Port*. 2016; 29(1): 24-30.
29. Sacadura-Leite, E, Sousa-Uva, A, Ferreira, S, Costa, PL, Passos, AM. Working conditions and high emotional exhaustion among hospital nurses. *Rev Bras Med Trab*. 2019; 17(1): 69-75.
30. Oliveira, V, Pereira, T. Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros: impacto do trabalho por turnos. *Rev Enferm Ref*. 2012; 3(7): 43-54.
31. Shah, D. Healthy worker effect phenomenon. *Indian J Occup Environ Med*. (2009); 13(2): 77-9.
32. Gregory, S, Menser, T, Gregory, BT. An organizational intervention to reduce physician burnout. *J Healthcare Manag*. 2018; 63(5): 338-52.
33. Chaló, P, Pereira, A, Mateus, H, Batista, P, Oliveira, C. Brief biofeedback intervention for stress and anxiety: a study with nursing college students. *Int J Nur*. 2017; 17(4): 7-12.
34. Riet, P, Levett-Jones, T, Aquino-Russell, C. The effectiveness of mindfulness meditation for nurses and nursing students: an integrated literature review. *Nurse Educ Today*. 2018; 65: 201-11.
35. Smith, S. Mindfulness-based stress reduction: an intervention to enhance the effectiveness of nurses' coping with work-related stress. *Int J Nurs Knowl*. 2014; 25(2):119-30.



# IDENTIFICAR PRÁTICAS DE ENFERMAGEM DE QUALIDADE NO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Identify quality nursing practices in the pediatric outpatient care: a systematic review

## MARIA MARTINS

**Enfermeira,** Mestre em Saúde Infantil e Pediatria. IPV - Escola Superior de Saúde de Viseu. CI&DETS. Centro Hospitalar Tondela -Viseu, serviço de Pediatria, Viseu, Portugal.

✉ [mariapqm@hotmail.com](mailto:mariapqm@hotmail.com)

## GRAÇA APARÍCIO

**Professora Adjunta;** MD, PhD. IPV - Escola Superior de Saúde de Viseu. UNICISA/CI&DETS, UICISA:E - Center for Health Technology and Services Research, Viseu, Portugal.

## ISABEL BICA

**Professora Adjunta;** MD, PhD. IPV - Escola Superior de Saúde de Viseu. NursID: CI&DETS; CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Viseu, Portugal.

## Abstract

**Introduction:** Outpatient care philosophy has been growing in the past years. Looking to the premise of pediatric healthcare, the establishing of outpatient treatment has advantage, like shortening the deep impact caused by familiar environment detachment, everyday routines and habits. This paradigm implies an adaptation of nursing care services and practices, where quality improvement should focus on continuity of care at home. Objective: to identify recommendations evidence-based of good practices to child / family nursing interventions in an outpatient setting, that allows the definition of standards / quality indicators.

**Methodology:** A Systematic Review of Literature was performed, supported on the Cochrane Handbook orientations of studies published between 2004-2017. The research was conducted on EBSCO and PUBMED databases and resulted in 97 studies. After applying relevance tests, 80 were excluded and 17 included in the methodology critical assessment, done independently by two reviewers and based on defined criteria. At end, five articles<sup>1,2,3,4,5</sup> were included.

**Results:** The recommendations identified for the quality of outpatient nursing care are mainly directed to surgical situations, namely, prevention and control of infections, given the high turnover of children; use of digital strategies for preoperative preparation, avoiding anxiety and promoting early discharge, by empowering the family; telephone contact to support and ensuring continuity of care; assessment of the post-surgical condition using the Ped-PADSS checklist, ensuring the early discharge.

**Conclusion:** The results of this study allowed us to obtain recommendations for use in nursing practice of outpatient care and enable to the consequent quality improvement of nursing care provided to child and family.

**KEYWORDS:** NURSING CARE; AMBULATORY CARE; OUTPATIENTS; NURSING SENSITIVE OUTCOMES; STANDARDS

## INTRODUÇÃO

A hospitalização da criança é vista como uma situação crítica para os pais e para toda a família, relacionada com a mudança do ambiente físico e psicológico, separação dos restantes familiares, interrupção das atividades quotidianas, entre outros<sup>6</sup>. Os pais podem deparar-se com o sentimento de perda de normalidade, insegurança no seu papel parental, alterações financeiras, dor pelo sofrimento do filho, ansiedade, culpa e medo<sup>7</sup>. A adaptação às mudanças decorrentes da hospitalização infantil exige da família novas formas de organização e requer o desenvolvimento de habilidades para lidar com as pressões, as ansiedades, as dificuldades e as incertezas existentes<sup>8</sup>. A filosofia dos cuidados de enfermagem pediátricos apoia-se assim, no cuidado centrado na família, na parceria de cuidados e nos cuidados não traumáticos. O cuidado centrado na família reconhece a criança e a sua família como unidade de cuidado e considera a família como constante na vida da criança sendo que os sistemas de saúde e profissionais devem apoiar, respeitar, encorajar, potenciar a sua força e a competência<sup>9</sup>. A parceria de cuidados envolve o uso da comunicação efetiva e a construção de relação terapêutica entre enfermeiros e pais através da partilha de informação, negociação e participação<sup>10</sup>. Neste âmbito a filosofia de cuidados aponta para que sempre que possível, os cuidados possam ser prestados em regime de proximidade ou em regime ambulatorio. *"A admissão numa criança no hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa,*

*consulta externa ou em hospital de dia"* - Este é o primeiro dos dez direitos da Carta da Criança Hospitalizada<sup>11</sup>.

A criação de um Hospital-de-Dia Pediátrico, facilita o cumprimento deste princípio, permitindo a prestação de cuidados especializados sem internamento, assim como altas precoces, fatores importantes neste grupo etário e família<sup>12</sup>. De entre as várias possibilidades de tratamentos em regime ambulatorio, a cirurgia de ambulatorio representa a área onde estes estão há mais tempo desenvolvidos e onde existe uma maior percentagem de atendimentos. A prestação de cuidados neste regime traduz-se por um sistema organizativo centrado no doente, reunindo vantagens clínicas, económicas e sociais e permitindo proporcionar a um número cada vez maior de doentes, um tratamento cirúrgico personalizado, humanizado, com elevada segurança e qualidade, minimizando a incidência de infeção, diminuindo o desconforto no pós-operatório e promovendo uma rápida integração social<sup>13</sup>. O conceito de qualidade, assim como as metodologias associadas à qualidade, foram disseminadas a partir da indústria, por autores como Deming, Juran ou Ishikawa e, adaptadas à saúde, particular-

mente por Avedis Donabedian. No entanto, a preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde atravessa toda a história da Medicina, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale e Ernest Codman. Em saúde, apesar da definição de qualidade estar sempre dependente da perspetiva e valores de quem a define é importante escolher uma formulação que sirva de referência. Em 1990, o *Institute of Medicine* definia qualidade em saúde como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejados de acordo com o conhecimento profissional corrente<sup>14</sup>. Assim, definir indicadores de qualidade significa que o denominador comum é a preocupação com a excelência clínica, com a segurança e satisfação do doente, assim como o compromisso com a melhoria contínua e cumprimento de boas práticas em saúde, através da aplicação de protocolos e orientações baseadas na evidência científica. Neste contexto, este estudo teve como objetivo identificar recomendações, baseadas na evidência científica, de boas práticas de intervenções de enfermagem à criança/família em regime de ambulatorio, que permitam a formulação de normas/indicadores de qualidade.

QUADRO 01

### MATRIZ PI[C]OD

<b>P</b>	<b>Participants</b>	Crianças/família internada em Hospital-de-dia/regime ambulatorio.
<b>I</b>	<b>Interventions</b>	Intervenções de enfermagem
<b>C</b>	<b>Comparisons</b>	Não aplicável
<b>O</b>	<b>Outcomes</b>	Normas/Indicadores de qualidade
<b>D</b>	<b>Design</b>	Ensaio clínico aleatório, estudos correlacionais; estudos de coorte transversal; estudos experimentais; estudos prospetivos, Estudos de revisão

QUADRO 02

ESTUDO DE CHARTRAND ET AL.<sup>1</sup>

PARTICIPANTES/INTERVENÇÃO	MÉTODOS/RECOLHA DADOS
<p>105 duplas de pais-filho, com crianças com idades entre 3-10 anos, selecionadas aleatoriamente na consulta pré-operatória para cirurgia programada em regime ambulatorio.</p> <p>As duplas foram distribuídas aleatoriamente no grupo experimental (n=49) e no grupo controle (n=56) e foram alvo de preparação pré-operatória pela utilização de um vídeo.</p>	<p>Ensaio clínico randomizado e controlado. Para avaliação dos comportamentos de participação dos pais foi utilizada uma check-list de verificação observacional (Parental Behaviors Inventory).</p>

**ACHADOS - RESULTADOS SENSÍVEIS ÀS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

A preparação pré-operatória, mesmo por visualização virtual, capacita os pais, diminuindo os níveis de ansiedade e aumenta o seu nível de participação no pós-operatório, pela utilização de maior reforço positivo, de métodos de distração, relaxamento e estratégias de coping, com resultados na redução da dor pós-operatória, nas necessidades de analgesia e tempo de recuperação das crianças.

QUADRO 03

ESTUDO DE FORTIER ET AL.<sup>2</sup>

PARTICIPANTES/INTERVENÇÃO	MÉTODOS/RECOLHA DADOS
<p>Treze crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 7 anos que tinham realizado cirurgia eletiva em regime ambulatorio e seus pais discutiram a adaptação e viabilidade do WebTIPS, um website de animação infantil de preparação pré-operatória para redução da ansiedade.</p> <p>82 díades criança/pais foram divididas em dois grupos e um deles usufruiu de preparação pré-operatória através do programa virtual.</p>	<p>Fase I - Focus grupos discutiram a adequação e viabilidade de um programa da Web de preparação pre-operatória (dirigido a crianças e pais). Os dados foram gravados e efectuada análise de conteúdo.</p> <p>Fase II - Ensaio clínico randomizado e controlado composto por duas duplas de criança/pais distribuídas aleatoriamente pelo grupo em estudo (recebeu orientações via mail para utilização do WebTIPS e grupo controle. Para avaliação da eficácia do programa foi utilizada uma bateria de questionários: Child Temperament: Emotionality Activity Sociability Temperament Survey (EAS-TS); Parent-Coping: Miller Behavioral Style Scale; Modified Yale Preoperative Anxiety Scale; Parent Anxiety: State-Trait Anxiety Inventory.</p>

**ACHADOS - RESULTADOS SENSÍVEIS ÀS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

A preparação pré-operatória das crianças e pais, utilizando um website (WebTIPS) evidenciou impacto positivo nos comportamentos imediatos, incluindo diminuição da ansiedade pré-operatória em pais e crianças, diminuição do stress da criança no pré e pós-indução anestésica e no controlo da dor, maior empoderamento parental e aumento de altas precoces.

**METODOLOGIA**

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura seguindo os procedimentos metodológicos descritos no *Cochrane Database of Systematic Reviews*<sup>15</sup>. A questão de investigação foi formulada seguindo a matriz P[IC]OD, tal como apresentado no **quadro 01**. Resultando na seguinte questão de investigação: *Quais as recomen-*

*dações mais adequadas de intervenções de enfermagem à criança/família em regime de hospital de dia/ambulatorio com vista à definição de normas/indicadores de qualidade?*

Os termos para a pesquisa foram validados na terminologia e conteúdo na plataforma DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e definidos os critérios de inclusão/

exclusão. Efetuou-se busca na plataforma EBSCOhost nas seguintes bases de dados eletrónicas: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CINHALL (Cumulative Index of Allied Health and Nursing Literature) MEDLINE e na *Nursing Reference Center*, de estudos publicados entre Março e Novembro de 2018 nos idiomas português, inglês e espanhol.

## QUADRO 04

ESTUDO DE RATHORE AT AL.<sup>3</sup>

PARTICIPANTES/INTERVENÇÃO	MÉTODOS/RECOLHA DADOS
Dirigida a todos os profissionais de saúde que prestam cuidados a crianças em regime ambulatorio. Atualização das <i>guidelines</i> de prevenção e controlo da infeção no regime ambulatorio de Pediatria.	Recomendação de peritos efetuada com base na análise de 80 artigos publicados após as recomendações publicadas em 2007.

## ACHADOS - RESULTADOS SENSÍVEIS ÀS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Em regime ambulatorio as medidas de controlo de infeção devem seguir as precauções *standards* definidas para os doentes hospitalizados, dado a grande rotatividade dos clientes, número de pessoas envolvidas (criança e família) e a maior facilidade de transmissão de infeção.

As medidas fundamentais são: lavagem das mãos optando pela técnica e método indicado para cada situação (sabão ou solução alcoólica), utilização de equipamento de proteção individual; uso discriminado de luvas para procedimentos de rotina (troca fraldas...), limpeza sistemática dos equipamentos e espaços e aconselhamento da vacinação em doentes crónicos.

## QUADRO 05

ESTUDO DE VESSEY ET AL.<sup>4</sup>

PARTICIPANTES/INTERVENÇÃO	MÉTODOS/RECOLHA DADOS
Analisados 100 registos telefónicos de crianças/família com doenças crónicas complexa de dois serviços (neurologia e gastroenterologia) atendidos por uma equipa de enfermagem especializada (5 enfermeiras especialistas e 5 enfermeiras investigadoras) para validação de um projeto de melhoria da qualidade no acesso e resultados.	Elaborados indicadores operacionais com base em recomendações de boas práticas baseadas na evidência, para aconselhamento de crianças com doença crónica complexa em regime ambulatorio por <i>telehealth</i> . Dados obtidos dos registos telefónicos gravados e avaliados com base numa ferramenta com indicadores de gestão de cuidados (CCMT).

## ACHADOS - RESULTADOS SENSÍVEIS ÀS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

A gestão da doença crónica complexa e continuidade de cuidados pode ser efetuada por contacto telefónico "*telehealth*" com o doente/família, tendo por base orientações precisas, oportunas, utilizadas na triagem efetuada por enfermeiros especialistas;

Há evidência de benefícios no acesso e nos resultados em saúde - diminuição das deslocações ao hospital, evitando infeções cruzadas e gastos económicos; adequação do aconselhamento em face das necessidades; possibilidade de referência; aumento da satisfação e adesão do cliente;

A ferramenta ideal para medir os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem em atendimento ambulatorio por telecomunicação deve incluir: 1) suporte para auto gerenciamento; 2) educação e envolvimento do paciente e família; 3) comunicação cruzada; 4) *coaching* e aconselhamento do paciente e família; 5) uso do processo de enfermagem; 6) trabalho em equipa; 7) planeamento de cuidados centrados no paciente; 8) apoio à decisão e sistemas de informação; e 9) apoio legal<sup>4,18</sup>.

Utilizaram-se os descritores em língua portuguesa e inglesa "*Ambulatory Care*"; "*Outpatients*", "*Pediatric Nursing*"; "*Technical Standard*", conjugando-se os operadores booleanos nas seguintes formulações: "*Ambulatory care*" OR "*Outpatients*" AND "*Pediatric nursing*" AND "*Technical standards*" OR "*Standards*".

Da pesquisa resultaram 97 estudos e após uma primeira análise com

base nos critérios de inclusão/exclusão foram eliminados 80, sendo incluídos 17 artigos completos.

Após análise pelo teste de relevância I foram incluídos 12 para análise pelo teste de relevância II por dois investigadores independentes<sup>16</sup>, tendo sido incluídos 5 estudos para avaliação crítica da qualidade metodológica pelos mesmos investigadores. Justificou a exclusão o

facto de os artigos se referirem a internamento normal, não incluírem população pediátrica, serem redigidos noutras línguas que não as definidas e não termos acesso ao texto integral.

Foram incluídos nesta revisão sistemática 5 estudos. O nível de evidência científica foi efetuado tendo por base as recomendações do Center for Evidence based Medicine de

Oxford<sup>17</sup>, que permitiu classificar dois estudos em nível de evidência A<sup>1,2</sup> (91 e 84%), dois nível C<sup>4,5</sup> e um de nível D<sup>3</sup>.

## RESULTADOS

Para facilitar a análise dos estudos selecionados ou seja, o conjunto que constitui o *corpus* deste estudo, estes são apresentados em quadro. O estudo de Chartrand et al.<sup>1</sup> apresentado no **quadro 02** tinha como objetivo avaliar o efeito de um DVD de preparação pré-operatória baseado numa abordagem pedagógico-comportamental, sobre o conhecimento dos pais, o seu nível de participação e ansiedade e no desconforto das crianças, dor, necessidade de analgésicos e tempo de recuperação após a cirurgia em regime de hospital de dia.

No **quadro 03** são apresentados os principais achados do estudo de Fortier et al.<sup>2</sup> que tinha como objetivo realizar a avaliação de um projecto formativo e posteriormente testar a eficácia de um *website* de preparação comportamental (*WebTIPS*) dirigido a crianças submetidas a cirurgias em ambulatório e pais, onde eram incluídos ensinamentos de habilidades, modelagem e estratégias de enfrentamento. Na 1ª fase, a adequação e viabilidade do *WebTIPS* foi avaliada com recurso a discussão em *focus grupo* das percepções e atitudes de um grupo de pais de crianças que tinham sido submetidas a esse tipo de cirurgia. O *WebTIPS* foi desenvolvido para complementar (em vez de substituir) a preparação cirúrgica padrão. Na 2ª fase foi realizado um ensaio clínico para avaliar a eficácia da plataforma na redução da ansiedade da criança e pais durante a experiência de cirurgia em ambulatório.

Por outro lado o estudo de Rathore et al.<sup>3</sup> apresentado no **quadro 04**, teve, como objetivo divulgar informações práticas que atualizam a declaração das políticas de preven-

ção e controle de infeção aplicadas em ambientes hospitalares em regime ambulatorio, norma atualizada da anterior publicada em 2007 pela *American Academy of Pediatrics*.

O estudo de Vessey et al.<sup>4</sup> (**Quadro 05**), observacional, visava avaliar a eficácia de um projeto de continuidade de cuidados à distância (PiTEs) em crianças/família com doença crónica complexa, efetivado por contacto telefónico.

O estudo analisou a adequação do aconselhamento efetuado em tempo real, após triagem realizada com base em indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, na diminuição das deslocações aos cuidados ambulatorios hospitalares, no aumento da satisfação dos pacientes e na rentabilização de recursos - efetividade custo-benefício.

Moncel et al.<sup>5</sup>, estudo apresentado no **quadro 06**, analisa a viabilidade, eficácia e segurança da aplicabilidade da escala *Ped-PADSS (Pediatric postanesthetic discharge scoring)*, como critério para a alta, em crianças submetidas a cirurgia em regime ambulatorio com anestesia geral, permitindo um regresso à sua rotina diária em segurança e mais precocemente, permitindo a sua recuperação junto da sua família.

## DISCUSSÃO

A hospitalização é considerada um processo que decorre de uma transição, mais concretamente de uma transição do tipo saúde-doença, na qual se enfatiza o papel do enfermeiro na resposta às necessidades de informação obtidas no momento do acolhimento e necessárias para o conhecimento sobre aspetos relativos ao processo transicional em curso<sup>9</sup>.

Em pediatria a filosofia de cuidados aponta para que sempre que possível estes possam ser prestados em regime de proximidade ou em regime ambulatorio. A criação do

Hospital-de-Dia Pediátrico facilita o cumprimento deste princípio, permitindo a prestação dos cuidados necessários sem internamento, assim como permite altas precoces, condições importantes neste grupo etário e família<sup>12</sup>.

Os estudos selecionados para esta revisão foram realizados sobretudo na área da cirurgia de ambulatório, focando alguns dos indicadores de boas práticas neste âmbito.

Neste sentido, foi identificada a importância da preparação da criança/família para a cirurgia, tal como indicam os estudos de Chartrand et al.<sup>1</sup> e Fortier et al.<sup>2</sup> que analisaram a viabilidade e eficácia da preparação pré-operatória das crianças e pais através de ferramentas digitais, dada a sua facilidade de acesso.

Ambas as investigações revelaram impacto significativo na diminuição da ansiedade, quer antes quer depois da cirurgia, na capacitação dos pais para o uso de estratégias de relaxamento e controlo da dor do filho no pós-operatório, para além da redução do tempo de recuperação.

Na era digital, a crescente introdução de tecnologias de informação e comunicação nos sistemas de saúde, *telehealth*, ou *eHealth* tem potencial de elevação dos padrões de saúde e literacia das populações, através de uma prestação de cuidados mais efetiva e em tempo real<sup>19</sup>. As vantagens destas estratégias inovadoras são divulgadas pela OMS e mencionadas no Plano Nacional de Saúde de Portugal 2011-2016, onde se salienta que as telecomunicações e tecnologias virtuais constituem um elemento eficaz para a promoção de modos de relacionamento mais seguros, acessíveis e eficientes com os cuidados de saúde, para além da sua eficácia em termos económicos. Também o estudo de Vessey et al.<sup>4</sup> documenta a eficácia do recurso a consultas telefónicas de enfermagem para monitorizar e gerir a situação clínica em crianças com doença crónica

## QUADRO 06

ESTUDO DE MONCEL ET AL.<sup>5</sup>

PARTICIPANTES/INTERVENÇÃO	MÉTODOS/RECOLHA DADOS
<p>1060 Crianças com idades compreendidas entre os 6 meses e os 16 anos, internadas para cirurgia em regime ambulatorio, com anestesia geral.</p> <p>Foram avaliadas duas vezes com a Ped-PADSS, com uma hora de intervalo.</p> <p>Das 1060 crianças, 1041 tiveram alta hospitalar, 14 crianças não tinham pontuação para alta, devido a: não aplicação da escala; complicações cirúrgicas; complicações anestésicas; regresso tardio do bloco operatório.</p>	<p>Estudo observacional prospetivo.</p> <p>Aplicação da escala Ped-PADSS (<i>Pediatric Postanesthetic Discharge Scoring</i>), para avaliar a viabilidade e segurança da mesma.</p> <p>Esta escala foi construída usando critérios de validação extraídos da PADSS de Marshall e Chung (1997), com a respetiva adaptação à idade pediátrica, contendo os seguintes itens: sinais vitais (incluindo respiração), nível de consciência/atividade, náuseas e vômitos, presença de dor e sangramento cirúrgico.</p> <p>Um score <math>\geq 9</math> em duas avaliações com 1 hora de intervalo e 3 condições adicionais (ausência de qualquer dificuldade respiratória/voz rouca, sem pedido dos pais para ver o anestesista antes da alta ou vice-versa) são critérios de alta.</p>

## ACHADOS - RESULTADOS SENSÍVEIS ÀS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Definir critérios de alta padronizados para crianças é um ponto-chave da cirurgia de ambulatorio, suporta a intencionalidade terapêutica do enfermeiro na decisão de alta neste contexto e promove o retorno da criança ao seu ambiente familiar o mais cedo possível, dando maior confiança aos pais e empoderamento à criança e família, indo ao encontro da filosofia de cuidados.

A avaliação com base em critérios quantificáveis permite que a maioria das crianças tenha alta hospitalar 1 hora após a chegada do recobro, reduzindo o tempo de internamento ambulatorio;

O *Ped-PADSS* é confiável, reprodutível e fácil de aplicar, porém os critérios foram adaptados à idade pediátrica e três condições adicionais foram adicionados ao *PADSS* para ser específico para pediatria.

Mais estudos são necessários para determinar se os dados obtidos têm impacto na redução dos custos.

complexa e seu encaminhamento ou referenciação nas situações de necessidade de cuidados diferenciados. Este modo de prestação de cuidados de saúde tem efeitos na diminuição dos internamentos com consequentes ganhos em saúde, tais como, diminuição do risco de infecção hospitalar, aumento da segurança do doente, maior envolvimento da família e da sua efetividade na adesão ao regime terapêutico e redução da ansiedade da criança e sua família, para além dos ganhos a nível económico devido à rentabilização de recursos. No contexto dos cuidados em regime ambulatorio, a alta precoce da criança/família é um indicador de eficiência e satisfação do cliente, dado que permite o retorno rápido à segurança das rotinas diárias do seu ambiente familiar. Partindo deste pressuposto e de acordo com o estudo de Moncel et al.<sup>5</sup> A avalia-

ção pós-cirúrgica é num ponto-chave para a segurança dos cuidados em regime de ambulatorio, pois ao definir critérios padronizados para crianças, suporta a intencionalidade e segurança do enfermeiro na decisão de alta neste contexto e promove o retorno da criança ao seu ambiente familiar, indo ao encontro da filosofia de cuidados em pediatria<sup>9,10,11</sup>. Para a continuidade dos cuidados no domicílio, a avaliação deve ser continuada através de contacto telefónico<sup>5</sup> com orientações dirigidas às necessidades detetadas.

No contexto ambulatorial outro indicador de qualidade é avaliado pelo controlo de infecção para procedimentos médicos ou cirúrgicos, tal como indica o estudo Rathore et al.<sup>3</sup>. Este, reporta a atualização das recomendações neste âmbito, salientando os aspetos fundamentais, dadas as características deste tipo

de unidades/cuidados. A lavagem das mãos antes e depois de contato com a criança, uso de máscara de proteção, limpeza das áreas (sala de espera, enfermarias, casas de banho) e dos equipamentos, são cruciais para a redução das infeções cruzadas, dada a rotatividade dos utilizadores. As luvas não devem ser usadas em cuidados de rotina com a criança, exceto no caso de contato com fluidos orgânicos.

### CONCLUSÕES

Esta revisão sistemática da literatura permitiu a identificação de boas práticas de intervenções de enfermagem à criança/família em regime de ambulatorio, sobretudo no âmbito da cirurgia programada. Foram reconhecidos resultados sensíveis às intervenções autónomas de enfermagem nos resultados clínicos<sup>1,2,3,4,5</sup> sobretudo associados >

ao papel parental, pela maior participação dos pais/família na gestão de sintomas pré e pós-operatórios, redução da dor e das necessidades de analgesia e seu empoderamento para a continuidade dos cuidados. Os resultados do domínio interdependente foram evidenciados pela efectividade da alta precoce e/ou redução de reinternamentos<sup>5</sup> e importância do controlo da infeção<sup>3</sup>, tendo em conta a estadia de curta

duração com potencial impacto positivo a nível da saúde individual e dos custos institucionais. A alta precoce é sustentada pelo apoio da equipe de enfermagem, possível e eficaz através do contato telefónico para o esclarecimento de dúvidas, e continuidade de cuidados prestados pela família<sup>4</sup>, o que deixa em evidência o importante papel da *eHealth* na saúde e na literacia em saúde.

As evidências recolhidas permitem a formulação de indicadores de qualidade a nível do processo de cuidados, com impacto nos resultados em saúde e na satisfação do cliente, num quadro de assistência multidisciplinar de internamento em ambulatório, onde a criança/família representam o centro dos cuidados. ▴



## Referências

- Chartrand J, Tourigny J, McCormick J. The effect of an educational pre operative DVD on parent's and children's outcomes after a same-day surgery: a randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2017 Mar, 73(3):599-11.
- Fortier MA, Bunzli E, Walthall J, Olshansky E, Saadat H. Web-Based tailored intervention for preparation of parents and children for outpatient surgery (WebTIPS): Formative Evaluation and randomized controlled Trial. *Anesh Analg*. 2015 120(4): 915-22.
- Rathore MH, Jackson MA. American Academy of Pediatrics, Committee on Infectious Diseases. Infection Prevention and Control in Pediatric Ambulatory Settings. *Pediatrics*. 2017 Nov.140(5):1-25 e20172857.
- Vessey JA, Mccrave J, Curro-Harrington C, Di Fazio RL. Enhancing care coordination through patient and family-initiated telephone encounters. A quality improvement project. *J Pediatr Nurs*. 2015 Nov-Dez, 30(6): 915-23.
- Moncel JB, Nardi N, Wodey E, Pouvreau A, Ecoffey C. Evaluation of the pediatric post-anesthesia discharge scoring system in an ambulatory surgery unit. *Pediatric Anesthesia*. 2015 25:636-41.
- Hopia, H., Tomlinsont, PS., Paavilainen, E. - Child in Hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *J Clin Nurs*. 2005 Feb 14(2): 212-22.
- Pölkki, T, Pietila AM, Vehviläinen K, Laukkala H, Ryhanen P. Parental views on participation in their child's pain relief measurement and recommendation to health care providers. *J Ped Nurs*. 2002 Aug 17(4): 270-8.
- Silveira AO, Angelo M, Martins SR. Doença e Hospitalização da Criança: Identificando as Habilidades da Família. *Rev enferm UERJ*. 2008 abr-jun 16(2): 212-7.
- Hockenberry, J. M. & Wilson, D. *Wong Enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed). Loures: Lusociência; 2014.
- Casey A. Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *J Adv Nurs*. 1995Dec 22(6): 1058-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>
- Instituto de Apoio à Criança. [sede web] IAC: Carta da criança hospitalizada. Humanização dos serviços de atendimento à criança, 1998. [citado 2019 jul 23] Disponível em: <http://www.iacrianca.pt/index.php/setores-iac/carta-da-crianca-hospitalizada>
- Portugal. Alto Comissariado da Saúde. Comissão Nacional de Saúde da Criança e do adolescente 2004-2008, Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2009:176 p.
- Pinto JMS, Tavares P. A unidade de cirurgia Ambulatória do Hospital Curry Cabral. *Rev. Port. Cirurgia Ambulatória*. 2005 6:5-39
- Institute of Medicine (US) Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines; Field MJ, Lohr KN (editors). Washington (DC): National Academies Press (US). 1990.
- Higgins JPT, & Green S. *Cochrane Handbook for systematic reviews of intervention* (version 5.1.0) (Tc. collaboration, Editor). [Internet] 2011 [citado 2019 jul 18] Disponível em: <http://www.cochranehandbook.org/>
- Pereira ALP, & Bachion, MM. Atualidades em revisão sistemática da literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. [Internet] 2006 [citado 2018 jul 21] 27(4): 491-8. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633>
- Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute, [Internet] 2017 [citado 2019 jul 23] Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Haas, S., Swan, B. A., & Haynes, T. Developing ambulatory care registered nurse competencies for care coordination and transition management. *Nurs Econ*. 2013 Jan-Feb, 31(1), 44-9.
- WHO. Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth. Geneva: World Health Organization; 2016. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO



**ANA MARQUES**

**Enfermeira.** Serviço de Cirurgia Geral, ULSM - Hospital Pedro Hispano.

**CONCEIÇÃO OSÓRIO**

**Enfermeira Chefe.** Serviço de Cirurgia Geral, Conceição Osório; ULSM - Hospital Pedro Hispano.

**CRISTINA AGUIAR**

**Enfermeira.** Serviço de Cirurgia Geral; ULSM - Hospital Pedro Hispano.

**GRAÇA LOPES**

**Enfermeira.** Serviço de Cirurgia Geral, ULSM - Hospital Pedro Hispano.

✉ [Graca.Lopes@ulsm.min-saude.pt](mailto:Graca.Lopes@ulsm.min-saude.pt)

**TÂNIA RODRIGUES**

**Enfermeira.** Serviço de Cirurgia Geral; ULSM - Hospital Pedro Hispano.

# IMPLEMENTAÇÃO DE UMA **BUNDLE** PARA REDUÇÃO DO RISCO DE INFEÇÃO NO LOCAL CIRÚRGICO EM DOENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIA

Implementation of a bundle to reduce the risk of local infection in patients undergoing cholecystectomy.

**Abstract**

Surgical site infection (SSI) is an actual reality that has consequences, both economically and on the patient's wellbeing.

An exploratory descriptive survey design was used in this research. The aim of the study is to evaluate and analyse the effectiveness of bundle implementation in the patient's undergoing laparoscopic cholecystectomy. This work emerged under a project "Stop Hospital Infection", created with the intent of implementing best practices and improve measures, to achieve a decrease in incidence and thus morbidity and mortality associated with acquired infections in patients at some Portuguese hospitals.

A total of 333 patients who underwent laparoscopic cholecystectomy were studied from February 1, 2016 to May 31, 2018. The data was collected during June 2018, through consultation of the clinical file and respective clinical audit with a checklist. The checklist was prepared in accordance with the evidence-based guidelines for the prevention of SSIs by the Department of Public Health in Portugal and included the patient demographic data.

Of the total participants, 63% were female, aged between 20 and 87 years and with an average age of 60 years. We recorded an overall rate of SSI of 2% (n = 5), and the rate at start stage for this type of surgery was 13%.

Given these results and accordingly to scientific evidence, holds that the implementation of a bundle with adherence rates that are greater than 95% reduces the SSI, we suggest that the surgical bundles should be performed and we should further study with a larger sample including comorbidities.

**KEYWORDS: BUNDLE; CHOLECYSTECTOMY; SURGICAL SITE INFECTIONS**

**INTRODUÇÃO**

**A**

Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos clientes, em consequência

dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, e, que pode

também afetar os profissionais de saúde, durante o exercício da sua atividade<sup>1</sup>.

As Infeções do Local Cirúrgico (ILC) constituem uma realidade atual, ao nível dos cuidados de saúde, uma vez que, acarretam vários proble-

mas, quer ao nível das instituições de saúde, quer ao nível da qualidade de vida do cliente<sup>2</sup>, tornando-se numa componente crítica para a segurança do cliente e alvo de melhoria clínica<sup>3</sup>.

A European Centre for Disease Control and Prevention (ECDC) definiu critérios de classificação de ILC, está relacionada com o procedimento cirúrgico, ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco), nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou até um ano, no caso de colocação de prótese ou implante/transplante<sup>4</sup>. O sucesso na prevenção da ILC depende da combinação de várias medidas básicas, incluindo a preparação adequada pré-operatória e cuidados intra e pós-operatórios. Uma das estratégias utilizadas é a determinação dos fatores de risco, identificando condições clínicas que predisponham o desenvolvimento de ILC, e, com a sua adoção precoce, objetivam a minimização de complicações pós-operatórias.

O enfermeiro neste contexto, assume um papel ativo e preponderante, tendo como, foco da sua prática, a pessoa submetida a procedimentos invasivos e cirúrgicos<sup>2</sup>. Neste âmbito, surgiu a necessidade de implementar uma norma de cuidados, em clientes submetidos a colecistectomia laparoscópica, que visasse a adoção de boas práticas, de modo, a reduzir a taxa de infeção associada ao local cirúrgico, tendo em vista, a prestação de cuidados seguros, eficientes e com qualidade.

Para que se verifique mudanças na prática clínica e, provoquem alterações no comportamento profissional, recorre-se a um conjunto de estratégias orientadas para o conhecimento (educação e feixes de intervenções) e estratégias orientadas para o comportamento (estratégias facilitadoras - remover barreiras e bloqueios à mudança e estratégias diretivas)<sup>5</sup>.

A realização deste estudo tem como objetivo a divulgação dos resultados

obtidos com a implementação do feixe de intervenções. Pretendemos também ao longo do estudo, demonstrar o impacto que a sua implementação tem ao nível da redução da ILC.

## OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivos: implementar medidas de melhoria de boas práticas, através de uma norma de cuidados em clientes submetidos a colecistectomia laparoscópica; reduzir a infeção do local cirúrgico; avaliar e analisar a eficácia da implementação da *bundle*, após a sua implementação e segundo a prática baseada na evidência; criar uma cultura de segurança.

## MÉTODOS

Este estudo foi inserido no âmbito do projeto Stop Infeção Hospitalar, e, decorreu num hospital a norte de Portugal, entre os meses de fevereiro de 2016 e maio de 2018, sendo aprovada esta publicação, quer pelo Conselho de Administração e Comissão de Controlo da Infeção. Este projeto é uma parceria entre a DGS, a Fundação Calouste Gulbenkian e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), com o objetivo de reduzir as IACS, através da aplicação de programas específicos desenvolvidos em 12 hospitais em Portugal<sup>6</sup>.

Este estudo implica apenas a consulta dos dados disponíveis, pela consulta do processo clínico eletrónico, pelo que, estão assegurados os direitos ao anonimato dos clientes e garantida a confidencialidade dos dados.

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, onde foram estudados 333 clientes submetidos a colecistectomia laparoscópica, no período de 1 de fevereiro de 2016 a 31 de maio de 2018. A recolha de dados decorreu durante o mês de junho de 2018, através da consulta do pro-

cesso clínico e, respetiva auditoria clínica, de acordo, com uma grelha de avaliação que foi elaborada, tendo em conta, a norma da DGS para prevenção, desenvolvimento de ILC e a inclusão dos dados demográficos da amostra estudada.

Este projeto foi implementado, por etapas, sustentadas na análise das práticas, preconizadas pelas entidades que promoveram o projeto, seguidas de pesquisa bibliográfica e fundamentação teórica. O objetivo principal era a implementação de uma *bundle* que permitisse a redução da taxa de infeção, nos clientes submetidos a colecistectomia, de forma, eletiva e, posterior, avaliação da incidência de ILC, definindo-se como critério de exclusão, clientes submetidos a cirurgia urgente.

Ao longo do projeto, e, ao mesmo tempo que os resultados eram obtidos, através da realização das auditorias implementadas pelo grupo de trabalho envolvido, foram realizadas mudanças na prática, ao nível dos incentivos para os registos informáticos das intervenções efetuadas e, através da aquisição de recursos materiais para o bloco operatório. A cada intervenção, os resultados obtidos, relativos à adesão à *bundle*, eram divulgados às equipas envolvidas no processo cirúrgico. Os resultados eram enviados por email e afixados nos serviços com a conformidade da aplicação da *bundle* e, respetivas recomendações de melhoria.

Relativamente às melhorias implementadas ao longo do processo estas foram:

- A tricotomia passou a ser efetuada, apenas quando necessária e no peri-operatório, usando apenas clipper de remoção;
- Banho pré-operatório passou a ser realizado com esponjas de clorexidina  $\geq 2\%$  pelo menos 2h antes da intervenção; Medição da temperatura e glicemia em três momentos do peri operatório;
- Adequação do protocolo antibio-

terapia de acordo com o protocolo DGS.

A *bundle* para a prevenção ILC implementada foi baseada no instrumento de auditoria clínica, segundo a norma Nº 020/2015 de 15 de Dezembro de 2015 “feixe de intervenções de prevenção de infeção do local cirúrgico” da DGS, sendo esta, composta por seis critérios: (1) verificado o banho do cliente com cloro-hexidina a  $\geq 2\%$  no dia anterior à cirurgia; (2) verificado o banho do cliente com cloro-hexidina a  $\geq 2\%$  no dia da cirurgia, com pelo menos 2 horas de antecedência; (3) administrado antibiótico para profilaxia antibiótica, se indicado, em dose única nos 60 minutos anteriores à incisão cirúrgica e nunca ultrapassando as 24h de profilaxia (de acordo com a norma Nº031/2013 “profilaxia antibiótica cirúrgica”; (4) evitada tricotomia e, quando absolutamente necessária, é usada máquina de corte imediatamente antes da intervenção cirúrgica; (5) verificada a manutenção do cliente em normotermia ( $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$ ) no peri-operatório (indução anestésica, durante a cirurgia e após encerramento da ferida); (6) verificada a manutenção da glicemia  $\leq 180$  mg/dl no peri-operatório (indução anestésica, durante a cirurgia e após encerramento da ferida)<sup>5</sup>.

## RESULTADOS

Para a obtenção dos resultados das intervenções implementadas foram realizadas auditorias, após intervenção cirúrgica e nos 30 dias seguintes, sendo efetuada uma auditoria à implementação da *bundle*, de forma, a aferir o índice de cumprimento da implementação da mesma.

Do total de participantes (n=333), 63% eram do género feminino, com idades compreendidas entre os 20 e os 87 anos e com idade média de 60 anos. Registámos uma taxa global de infeção do local cirúrgico de 2%, (n=5), sendo que a taxa no início do

estudo, para este tipo de cirurgias, era de 13%, com uma mediana de 0. Relativamente ao critério de avaliação da *bundle*, verificamos que 62% dos clientes, não aderiram ao banho pré-operatório. Este facto deve-se, sobretudo, à inexistência de uma consulta pré-operatória para este tipo de cliente na instituição hospitalar, agravando o facto, de a maioria dos clientes serem admitidos no dia da intervenção

cirúrgica, o que impossibilitava o fornecimento do antisséptico para a realização do banho na véspera. Acresce, ainda, o incumprimento do timing do banho no dia da cirurgia, associado à alteração de tempos cirúrgicos, por fatores imprevisíveis detetados no momento, o que condicionava a sua aplicabilidade (Figura 1).

No que diz respeito à profilaxia antibiótica (critério 3), verificamos que

FIGURA 1

### TAXA DE ILC EM RELAÇÃO COM ADESÃO À BUNDLE (BANHO NO DIA ANTERIOR, BANHO DIA CIRURGIA E ANTIBIOTERAPIA)

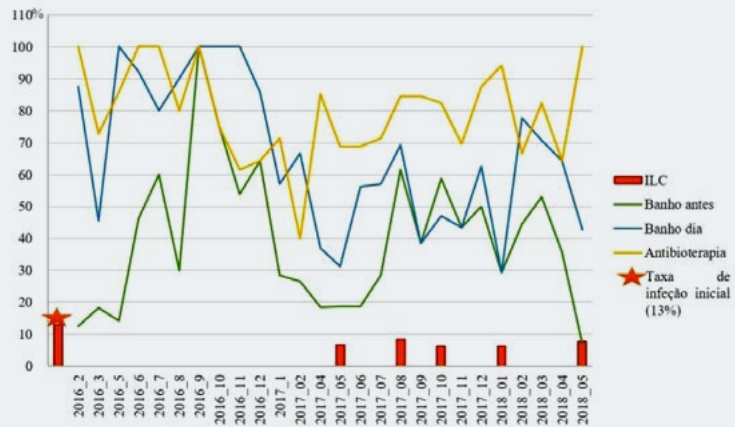
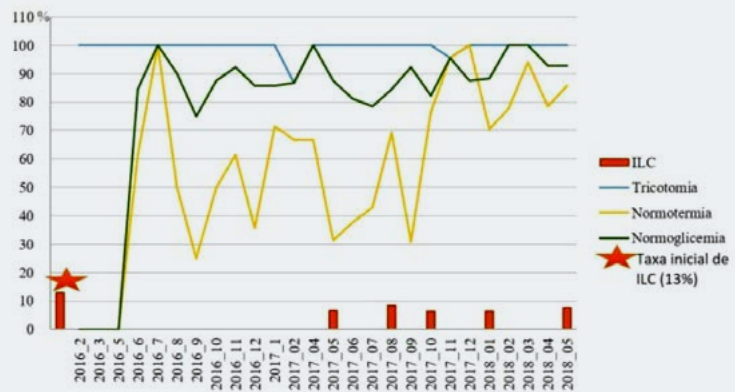


FIGURA 2

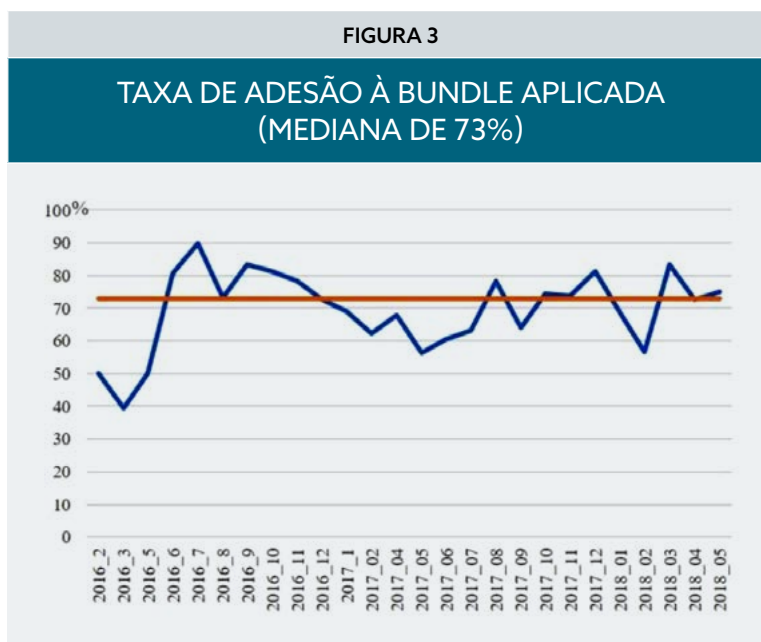
### TAXA DE ILC E ADESÃO À BUNDLE (TRICOTOMIA, NORMOTERMIA E NORMOGLICEMIA)



foi aplicado em 78% dos clientes auditados, e nos casos onde não foi possível cumprir os critérios, foi possível constatar que a antibioticoterapia profilática, não foi cumprida, de acordo, com a recomendação da DGS, referida anteriormente, assim como, a necessidade de atualização da política antibiótica institucional para as normas da DGS e realização de antibioticoterapia profilática em clientes sem critério (**Figura 1**). Setiawan<sup>7</sup> num estudo desenvolvido, demonstrou que a administração profilática de antibioticoterapia, reduz 4 vezes a incidência de ILC, aumentando os seus benefícios, quando administrado no tempo recomendado.

A tricotomia foi evitada ou efetuada, imediatamente antes da intervenção cirúrgica, com recurso a máquina de corte em 99% dos casos auditados (**Figura 2**). Segundo Adisa et al.<sup>8</sup>, verificaram que a realização de tricotomia com recurso a lâmina causava mais lesões na pele, logo favorecia o aumento da taxa de ILC. A normotermia no peri-operatório foi mantida em 60% dos clientes. Foi possível verificar que, aquando a realização do estudo, existiam algumas limitações ao nível da manutenção da temperatura adequada do cliente, sendo necessária a aquisição de mantas térmicas e a climatização das salas cirúrgicas, levando a um maior cumprimento deste parâmetro, por parte dos enfermeiros (**Figura 2**). Num estudo realizado por Mattia et al.<sup>9</sup>, verificaram que clientes submetidos a condições de hipotermia durante a intervenção cirúrgica, apresentam menor diminuição da temperatura corporal, quando comparados com clientes não aquecidos.

A normoglicemia no peri-operatório foi avaliada em 83% dos clientes auditados, verificando-se que era necessário, um maior incentivo para o registo da mesma (**Figura 2**). Segundo uma revisão sistemática realizada por Murad et al.<sup>9</sup>, foi possível verificar que clientes com hiper-



glicemia capilar apresentam menor incidência de ILC, quando comparados com outro grupo, no qual esse controlo era menor.

No total do estudo conseguiu-se uma taxa de adesão média à bundle de 70%, com valores que, inicialmente, rondavam os 39%, com um valor máximo de 81% e uma mediana de 73% (**Figura 3**).

Com a implementação desta *bundle*, foi possível evitar em 98% dos casos, a ILC na colecistectomia, sendo a taxa inicial de 13%. Conseguimos reduzir a taxa de infeção do local cirúrgico nas colecistectomias, pelo que, a partir de julho de 2016, passamos a medir a oportunidade entre infeções e foram conseguidas 162 cirurgias sem infeção (**Figura 4**).

## DISCUSSÃO

As infeções adquiridas em meio hospitalar são um problema que afeta todos os países, mas que assumiu uma dimensão preocupante em Portugal, onde se verificam taxas de prevalência mais elevadas de IACS<sup>11</sup>. Apesar do conhecimento acerca das IACS, e, principalmente das medidas de prevenção, o que frequentemente se verifica é a baixa adesão da implementação das medidas, emitidas por parte dos profissionais de saúde. Segundo dados do inquérito nacional de prevalência de infeção, realizado em 2017, as IACS apresentavam uma taxa de 7,8% e as ILC relacionadas com a vesícula biliar 2,5%<sup>1</sup>. Verifica-se que o risco de adquirir uma ILC, está relacionado com o tipo de procedimento cirúrgico realizado.

Manrique et al.<sup>12</sup>, refere como fatores marcantes, no controlo da ILC, a vigilância, o diagnóstico e a profilaxia. Clarkson<sup>13</sup>, refere a aplicação de bundles como um recurso de excelência quando aplicadas na redução das taxas de mortalidade nos hospitais, sem que exista uma implicação significativa nos recursos existentes.

As ILC são, provavelmente, as complicações que mais se podem prevenir numa cirurgia. As taxas de adesão às *bundles* devem ser avaliadas e analisadas, para que, desta forma, se possa refletir acerca da implementação de intervenções baseadas em evidências científicas<sup>14,15</sup>.

Koek et al.<sup>16</sup> num estudo realizado sobre a utilização de uma *bundle* na redução do risco de ILC, na Holanda, concluiu que a adesão à mesma, reduz significativamente o risco de ILC, quer na sua totalidade, quer apenas numa parte, sendo que, a aplicação completa do feixe de intervenções, comparada com outros níveis de aplicação da *bundle*, resultam na redução do risco, variando entre 14% e 37%.

Tanner et al.<sup>15</sup> publicaram uma meta-análise sobre o efeito da aplicação

de uma *bundle* de cuidados no risco de desenvolver ILC na cirurgia colorretal, tendo concluído que a sua utilização, reduz o risco de ILC em 45%, no entanto, não publicaram nenhuma informação, acerca das taxas de adesão à *bundle*.

De acordo com a IHI<sup>17</sup>, o objetivo de reduzir a prevalência de ILC, a *bundle* cirúrgica deve ser aplicada a todos os clientes submetidos a cirurgia. A aplicação destes feixes de intervenção, que refletem uma prática baseada na evidência, permitem aos profissionais de saúde a prestação de cuidados, baseados nas últimas evidências científicas, e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados e obter resultados sólidos e consistentes. A aplicação deste tipo de feixes de intervenção, assenta ainda em estratégias que envolvem a colaboração das equipas, permitindo que os objetivos sejam avaliados de forma sistemática.

As limitações deste estudo prendem-se essencialmente, pela adesão por parte das equipas aos registos que evidenciam as medidas implementadas, no entanto, no decorrer do estudo, foram constantemente incentivadas ao cumprimento da *bundle* e ao registo de forma adequada.

Michie et al.<sup>18</sup> evidenciam no seu artigo, o recurso a teorias da psicologia para a implementação das práticas baseadas na evidência. Os autores fazem referência a estratégias formativas, na adesão às boas práticas de profissionais de saúde e pela disponibilidade de informação.

O cumprimento dos tempos definidos em plano operatório, nem sempre era mantido, o que alterava o *timing* definido para o banho antisséptico determinado para o próprio dia. A inexistência de uma consulta enfermagem no pré-operatório foi considerada também uma desvantagem, uma vez, que não permitiria um ensino adequado e o fornecimento de esponjas para o banho

antisséptico. No entanto, também verificamos que os clientes internados no próprio dia da cirurgia programada, não era possível a execução de ensinamentos, ao nível do controlo de doenças pré-existentes, assim como, hábitos de adição (tabágicos e alcoólicos). Com a admissão do cliente no dia da cirurgia, também foi possível verificar que, devido ao curto espaço de tempo de internamento, o risco de colonização da flora da pele diminuía.

Num estudo de Graling e Vasaly<sup>19</sup>, demonstraram que a realização de banho pré-operatório com cloroheixidina, reduz globalmente a taxa de ILC, apesar do tamanho da amostra deste estudo ser considerada pequena. Por sua vez, Cowperthwaite e Holm<sup>20</sup>, apesar de não ter sido demonstrado que o banho pré-operatório reduzia a taxa de ILC, refere que pode reduzir a carga bacteriana e assegurar a limpeza adequada da pele.

Com a participação dos serviços hospitalares, nos programas de vigilância epidemiológica, assistimos a uma melhoria da qualidade a este nível, contribuindo assim, para a diminuição da taxa de ILC, após a implementação das *bundles*, sugerindo-se que sejam cumpridas as *bundles* cirúrgicas e, realizados outros estudos, em amostras maiores, e, noutros serviços, para poder interferir com a prática de cuidados deste âmbito. Assim, é necessário um trabalho prévio, no qual sejam envolvidos neste processo, os clientes e a equipa multidisciplinar, desde o período pré-operatório até ao pós-operatório<sup>21</sup>.

Crolla et al.<sup>22</sup> num estudo sobre implementação de uma *bundle* e mediação dos efeitos na taxa de ILC, concluiu que a implementação de *bundle* estava associada a uma melhoria da adesão ao longo do tempo, em conjunto com uma redução da taxa de ILC de 36%, após ajuste e formação, por parte da equipa multidisciplinar, o que, segundo este autor faz com que a aplicação desta, seja

uma importante ferramenta para melhorar a segurança do cliente. De acordo com Gonçalves et al.<sup>23</sup>, os resultados eficazes de procedimentos e cuidados de saúde mostram-se eficientes quando se verifica uma intervenção educativa, com o intuito, de que, a aprendizagem continua mude a prática.

## CONCLUSÃO

A evidência científica sustenta que a implementação de uma *bundle*, com taxas de adesão superiores a 95% reduz a ILC. Contudo, verificamos que foram reduzidas as

infecções, sem que esta percentagem fosse atingida, o que nos leva a refletir sobre a existência de outros fatores que podem interferir na ILC, para além, dos contemplados pela *bundle*.

O sucesso na prevenção da ILC depende da combinação de várias medidas básicas, incluindo a preparação adequada pré-operatória e cuidados intra e pós-operatórios. O presente estudo também permitiu evidenciar o papel do enfermeiro na prevenção e controlo de ILC, assumindo-se como um elemento fulcral para o desenvolvimento da sua prática, em todos os serviços hos-

pitalares envolventes neste estudo. No entanto, é essencial destacar a capacitação do profissional, sendo necessária a formação das equipas, sobre práticas baseadas na evidência, acompanhado de um crescimento profissional e pessoal, com a aquisição de novos conhecimentos e produção de ganhos em saúde, ao nível do combate às infeções. Para tal, seria imperioso a replicação do estudo em todos serviços, uma vez, que a problemática “infeção” envolve a colaboração de todas as equipas multidisciplinares, e, sem esta, não podemos prevenir, nem controlar as infeções. ▴



## Referências

- Direção-Geral da Saúde. Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Lisboa: DGS [Internet]. 2017 dezembro. [citado 2019 junho 1]; [24 páginas]. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. Práticas recomendadas para o bloco operatório. Lisboa: AESOP; 2013. 135p.~
- Pina E, Ferreira E, Marques A, Matos B. Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Revista Portuguesa de Saúde Pública [Internet]. 2010 novembro. [citado 2019 julho 7]; [13 páginas]. Disponível em: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>
- Direção-Geral da Saúde. Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. Lisboa: DGS [Internet]. 2013 dezembro. [citado 2019 junho 6]; [18 páginas]. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242013-de-23122013-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. “Feixes de Intervenções” de Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico. Lisboa: DGS [Internet]. 2015 dezembro. [citado 2019 julho 10]; [12 páginas]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>
- Despacho nº 2757/2017, de 3 de abril. Diário da República nº 66 – II Série. Lisboa: Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde [Internet] 2017 abril. [citado 2019 julho 8]; [2 páginas]. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/106803138>
- Setiawan B. The role of prophylactic antibiotics in preventing perioperative infection. Ata Medica Indonésia [Internet]. 2011 outubro. [citado 2019 julho 12]; [5 páginas]. Disponível em: [http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22156360&lang=pt-br&site=ehost-live)
- Adisa A, Lawal O, Adejuyigbe O. Evaluation of two methods of preoperative hair removal and their relationship to postoperative wound infection. Journal Of Infection In Developing Countries [Internet]. 2011 Outubro. [citado 2019 junho 6]; [6 páginas]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21997940>
- Mattia A, Barbosa M, Mattia A, Farias H, Santos C, Santos D. Hypothermia in patients during the perioperative period. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. 2012 fevereiro. [citado 2019 junho 18]; [7 páginas]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22441266>
- Murad M, Coburn J, Coto-Yglesias F, Dzyubak S, Hazem A, Lane M, Prokop L, Montori V. Glycemic control in non-critically ill hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism [Internet]. 2012 janeiro. [citado 2019 junho 20]; [10 páginas]. Disponível em: <https://academic.oup.com/jcem/article/97/1/49/2833140>
- Fundação Calouste Gulbenkian. Stop Infeção Hospitalar – Um desafio Gulbenkian. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian [Internet]. 2015. [citado 2019 julho 6]; [16 páginas]. Disponível em: [https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/04/29200516/1-2-Cad-Broch-Stop-Infec%C3%A7%C3%A3o-Hospitalar-FCG\\_sem-miras.pdf](https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/04/29200516/1-2-Cad-Broch-Stop-Infec%C3%A7%C3%A3o-Hospitalar-FCG_sem-miras.pdf)
- Manrique F, González A, Aceituno L, González V, Redondo R, Aisa, L, Delgado L. Incidencia de infección nosocomial quirúrgica en ginecología y obstetricia en un hospital comarcal. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2013 outubro. [citado 2019 junho 6]; [5 páginas]. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v78n5/art03.pdf>
- Clarkson D. The role of ‘care bundles’ in healthcare. British Journal of Healthcare Management. [Internet]. 2013 Agosto. [citado 2019 junho 6]; [6 páginas]. Disponível em:

- <https://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/bjhc.2013.19.2.63>
14. Kiernan M. Prevention of surgical site infection: compliance is key. *British Journal of Nursing* [Internet]. 2015 setembro-outubro. [citado 2019 junho 19]; [1 página]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26419709>
  15. Tanner, J, Padley W, Assadian O, Leaper D, Kiernan K, Edmiston C. Do surgical care bundles reduce the risk of surgical site infections in patients undergoing colorectal surgery? A systematic review and cohort meta-analysis of 8,515 patients. *Surgery* [Internet]. 2015 julho. [citado 2019 junho 15]; [12 páginas]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25920911>
  16. Koek M, Hopmans T, Soetens L, Wille J, Geerlings S, Vos M, Van Benthem B, Greeff S. Adhering to a national surgical care bundle reduces the risk of surgical site infections. *PLoS ONE* [Internet]. 2017 setembro. [citado 2019 junho 15]; [28 páginas]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5587118/>
  17. Institute for Healthcare Improvement. How-to Guide: Prevent Surgical Site Infections. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement [Internet]. 2012 janeiro. [citado 2019 junho 15]; [28 páginas]. Disponível em: [https://web.mhanet.com/SSIPreventionToolkit\\_IHI.pdf](https://web.mhanet.com/SSIPreventionToolkit_IHI.pdf)
  18. Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A; "Psychological Theory" Group. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Quality and Safety Health Care* [Internet]. 2005 fevereiro. [citado 2019 junho 20]; [8 páginas]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15692000>
  19. Graling P, Vasaly F. Effectiveness of 2% CHG cloth bathing for reducing surgical site infections. *AORN J.* [Internet]. 2013 maio [citado 2019 junho 10]; [5 páginas]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23622827>
  20. Cowperthwaite L, Holm R. Guideline Implementation: Preoperative Patient Skin Antisepsis. *AORN Journal.* [Internet]. 2015 Janeiro. [citado 2019 junho 3]; [9 páginas]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25537328>
  21. Illingworth K, Mihalko W, Parvizi J, Sculco T, McArthur B, Bitar Y, Saleh K. How to minimize infection and thereby maximize patient outcomes in total joint arthroplasty: a multicenter approach: AAOS exhibit selection. *J Bone Joint Surg Am* [Internet]. 2013 abril. [citado 2019 junho 15]; [13 páginas]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/236224379\\_How\\_to\\_Minimize\\_Infection\\_and\\_Thereby\\_Maximize\\_Patient\\_Outcomes\\_in\\_Total\\_Joint\\_Arthroplasty\\_A\\_Multicenter\\_Approach\\_AAOS\\_Exhibit\\_Selection](https://www.researchgate.net/publication/236224379_How_to_Minimize_Infection_and_Thereby_Maximize_Patient_Outcomes_in_Total_Joint_Arthroplasty_A_Multicenter_Approach_AAOS_Exhibit_Selection)
  22. Crolla R, Van Der Laan L, Veen E, Hendriks Y, Van Schendel C, Kluytmans J. Reduction of surgical site infections after implementation of a bundle of care. *PLoS One.* [Internet]. 2012 Setembro. [citado 2019 junho 3]; [6 páginas]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22962619>
  23. Gonçalves F, Brasil V, Minamisava R, Caixeta C, Oliveira L, Cordeiro J. Efficacy of health education strategies for preventive interventions of ventilator-associated pneumonia. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2012 outubro-dezembro. [citado 2019 julho 4]; [7 páginas]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000400023>



**HELENA LOUREIRO**  
**Professor adjunto, Doutorada.**  
 Universidade de Aveiro,  
 Portugal.

✉ hloureiro@ua.pt

**MARGARETH ÂNGELO**  
**Professora Titular; Doutorada.**  
 Universidade de São Paulo,  
 Brasil.

**AIDA MENDES**  
**Professora Coordenadora,  
 Doutorada.** Escola Superior  
 de Enfermagem de Coimbra,  
 Portugal.

# FAMÍLIA E TRABALHO: CONCILIAÇÃO PERCECIONADA POR TRABALHADORES EM IDADE AVANÇADA

Family and work: perceived  
 conciliation for advanced age workers

## Abstract

Family and Work are mesosystems of human ecological development whose imbalance exposes individuals to a particular adaptive difficulty. To understand the meaning that older workers attach to this dyad may contribute to improve their ability to work and family health.

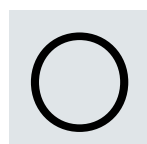
This was a descriptive, qualitative study that used Bardin's content analysis as a methodology. It was conducted in a non-probabilistic sample (n = 62), selected from a population of over 55-year-old health workers, who agreed to participate. The information was obtained by semi-structured interview and analyzed by the WebQda program.

Participants perceived the Family as a "safe haven", as it was a source of support and personal fulfillment. The same attribution was not performed by participants who, due to the lack of return and / or isolation / abandonment expressed, pointed out that the family was "absent" in their lives. With respect to work, the gender difference was manifested by the overload perceived by the female gender. When asked about the Family / Work conciliation, the speeches mirrored the way the present time sustains itself in constructions that are lasting from the past.

It was concluded that the Family / Work conciliation can adopt different scenarios depending on the meaning that individuals give to both throughout their life experiences and that, particularly in older workers, the intervention of occupational nurses can make the difference, when we want to promote active aging in the workplace.

**KEY-WORDS (DECS): AGING; FAMILY; WORK; NURSING; OCCUPATIONAL HEALTH.**

## INTRODUÇÃO



O indivíduo assume um papel decisivo naquele que é o equilíbrio do micro, meso e macro sistémico

de desenvolvimento operado no seu processo de envelhecimento<sup>1</sup>. Este processo, mais especificamente a promoção daquele que se pretende que seja o envelhecimento saudável e ativo, resulta do equilíbrio que o

indivíduo consegue estabelecer entre os seus objetivos de vida, a capacidade em gerir os seus recursos e, da forma como se relaciona com o seu ambiente envolvente<sup>2,3</sup>.

No final da idade adulta, os indivíduos são chamados a dar resposta a um vasto conjunto de adaptações daquela que é, até então, a sua dinâmica sistémica de vida. Em termos familiares, também no final da vida



adulta são muitas adaptações que poderão ser operadas a nível da sua estrutura, desenvolvimento e funcionalidade<sup>4</sup>, como são exemplo a saída dos filhos, a chegada dos netos, a entrada dos pais dependentes e o reajustamento de papéis (que se compadece com todas estas mudanças) e muitos outros fenómenos que se associam àquela que é a fase do ciclo vital que se denomina por "ninho-vazio"<sup>4</sup>.

Na dimensão laboral idêntico fenómeno adaptativo se manifesta. Dependendo do significado que o individuo foi atribuindo ao trabalho exercido, o final de vida ativa poderá ser fonte prazerosa (se do seu exercício advém um conjunto de *outputs* positivos como fonte status, de retorno económico, entre outros) ou penosa (se pelo contrário trabalhar se revela fonte de desconforto ou mesmo de stresse em saúde e *burnout*)<sup>5</sup>.

A Família e o Trabalho são, então, tidos como dois dos mais relevantes microssistemas componentes daquele que passa a ser o ambiente de desenvolvimento da pessoa em idade adulta, razão pela qual se considera que este tema careça de um maior enfoque de estudo, quando se pretende potencializar a saúde dos recursos laborais<sup>6</sup>.

Atentos a este fenómeno, a International Labour Organization (ILO) e a World Health Organization (WHO) apelam à conjugação de esforços por parte de todos os atores envolvidos, por forma a encontrar estratégias que promovam a saúde dos trabalhadores, com vista à continuidade de um desenvolvimento socioeconómico e sustentável para as gerações futuras. Assemelhando o seu modelo a uma estrutura habitacional (**Figura 1**), a Finnish Institute of Occupational Health (FIOH)<sup>7</sup> refere que a capacidade para o trabalho resulta do equilíbrio estabelecido entre os recursos do trabalhador e o tipo trabalho que é exercido, sendo os principais fatores interferentes neste processo: a saúde e aptidões

funcionais (1º piso); a educação e competência (2º piso); os valores, atitudes e motivação (3º piso); a comunidade profissional e ambiente de trabalho (4º piso); e os conteúdos, as exigências e a organização do trabalho (cobertura/telhado). Segundo este modelo<sup>7</sup>, a mobilização dos recursos internos e das questões familiares (do 3º piso) são uma ação necessária para construir um equilíbrio melhor e sustentável na vida profissional e na sequencia deste pensamento, fará sentido compreender a forma como os trabalhadores arquitetam estratégias e se mobilizam para conciliar as suas funções familiares e de trabalho, particularmente numa fase mais avançada da vida em que as exigências se tornam gradualmente mais diversificadas e complexas. A construção deste artigo enquadra-se no âmbito da intervenção de enfermagem em saúde ocupacional, mais especificamente visa sensibilizar para a intervenção de promoção da saúde dirigida a trabalhadores em idade avançada que neste específico estadió das suas vidas vivenciam específicas adaptações de vida conducentes a um possível

desequilíbrio da sua perceção de capacidade para o trabalho.

## OBJETIVOS

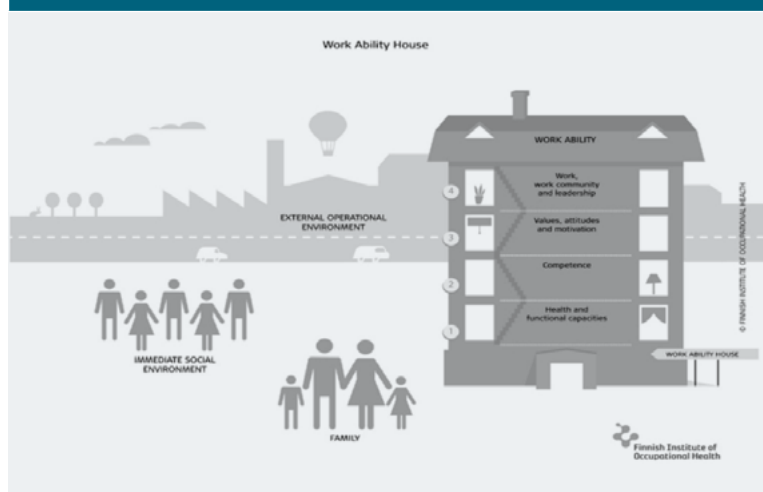
O presente estudo visa descrever a forma como trabalhadores de maior idade percebem a conciliação que estabelecem entre aqueles que são os seus microssistemas de desenvolvimento "Família" e "Trabalho" e como esta interfere com o seu índice de capacidade para o trabalho.

## METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo, baseado em metodologia qualitativa, e de paradigma compreensivo e hermenêutico que tomou como população-alvo os trabalhadores que exerciam funções em unidades de prestação de Cuidados de Saúde Primários, do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga, da Administração Regional de Saúde do Centro, entre os anos 2017 e 2018. A amostra de participantes (n=32) foi selecionada de forma não probabilística e por conveniência, decorrente do manifesto assentimento de

FIGURA 1

### MODELO DE PROMOÇÃO DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO (FIOH, 2014).



participação livre e esclarecido em participar no estudo. Foram critérios de inclusão: assumir o estatuto de "estar em pleno exercício laboral", ter mais de 55 anos de idade e, coabitar com a família nuclear. Maioritariamente feminina (58,1%) e com uma média de idade de 57,3 anos (DP=2,4 anos), os participantes exerciam o exercício profissional em diferentes áreas profissionais (Médicos=30,7%; Enfermeiros=45,5%; Pessoal técnico e administrativo=14,5%; Auxiliares de apoio técnico e outros=10,3%). A informação recolhida para a elaboração deste estudo foi obtida por meio da técnica de entrevista, conduzida por guião semiestruturado, tendo o seu resultado sido gravado em registo áudio. Uma vez transcritas e codificadas, as entrevistas foram analisadas pelo método de análise de conteúdo de Bardin<sup>7</sup>, recorrendo para tal à sua análise temática e categórica por contabilização de Unidades de Registo (UR), com recurso ao programa software WebQda.

Todos procedimentos formais e pressupostos éticos inerentes ao desenvolvimento de investigação contemplados neste estudo.

**RESULTADOS**

Uma vez transcrita, explorada e organizada toda a informação recolhida, resultou da sua análise uma árvore categórica baseada nos seguintes temas centrais: i) *Como me sinto na (minha) família* (172UR), ii) *Como me sinto no (meu) trabalho* (143UR), iii) *Como o (meu) trabalho afeta a (minha) família* (118UR), iv) *Como a (minha) família afeta o (meu) trabalho* (112UR), cujos conteúdos se passam a apresentar (Figura 2).

**Como me sinto na (minha) família (172 UR)**

Os participantes emitiram referências discursivas ambivalentes no que se reportou a esta temática, dando conta que a sua perceção se repartiu entre *Família Presente* (105 UR) e *Família Ausente* (67UR). Afirmaram a sua *Família Presente*,

quando nos seus discursos expressaram o facto da família constituir uma relevante *Fonte de apoio emocional* (62 UR) e *Fonte de realização* (43 UR).

*"A família é a nossa sustentação. Ela é que nos dá aquele apoio que precisamos no dia-a-dia para enfrentarmos momentos menos bons ... É nela que partilhamos aquilo que nos acontece na vida [...]o nosso porto seguro quando as coisas não correm tão bem."* (E22, 2018)

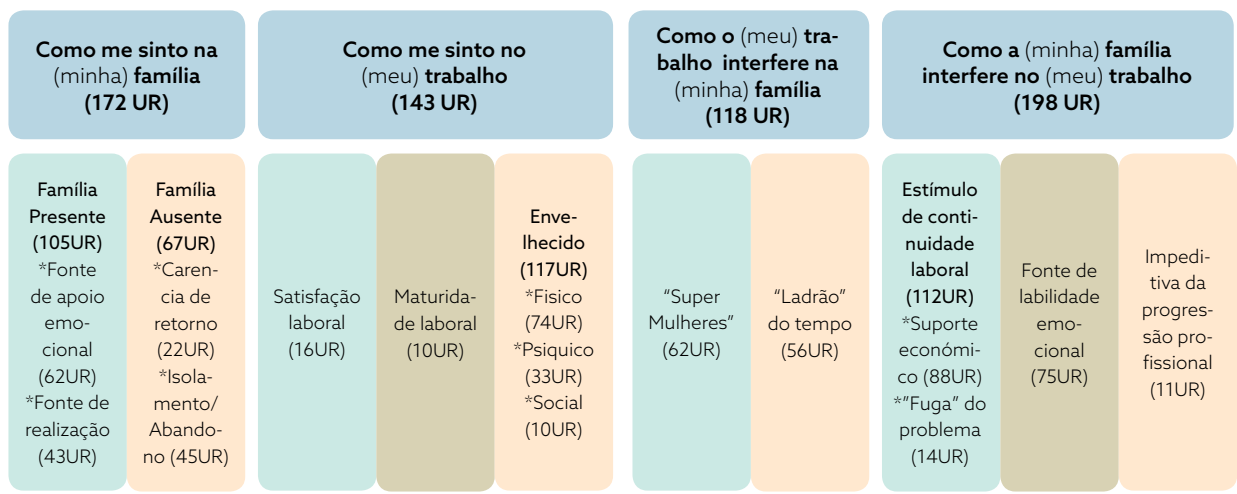
Oposta atribuição de significado foi realizada por participantes que, pela *carência de retorno* (22 UR) e/ou pelo *isolamento/abandono* (45 UR) expressos, fizeram notar que percecionavam a sua *Família Ausente*.

*"(...) neste momento praticamente vivo sozinho com o meu marido onde ele me dá o apoio, algum apoio, não todo, mas algum apoio! (...) minha filha que já não está comigo, ... tem a vida dela e mora longe e o meu filho também tem o trabalho dele[...]"* (E26, 2018)

FIGURA 2

TEMAS, CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTO DA CONCILIAÇÃO FAMÍLIA/ TRABALHO PERCECIONADA EM IDADE ADULTA AVANÇADA

FAMÍLIA/TRABALHO



### **Como me sinto no (meu) trabalho (143 UR)**

A *Satisfação laboral* (10 UR) foi uma das categorias que emergiu da temática *Como me sinto no (meu) trabalho*. Esta evidencia foi notória pelo facto de grande parte dos entrevistados se identificarem com o trabalho desempenhado e de este constituir fonte prazerosa e de motivação para as suas vidas (“...gosto muito do que faço e de estar com as minhas colegas e é isso que me motiva muito pra... pra continuar... pronto” E20, 2017).

O facto de assumirem a “mais idade” de que eram detentores foi também percussora da categoria *Maturidade laboral* (16 UR) que detinham no seu desempenho profissional (“A idade [...] pelo menos trouxe a possibilidade de conseguirmos em momentos mais desafiantes, sermos mais seguros de nós... mais serenos, no enfrentar do dia-a-dia. E, quer queiramos, quer não, isso interfere muito no nosso desempenho” E13, 2017). A percepção de *Envelhecimento* (117 UR) foi outra das categorias emergentes dos discursos dos entrevistados, fazendo notar as limitações trazidas pelo tempo cronológico sentidas nas suas dimensões *Física* (74 UR), *Psíquica* (33 UR) e *Social* (10 UR)

“Sei que já não tenho a força, a memória nem o estímulo que tinha no passado e que estas jovens agora têm...mas quem andou já não tem para andar (...)”. (E23, 2018)

### **Como o (meu) trabalho interfere na (minha) família (118 UR)**

Os extratos discursivos deram conta que o exercício laboral foi percebido como uma sobrecarga no cuidar das suas famílias, sendo essa interferência manifestamente expressa pelas entrevistadas do género feminino - *As “Super Mulheres”* (62 UR).

“...e depois do trabalho, lá vou eu para o meu segundo emprego...não é que não goste de cuidar da minha família... mas, depois de tantos anos de levantar às 6 horas, deixar tudo

preparado para o dia dos meus filhos e marido, ir para o trabalho, vir fazer e dar o almoço, voltar para o trabalho até às 17horas, ir buscar os filhos à escola para os deixar nas atividades, entre elas, ir ao supermercado, regressar a casa, orientar banhos, fazer o jantar, tratar da loiça, deitar os miúdos, passar o serão a tratar das roupas...uf! Enfim, nós somos umas “Super Mulheres”. (E15, 2017)

Os relatos também deixaram transparecer que para muitos entrevistados o trabalho era tido como um “Ladrão” do tempo (56UR), uma vez que era responsável pela limitação do desejável espaço temporal para partilhar com a família, nomeadamente para dar apoio aos seus descendentes. (“Dava tudo para ter tempo para ajudar os meus filhos e criar os meus netos” (E29, 2018)

### **Como a (minha) família interfere no (meu) trabalho (198 UR)**

Na percepção dos entrevistados, a família foi sendo tida como um *Estímulo de continuidade laboral* (112UR), como *Fonte de labilidade emocional em contexto laboral* (75UR) e, como *Impeditiva de progressão profissional* (11 UR).

O estímulo de continuidade laboral esteve relacionado com o facto de os entrevistados constituírem a mais relevante, senão mesmo a única, fonte de *Suporte económico* (88UR) das suas famílias (“...não fosse o sustento da minha família, decerto já teria pedido a minha reforma...” E27, 2018) e, por outro, porque para muitos a continuidade laboral constituía um refúgio de “fuga” ao problema (14 UR) familiar que se fora instalando ao longo do seu ciclo vital. (“Quando venho trabalhar esqueço tudo lá fora...é uma terapia para mim...coloco a minha máscara e ... Falar com as pessoas faz-me esquecer os meus problemas e conflitos lá de casa”. E24, 2017)

A família foi igualmente identificada como *Fonte de labilidade emocional* (75UR), o que na perspectiva dos respondentes os teria exposto a

uma acrescida gestão de emoções, em contexto laboral. (“Ai, sabe Deus, quantas vezes...a rir por fora...mas a chorar por dentro...Os utentes é que não têm culpa dos nossos problemas (...).” (E14, 2017)

Foi ainda tida como *Impeditiva da progressão profissional* (11UR) na perspectiva de alguns entrevistados por “Os vários anos que tive em casa não me deixaram chegar onde queria [...], nem mesmo na altura em que eu era jovem era estimulada a ida para a escola” E11, 2017)..

## **DISCUSSÃO**

### **4. Discussão**

No âmbito do tema “*Como me sinto na (minha) família*”, a ambivalência identificada deu a compreender que, independentemente da área profissional em que operavam, todos os trabalhadores da saúde percecionavam distintas formas de “Estar”, de “Ser” e de “Sentir” em família<sup>8</sup>. Decorrente dessa diferenciação e do “investimento” sistémico que haviam operado com as suas famílias, terão resultado distintas percepções relacionais que os impeliram para a adoção de diferenciadas percepções de *Família Presente* e/ou *Família Ausente*. O recurso à expressão de “porto seguro”, enquanto ilustrativa categórica de *Família presente* veio reiterar que, ainda que grandes mudanças se tivessem vindo a operar nos “clássicos” modelos familiares, a instituição “Família” ainda permanece na atualidade a ser uma das células de referencia na construção da identidade e da harmonização do sistema de valores e afetos<sup>9</sup>. A percepção de *Família Ausente* retrata, porém, a outra face da sociedade atual, “fruto” dos emergentes desafios e ritmos que a vida ativa contemporânea imprime, levando à existência um certo distanciamento cada vez maior entre as famílias de origem<sup>10</sup>. Ou, por outro lado, da percepção de *carência de retorno* que nesta fase avançada da vida faz agudizar as relações de conflito ma- >

trimonial que se foram cristalizando com o tempo de vivência de casal<sup>14</sup>. O tema *"Como me sinto no (meu) trabalho"* retratou algumas das possíveis identificações que os trabalhadores de mais idade estabelecem com aquele que é o seu ofício e com a equipa de trabalho, que os veio a acompanhar ao longo de todo um vasto percurso de vida ativa. Ainda que na área da saúde a identificação com o trabalho seja maioritariamente percebida como *Satisfatória*, fruto da cumplicidade, do espírito de equipa e do clima organizacional que habitualmente se estabelece nas equipas de saúde<sup>12,13</sup>, diversos autores<sup>14,15</sup> partilham a ideia que os trabalhadores de mais idade tendem a por a sua capacidade para o trabalho em causa, por sentirem o Envelhecimento nas suas diferentes dimensões.

Os discursos evidenciaram o tema *Como o (meu) trabalho interfere na (minha) família*, dando a perceber que os muitos trabalhadores de mais idade o identificam como "um ladrão do tempo", por ocupar um grande período de espaço nas suas vidas, que numa fase mais avançada de envelhecimento se requeria mais livre para outras atividades que proporcionassem mais desenvolvimento e uma sensação mais prazerosa<sup>2</sup>. Revelou ser ainda uma das principais causas do desconforto familiar percebido, sendo esta mais evidente nas entrevistadas do sexo feminino, pela fluência discursiva bem marcada pela sobrecarga ao ponto de as fazer sentir "Super Mulheres". Esta assunção, na geração de mulheres que presentemente se encontra na proximidade da aposentação, terá resultado do processo de socialização e de diferenciação de género para a adoção de papéis que foi acompanhando a educação das várias gerações portuguesas. Fruto desta educação, que ainda hoje de alguma forma se faz sentir por comparação com o género masculino, os estudos recentes continuam a apontar que a

mulher permanece sobrecarregada com trabalho remunerado<sup>16</sup> e que a par deste, acresce ainda o trabalho não remunerado, quando se trata de cuidar dos descendentes, dos ascendentes e das tarefas da casa<sup>17</sup>. Relativamente à forma *Como a (minha) família interfere no (meu) trabalho* foi possível perceber que para estes trabalhadores em idade mais avançada, ainda que de formas dispare, a família era tomada como um estímulo de continuidade laboral. Por um lado, como uma obrigatoriedade, já que para muitos este constituía a única fonte de *Suporte económico* para a sua família, por outro, como uma escolha, já que este constituía uma *"Fuga" do Problema*. O Suporte económico, no final da meia idade, toma efetivamente um significativo peso para a pessoa ponderar a sua saída do mundo laboral, mais ainda quando tem a seu cargo uma família composta por dependentes que entre outros apoios requerem um significativo apoio económico<sup>2</sup>. No que diz respeito ao trabalho *"Fuga" do problema* este comportamento ilustra a resposta que muitos indivíduos adotam quando se trata de refugiar dos problemas e/ou relações conflituantes cuja fonte advém do sistema familiar<sup>18,19</sup>. E, de facto, o local de trabalho é apenas um dos *settings* onde o trabalhador, enquanto pessoa, integra e contribui para a sociedade, razão pela qual a FIOH<sup>7</sup>, no seu modelo de promoção da capacidade para o trabalho refira que um dos patamares da casa tenha de ser os valores, as atitudes e a motivação que advém da família<sup>7,14</sup>. Outra perspetiva emergente dos discursos dos respondentes foi a fonte de labilidade que a família poderá constituir para os trabalhadores, fazendo notar que o trabalhador é muito mais do que um operativo numa empresa mas é uma pessoa que traz consigo uma "bagagem" com todo um percurso e histórias de vida e que, por muito esforço que faça para as esconder, estas estarão

sempre de alguma forma expressas naquele que é o exercício das suas funções<sup>12</sup>.

Ainda dentro da temática *Como a (minha) família interfere no (meu) trabalho*, um outro subtema que emergiu foi a família enquanto impeditiva da progressão profissional. Se alguns entrevistados este sentir fez alusão ao facto de a família ter estado sempre à frente das suas decisões de vida, na maioria dos casos, e mais particularmente para as mulheres respondentes, este achado reitera a diferença de género que na sua época era bem marcante no que respeito à oportunidade de progressão laboral. Com efeito a família, ao longo do tempo, assumiu algum carácter de privação de tempo e de oportunidades com respeito a uma carreira profissional que era desejada de alcançar por algumas mulheres, quer pelo cuidado aos descendentes quer pela educação a que as mulheres estavam sujeitas<sup>17</sup>.

## CONCLUSÕES

As evidências revelaram que a conciliação Família/Trabalho pode adotar diferentes cenários, em função daqueles que foram sendo os contextos de desenvolvimento dos indivíduos e suas famílias e, ainda, que os mesmos poderão assumir uma particular complexidade quando se está perante trabalhadores se apresentam com idade mais avançada e em final da vida ativa.

Os profissionais de saúde, nos contextos de equipa de saúde familiar (Cuidados de Saúde Primários) e de equipa de saúde ocupacional (Local de trabalho/Empresa), deverão estar mais sensibilizados para esta problemática e serem percussores de novas abordagens em saúde que sustentem a prática clínica e de investigação nesta área.

## AGRADECIMENTOS

Um especial agradecimento à Universidade de Investigação em Saúde:

Enfermagem (UICISA:E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC) e à Escola de Enfermagem da Universidade de São

Paulo (EE-USP), por constituírem parceiros na orientação do projeto de pós-doutoramento intitulado "Respostas adaptativas individuais

e familiares numa sociedade laboral tendencialmente envelhecida" que esteve na base da apresentação deste estudo. ▴



## Referências

1. Bronfenbrenner, U. *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 272p.
2. Fonseca, A.M. *Reforma e reformados*. Coimbra: Almedina. 2011. 141p.
3. Loureiro, H. M. A. M. *Cuidar na "entrada na reforma": uma intervenção conducente à promoção da saúde de indivíduos e de famílias*. Tese de doutoramento realizada na Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Universidade de Aveiro, 2011. Disponível em <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4159/1/tese.pdf>
4. Wright, L.; Leahey, M. *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (6th ed.). Philadelphia, PA: FA Davis C, 2013. 384p.
5. Loureiro, H. M. A. M. et al. Transição para a reforma: um programa a implementar em cuidados de saúde primários. Coimbra, Editora Candeias, 2015. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/283667090\\_Transicao\\_para\\_a\\_Reforma\\_Um\\_programa\\_a\\_implementar\\_em\\_Cuidados\\_de\\_Saude\\_Primarios](https://www.researchgate.net/publication/283667090_Transicao_para_a_Reforma_Um_programa_a_implementar_em_Cuidados_de_Saude_Primarios)
6. OIT. Trabalho e Família. Nota 8., 2011. Disponível em [http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/nota\\_8.pdf](http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/nota_8.pdf)
7. Finnish Institute of Occupational Health (FIOH). Modelo de Promoção da Capacidade para o Trabalho, 2014. Disponível em <https://www.ttl.fi/en/>
8. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2001. 229p.
9. Walsh, F. Processos Normativos da Família: Diversidade e Complexidade. 4ªed. Porto Alegre: Artemed, 2016. 672p
10. Hanson, S. *Enfermagem de cuidados de saúde à família* (2ª Ed). Lisboa: Lusociência, 2005. 497p.
11. Goodman, M. *To much togetherness*. Springville: Bonneville Books, 2011. 116p.
12. Loureiro, H. *Promoção de uma vida saudável em local de trabalho*. Conferencia apresentada no Lançamento da Campanha Europeia intitulada "Locais de trabalho Saudáveis para todas as idades" EU\_OSHA/ACT. Sintra/Portugal. DOI: 10.13140/RG.2.2.17404.33923. Abril 2016. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/311308604\\_Promocao\\_de\\_uma\\_vida\\_saudavel\\_em\\_local\\_de\\_trabalho](https://www.researchgate.net/publication/311308604_Promocao_de_uma_vida_saudavel_em_local_de_trabalho)
13. Chambel, M.J., Santos, M.V. Práticas de conciliação e satisfação no trabalho: mediação da facilitação do trabalho na família. *Estudos de Psicologia*, 26 (3), 2009. p. 275–86. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a01.pdf>.
14. Imarinen, J., & Tuomi, K. Work ability of aging workers. *Journal of Work: Environment and Health*, 18(2), 2013, p. 8–10.
15. Diefendorff, J.; Stanley, J; Gabriel, A. Aging and Emotional labor Process. in *Facing the challenges of a multi-age workforce: a use-inspired approach*. Chapter 8. p.180-206. New York, Routledge, 2015.
16. CITE. Relatório sobre o Progresso da Igualdade entre Mulheres e Homens no Trabalho, no Emprego e na Formação Profissional – 2016. 157p.
17. Torres, A. et al. Homens e mulheres entre família e trabalho. 2ª Ed. Lisboa: DGEEP/CID, 2005. 236p.
18. Feijo, Marianne Ramos et al. Conflito trabalho-família: um estudo sobre a temática no âmbito brasileiro. *Pensando fam.*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 105-19, jul2017. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2017000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2017000100009&lng=pt&nrm=iso).
19. Alarcão, M. *(Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. 3ª Ed. Coimbra: Quarteto, 2006. 374p.



#### MARIA HENRIQUETA FIGUEIREDO

**Professora Coordenadora, Doutor.** ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

✉ [henriqueta@esenf.pt](mailto:henriqueta@esenf.pt)

#### MANUELA FERREIRA

**Professora Adjunta, Doutor.** Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

#### VIRGÍNIA GUEDES

**Enfermeira, Mestre.** ACES Tâmega I - Baixo Tâmega, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

#### PALMIRA OLIVEIRA

**Professora Adjunta, Mestre.** ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

#### MIREILLE AMARAL

**Psicóloga, Doutor.** Administração Regional de Saúde do Norte, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

#### CARME FERRÉ GRAU

**Titular d'Universitat. Doutor.** Universidade Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha.

# A MUDANÇA NAS PERCEÇÕES DOS ENFERMEIROS DE FAMÍLIA SOBRE OS PRESSUPOSTOS DA INTERVENÇÃO FAMILIAR APÓS O PROCESSO FORMATIVO MDAIF

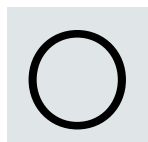
Change in perceptions of family nurses about the assumptions of family intervention after the MDAIF formative process

## Abstract

The Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (MDAIF) aims to constitute itself as a reference that promotes clinical decision processes based on systemic proposition. This study aimed to evaluate the changes in nurses' perceptions about the assumptions of family intervention after the training process centered on this referential. This is an exploratory and quantitative study with a sample of 553 family nurses who participated in the "MDAIF" training, organized by the Northern Regional Health Administration, until 2017. A 10 item Likert scale was used with responses between 1 "totally incompetent and 7" "fully competent", based on MDAIF and applied in the pre and post training periods. T-test was performed for paired samples using SPSS version 23.0. There were very significant statistical changes regarding the perception of competence in all items evaluated, and participants after training perceived with higher competence on the assumptions of family intervention. The results confirm the importance of formative processes based on family health nursing theoretical references. May contribute to the development of family-centered practices as a client, as well as to investigate the health returns resulted from them.

**KEYWORD:** FAMILY NURSING; PRIMARY HEALTH CARE; NURSING THEORIES; SKILLS; EDUCATION; FAMILY NURSE PRACTITIONERS.

## INTRODUÇÃO



Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituem-se como contacto privilegiado entre os cidadãos e o sistema nacional de saúde, sustentando-se em estratégias direcionadas para a cidadania, equidade e acesso, qualidade e políticas saudáveis. Nesta perspetiva a vigilância da saúde e planeamento dos cuidados, pretendem capacitar os indivíduos, famílias ou comunidades no que diz respeito às decisões sobre os seus projetos de vida, onde se integram os estilos de vida<sup>1</sup>. Os enfermeiros, no contexto dos CSP, pela sua proximidade às comunidades, podem contribuir significativamente para a capacitação dos seus clientes nas suas escolhas de vida<sup>2</sup> o que inclui mudanças direcionadas para a família enquanto contexto e cliente dos cuidados<sup>3</sup>.

A literatura salienta a importância dos referenciais teóricos na conceção de cuidados em enfermagem, permitindo a aquisição de competências práticas, através da mobilização dos seus conteúdos para os contextos clínicos<sup>4</sup>. Os referenciais de enfermagem em geral, e, os de enfermagem de saúde familiar, em particular, permitem a organização da informação acerca da família. Estes viabilizam o agrupamento de dados essenciais para a formulação de diagnósticos e a intervenção eficaz, considerando as interações que se estabelecem no sistema familiar e entre este e os sistemas exteriores<sup>5,6</sup>.

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) pretendeu constituir-se como referencial promotor de processos de decisão clínica alicerçado em fundamentos sistémicos<sup>3,7</sup>. Define os conceitos de família, saúde familiar, ambiente familiar e cuidados de enfermagem à família, tendo

como referencial epistemológico o pensamento sistémico<sup>8</sup>. Os seus pressupostos, definidos como declarações que sustentam a conceção da família enquanto cliente dos cuidados de enfermagem e, os postulados como princípios ou proposições, que norteiam a tomada de decisão em enfermagem de saúde familiar, centram-se numa abordagem colaborativa com vista à capacitação das famílias<sup>9</sup>. A abordagem colaborativa<sup>3</sup> integra o reconhecimento da competência da família na tomada de decisão e na resolução dos seus problemas e o papel do enfermeiro como facilitador da co-construção de soluções para os mesmos, sejam decorrentes das transições desenvolvimentais, inerentes ao ciclo vital ou transições acidentais que ocorrem ao longo do ciclo vital familiar. Considerando os CSP como o contexto de excelência para a prestação de cuidados à família, enquanto cliente e, que os enfermeiros prestam cuidados às famílias no decorrer das diferentes fases do ciclo vital, o MDAIF, considera nos seus postulados que todos as famílias requerem avaliação. Para o funcionamento adequado do sistema familiar, todas as famílias precisam de incetar mudanças, inerentes às transições desenvolvimentais, ou transições acidentais que ocorrem ao longo do ciclo vital familiar. A avaliação, possibilitará, desta forma, a identificação tanto dos recursos e forças da família, como das suas necessidades, coerentes com a sua singularidade, e deste modo o planeamento de intervenções apropriadas às especificidades do sistema familiar<sup>3,10</sup>.

Neste paradigma, o enfermeiro é visto como interveniente do processo evolutivo da mudança no sistema familiar, no que diz respeito à gestão dos seus recursos,

internos e externos, com vista à autonomia da família. A abordagem sistémica inerente a este referencial, explica o entendimento do sistema familiar como alvo dos cuidados de enfermagem, que se focalizam tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente<sup>3,11</sup>. Esta conceção integra um entendimento sobre a prestação de cuidados ao longo do ciclo de vida, que incorpora as respostas aos processos de vida vivenciados pela família, enquanto cliente de cuidados de enfermagem.

O desenvolvimento de novos saberes em enfermagem de saúde familiar, permitiram a implementação de novas práticas, assim como a identificação de ganhos em saúde resultantes da ação dos enfermeiros com as famílias, tendo como base referenciais teóricos de enfermagem<sup>12,13</sup>. No que se refere à implementação do MDAIF como referencial teórico nas práticas de cuidados dos enfermeiros de família, um estudo<sup>13</sup> desenvolvido com 200 famílias, sujeitas à intervenção dos enfermeiros, após formação sobre este referencial, permitiu a identificação dos ganhos em saúde para as famílias, em todas as áreas que requeriam intervenção de enfermagem, assim como a verificação do impacto positivo da avaliação e intervenção familiar. Embora tenha havido um crescimento contínuo no conhecimento da enfermagem de saúde familiar, a implementação e sustentação de práticas direcionadas à família como cliente de cuidados, mantem-se um desafio para os enfermeiros no seu contexto clínico<sup>14</sup>. Alguns estudos, desenvolvidos em Portugal, têm identificado que os cuidados às famílias, no âmbito dos CSP, ainda se situam numa abordagem da família como contexto, em que o alvo dos cuidados

é o indivíduo e a família o contexto onde este se insere, percecionada como parceira de cuidados e não como alvo dos mesmos<sup>15,16</sup>.

Neste enquadramento, é crucial o desenvolvimento de competências efetivas na prestação de cuidados às famílias, alicerçada na abordagem sistémica, tendo o sistema familiar como alvo dos cuidados<sup>3,17</sup>. É imperativo que os enfermeiros saibam integrar recursos e saberes, mobilizando esses mesmos elementos para um agir conducente ao saber transferir, pela reestruturação ativa dos saberes<sup>18</sup>.

Considerando que a maioria dos enfermeiros não tem formação na área da enfermagem de saúde familiar<sup>19</sup>, é necessário a implementação de processos formativos conducentes ao desenvolvimento e atualização dos profissionais fazendo convergir estas necessidades com a necessidade de melhoria da eficácia e eficiência das instituições. Por outro lado, relativamente aos processos formativos desenvolvidos com os enfermeiros, nesta área, é escasso o conhecimento sobre o impacto da formação, nas percepções dos mesmos sobre as mudanças das suas práticas com as famílias<sup>20</sup>.

Nesta perspectiva, pretendendo o MDAIF estabelecer-se como quadro de referência aplicável na prática profissional dos enfermeiros<sup>21</sup> parece essencial que sejam avaliados os resultados decorrentes da formação sobre o mesmo, no que se refere em particular, à percepção de competência sobre o agir sustentado nos princípios do pensamento sistémico.

## OBJETIVOS

Pretendeu-se avaliar as mudanças nas percepções dos enfermeiros sobre as suas competências relativamente aos pressupostos sistémicos da avaliação e intervenção familiar, após processo formativo centrado no MDAIF.

## MÉTODOS

Estudo quase-experimental, com desenho antes-após, de grupo único, sujeito ao processo formativo MDAIF, com vista a medir as mudanças surgidas nas percepções dos participantes sobre os pressupostos sistémicos da avaliação e intervenção familiar.

O processo formativo, no contexto da formação contínua, com trinta horas de duração, integrou cinco módulos: o primeiro sobre os referenciais epistemológicos e fontes teóricas deste referencial; o segundo sobre os conceitos metaparadigmáticos; o terceiro acerca dos pressupostos e postulados; o quarto relativamente à matriz operativa, explorando as várias dimensões do MDAIF (estrutural, de desenvolvimento e funcional), no que diz respeito às áreas de atenção, diagnósticos, intervenções e avaliação de resultados; o último módulo sobre os indicadores de ganhos em saúde e a documentação dos cuidados de enfermagem, no âmbito da cuidados às famílias. Considerando que a formação é experiencial e individual, pretendeu-se desenvolver nos formandos competências que pudessem mobilizar em situações concretas da sua atividade clínica. Utilizaram-se como estratégias de aprendizagem, as preconizadas, em particular, para a aquisição de competências clínicas para a prática de enfermagem em saúde familiar, nomeadamente práticas reflexivas, simulação (*role-play*, encenação), e a orientação de pares<sup>17</sup>.

A população reporta-se aos enfermeiros de família da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN), que participaram na formação "MDAIF", organizada pela Administração Regional de Saúde do Norte e que não tinham desenvolvido previamente qualquer processo formativo no âmbito da enfermagem de saúde familiar. A amostra foi constituída pelos participantes da formação "MDAIF"

realizada entre 2014 e 2017 e realizada pela ARSN.

Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário, alicerçado nos vários componentes do MDAIF, nomeadamente no que se reporta aos seus referenciais epistemológicos, conceitos, pressupostos e postulados.

O Questionário inicia-se por um bloco de questões relacionadas com a caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros: sexo, idade, habilitações académicas, tempo de exercício na profissão e tempo de exercício profissional em CSP. Integra, a seguir, outro bloco, adotando a estrutura de escala tipo Likert, com 7 opções de resposta, em que o 1 corresponde a "totalmente incompetente" e o 7 a "totalmente competente". Este bloco alude à percepção acerca do grau de competência relativamente ao paradigma sistémico nos cuidados às famílias, considerando os pressupostos e postulados do MDAIF. Foi solicitado aos participantes que assinalassem a resposta que melhor corresponde ao seu grau de competência, em cada um dos itens. A validade de conteúdo foi assegurada através do consenso de peritos e pré-teste, após o qual não se procedeu a alterações, confirmando-se a clareza e pertinência dos itens: Abordagem sistémica às famílias; Negociação colaborativa com as famílias; Potencialização das forças, recursos e competência às famílias; Reconhecimento da competência da família na tomada de decisão; Abordagem da família como contexto; Abordagem da família como cliente; Focalização da família como um todo, quanto nos seus membros individualmente; Gestão de recursos com vista à autonomia da família; Para efetuar a avaliação familiar a todos os tipos de família; Intervir nas transições inerentes ao ciclo vital e às acidentais.

O questionário foi auto administrado, sendo a colheita de dados



realizada nos períodos pré e pós processo formativo, realizado em períodos diferentes, de acordo com o cronograma que a ARS Norte estabeleceu para as referidas formações.

Para a avaliação do efeito do processo formativo sustentado no MDAIF efetuou-se o Teste t para amostras emparelhadas (no caso de comparação de médias – teste paramétrico) e teste de Wilcoxon (no caso de comparações de distribuições – teste não paramétrico). No caso do primeiro teste, para além das médias e respetivos desvios padrão (dp) dos dois momentos, são apresentadas as médias das diferenças e desvio padrão das diferenças. No caso do segundo teste, são apresentadas as medianas e respetivos intervalos interquartil (IIQ) nos dois momentos. Como recurso para o tratamento e análise dos dados utilizou-se o SPSS versão 23.0 para Windows (SPSS, Inc., Chicago, IL). Todas os princípios éticos foram considerados, garantindo-se o anonimato e a participação livre e informada de todos os participantes, assim como a confidencialidade e anonimato foram assegurados. Os participantes foram informados de que poderiam abandonar o estudo a qualquer momento, no decorrer do seu desenvolvimento, tendo sido obtido o seu consentimento informado. Todos os participantes deste estudo tiveram a oportunidade de esclarecer dúvidas sobre o estudo e sua participação nele.

## RESULTADOS

A amostra foi constituída por 553 enfermeiros. Maioritariamente os inquiridos são do sexo feminino (89.5%), possuem idades compreendidas entre os 23 anos e os 61 anos, com uma média de idade de 39.27 anos (sd=7.23 anos), existindo um predomínio dos 39 anos (7.2%), sendo que existe uma grande disparidade na distribuição.

Relativamente às habilitações académicas, verifica-se que a maioria (478) dos enfermeiros são licenciados (86.4%), 60 são detentores de mestrado (10.8) e 4 dos participantes são doutorados (0.7%).

Verifica-se uma grande heterogeneidade da amostra no tempo de exercício profissional, que varia entre 1 ano e os 39 anos, sendo a média de 15.8 anos (sd=7.28 anos). A média de exercício profissional em CSP é de 10.8 anos (sd=7.1 anos), variando entre menos de 1 e 37 anos.

No que se reporta às mudanças nas perceções dos enfermeiros sobre as suas competências relativamente aos pressupostos sistémicos da avaliação e intervenção familiar, após processo formativo centrado no MDAIF, verifica-se para todos os itens, de acordo com a **Tabela 1**, uma melhoria significativa da pontuação após o processo formativo ( $p < 0.001$  para todos os itens). Estes resultados revelam o efeito positivo no que se refere à competência percebida pelos enfermeiros em cada um dos itens após o programa formativo em comparação com a sua perceção antes do mesmo. Em todos os itens se verificou melhoria da competência percebida antes e após da formação em MDAIF. Efetivamente, os participantes em quase todos os itens, com exceção dos seguintes: *Reconhecimento da competência da família na tomada de decisão; Abordagem da família como contexto; Focalização da família como um todo, quanto nos seus membros individualmente*; apresentavam em média uma perceção da competência compatível com não demonstração da competência antes da formação e passaram, depois da formação a uma perceção da competência compatível com competência, conforme dados apresentados na **Tabela 1**.

Destacamos que antes da formação os enfermeiros apresentavam um maior domínio da competência no

item *Abordagem da família como contexto* (Média=4) quando comparada com o item *Abordagem da família como cliente* e que no final da formação verificou-se uma inversão da tendência, com um grau de competência superior no item *Abordagem da família como cliente* (Média=4,64).

Os itens que apresentam um aumento mais significativo são: *Abordagem sistémica às famílias; Para efetuar a avaliação familiar a todos os tipos de família; Intervir nas transições inerentes ao ciclo vital e às acidentais*, os três exibindo diferenças de médias superior a 0.7.

Da análise da tabela, podemos ainda concluir que o item que apresentou maior competência após a formação foi *Focalização da família como um todo, quanto nos seus membros individualmente*. O item que apresentou menor nível de competência foi *Para efetuar a avaliação familiar a todos os tipos de família*.

Regista-se também uma redução da heterogeneidade no que se refere à perceção das competências pelos participantes, traduzida pela redução do desvio padrão em todos os itens após a formação, quando comparada com o desvio padrão dos itens antes da formação (que apresentavam em todos os itens valores mais elevados).

O programa formativo aplicado aos enfermeiros traduziu-se em ganhos estatísticos altamente significativos no que se refere a uma maior perceção da competência, traduzindo assim a eficácia do mesmo.

## DISCUSSÃO

A formação sobre o MDAIF, contribuiu para uma maior perceção da competência, de forma geral, no âmbito do paradigma sistémico e reduziu a desigualdade na perceção da mesma.

Estes resultados confirmam a importância dos processos forma-

TABELA 1

## AVALIAÇÃO DO EFEITO DO PROCESSO FORMATIVO NA DA AUTO-PERCEPÇÃO DA COMPETÊNCIA SOBRE OS PRESSUPOSTOS DO MDAIF

	N	Teste t para amostras emparelhadas				Teste de Wilcoxon		
		Média (dp)			P	Mediana (IIQ)		P
		Antes	Depois	Diferença		Antes	Depois	
Abordagem sistêmica às famílias	544	3.72 (1.24)	4.44 (1.08)	-0.72 (1.43)	<0.001	4 (1)	4 (1)	<0.001
Negociação colaborativa com as famílias	544	3.89 (1.21)	4.50 (1.11)	-0.61 (1.38)	<0.001	4 (1)	4 (1)	<0.001
Potencialização das forças, recursos e competência às famílias	544	3.87 (1.22)	4.52 (1.12)	-0.65 (1.41)	<0.001	4 (1)	4 (1)	<0.001
Reconhecimento da competência da família na tomada de decisão	543	4.11 (1.23)	4.62 (1.11)	-0.51 (1.45)	<0.001	4 (1)	4 (1)	<0.001
Abordagem da família como contexto	542	4.00 (1.21)	4.58 (1.15)	-0.58 (1.49)	<0.001	4 (1)	4 (2)	<0.001
Abordagem da família como cliente	543	3.99 (1.23)	4.64 (1.12)	-0.65 (1.48)	<0.001	4 (2)	4 (2)	<0.001
Focalização da família como um todo, quanto nos seus membros individualmente	542	4.02 (1.27)	4.67 (1.16)	-0.65 (1.52)	<0.001	4 (2)	4 (2)	<0.001
Gestão de recursos com vista à autonomia da família	544	3.88 (1.21)	4.51 (1.10)	-0.63 (1.42)	<0.001	4 (1)	4 (1)	<0.001
Para efetuar a avaliação familiar a todos os tipos de família	544	3.49 (1.22)	4.39 (1.17)	-0.89 (1.46)	<0.001	4 (1)	4 (1)	<0.001
Intervir nas transições inerentes ao ciclo vital e às acidentais	544	3.77 (1.25)	4.50 (1.17)	-0.73 (1.53)	<0.001	4 (1)	4 (1)	<0.001

tivos alicerçados em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar, em concordância com um estudo<sup>22</sup> que teve como objetivo avaliar as percepções dos enfermeiros acerca da sua experiência, como participantes num processo formativo com a duração de 6 dias, baseado no Modelo de Avaliação da Família de Calgary e no Modelo de Intervenção da Família de Calgary<sup>6</sup>. Os participantes, relataram maior compreensão sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem, além de entenderem que os seus conhecimentos e habilidades eram mais amplos relativamente à intervenção familiar.

Corroborando os resultados do estudo que desenvolvemos, no que se refere particularmente à formação baseada em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar, designadamente o Modelo de Avaliação da Família de Calgary e no Modelo de Intervenção da Família de Calgary<sup>6</sup>, em conjugação com o Modelo de Crenças de Doença<sup>23</sup>, foi possível verificar a eficácia da formação, desenvolvida noutro estudo<sup>24</sup>, na melhoria dos conhecimentos dos enfermeiros e habilidades no âmbito da avaliação e intervenção familiar, neste caso com famílias com membro portador de neoplasia, em fim de vida. No que se reporta especificamente

ao MDAIF, realçamos a conformidade com resultados de um estudo que pretendeu avaliar o impacto da utilização deste referencial nas práticas profissionais dos enfermeiros de CSP, após processo formativo, no que se refere à avaliação e intervenção familiar<sup>25</sup>. Observou-se, neste estudo, que a formação e supervisão tiveram impacto nas práticas, ocorrendo mudanças efetivas, que comprovaram a transferência de conhecimento para a prática profissional.

Os enfermeiros na maioria dos itens que informam o paradigma sistémico, perceberam-se como incompetentes antes da formação, certificando a necessidade da for-

mação, para o desenvolvimento de competências no agir com as famílias<sup>19</sup>, sendo, desta forma, essencial o desenvolvimento do pensamento sistémico para compreender o sistema familiar e reconhecer as suas forças e potencialidades<sup>21</sup>. Estes resultados testemunham a importância da formação alicerçada em referenciais teóricos de enfermagem de saúde familiar, considerando a sua baixa utilização no exercício profissional dos enfermeiros e a sua importância para a implementação e fortalecimento de práticas de enfermagem direcionadas à unidade familiar<sup>26</sup>.

A percepção dos enfermeiros, antes da formação, como competentes na abordagem da família como contexto, está em consonância com resultados de estudos desenvolvidos em Portugal<sup>15,16</sup> em que a família é representada como o meio ambiente do indivíduo, funcionando como factor de stresse ou recurso para este. Ou seja, neste nível de abordagem, os objectivos são dirigidos ao membro da família, individualmente, enquanto os outros membros da família são percecionados como rede de suporte<sup>27</sup>.

Se os enfermeiros, antes da formação, se percecionavam como mais competentes na abordagem da família como contexto do que na abordagem da família como cliente, o processo formativo implicou mudanças no seu sistema de pensamento no que se refere a estas duas conceções de abordagem familiar. Efetivamente a mudança na percepção do seu nível de competência, permitiu concluir que a formação produziu efeito significativo no desenvolvimento de percepção de competência de abordagem da família como cliente. Também na mudança da percepção de competência sobre a importância da focalização da família como um todo, quanto nos seus membros individualmente, sendo esta mudança a mais representativa após a formação, no conjunto de todos os

itens. Estas inferências são compatíveis com o que é preconizado no perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, em que a família é considerada como unidade de cuidados e, ao enfermeiro incumbe o desenvolvimento de estratégias promotoras da sua capacitação, orientadas tanto para a família como um todo, quer para os seus membros individualmente, ao longo do ciclo vital e nas suas transições<sup>28,29</sup>, em consonância com os conceitos, pressupostos e postulados do MDAIF<sup>3</sup>.

Por sua vez os resultados relativos às mudanças ocorridas, após a formação, na percepção de competência referente à abordagem sistémica, sugerem potencial de mudança das práticas destes enfermeiros, corroborando os resultados de um estudo com famílias, que permitiu identificar descrições dos membros das famílias sujeitas a intervenção dos enfermeiros suportada nos princípios de abordagem sistémica<sup>30</sup> aludindo a mudanças no funcionamento familiar<sup>30</sup>.

Os resultados globais do estudo permitem deduzir que a formação baseada no MDAIF, enquanto referencial teórico de enfermagem de saúde familiar contribuiu significativamente para aumentar a percepção da competência, no que se refere à mobilização dos princípios do pensamento sistémico para a avaliação e intervenção familiar, sendo esta essencial para garantir a eficácia e sustentabilidade dos cuidados às famílias<sup>31</sup>. As mudanças despontadas pelo processo formativo MDAIF potencializam o controlo das ações dos enfermeiros contribuindo para uma decisão clínica sustentada em paradigmas sistémicos<sup>32</sup>, o que se enquadra na génese deste modelo, que pretende ser útil para a prática, propagar interações de reciprocidade entre os enfermeiros e famílias e servir de quadro de referência na identificação das forças e necessidades

das famílias, no sentido de ajustar as intervenções às suas reais necessidades e recursos.

## CONCLUSÕES

As mudanças, em sentido positivo, das perceções dos enfermeiros face aos pressupostos da intervenção familiar, de cariz sistémico, decorreram da formação sobre o MDAIF, enquanto referencial teórico e operativo dos cuidados de enfermagem às famílias.

Os resultados são reveladores do contributo do MDAIF para a acção e inovação em enfermagem de saúde familiar, como componente fundamental da produção de novas práticas, num processo contínuo de construção de significados que permite a internalização da informação e a capacidade de a utilizar em novas situações.

Emerge a necessidade de capacitar os enfermeiros em todas as áreas de atenção do MDAIF. A formação em contexto de trabalho proporcionará a tomada de consciência das competências requeridas para o desempenho nos cuidados às famílias, assim como a interação com os contextos permitirá o desenvolvimento de competências, com base em estratégias ativas como a discussão de casos. No que se reporta à aprendizagem formal, as instituições de ensino de enfermagem deverão incluir nos seus currículos escolares de graduação objetivos e conteúdos que permitam o desenvolvimento de conceções sobre a família enquanto sistema aberto. De forma mais consistente, o ensino pós-graduado deverá permitir a aquisição de conhecimentos sobre os conceitos centrais que caracterizam o sistema familiar, os referenciais teóricos de avaliação e intervenção familiar e a articulação com a metodologia do processo de enfermagem. Estes conhecimentos deverão permitir o desenvolvimento de capacidades que permitam um agir consistente >

face às necessidades de saúde das famílias sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Sendo que os cuidados de enfermagem à família têm por desígnio a capacitação da família na consecução do seu projeto de saúde, os processos de desenvolvimento de competências dos enfermeiros deverão permitir mobilizar a sua experiência. Simultaneamente a aquisição de habilidades sustentadas na visão integrativa da família, como um todo, associando a com-

ponente dinâmica e auto-organizativa do sistema familiar.

As implicações para a prática, decorrentes do desenvolvimento de competências sustentadas num referencial teórico, deverão evidenciar, com base na investigação, mudanças na autopercepção da competência dos enfermeiros, assim como respostas adequadas às necessidades de saúde das famílias sensíveis aos cuidados de enfermagem.

É imprescindível que mais enfer-

meiros conheçam e se apropriem das teorias que devem sustentar a sua prática. Isto porque, apesar da evolução teoricamente significativa, só a consolidação dos fundamentos teóricos permitirá uma prática sustentada e sistematizada. Estes resultados poderão contribuir para o desenvolvimento de práticas centradas na família como cliente dos cuidados, assim como investigar sobre os ganhos em saúde decorrentes das mesmas. ▀



## Referências

- Costa D, Arruda L, Magalhães A, Abreu L, Ponte K, Freitas C. (2016). Nursing care in prenatal and patient safety: integrative review. *Journal of Nursing UFPE on line* [Internet]. 2016 Dec. [citado 2019 julho 12]; [11 páginas]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11272>
- Ferraccioli P, Acioli S. The different dimensions of care in practice held by nurses in primary care. *Revista De Pesquisa: Cuidado É Fundamental*. [Internet]. 2017 Jan-Mar. [citado 2019 julho 12]; [9 páginas]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505754108005.pdf>
- Figueiredo MH. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar – Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda; 2012. 224p.
- Vivas G, Chacón J, Peña, H. Desarrollo de competencias informacionales en contextos universitarios: enfoques, modelos y estrategias de intervención. *Investigación Bibliotecológica*. [Internet]. 2015 Jan-Apr. [citado 2019 julho 12]; [31 páginas]. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0187358X16000150?token=482C9D470253099C-6C5974A9F09643C777216E1600B2A1C9EE406B4B4EF-C070855A9E4EEB9DAEF8684D595C266F3DE5E>
- Shajani Z, Snell D. Wright & Leahey's Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention. Philadelphia: 7th Ed. F.A. Davis Company; 2019. 400p.
- Wright L, Leahey M. Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention. Philadelphia: 6th Ed. F.A. Davis Company; 2013. 384p.
- Charepe Z, Resende A, Oliveira P, Querido A. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Abordagem Colaborativa em Enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. [Internet]. 2018 Dec. [citado 2019 julho 12]; [21 páginas]. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234720/30852>
- Vasconcellos MJ. *Pensamento Sistemico: O Novo paradigma da Ciência*. SP Campinas: Papyrus; 2003. 268p.
- Gottlieb LN, Gottlieb B. Strengths-Based Nursing: A Process for Implementing a Philosophy Into Practice. *Journal Of Family Nursing*. [Internet]. 2017 Dec 23. [citado 2019 julho 12]; [21 páginas]. Disponível em: [http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1074840717717731?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1074840717717731?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed)
- Bell JM. Family Systems Nursing Re-examined. *Journal of Family Nursing*. [Internet]. 2009 May 7. [citado 2019 julho 12]; [7 páginas]. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1074840709335533>
- Horta AL, Fernandes H. Family and crisis: contributions of systems thinking for family care. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2018. [citado 2019 julho 12]; [2 páginas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n2/0034-7167-reben-71-02-0234.pdf>
- Östlund U, Persson C. Examining Family Responses to Family Systems Nursing Interventions: An Integrative Review. *J Family Nurs*. [Internet]. 2014 Jul 15. [citado 2019 julho 12]; [28 páginas]. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1074840714542962>
- Figueiredo MH, Silva R, Andrade C, Brás M, Oliveira. Dynamic model for assessment and family intervention – impact on families health gains, *Digital Supplement Rev ROL Enferm*. [Internet]. 2018 Dec. [citado 2019 julho 12]; [7 páginas]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/329505468\\_Dynamic\\_model\\_for\\_assessment\\_and\\_family\\_intervention\\_Impact\\_on\\_families\\_health\\_gains/link/5c0ba00aa6fdcc494fe24e6b/download](https://www.researchgate.net/publication/329505468_Dynamic_model_for_assessment_and_family_intervention_Impact_on_families_health_gains/link/5c0ba00aa6fdcc494fe24e6b/download)

14. Duhamel F. Translating Knowledge From a Family Systems Approach to Clinical Practice: Insights From Knowledge Translation Research Experiences. *Journal of Family Nursing*. [Internet]. 2017 Dec 4. [citado 2019 julho 12]; [17 páginas]. Disponível em: [https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1074840717739030?rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed&url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&journalCode=jfna](https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1074840717739030?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&journalCode=jfna)
15. Silva M, Costa MA, Silva MM. A Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. [Internet]. 2013 Dez. [citado 2019 julho 12]; [10 páginas]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlln11/serlln11a03.pdf>
16. Oliveira P, Fernandes HI, Vilar A, Figueiredo MH, Ferreira M, Martinho M, Figueiredo M, Andrade L, Carvalho J, Martins M. Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. [Internet]. 2011. [citado 2019 julho 12]; [7 páginas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a08.pdf>
17. Santos L, Cruz A, Mekitarian F, Angelo, M. Family interview guide: strategy to develop skills in novice nurses. *Rev. Bras. Enferm*. [Internet]. 2017 Nov-Dec. [citado 2019 julho 12]; [8 páginas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/pt\\_0034-7167-reben-70-06-1129.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n6/pt_0034-7167-reben-70-06-1129.pdf)
18. Figueiredo MH, Oliveira P, Apóstolo JA. La Construcción del aprendizaje reflexivo. In *La Educación Crítica y Los Desafíos en el Siglo XXI*. México: Ediciones y Gráficos Eón; 2015. p.153-66.
19. Pusa S, Dorell A, Erlingsson C, Antonsson H, Brännström M, Sundin K. Nurses' perceptions about a web-based learning intervention concerning supportive family conversations in home health care. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2019 Jan. [citado 2019 julho 12]; [12 páginas]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.14745>
20. Svavarsdottir EK, Sigurdardottir AO, Konradsdottir E, Tryggvadottir GB. The impact of nursing education and job characteristics on nurse's perceptions of their family nursing practice skills. *Scand J Caring Sci*. [Internet]. 2018 Apr 25. [citado 2019 julho 12]; [10 páginas]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12573>
21. Brandão MAG, Barros ALBL, Primo CC, Bispo GS, Lopes ROP. Nursing theories in the conceptual expansion of nursing practices. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2019 Apr. [citado 2019 julho 12]; [5 páginas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n2/0034-7167-reben-72-02-0577.pdf>
22. Broekema S, Luttik MLA, Steggerda GE, Paans W, Roo-dbol PF. Measuring Change in Nurses' Perceptions About Family Nursing Competency Following a 6-Day Educational Intervention. *Journal of Family Nursing*. [Internet]. 2018 Nov 19. [citado 2019 julho 12]; [29 páginas]. Disponível em: [https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1074840718812145?rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed&url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&journalCode=jfna](https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1074840718812145?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&journalCode=jfna)
23. Wright LM, Bell JM. Beliefs and illness: a Model for healing. Canada: 4th Floor Press1st edn; 2009 May. 400p.
24. Petursdottir AB, Haraldsdottir E, Svavarsdottir EK. The impact of implementing an educational intervention to enhance a family-oriented approach in specialised palliative home care: A quasi-experimental study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. [Internet]. 2018 Nov 29. [citado 2019 julho 12]; [9 páginas]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30488975>
25. Oliveira Palmira, Figueiredo MH, Apóstolo J, Leite C. 2018. The impact on training of the dynamic model for assessment and family intervention. *Digital Supplement Rev ROL Enferm [Internet]*. 2018 Dez. [citado 2019 julho 12]; [5 páginas]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/329505656\\_The\\_impact\\_on\\_training\\_of\\_the\\_dynamic\\_model\\_for\\_assessment\\_and\\_family\\_intervention](https://www.researchgate.net/publication/329505656_The_impact_on_training_of_the_dynamic_model_for_assessment_and_family_intervention)
26. Ribeiro O, Martina MM, Tronchin D, Silva J. Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*. 2018 Out-Nov-Dez; IV(19): 39-48.
27. Figueiredo MH, Charepe Z. Intervenção Familiar: dos Conceitos aos Sistemas Terapêuticos [Family Intervention: From Concept to Therapeutic Systems]. En *Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental*, ed. Sequeira C, Sá L. Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2010. p. 108-16
28. Portugal. Regulamento nº 126, de 18 de fevereiro de 2011. Define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em saúde familiar. *Diário da República*. 2011 fev 18. II(35): 8660-1.
29. Portugal. Regulamento nº 428, de 16 de julho de 2018. Define o perfil de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*. 2018 jul 16. II(135): 19354-9.
30. Östlund U, Bäckström B, Saveman BI. A Family Systems Nursing Approach for Families Following a Stroke: Family Health Conversations *J Fam Nurs*. [Internet]. 2016 May. [citado 2019 julho 12]; [23 páginas]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27090511>
31. Duhamel F. Translating Knowledge From a Family Systems Approach to Clinical Practice: Insights From Knowledge Translation Research Experiences. *Journal of Family Nursing*. [Internet]. 2017 Nov. [citado 2019 julho 12]; [25 páginas]. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1074840717739030>
32. Svavarsdottir EK, Sigurdardottir AO, Konradsdottir E, Tryggvadottir GB. The impact of nursing education and job characteristics on nurse's perceptions of their family nursing practice skills *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [Internet]. 2018 Dez. [citado 2019 junho 03]; [10 páginas]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29691883>

**ERMELINDA MARQUES**

**Professora Adjunta.** Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, Unidade de Investigação para o Desenvolvimento do Interior - UDI/IPG, CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Centro Académico Clínico das Beiras - CACB, Portugal.

✉ [emarques@ipg.pt](mailto:emarques@ipg.pt)

**ELIANA GONÇALVES**

**Enfermeira Especialista, Mestre.** Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Portugal.

**ANA MURTEIRO**

**Enfermeira Especialista, Mestre.** Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga, CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Portugal.

**CARLOS VITOR**

**Enfermeiro Especialista, Mestre.** Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga, CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Portugal.

**MARIA HENRIQUETA FIGUEIREDO**

**Professor Coordenador, Doutor.** ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Portugal.

**MARLENE LEBREIRO**

**Enfermeira.** Agrupamento de Centros de Saúde Porto Ocidental, CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Portugal.

**RUTE REGO**

**Enfermeira.** Agrupamento de Centros de Saúde Arrábida, CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Portugal.

# A PESSOA PORTADORA DE ESCLEROSE MÚLTIPLA, O FAMILIAR CUIDADOR E PROCESSO FAMILIAR

Multiple sclerosis carrier, family career and family process

## Abstract

**Objectives:** To characterize the person with Multiple Sclerosis and the family member caregiver; to evaluate the needs of families with a member with Multiple Sclerosis within the family process.

**Methods:** The study is quantitative, descriptive, exploratory and cross-sectional, with a sample of 25 families. In the evaluation of the family process was followed the operative matrix of the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention. Data collection was organized through semi-structured interviews.

**Results:** The person with Multiple Sclerosis is mostly female (76%), with the most referenced limitations being extreme fatigue (80%), spasticity and weakness (44%). The person identified as a caregiver is mostly female (56%), spouse / partner (48%). Within the family process, families are mostly functional.

**Conclusion:** Having knowledge of the characteristics and needs of each family will allow the family nurse a more targeted and specific intervention.

**KEYWORDS:** MULTIPLE SCLEROSIS, CAREGIVER, FAMILY, FAMILY NURSE.

## INTRODUÇÃO

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença neurológica que afeta o sistema nervoso central, nomeadamente o encéfalo e a medula espinal, caracterizada por uma desmielinização ou inflamação da bainha de mielina e que conduz a um atraso na condução de impulsos nervosos. Esta inflamação incorre em áreas de cicatrização a que se denomina de esclerose <sup>(1)</sup>. A evolução clínica desta

doença é considerada imprevisível, sendo os sintomas normalmente intermitentes e os períodos em que os sintomas agravam denominados de surtos. Nos primeiros anos da doença os surtos ocorrem com posterior remissão da sintomatologia (surto-remissão), assumindo características progressivas ao longo dos anos <sup>(2,3)</sup>.

Os processos de perdas e de adaptação aos sintomas e a todo o sofrimento inerente aos mesmos,

afetam não só a pessoa portadora de EM mas também quem está mais presente – a família <sup>(4)</sup>. A maioria dos familiares cuidadores da pessoa portadora de EM partilham do sentimento de sobrecarga, cansaço, insónia e ansiedade exigido pela instância dos cuidados a prestar e os múltiplos papéis sociais que acumulam. Muitos dos cuidadores referem necessidades relacionadas com o apoio domiciliário e uma diminuição do isolamento social sentido decorrente do papel de cuidador, sendo que muitos deles referem que existe pouca informação sobre os recursos que estão disponíveis na comunidade para os apoiar no cuidar <sup>(5,6)</sup>.

A saúde familiar é considerada um estado subjetivo que implica a maximização das potencialidades da própria família, sendo imperioso para o seu desenvolvimento que exista um equilíbrio entre a estabilidade e a mudança, quer esta esteja associada às transições normativas ou acidentais <sup>(7)</sup>. A identificação das famílias, dos seus problemas, mas também dos seus pontos fortes, conjuntamente com uma compreensão profunda da estrutura, dinâmica e funcionalidade do sistema, é um meio particularmente fértil para o desenvolvimento de práticas e intervenções específicas por parte das equipas de saúde, nomeadamente pelo enfermeiro de família <sup>(7,8)</sup>. O papel do enfermeiro de família assume uma fulcral importância, uma vez que este tem a oportunidade de acompanhar as famílias no decorrer do seu ciclo vital, pelo que é fundamental que conheça as características e necessidades destas, definindo estratégias de intervenção adequadas à família a que se dirige.

Neste sentido, os cuidados de enfermagem em contexto de Cuidados de Saúde Primários, exigem que os profissionais de saúde possuam um profundo conhecimento sobre as famílias que cuidam, as suas especifi-

idades e sinergias. Os enfermeiros de família, tendo um papel muito próximo do sistema familiar, encontram-se numa posição privilegiada na identificação das necessidades reais destas famílias no seu quotidiano. Consequentemente, para que a avaliação e intervenção familiar sejam eficazes é imprescindível a adoção de um modelo orientador, sendo em Portugal adotado pela Ordem dos Enfermeiros o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), desenvolvido por uma enfermeira portuguesa, sustentado nos princípios do pensamento sistémico, com o objetivo de responder às necessidades sentidas pelos enfermeiros no cuidado com as famílias. <sup>(7,8)</sup>

## OBJETIVOS

Caracterizar a pessoa portadora de Esclerose Múltipla e o membro da família cuidador, avaliar as necessidades das famílias com membro portador de Esclerose Múltipla no âmbito do processo familiar.

## MÉTODOS

O estudo é de natureza quantitativa, descritivo, exploratório e transversal. A população alvo do estudo foram as famílias com membro portador de Esclerose Múltipla, inscritos na lista de doentes diagnosticados com a doença no Serviço de Neurologia de uma Unidade Local de Saúde num total de 78, estudando-se uma amostra, não probabilística acidental, causal ou por conveniência, constituída por 25 famílias de acordo com os seguintes critérios: ter mais de dezoito anos; pessoa portadora de Esclerose Múltipla ser utente da consulta de Neurologia; ter capacidade de proporcionar consentimento informado, livre e esclarecido.

Os dados foram colhidos através de entrevista semiestruturada, utilizando-se um formulário constituí-

do por três partes. A primeira parte com questões de caracterização da pessoa portadora de Esclerose Múltipla: caracterização sociodemográfica (sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão e situação profissional, caracterização das limitações decorrentes da Esclerose Múltipla, caracterização da dependência considerando os diversos domínios descritos no MDAIF, nomeadamente o autocuidado higiene, comer, beber, ir ao sanitário, comportamento de sono e repouso, atividade recreativa, e gestão do regime terapêutico). Na segunda parte, questões relativamente ao tipo de família <sup>(9)</sup> e à caracterização do elemento da família identificado como cuidador: caracterização sociodemográfica (sexo, idade, escolaridade, profissão, situação profissional), grau de parentesco/relação afetiva com a pessoa com Esclerose Múltipla. A última parte com questões de avaliação do processo familiar através da aplicação da matriz operativa do MDAIF <sup>(9)</sup> onde se destaca a comunicação familiar, interação de papéis familiares, relação dinâmica e crenças familiares, e das escalas preconizadas pelo referencial, como dados diagnósticos que, em complementariedade com outros permite a formulação de diagnósticos, nomeadamente a escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, FACES II e Apgar Familiar de Smilkstein. A Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe consiste numa lista de 43 eventos que visa correlacionar os eventos de vida experimentados com as situações de stresse e doença, tendo como base os acontecimentos passados ou recentes, circunscritos a um período de um ano. A Escala de FACES II, visa a avaliação da coesão, adaptabilidade e flexibilidade das famílias, sendo constituída por 30 itens, dos quais 16 pertencem à dimensão da coesão e os restantes à dimensão da adaptabilidade. O Apgar Familiar de Smilkstein é uma escala que visa >

a avaliação do funcionamento das famílias, tendo como fundamento a forma como os elementos da família percebem este funcionamento, manifestando o seu grau de satisfação relativamente ao cumprimento das suas funções. De referir que todas as escalas evidenciam uma boa consistência interna (alpha de Cronbach de 0,844, 0,855 e 0,844, respetivamente), pelo que são considerados instrumentos de boa fiabilidade.

Para o tratamento estatístico dos dados obtidos recorreu-se ao programa Statistical Package for the Social Sciences, version 23.0 for Windows (SPSS, Inc., Chicago, IL). No desenvolvimento do estudo todas as considerações éticas e princípios éticos foram seguidos, assegurando o anonimato e a participação livre e informada de todos os participantes.

## RESULTADOS

Relativamente à caracterização sociodemográfica da pessoa portadora de Esclerose Múltipla, 76% são do sexo feminino, com idades entre os 35 e os 65 anos (média de 48,24 anos), maioritariamente casados/união de facto (64%). Apresentam na sua maioria formação superior, licenciatura (44%). De salientar que 52% estão reformados, 4% desempregados e dos 44% empregados a profissão com mais representatividade é a de pessoal administrativo. No que se refere à caracterização das limitações decorrentes da EM verifica-se que 80% das pessoas com EM têm como limitação a fadiga extrema, seguida pela fraqueza e pela espasticidade (44%), e a perturbação da visão (40%), sendo a limitação menos referenciada as perturbações da marcha (4%). Em relação à dependência das pessoas portadoras de EM, a maioria (80%) são independentes nos autocuidados, sendo que nos 20% que apresentam dependência nos autocuidados se destacam a necessidade de ajuda total nos

autocuidados Atividade física e Atividade recreativa, e necessidade de ajuda total com cuidados especiais nos autocuidados de Gestão do regime terapêutico e Ir ao sanitário.

No que se refere à caracterização da pessoa identificada como cuidador, apresentam idades compreendidas entre os 27 e os 86 anos (média de 55,52 anos), maioritariamente do sexo feminino (56%) e casados/união de facto (72%). Quanto à situação profissional 56% são empregados, seguidos dos reformados com 32% e desempregados com 12%. Em relação ao grau de parentesco/relação afetiva com a pessoa portadora de EM a maior percentagem (48%) revela que é o cônjuge/companheiro.

No que se reporta às necessidades das famílias com membro portador de Esclerose Múltipla no âmbito do processo familiar, sendo a família nuclear a mais representada (84%), apresentam-se os resultados para as dimensões comunicação, interação de papéis e relação dinâmica.

Com a aplicação da Escala de Readação Social de Holmes e Rahe, é possível verificar que 68% apresenta uma menor probabilidade de incidência de doenças e, 32% da amostra apresenta 50% de probabilidade de adoecer de algum tipo de doença física e/ou psíquica.

No que concerne a comunicação familiar, aborda-se a comunicação emocional, a comunicação verbal/não verbal e a comunicação circular.

Relativamente à comunicação emocional é possível verificar, que quem expressa mais os sentimentos nas famílias inquiridas é o doente com 56% da amostra, seguido da mãe com 24%. No que concerne ao modo como se expressam os sentimentos, 88% estão satisfeitos, contudo 12% da amostra não se encontram satisfeitos referindo aspetos relacionados com a incompreensão familiar e a dificuldade de comunicação. No que diz respeito à aceitação da família relativamente à expressão de senti-

mentos dos seus membros, 96% dos inquiridos referem que existe aceitação. Dos 4% que refere não existir aceitação indicam que existem elementos da família que não expressam os seus sentimentos. Relativamente ao impacto que os sentimentos de cada um tem na família, 88% dos inquiridos refere que este impacto é favorável. Os que afirmam que o impacto é desfavorável (12%) referem que existe indiferença familiar perante a situação familiar, e também comunicação ineficaz no seio familiar.

Em relação à comunicação verbal e não verbal, a primeira questão está relacionada com a clareza do discurso familiar, permitindo que todos entendam o que se pretende comunicar, sendo que 88% dos inquiridos respondem que sim e dos 12% que respondem não, referem existir membros da família que evitam falar sobre a doença e que existe dificuldade na comunicação familiar. Quando questionados se todos na família se expressam claramente no momento da comunicação, 96% da amostra refere que sim, sendo que apenas 4% responde que não aludindo que existe um elemento na família que não se exprime claramente. No que respeita a comunicação circular, 88% dos inquiridos estão satisfeitos sobre a forma como se comunica na família. Dos 12% que responderam não estar satisfeitos, apontaram a necessidade de existir um diálogo mais claro e que a comunicação familiar é ineficaz. 96% da amostra refere que o impacto que a expressão dos sentimentos tem na família é favorável e 4% diz ser não favorável, dando como justificação o facto de existir um elemento da família que não se exprime claramente.

Conclui-se assim que, em pelo menos 12% das famílias estudadas a comunicação é não eficaz.

A avaliação da interação de papéis familiares existentes no seio da família permitiu constatar que a pessoa portadora de EM é aquele



que assume maioritariamente o *papel de provedor*, ou seja, é aquele que assume a responsabilidade da entrada de bens financeiros com uma percentagem de 32%, seguido pelo pai e marido, com 20% e 16% respectivamente; nenhum dos inquiridos refere conflito ou saturação do papel. O *papel da gestão financeira* é desempenhado pelo casal (24%), seguidos pela pessoa portadora de EM (20%); existe consenso em relação ao papel e os inquiridos não apresentam saturação ou conflito de papel. O *papel do cuidado doméstico* é assumido maioritariamente pela pessoa portadora de EM (36%), seguido pela mãe (32%); duas pessoas (8% da amostra) referem saturação do papel, nomeadamente o doente responsável pelo cuidado doméstico que relata necessitar de mais ajuda nos momentos em que se instalam os surtos. O *papel recreativo*, é assumido maioritariamente pela pessoa portadora de EM (40%), seguido pelo marido e mãe, com 16% e 12% respectivamente; existe consenso de papel e não existe conflito ou saturação do papel. O *papel de parente* é desempenhado maioritariamente pela pessoa portadora de EM (36%), seguido pela mãe (24%), sendo consensual este papel e não existindo conflito ou saturação do papel. A interação de papéis familiares é não eficaz em 8% das famílias, especificamente no papel do cuidado doméstico.

No que diz respeito à relação dinâmica das famílias, apresentam-se os dados relativos à influência e poder, alianças e uniões, coesão e adaptabilidade e funcionalidade familiar. No que se refere à *influência e poder* dentro do seio familiar, o membro que tem mais poder nas famílias da amostra estudada é a pessoa portadora de EM com 36%, seguido pela mãe e irmão com 16%, sendo que quando questionados sobre a satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros, a totalidade da amostra refere sentir-se satisfeita. No

que concerne às *alianças e uniões* existentes, 84 % da amostra afirma existirem alianças entre alguns dos seus membros, sendo que a totalidade da amostra revela satisfação pela forma como a família manifesta a sua união.

No que concerne à avaliação da coesão e adaptabilidade, os resultados obtidos através da aplicação da escala de FACES II permitiram verificar que relativamente à coesão, a maioria das famílias (60%) é ligada, 12% é desmembrada. Na adaptabilidade, 88% são flexíveis e com a mesma percentagem (4%), ou seja uma família é rígida e outra muito flexível. A maioria das famílias (80%) é do tipo equilibrada.

Relativamente à perceção dos membros da família sobre a sua funcionalidade, através da aplicação do APGAR Familiar de Smilkstein verificou-se que 76% considera a sua família altamente funcional, 20% com moderada disfunção. Uma família (4%) apresenta disfunção acentuada.

Verifica-se assim que, pelo menos 12% das famílias estudadas apresenta relação dinâmica disfuncional. Conclui-se que aproximadamente 88% das famílias apresenta o processo familiar funcional. Nos casos em que o processo familiar é disfuncional este relaciona-se com a comunicação, com a interação de papéis familiares e com a relação dinâmica.

## DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica das pessoas portadoras de EM revela que os resultados acompanham a tendência descrita em estudos recentes referentes à mesma problemática (9,10,11), que indicam que a doença se manifesta mais em mulheres, sendo elas adultas jovens e em idade ativa. Também a situação profissional acompanha a mesma tendência, sendo que a maioria dos participantes encontravam-se reformados, o que corrobora os dados

de outros estudos, que referem que a maioria das pessoas portadoras de EM eram desempregadas ou reformadas (11), o que pode ser justificado pelas limitações decorrentes da doença, bem como o número de surtos que se instalam (6,12). No que concerne às limitações manifestadas por estas pessoas, os resultados revelaram como mais relevante a fadiga extrema, seguida pela espasticidade e fraqueza, sendo que a maioria não apresentava qualquer dependência permanente, o que pode ser condicionado pelas características da amostra constituída na maioria por adultos jovens. Por outro lado, e de acordo com outro estudo que espelha a mesma tendência, é importante destacar que apesar das limitações serem sentidas apenas a curto prazo (surtos) estas, devido à sua imprevisibilidade, alteram as sinergias existentes com a sociedade em geral e no seio da família (11).

A pessoa identificada como cuidador assume extrema importância, uma vez que a EM implica tanto para a pessoa portadora, como para os restantes membros da família, alterações dos seus estilos de vida. Ser cuidador implica, algumas vezes, sobrecarga económica da família, bem como sobrecarga física e emocional, devido à imprevisibilidade de duração e tipo de surto (13). Neste estudo foi possível verificar que os cuidadores são maioritariamente do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 45 e os 65 anos, casados ou em união de facto, com situação laboral ativa. O mesmo padrão foi verificado em outro estudo (14), que revela que a figura do cuidador recai em mulheres, existindo uma acumulação de papéis, uma vez que estes para além dos papéis familiares que desempenham são ainda trabalhadores ativos. Um resultado comum a outros estudos (11,13) foi o facto de a figura do cuidador recair sobre os seus cônjuges, pela sua proximidade afetiva e partilha de intimidade, aspeto que

deve ser salientado, uma vez que, sendo a maioria das famílias estudadas famílias nucleares com filhos, com a instalação de uma doença crónica com características degenerativas, como a EM, assiste-se a uma alteração dos papéis e sinergias familiares.

Relativamente às necessidades identificadas nas famílias com membro portador de EM, no âmbito do processo familiar, foi possível verificar que a maioria das famílias estudadas tem o processo familiar funcional, apresentando, contudo, algumas delas, o processo familiar disfuncional.

Nas famílias que apresentaram o processo familiar disfuncional, verificou-se que o mesmo se relacionava a comunicação familiar não eficaz, interação de papéis não eficaz e relação dinâmica disfuncional.

Relativamente à comunicação verificou-se em algumas famílias a não satisfação com o modo como expressam os sentimentos, impacto não favorável que os sentimentos de cada um tem na família, nem sempre são claros e diretos no discurso e a não satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família, o que, poderá comprometer a concretização dos fins por cada um dos seus elementos e do sistema como um todo, influenciando também o estabelecimento de um padrão internacional funcional. (7,8)

Quando no processo familiar nos remetemos à interação de papéis familiares foi possível verificar que no papel do cuidado doméstico, existe saturação do papel, uma vez que este é assumido maioritariamente pela pessoa portadora de EM, referindo esta necessitar de mais ajuda do prestador de cuidados nos momentos em que se instalam os surtos. Neste sentido, a avaliação da saturação do papel, principalmente durante a ocorrência dos surtos, o que não se verificou no decorrer da realização deste estudo, e a motivação para a redefinição dos papéis pelos membros da

família poderão ajudar a diminuir sobrecarga que advém dos cuidados domésticos na pessoa portadora de EM até à remissão do surto.

A literatura demonstra que estas famílias, devido às alterações sentidas decorrentes da progressão da doença, referem sentir estar sujeitas a elevados níveis de stresse que pode consequentemente alterar o seu bem-estar individual e familiar, assumindo os aspetos como a sobrecarga financeira e a falta de apoio social extrema importância (14,15).

Relativamente à relação dinâmica, a maioria das famílias são do tipo equilibrada.

Com a coesão como recurso e força da família, destaca-se que a maioria das famílias são ligadas. Nas famílias desmembradas, quanto à coesão, deve promover-se o envolvimento de todos os elementos da família. No que diz respeito à flexibilidade, em algumas famílias, uma muito flexível e uma muito rígida sugere-se a necessidade de alteração de padrões, nomeadamente no âmbito da expressão de opiniões, negociação ou regras. Os níveis mais extremos de adaptabilidade, muito flexível e rígida, são os mais problemáticos para as famílias à medida que passam pelas diversas transições, quer desenvolvimentais, quer acidentais, como é o caso nesta última do aparecimento de uma doença crónica e incapacitante como a EM.

O processo familiar permite assim a compreensão da dimensão funcional expressiva da família e é definido como o padrão transacional que decorre das interações contínuas que se vão desenvolvendo entre os membros da família, abrangendo a complexidade inerente aos processos de circularidade, auto-organização, equifinalidade, globalidade, entre outros caracterizadores da família, enquanto sistema autopoiético transformativo. (7,8)

Desta forma, identificar as necessidades das famílias, na área da

enfermagem de saúde familiar, torna-se assim primordial, permitindo ao enfermeiro de família uma intervenção direcionada, considerando a pessoa portadora de EM, o seu cuidador e a família possibilitando assim que os cuidados a prestar sejam acessíveis, centrados nas necessidades da família, antecipando a necessidade de cuidados e em estreita colaboração com os recursos existentes na comunidade.

## CONCLUSÃO

Acredita-se que o conhecimento, descrição e entendimento sobre as características da pessoa portadora de EM e o do membro familiar cuidador, bem como o conhecimento das sinergias familiares podem influenciar e contribuir para a otimização dos cuidados, permitindo conhecer as reais necessidades das famílias e delinear uma intervenção mais adequada ao sistema familiar. No aprofundar desta problemática, considera-se que este estudo contribuiu para um conhecimento mais efetivo da realidade portuguesa, proporcionando a caracterização da pessoa portadora de Esclerose Múltipla e do membro da família cuidador, e a avaliação das necessidades das famílias com membro portador de Esclerose Múltipla no âmbito do processo familiar.

As pessoas com o diagnóstico de EM são maioritariamente do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 46 e os 55 anos e reformadas. Sendo uma doença neurológica degenerativa existem limitações sentidas pela pessoa portadora que, na amostra estudada, eram a fadiga extrema, a espasticidade e a fraqueza.

A pessoa identificada como cuidador é na maioria do sexo feminino e a maior parte é o cônjuge/companheiro da pessoa com EM.

Relativamente à comunicação, a maioria das famílias considerou haver clareza do discurso familiar, expressam-se claramente no mo-

mento da comunicação, estavam satisfeitas sobre a forma como se comunica na família e o impacto que a expressão dos sentimentos tem na família era favorável.

Os papéis familiares são, na maior parte dos casos desempenhados pela pessoa portadora de EM, verificando-se saturação do papel doméstico em duas pessoas.

No que diz respeito à relação dinâmica das famílias, o membro que tem mais poder na família é a pessoa portadora de EM, a totalidade das famílias revelou satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros e na forma como a família manifesta a sua união. A maioria

das famílias é ligada, quanto à coesão, e flexível quanto à adaptabilidade. A maioria das famílias é do tipo equilibrada, considerando também, maioria considera também a sua família altamente funcional.

A maioria das famílias apresenta o processo familiar funcional. As famílias com o processo familiar disfuncional revelaram necessidades de cuidados de enfermagem na comunicação (não eficaz) na interação de papéis familiares (não eficaz) e na relação dinâmica (disfuncional). A utilização do MDAIF revelou-se assim uma mais-valia para que a prática clínica seja cada vez mais orientada para as necessidades das famílias, considerando-as como

aliadas e principais intervenientes nas suas decisões de saúde. Das implicações dos resultados obtidos neste estudo, salientamos a identificação com maior objetividade e rigor de necessidades no processo familiar, o que permitirá o desenvolvimento de estratégias/intervenções promotoras de capacitação da pessoa portadora de EM, do familiar cuidador e da família como um todo, na amostra estudada.

Deste trabalho emergem novas linhas de investigação, tornando-se necessário o estudo de um maior número de famílias, no sentido de definir/construir intervenções para as necessidades das mesmas e avaliar a sua eficácia. ▴



## Referências

- Machado S (Coord.). *Recomendações Esclerose Múltipla*. São Paulo: Omnifarma; 2012. 112p.
- Pinto P. Rede de apoio integrado para a capacitação da pessoa com Esclerose Múltipla. *Nursing Magazine digital* [Internet]. 2014 novembro. [citado 2019 julho]; [9 páginas]. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bits-tream/10174/13901/1/rede-de-apoio-integrado-para-a-capacitacao-da-pessoa-com-esclerose-multipla.pdf>
- Xia Z, White C, Owen E, Von Korff A, Clarkson S, McCabe C, Cimpean M, Winn P, Hoelsing A, Steele S, Cortese I, Chitnis T, Weiner H, Reich D, Chibnik L, De Jager P. Genes and Environment in Multiple Sclerosis project: A platform to investigate multiple sclerosis risk. *Annals of neurology*. 2015; 79(2):178-89.
- Santos F, Corrêa N, Leal R, Monteiro C. A vivência do Cônjuge/Companheiro de Portador de Esclerose Múltipla. *Revista Enfermagem*. 2010; 18(2): 229-34.
- Holland N, Schneider D, Rapp R, Kalb R. Meeting the needs of people with primary progressive multiple sclerosis, their families, and the health-care community. *International Journal of MS Care*. 2011; 13: 65-74.
- Cavalera C, Pagnini F, Rovaris M, Mendozzi L, Pugnetti L, Gagnani M, Molinari E. A telemedicine meditation intervention for people with multiple sclerosis and their caregivers: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* [Internet]. 2016 janeiro. [citado 2019 julho]; [6 páginas]. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4700623/pdf/13063\\_2015\\_Article\\_1136.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4700623/pdf/13063_2015_Article_1136.pdf)
- Figueiredo M. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar- Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. *Odivelas: Lusociência*; 2013. 208p.
- Escola Superior de Enfermagem do Porto [sede web]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2017. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários. [citado 2019 julho]. Disponível em: <https://www.esenf.pt/pt/i-d/projetos-internacionais/mdaif/>
- Bayen E, Papeix C, Diehl P, Lubetzki C, Joel M. Patterns of objective and subjective burden of informal caregivers in multiple sclerosis. *Behavioural Neurology* [Internet]. 2015 abril. [citado 2019 julho]; [10 páginas]. Disponível em: <http://downloads.hindawi.com/journals/bn/2015/648415.pdf>
- Learmonth Y, Adamson B, Balto J, Chiu C, Guzman I, Finlayson M, Riskin B, Motl R. Multiple sclerosis patients needs and want information on exercise promotion from healthcare providers: a qualitative study. *Wiley* [Internet]. 2016 junho. [citado 2019 julho]; [10 páginas]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.12482>
- Neves C, Rente J, Ferreira A, Garrett A. Quality of life of people with multiple sclerosis and their caregivers. *Revista de Enfermagem Referência*. 2017; Serie IV(12); 85-96.
- Milanlioglu A, Ozdemir P, Cilingir V, Gulec T, Aydin N, Tombul. Coping strategies and mood profiles in patients with multiple sclerosis. *Arg. Neuropsiquiatr*. 2014; 72(7): 490-5.
- Buhse M. Assessment of caregiver Burden in families of persons with multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2008 fevereiro; 40(1): 25-31.
- Lee E, DeDios S, Fong M, Simonette C, Lee G. Gender differences in coping among spousal caregivers of persons with multiple sclerosis. *Journal of rehabilitation*. 2013; 79(4): 46-54.
- Strickland K, Baguley F. The role of the community nurse in care provision for people with multiple sclerosis. *British journal of community nursing*. 2015; 20(1): 6-10.



#### MARIA HENRIQUETA FIGUEIREDO

**Professora Coordenadora, Doutor.** ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Porto, Portugal.

✉ [henriqueta@esenf.pt](mailto:henriqueta@esenf.pt)

#### ELIANA GONÇALVES

**Enfermeira Especialista, Mestre.** Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Portugal.

#### ERMELINDA MARQUES

**Professora Adjunta.** Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, Unidade de Investigação para o Desenvolvimento do Interior - UDI/IPG, CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Centro Académico Clínico das Beiras - CACB, Portugal.

#### CARLOS VITOR

**Enfermeiro Especialista, Mestre.** Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga, CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Portugal.

#### ANA MURTEIRO

**Enfermeira Especialista, Mestre.** Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga, CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Portugal.

#### MARLENE LEBREIRO

**Enfermeira.** Agrupamento de Centros de Saúde Porto Ocidental, CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Portugal.

#### RUTE REGO

**Enfermeira.** Agrupamento de Centros de Saúde Arrábida, CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Portugal.

# ESTRATÉGIAS DE COPING NA FAMÍLIA DA PESSOA PORTADORA DE ESCLEROSE MÚLTIPLA

## Coping strategies in the family of the multiple sclerosis holder

### Abstract

Caring for someone is a naturally demanding task, especially when the person is physically and mentally impaired, such as a person with Multiple Sclerosis. Thus, this study aims to identify coping strategies of people identified as caregivers by the person with Multiple Sclerosis, thus understanding the way families view and adapt to this very specific chronic disease. This study is of quantitative, descriptive and cross-sectional nature, with a sample of 25 Portuguese families. The F-COPES questionnaire was applied to assess the coping strategies, using the operational matrix of the Dynamic Model of Family Evaluation and Intervention, organized through a semi-structured interview. The study highlights that the person with Multiple Sclerosis is the one mostly expressing feelings (56%) and shows more initiative to solve them (52%). However, this study also shows that about 80% of families reach out to external resources. According to the strategies coping assessment using the F-COPES, 44% of the families involved in this study, agree with Social Support. However, the most adopted strategies are the reframing and passive evaluation (64%), and the least adopted is the search for spiritual support (20%). The knowledge of the adopted coping strategies by the families will enable the family nurse a more tailored intervention to the family needs.

**KEYWORDS: MULTIPLE SCLEROSIS, COPING STRATEGIES, FAMILY NURSE.**

### INTRODUÇÃO

A Esclerose Múltipla (EM) assume-se como uma doença de características degenerativas com incidência predominante em adultos jovens no início da sua vida afetiva, profissional e familiar, sendo como tal enquadrada nas doenças crónicas. Esta é uma doença que tem um forte im-

pacto nas modificações dos estilos de vida, dos componentes sociais, afetivos, profissionais e cognitivos no seio familiar, tanto para utente como cuidador<sup>(1)</sup>. Neste sentido, todo o processo evolutivo da doença, com a inerência das perdas e adaptações aos sintomas, provocam no utente e cuidador uma elevada carga de sofrimento, sendo extre-

mamente importante direcionar o apoio dos cuidados para ambos os intervenientes ao longo de todo o processo (2,3).

No seguimento, é de considerar que no caso específico da EM, pela especificidade na sua evolução, quer a pessoa portadora, quer os seus familiares acreditam que o stresse piora os sintomas da doença. Torna-se assim importante conhecer as estratégias de *coping* familiar, sabendo que este é alterado no decorrer do ciclo vital e que um *coping* eficaz influencia o bem-estar de todos os elementos da família (4).

Para enfrentar a situação de doença de um familiar e melhor se adaptar às alterações inerentes à doença, os membros familiares podem fazer uso do *coping*, sendo importante para os profissionais de saúde avaliar e conhecer a forma como as famílias encaram e se adaptam ao diagnóstico de uma doença crónica e, quais as estratégias de *coping* por elas utilizadas. Esta é uma temática de suma importância na relação com a família, facilitando a intervenção direcionada a cada problema familiar.

Sendo a EM uma doença que afeta jovens adultos e com sintomas que variam entre a depressão, a fadiga, o declínio cognitivo e a dor, entre outros, conhecer as estratégias de *coping* utilizadas pelos membros da família torna-se essencial para entender as sinergias familiares e existir assim uma intervenção orientada para a família, uma vez que um *coping* adequado leva a ajustamento adequado. Considerando as especificidades e individualidade de cada sistema familiar é essencial conhecer o processo familiar destas famílias, de forma a adequar os cuidados prestados, conhecendo para tal as relações e interações existentes entre os membros da família e, conseqüentemente, identificar as necessidades de mudança ao nível do funcionamento familiar. O enfermeiro de

família deve assim desenvolver competências específicas que lhe permitam intervir na família e nos seus elementos individualmente para que esta se sinta segura, mas também treinar as habilidades adequadas a cada situação específica, identificando as necessidades e orientando outros profissionais, diminuindo, conseqüentemente a sobrecarga dos cuidadores e o incremento da qualidade de vida das famílias cuidadoras (4,5,6).

O emergir do papel de cuidador é, normalmente, imprevisível e é visto, geralmente, como um acontecimento stressante que causa profunda ansiedade no cuidador, pelas alterações que implica no quotidiano da pessoa e de toda a estrutura familiar e rede de apoio. Relativamente ao cuidador da pessoa portadora de Esclerose Múltipla, assume especial interesse, uma vez que a doença se manifesta em jovens adultos e em que a necessidade de cuidados aumenta com a progressão natural e imprevisível da doença. É assim primordial, um papel ativo dos enfermeiros uma vez que conhecendo as características destas pessoas e famílias, bem como as estratégias de *coping* por eles adotadas, torna-se mais fácil identificar as necessidades destas, podendo assim mobilizar os recursos individuais, familiares e da comunidade para dar resposta às dificuldades, facilitando assim o processo de cuidar (3,7,8).

Os enfermeiros de família, tendo um papel muito próximo do sistema familiar, encontram-se numa posição privilegiada na identificação das necessidades reais destas famílias no seu quotidiano. Nesse sentido, torna-se crucial a adoção de um modelo sustentado no pensamento sistémico que responda às necessidades identificadas pelos enfermeiros nos cuidados às famílias, pelo que a Ordem dos Enfermeiros adotou o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), de forma a assegurar essa mesma resposta (9,10,11).

## OBJETIVO

Identificar as estratégias de *coping* das pessoas reconhecidas como cuidador pela pessoa portadora de Esclerose Múltipla.

## MÉTODO

Atendendo a que o conhecimento sobre o fenómeno é manifestamente insuficiente, a natureza do estudo é quantitativa não sendo por isso formuladas hipóteses. Trata-se de um estudo descritivo, uma vez que visa descrever as estratégias de *coping* adotadas pelas famílias, e transversal, pois procurou a medição da frequência das estratégias de *coping* num dado momento.

A população abrangida foram famílias com membro portador de Esclerose Múltipla, inscritos na lista de doentes diagnosticados com a doença no Serviço de Neurologia de uma Unidade Local de Saúde em Portugal, tendo sido estudada uma amostra de 25 famílias, por meio de amostragem não probabilística acidental, casual ou por conveniência, onde foram selecionados os participantes de acordo com os seguintes critérios: ter mais de dezoito anos, integrar a composição familiar de uma pessoa portadora de Esclerose Múltipla, a pessoa portadora de Esclerose Múltipla ser utente da consulta de Neurologia, ter capacidade de proporcionar consentimento informado, livre e esclarecido. No que diz respeito aos instrumentos de colheita de dados na identificação das estratégias de *coping*, além das questões que integram a matriz operativa do MDAIF, foi utilizado o Inventário de Avaliação Pessoal Orientado para a Crise em Família (F-COPES), desenvolvido por McCubbin, Olson e Larson em 1981, e validado para a população portuguesa em 1990 por Canavarro, Serra, Firmino e Ramalheira. O F-COPES é constituído por trinta itens, e pretende avaliar dois níveis >

de interação, o primeiro do indivíduo com o sistema familiar, avaliando por isso as estratégias que as famílias utilizam para enfrentar os problemas no seu núcleo familiar e, o segundo do sistema familiar com um contexto social mais amplo, avaliando as estratégias que as famílias utilizam para enfrentar os problemas do contexto externo (12). É composto por cinco subescalas: *Obtenção de suporte social* avalia a capacidade que a família tem para se comprometer a obter o suporte de amigos, vizinhos ou da família alargada; *Reenquadramento* que estima a capacidade de redefinir os acontecimentos stressantes de modo a que estes obtenham uma visão mais otimista; *Procura de Suporte Espiritual*, que avalia a capacidade da família para procurar apoio emocional de acordo com o seu sistema de crenças; *Mobilização da família para a obtenção e aceitação de ajuda*, que avalia a capacidade da família para procurar ajuda na comunidade e aceitar a ajuda dos outros; *Avaliação Passiva*, que avalia o grau que a família aceita/lida com os acontecimentos stressores. No que concerne à cotação dos itens da escala, estes estão organizados numa escala tipo Lickert de cinco pontos, que variam entre "Discordo totalmente" (1 ponto) e "Concordo totalmente" (5 pontos). As dimensões das estratégias de *coping* de uma família são avaliadas recorrendo ao valor total dos itens e das suas subescalas. O resultado pode variar entre 0 e 145 pontos, sendo que quanto maior o resultado, maior recurso às estratégias de *coping* por parte da família (13,14). A fiabilidade do F-COPES que foi aplicado foi estudada através da análise da consistência interna dos respetivos domínios e do global da escala, apresentando um *alpha* de *Cronbach* de 0.797, o que evidencia uma boa fiabilidade. Todos os instrumentos foram aplicados através de entrevista semiestruturada. O tratamento estatístico dos dados foi realizado recorrendo

QUADRO 1			
CARACTERIZAÇÃO DO COPING FAMILIAR - MDAIF			
COPING FAMILIAR		TOTAL	
		N	%
<b>Quem na família expressa mais os sentimentos?</b>	Portador EM	14	56
	Marido	1	4
	Esposa	1	4
	Pai	1	4
	Mãe	6	24
	Filho	1	4
	Irmã	1	4
<b>Quem tem a iniciativa para os resolver?</b>	Portador EM	13	52
	Marido	3	12
	Esposa	1	4
	Casal	1	4
	Mãe	5	20
	Irmão	2	8
<b>Existe discussão sobre os problemas na família</b>	Sim	21	84
	Não	4	16
<b>Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas?</b>	Sim	23	92
	Não	2	8
<b>A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas?</b>	Sim	20	80
	Não	5	20
<b>Experiências anteriores positivas</b>	Sim	25	100

ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23.0 para Windows.

Todas considerações e princípios éticos foram assegurados, nomeadamente o anonimato e a participação livre e informada de todos os participantes.

## RESULTADOS

No que concerne ao *coping* familiar, na matriz operativa do MDAIF pretende-se avaliar a capacidade da família para mobilizar estratégias e recursos que possibilitem a manutenção do funcionamento familiar, estando os resultados apresentados no **Quadro 1**. Destaca-se o facto de ser a pessoa portadora de EM o elemento da família que expressa mais os sentimentos (56%) e o que tem mais iniciativa para resolver os problemas (52%). A maioria da amostra manifesta existir discussão sobre os

problemas da família, sendo a mesma satisfatória, ativando recursos externos na resolução de problemas (80%). Por fim, em relação ao *coping* familiar e a resolução de problemas, a totalidade da amostra refere ter experiências anteriores positivas. A aplicação da escala F-COPES visa a avaliação das estratégias de *coping* familiar, organizada em 5 subescalas, cujos resultados se apresentam no **Quadro 2**.

No que concerne à subescala relacionada com a *obtenção de suporte social* é possível verificar que 40% refere não concordar nem discordar, seguido de 36% que diz concordar moderadamente com a obtenção deste suporte. No global, 44% concorda com a obtenção de suporte social.

Na subescala orientada para o *reenquadramento da família*, ou seja, a capacidade que a família tem de redefinir um problema dando-lhe uma

visão mais otimista, 64% da amostra refere concordar muito, seguido de 28% da amostra que concorda moderadamente. De ressaltar que nenhum dos inquiridos discorda no *reenquadramento da família*.

Relativamente à *procura de suporte espiritual*, 40% dos inquiridos refere discordar moderadamente, seguidos de 32% que não concordam nem discordam; 20% concorda em procurar este tipo de suporte.

Na subescala *mobilização da família* para a obtenção e aceitação de ajuda, 40% dos entrevistados refere não concordar nem discordar, 36% diz concordar moderadamente e 20% discordar moderadamente.

Por fim, a *avaliação passiva*, ou seja, a forma como a família aceita os acontecimentos que causam stresse, 48% dos entrevistados dizem con-

cordar moderadamente, seguidos por 32% que dizem não concordar nem discordar.

Relativamente ao score global obtido com a aplicação da escala foi possível verificar que este tem um valor de 105, indicando que as famílias participantes no estudo recorrem a estratégias de *coping* para enfrentar os seus problemas e a se adaptarem às dificuldades inerentes à existência de um elemento na família portador de EM.

## DISCUSSÃO

Pretendia-se com este estudo identificar as estratégias de *coping* adotadas pelas famílias com membro portador de EM, ou seja, verificar a forma como existe a mediação entre o stresse e o ajustamento psicológi-

co à nova situação. Na generalidade dos casos o ajustamento psicológico é mais rápido e eficiente quando as estratégias de *coping* a que se recorre estão relacionadas com uma busca ativa da resolução do problema<sup>(8)</sup>. Quando se trata de enfrentar a situação de doença de um familiar e melhor se adaptar às alterações que a doença implica, os membros da família podem utilizar estratégias de *coping* que interessa que os profissionais de saúde conheçam, compreendendo assim a forma como as famílias encaram e se adaptam ao diagnóstico de uma doença crónica tão específica como a EM.

Da amostra estudada, as estratégias mais utilizadas eram o *reenquadramento*, ou seja, capacidade para redefinir os acontecimentos stressantes de modo a que estes tenham uma visão mais otimista, seguido pela *avaliação passiva*, que diz respeito à aceitação da família dos acontecimentos stressores e, a *obtenção de suporte social*, em que a capacidade de compromisso em obter o suporte de amigos, vizinhos ou família alargada.

Estes resultados são semelhantes aos obtidos num estudo realizado por Pereira em 2012, cujas estratégias de *coping* mais utilizadas eram as relativas ao *reenquadramento*, podendo assim as famílias enfrentar as situações conflituantes, de forma a reestruturar as suas funções e papéis sempre que sintam necessidade<sup>(15)</sup>. Também uma investigação realizada por Martins, Filho e Pires, cujo objetivo era analisar o impacto sofrido pelas famílias ao descobrir que um dos familiares foi diagnosticado com uma doença crónica, revela resultados similares ao nível da importância da obtenção de suporte social salientando que relativamente às estratégias de *coping* utilizadas, as famílias recorriam à resolução de problemas, seguida do suporte social, sendo que a estratégia menos utilizada estava relacionada com a aceitação de responsabilidade<sup>(16)</sup>.

QUADRO 2

### CARACTERIZAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE COPING - F-COPES

SUBESCALAS		TOTAL	
		N	%
<b>Obtenção de Suporte Social</b>	Discordo muito	1	4
	Discordo moderadamente	3	12
	Não concordo nem discordo	10	40
	Concordo moderadamente	9	36
	Concordo muito	2	8
<b>Reenquadramento</b>	Discordo muito	0	0
	Discordo moderadamente	0	0
	Não concordo nem discordo	2	8
	Concordo moderadamente	7	28
	Concordo muito	16	64
<b>Procura de suporte espiritual</b>	Discordo muito	2	8
	Discordo moderadamente	10	40
	Não concordo nem discordo	8	32
	Concordo moderadamente	3	12
	Concordo muito	2	8
<b>Mobilização da família para a obtenção e aceitação de ajuda</b>	Discordo muito	0	0
	Discordo moderadamente	5	20
	Não concordo nem discordo	10	40
	Concordo moderadamente	9	36
	Concordo muito	1	4
<b>Avaliação Passiva</b>	Discordo muito	0	0
	Discordo moderadamente	2	8
	Não concordo nem discordo	8	32
	Concordo moderadamente	12	48
	Concordo muito	3	12

A estratégia menos utilizada pela amostra estudada foi a *Procura de suporte espiritual*.

## CONCLUSÃO

A identificação das estratégias de *coping* adotadas pelas famílias foi avaliada com a aplicação da escala F-COPES, validada para a população portuguesa. As estratégias mais utilizadas pela amostra estudada foram o *reenquadramento*, a *avaliação passiva* e a *obtenção de suporte social*. Aquela que apresentou resultados menos significativos foi a *procura de suporte espiritual*. Relativamente ao score global desta escala foi de 105, numa escala de 0 a 145, o que revelou que as famílias recorrem a este tipo de estratégias para ultrapassar

os momentos de crise e se adaptarem às dificuldades decorrentes da evolução da doença.

Para a consecução do objetivo do estudo foi igualmente utilizada a matriz operativa do MDAIF, sendo imperioso desenvolver a utilização deste modelo para que a prática clínica seja cada vez mais orientada para as necessidades das famílias, considerando-as como aliadas e principais intervenientes nas suas decisões de saúde.

Na área da enfermagem de saúde familiar, torna-se primordial identificar as necessidades das famílias, permitindo ao enfermeiro de família uma intervenção direcionada, considerando a pessoa portadora de EM, o seu cuidador e família parceiros no cuidar, possibilitando assim que

os cuidados a prestar sejam acessíveis, centrados nas necessidades da pessoa e sua família, antecipando a necessidade de cuidados e em colaboração com os recursos existentes na comunidade.

Face às características da doença e aos resultados do presente estudo, torna-se imperativo desenvolver programas educativos e sinergias entre os vários intervenientes neste processo, pelo que é imprescindível a formação específica dos profissionais de saúde nesta área, nomeadamente o enfermeiro de família, bem como o desenvolvimento de grupos psico-educativos que apoiem e formem as pessoas identificadas como cuidadores, para que as dificuldades sentidas sejam ultrapassadas ou minimizadas. ▀



## Referências

1. Sanaeinasab H, Saffari M, Hashempour M, Karimi Zarchi A, Alghamdi W, Koenig H. Effect of a transactional model education program on coping effectiveness in women with multiple sclerosis. *Brain and behavior* [Internet]. 2017 setembro. [citado 2019 julho]; [9 páginas]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5651394/pdf/BRB3-7-e00810.pdf>
2. Neto I. Cuidados Paliativos em pessoas com demência avançada. Em: Neto I, Barbosa A. Editores. *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2000. p. 247-66.
3. Santos F, Corrêa N, Leal R, Monteiro C. A vivência do Cônjuge/Companheiro de Portador de Esclerose Múltipla. *Revista Enfermagem*. 2010; 18(2): 229-34.
4. Peixoto M, Santos C. Estratégias de Coping na família que presta cuidados. *Cadernos de Saúde*. 2009; 2(2): 87-93.
5. Maia L, Viegas J, Amaral M. Esclerose Múltipla: Conhecer para desmistificar. *O Portal dos Psicólogos* [Internet]. 2008 novembro. [citado 2019 julho]; [14 páginas]. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0453.pdf>
6. Simonetti J, Ferreira J. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crónica. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 2008; 42(1): 19-25.
7. Sequeira C. Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: LIDEL; 2010. 388p.
8. Lee E, DeDios S, Fong M, Simonette C, Lee G. Gender differences in coping among spousal caregivers of persons with multiple sclerosis. *Journal of rehabilitation*. 2013; 79(4): 46-54.
9. Ordem dos Enfermeiros [sede Web]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2011. Regulamento dos Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. [citado 2019 julho] [18 páginas]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>
10. Figueiredo M. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar- Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família. Odivelas: Lusociência; 2013. 208p.
11. Escola Superior de Enfermagem do Porto [sede web]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2017. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários. [citado 2019 julho]. Disponível em: <http://www.esenf.pt/pt/i-d/projetos-internacionais/mdaif/>.
12. McCubbin H, Olson D, Larsen A. Family Crisis Oriented Personal Scales (F-COPES). Em: McCubbin H, Thompson A, McCubbin M. Editores. *Family Assessment: resiliency, coping and adaptation - Inventories for research and practice*. Madison: University of Wisconsin Press; 1996. p. 405-507.
13. Soares, A. J. A. (2009). Variáveis psicossociais e reactividade emocional em cuidadores dependentes de substâncias. [Tese de Doutoramento na Internet]. Braga: Universidade do Minho; 2009 [citado 2019 julho]. Disponível em: <http://repositorium.sdm.uminho.pt/bitstream/1822/9861/1/tese.pdf>
14. Cunha D, Relvas A. Inventário de avaliação pessoal orientado para a crise em família (F-COPES). Em: Relvas A, Major S. Coordenadores. *Avaliação Familiar: vulnerabilidade, stress e adaptação*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2016. p. 19-35.
15. Pereira P. Perceção da Dor Crónica e Estratégias Adaptativas em Famílias de Doentes Oncológicos. [Dissertação de Mestrado na Internet]. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga; 2012 [citado 2019 julho]. Disponível em: <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/97/1/Tese%20Patricia%20Pereira.pdf>
16. Martins C, Filho N, Pires M. Estratégias de coping e o impacto sofrido pela família quando um dos seus está em tratamento contra o cancer. *Mudanças - Psicologia da Saúde*. 2011; janeiro-junho: 11-18.





#### VIRGÍNIA GUEDES

**Enfermeira, Mestre.** ACES Tâmega I – Baixo Tâmega, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Portugal.

✉ [guedes.vir@gmail.com](mailto:guedes.vir@gmail.com)

#### MARIA JACINTA DANTAS

**Enfermeira, Doutoranda.** Universidade Católica Portuguesa, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Portugal.

#### GEORGE CHIRIAC

**Médico Interno de Medicina Geral e Familiar.** Unidade Local de Saúde do Alto Minho - USF Arcos Saúde Minho, Portugal.

#### MARIA HENRIQUETA FIGUEIREDO

**Professora Coordenadora, Doutor.** ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

# ETIOLOGIA E TRATAMENTO DE QUEIMADURAS PROVOCADAS POR AGENTE QUÍMICO: SCOPING REVIEW

## Etiology and treatment of chemical burns: scoping review

### Abstract

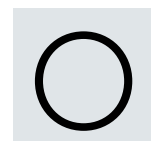
It is estimated that over 60,000 different chemicals might be used in industry, agriculture and the home environment. Chemical burns account for only 3% of the total, yet account for approximately 30% of burn deaths. The aim of the study was to identify the latest evidence on treatment of skin burns caused by chemical agents. A scope review was chosen, and articles published between 2013 and 2019 were selected. The research was conducted with the following descriptors: chemical burn\* and skin burn\* or skin injury or burn\* care or treatment burn\* and therap\*. CINAHL, MEDLINE, MedicLatina and Cochrane Database were searched. The survey was conducted in January and February 2019.

Eleven articles were selected, such as case studies, retrospective and prospective studies. The circumstances in which the burns occurred were workplace accidents, home accidents and personal attacks. The chemical agents used were acid and base type. The burned body area was between 30% and 0.5%. The most severe outcome was three deaths. The first-line treatment approach to the lesion was prolonged lavage or H<sub>2</sub>O. Continuity of treatment integrates systemic, topical pharmacological measures, pain control, surgical and non-pharmacological therapies.

The etiology of skin burns by chemist is multiple. The treatment integrates particularities that distinguish it from other burn types, and an appropriate approach has significant results in survival and recovery of the person with chemical burn.

**KEYWORDS:** CHEMICAL BURN; TREATMENT; SCOPE REVIEW.

### INTRODUÇÃO



Os produtos químicos estão inevitavelmente presentes no dia-a-dia, através da indústria, uso doméstico e até alimentação. Estima-se que existam cerca de 65000 diferentes produtos químicos no mercado e aproximadamente 25000

são capazes de causar danos nos tecidos<sup>1</sup>. Os vários agentes capazes de causar queimadura por agente químico são os ácidos, as bases<sup>2,3</sup>, ureia, substâncias orgânicas<sup>2</sup>, agentes oxidantes e redutores, agentes alquilantes, quelantes e solventes<sup>3</sup>. Os agentes químicos potenciais causadores de queimadura causam

um dano nos tecidos que pode levar até à sua extensa destruição e dor extrema<sup>3</sup>. Apesar dos ácidos levarem à formação de cicatrizes espessas, as bases têm uma penetração mais profunda, levando a danos maiores<sup>2</sup>. As lesões podem não ser imediatamente óbvias podendo haver um atraso na sua apresentação, o que não diminui no entanto a sua gravidade<sup>3</sup>.

A etiologia da queimadura por químico (QQ) varia de acordo com a população, área geográfica e proximidade a indústrias<sup>2,4</sup>. Por exemplo, no Bangladesh, a maioria de queimaduras por agente químico ocorre por motivo de ataques<sup>1</sup>. Na Índia, a origem deste tipo de queimaduras é maioritariamente por agressão ou acidente<sup>2</sup>.

Os fatores que influenciam a gravidade das QQ são as suas características físicas, o valor do pH, tempo de contacto e a concentração da substância<sup>2</sup>.

Apesar de queimaduras causadas por agente químico corresponderem apenas a 3% do total de lesões desta natureza, estas estão na origem de cerca de 30% do total das mortes provocadas por queimaduras<sup>3</sup>. Esta associação de percentagens evidencia que este tipo de queimadura é potencialmente fatal, pelo que uma abordagem adequada à especificidade de uma lesão desta natureza é essencial para a vida e sobrevivência da pessoa queimada por agente químico.

## OBJETIVO

Identificar a mais recente evidência sobre o tratamento de queimaduras de pele provocadas por agentes químicos.

## METODOLOGIA

A metodologia scoping review foi adotada para a realização deste trabalho. Procurou-se com esta metodologia obter resultados amplos e abrangentes sobre o tema em

análise. O estudo foi conduzido por seis etapas: 1) definição da questão de partida; 2) estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão; 3) definição das informações a serem extraídas dos artigos; 4) análise dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados; 6) comunicação dos resultados.

A questão de partida, conforme exposto anteriormente foi: qual a mais recente evidência sobre o tratamento de queimaduras de pele provocadas por agentes químicos? Para uma maior abrangência a pesquisa dos artigos foi realizada nas bases de dados CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature); MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online); EBSCO (EBSCOhost Online Database) na Biblioteca Cochrane. Utilizaram-se os seguintes descritores MeSH e palavras-chave de assunto em inglês, espanhol e português: chemical burn\* and skin burn\* or skin injury or wound and burn\* care or treatment burn\* and therap\*.

A scoping review caracteriza-se por ser exploratória, o que implica que todos os estudos encontrados devem ser incluídos no estudo, dada as suas características também permite aos investigadores identificarem possíveis lacunas na investigação realizada<sup>5</sup>.

Foram instituídos critérios de inclusão: artigos científicos, em português, inglês ou espanhol, disponibilidade na íntegra, gratuitamente e publicados no período entre 2013 e 2019. Como critérios de exclusão: artigos em outras línguas, em locais anatómicos que não a pele (mucosas internas ou olhos), ensaios clínicos em animais e estudos em cicatrizes tardias.

A pesquisa foi realizada num espaço temporal de dois meses janeiro e fevereiro de 2019 por dois investigadores separadamente.

A **figura 1** mostra o processo de procura, de exclusão e de inclusão dos estudos encontrados:

## RESULTADOS

Foram identificados 77 publicações sobre o tema, dos quais 11 artigos foram selecionados para integrar a amostra. Análise permite identificar os anos de publicação sendo que em 2013 foram publicados 2 artigos, 2014 foi 1 artigo publicado, 2015 publicaram-se 2 em 2017 foi o ano com maior número de publicações 4 e em 2018 encontrou-se 1 artigo. Os países de origem são os Estados Unidos da América com 2 artigos à semelhança da Turquia. Os restantes artigos estão distribuídos por países como a Suécia (1), Bangladesh (1), Índia (1), Israel (1), Coreia do Sul (1) e o Reino Unido (1). Os estudos foram publicados diversos periódicos sendo que (3) foram publicados no *Burns Journal of the International Society for Burn Injuries- Elsevier*<sup>1,6,7</sup>; (1) *Journal of Family Medicine and Primary Care*<sup>2</sup>; (1) *Disaster and Medicine*<sup>8</sup>; (1) no *Contact Dermatitis*<sup>9</sup>; (1) no *Child Abuse & Neglect – Elsevier*<sup>10</sup>; (1) no *Marmara Medical Journal*<sup>11</sup>; (1) na *Revista de Medicina de Brasília*<sup>12</sup>; (1) no *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery*<sup>3</sup> e (1) *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*<sup>13</sup>. Quanto ao tipo de estudos analisados verificou-se que todos os estudos são do tipo estudo de caso sendo estes 2 estudos retrospectivos, 1 estudo retrospectivo/prospectivo e 8 estudos de caso. Apenas (1) estudo foi conduzido em criança, os restantes (10) são realizados em amostras de população adulta do sexo masculino e feminino. Os agentes causadores da queimadura foram: hipoclorito de sódio (1); ácido trifluoroacético (1); ácido fluorídrico (2); hidróxido de sódio (1); fósforo branco (1); brometo de metilo (1); quatro estudos não especificam o ácido usado. A superfície queimada foi identificada pelos diversos estudos em várias áreas do corpo sendo maioritariamente os membros inferiores e superiores afetados, a superfície queimada não ultrapassa 30% da superfície

FIGURA 1

## SELEÇÃO DOS ESTUDOS NAS BASES DE DADOS. PORTO, PORTUGAL, 2019

ID	Autores e País	Objetivo	Desenho	Amostra	Agente
E1	Jacob <i>et al</i> , 2013  Suécia	Recolher dados sobre queimaduras por ácido, descrever a exposição dos casos apresentação clínica e tratamento instituído.	Estudo de caso: prospectivo	Caso 1 – homem Caso 2 – mulher Caso 3 – mulher Caso 4 – mulher Caso 5 – mulher	Ácido trifluoroacético (C <sub>2</sub> HCL <sub>3</sub> O <sub>2</sub> )
E2	Lang & Cox, 2013  EUA	Relatar três casos de crianças.	Estudo de caso	Menina de 13 meses, Menino de 1 ano, Menina de 1 ano.	Hipoclorito de sódio (NaClO)
E3	Das <i>et al</i> , 2014  Bangladesh	Descrever o tratamento instituído e instituir um protocolo de atuação.	Retrospectivo/ prospectivo de 2004 a 2012	124 Indivíduos de ambos os sexos	Não identificado
E4	Akhtar <i>et al</i> , 2015  Índia	Avaliar a epidemiologia das queimaduras; identificar as consequências para prevenir a frequência e a morbidade das lesões.	Estudo caso: retrospectivo	96 Indivíduos de ambos os sexos	Não identificado
E5	Saracoglu <i>et al</i> , 2015  Turquia	Descrever um caso de sucesso de uma queimadura química.	Estudo de caso	1 Homem	Ácido fluorídrico (HF)
E6	Santos <i>et al</i> , 2016  Brasil	Destacar as consequências da corrosão cutânea hidróxido de sódio e destacar o papel favorável da oxigenoterapia hiperbárica adjunta.	Estudo de caso	1 Homem	Hidróxido de sódio (NaHO)

	Superfície queimada	Tratamento instituído	Morbilidade
	<p>Caso 1 - antebraço</p> <p>Caso 2 - perna</p> <p>Caso 3 - pulso com ligeiro edema</p> <p>Caso 4 - braço esquerdo e parte de baixo da perna</p> <p>Caso 5 - pulso esquerdo</p>	<p>Caso 1 - Irrigação H<sub>2</sub>O 1 hora; polietileno glicol tópico + 45 min H<sub>2</sub>O + gluconato de cálcio;</p> <p>Caso 2 - irrigou por 20m, levada ao hospital foi tratada com gluconato de cálcio + hidrocortisona tópica na região inflamada + penso com compressas;</p> <p>Caso 3 - H<sub>2</sub>O + sabão 30m; gluconato de cálcio;</p> <p>Caso 4 - H<sub>2</sub>O 15m + polietileno glicol + ATB profilática;</p> <p>Caso 5 - H<sub>2</sub>O 1 h + gluconato de cálcio + esteroide tópico 2 dias após e ácido fusídico/clorexidina profilático.</p>	<p>Caso1 - sem danos na pele;</p> <p>Caso 2 - ao fim de 1 mês cicatrizado; 1cm com hipopigmentação;</p> <p>Caso 3 - sem sinais de úlcera ou necrose;</p> <p>Caso 4 - aos 4 dias melhoras significativas;</p> <p>Caso 5 - cicatrizada ao fim de 1 mês.</p>
	<p>Caso 1: 25% do corpo;</p> <p>Caso2: coxas posteriores, pernas inferiores e nádegas;</p> <p>Caso 3: queimadura leve em coxas posteriores, tornozelo e perna externa.</p>	<p>Caso 1: água e sabão neutro, Acetaminofeno com hidrocodona tópico;</p> <p>Caso 2: Copiosamente lavado com água, tratamento farmacológico para dor:</p> <p>Caso3: sem tratamento instituído.</p>	<p>Caso 1: 2 semanas depois, o novo crescimento da pele estava presente. Um ano depois mantém cicatrizes e pele hipopigmentada;</p> <p>Caso 2: uma semana depois - pele rosa com áreas secas e escamosas;</p> <p>Caso 3 - uma semana depois: completamente cicatrizada, com hiperpigmentação residual da pele.</p>
	Mãos, tronco, membros inferiores e cara.	<p>Protocolo instituído na unidade de queimados - irrigação com água fria entre 30min e 2h;</p> <p>Hidrocolóide;</p> <p>Excisão e enxerto de pele (40 casos).</p>	<p>Cicatrizes (hipertróficas nas queimaduras mais profundas);</p> <p>Complicações oftalmológicas e deformidades de nariz ocorreram em queimaduras faciais.</p>
	<p>55% Apresentaram menos &lt;10%; 35% apresentaram entre 11 a 21%; 4% entre 21-30%; 6% apresentaram uma superfície queimada a &gt; 30%</p> <p>16% com lesão de tecido mole, osso e vasos.</p>	<p>Irrigação duração de 30m com H<sub>2</sub>O; 70% enxerto; 11% cobertura de retalho;</p> <p>Hidroterapia.</p>	<p>4% Desenvolveram contractura e cicatriz hipertrófica;</p>
	5% da área total antebraço esquerdo	<p>Limpeza imediata com H<sub>2</sub>O;</p> <p>Remoção da roupa e limpeza continuada com água;</p> <p>Aplicação de gel tópico de gluconato de cálcio (2,5%);</p> <p>Infusão IV de 40 ml de gluconato de cálcio a 10% em 500 ml de solução salina a 0,9% em 24h;</p> <p>Analgesia: opióides IV combinados com AINES;</p> <p>Pessoa emersa em água morna para lavagem da queimadura (sob sedação);</p> <p>Foi transferido para unidade de queimados quando hipocalcemia recuperou, em 24h após.</p>	<p>As lesões estáveis no final da primeira semana, sem anormalidade do osso;</p> <p>Para o enxerto de pele, o paciente foi encaminhado ao departamento de cirurgia plástica e reconstrutiva.</p>
	Dorso pé esquerdo	<p>Desbridamento cirúrgico da lesão.</p> <p>Tratamento com câmara hiperbárica (41 sessões) e pensos com vaselina concomitantes;</p> <p>ATB com vancomicina inicialmente e depois ciprofloxacina;</p> <p>Aplicação diária de tratamento tópico na lesão residual.</p>	<p>Cicatrização favorável, com granulação e epitelização dos tecidos. Às 10 semanas lesão residual.</p>



E7	Aviv <i>et al</i> , 2017  Israel	Destacar o fosforo branco como agente químico que pode provocar queimaduras profundas.	Estudo de caso: retrospectivo	1 Mulher	Fósforo branco (WP)	
E8	Han <i>et al</i> , 2017  Coreia do Sul	Descrever a importância da gestão imediata da queimadura e do tratamento cirúrgico.	Estudo de caso :Estudo retrospectivo	Caso 1 – Homem (1)  Caso 2 – Homem (1)	Ácido fluorídrico (HF)	
E9	Lewis <i>et al</i> , 2017  Reino Unido	Relatar de caso de queima dura combinada.	Estudo de caso	1 Homem	Não identificado	
E10	Sue <i>et al</i> , 2017  EUA	Apresentar um caso de queimadura extensa.	Estudo de caso	1 Homem	Brometo de metilo (CH <sub>3</sub> Br)	
E11	Kement & Baskiran (2018)  Turquia	Avaliar os resultados e a eficácia da terapia por pressão negativa no tratamento de queimaduras.	Estudo de caso: Estudo retrospectivo	7 Indivíduos de ambos os sexos	Não identificado	

corporal e maioritariamente as queimaduras são superficiais. O tratamento instituído de primeira linha em todos os estudos foi de lavagem abundante com H<sub>2</sub>O ou com uma solução salina (NaCl) e por período de tempo de 20 a 60m, foi também utilizado apósitos tópicos. Em situações mais complexas são utilizadas técnicas cirúrgicas para a continuidade do tratamen-

to e instituída antibioterapia. O desfecho verificou-se que maioritariamente que os pacientes apresentam sequelas pós queimaduras, contudo o desfecho mais grave deu-se com 3 mortes. Os dados dos estudos são apresentados no **quadro 1**, que integra a identificação do (s) autor (es), objetivo, amostra, agente, superfície queimada, tratamento instituído e morbidade.

## DISCUSSÃO

Os estudos que integram esta revisão trazem um corpo de informação extenso e diverso sobre aquele que é o tema central deste estudo, as QQ, bem como o objetivo de identificar a mais recente evidência sobre o tratamento a queimaduras de pele provocadas por agentes químicos. Estudos primários relativos às QQ com as maiores amostras realiza-

Mãos, Perna e pé – 0,5% do dorso da mão; 1% da barriga da perna; 0,5% do dorso do pé	Água fria; Acetato de mafedina (Sulfamylon) na barriga da perna e dorso do pé; Flaminal forte na região palmar; Fisioterapia; Terapia de compressão e folhas de silicone; Compressas embebidas em solução salina.	Cicatrizes hipertróficas no dorso do pé; cicatrização.
Caso 1 - Dedos da mão, Caso 2 – dedo médio da mão direita a ponta e a polpa do dedo.	Caso 1 – NaCl, gluconato de cálcio tópico; flictenas desbridadas; Fasciotomia 1 dia depois; prostaglandina IV Desbridamento ao 9 dia; Retalho do dedo do pé; Enxerto nas áreas superficiais; Caso 2 - NaCl e gluconato de cálcio tópico, flictenas Fasciotomia (boca de peixe) prostaglandina IV; desbridamento ao 8 dia; i tratada retalho do segundo dedo do pé, as lesões superficiais foram tratadas com enxerto simples.	Caso 1 e 2 – voltaram ao trabalho ao fim de 1 mês, sem queixas aos 3 meses.
5% da área total da superfície corporal (face, olho, costas, ombro e pescoço).	Diphoterine em chuveiro portátil e colírio (ocular) nos primeiros minutos após a lesão; Desobstrução de áreas empoladas, parafina líquida e Polyfax (polimixina B e bacitracina) aplicado regularmente na face, orelhas e antebraço Hypafix (adesivo hipoalergénico) nas costas e no ombro esquerdo.	Em 1 semana, processo de cicatrização favorável, sem sinais de infecção, eritema ou exsudado.
Nádega esquerda, coxa posterior esquerda e pernas e pés bilaterais.	Desbridamento das feridas com aplicação de sulfadiazina de prata 2 x dia; Ao 5º dia feita excisão e enxerto de pele; Ao 10º dia repetida excisão e enxerto de todas as queimaduras; Esteroides tópicos para tratar; Hipersensibilidade dérmica; Fisioterapia diária intensiva; Ao 17º dia: autoenxerto de feridas de queimadura nas extremidades inferiores.	Os autoenxertos tiveram 100% de aproveitamento;  Recuperou a mobilidade funcional completa.
Mão, antebraço, couro cabeludo, pé.	Escarotomia e desbridamento Aplicação de Sistema de vácuo (pressão negativa entre 100 e 150mmHg); Pensos + desbridamento da ferida ATB se necessário; Tratamento instituído até feridas terem tecido de granulação suficiente para se realizar cirurgia; Cirurgia: 2 amputações + enxertos em todos os casos.	Redução da área superficial, edema e secreção da ferida e elevação do tecido de granulação e perfusão da ferida; Sem crescimento bacteriano das culturas das feridas; As feridas cicatrizaram em média de 11,2 dias e os pacientes tiveram alta após 6,7 dias pós-operatório.

ram-se no Bangladesh<sup>1</sup> (124) e Índia<sup>2</sup> (96). Em ambos os estudos a maioria dos casos de queimadura foi por ácido e um número considerável de queimaduras foram causadas por ataque (75% no primeiro estudo e cerca 30% no segundo). Os principais determinantes da gravidade de uma lesão de queimadura por químico são: tipo de químico, o pH, o local lesado, a concentração, a

quantidade, a temperatura química, a força do impacto, o tempo de exposição e a osmolaridade<sup>3,10</sup>. Os três desfechos de morte registados nos resultados resultaram de uma área do corpo queimada superior a 30%, com complicações a ela associadas<sup>2</sup>. No entanto, 10% a 15% da área corporal queimada poderá levar também à morte provocada certos químicos, como é o caso do fósforo

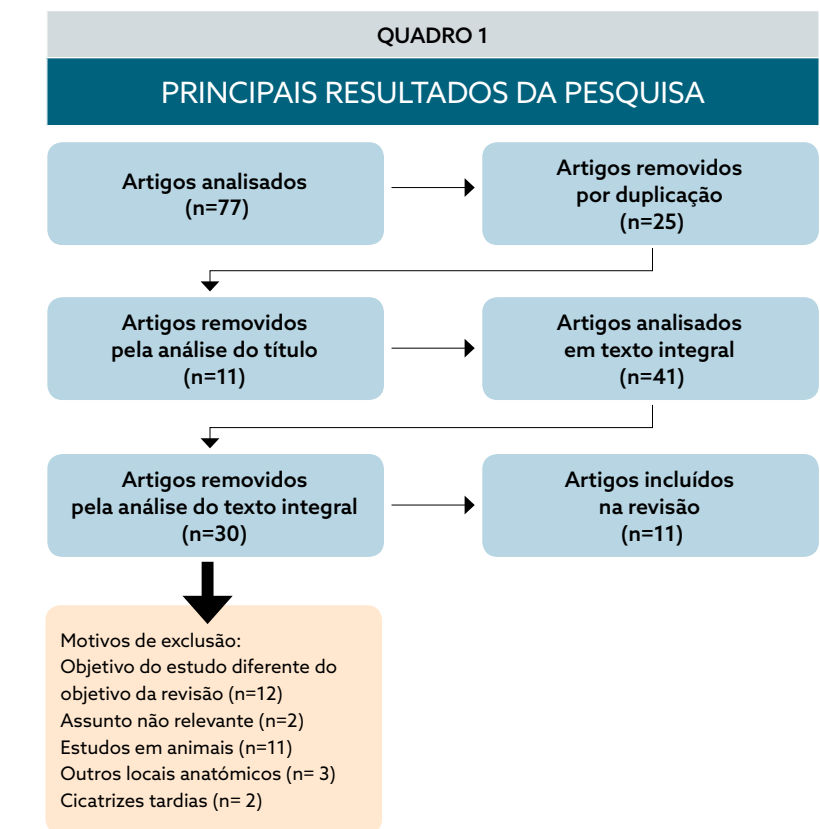
branco<sup>8</sup>. Deste modo, a primeira abordagem à queimadura considerava-se também um fator essencial na gravidade da lesão, uma vez que irá determinar o tempo de exposição ao químico e a profundidade da mesma. A profundidade da queimadura é difícil de avaliar nas primeiras horas. As queimaduras superficiais e superficiais de espessura parcial assemelham-se à textura



da pele normal à palpação e são de cor castanha clara, que dará lugar a uma cor rosada numa fase posterior<sup>1</sup>. As queimaduras profundas de espessura parcial são de cor castanho ou preta e as de espessura total amarelo claro ou castanho-escuro, sendo notoriamente inelásticas em relação à restante pele<sup>1</sup>.

Tendo em conta os resultados desta revisão, observou-se que o tratamento de QQ é muito diverso, tendo em conta as determinantes acima descritas. Existem substâncias químicas com particularidades muito importantes e cujo tratamento difere dos restantes agentes, sendo importante manter em conta essas particularidades no tratamento para que não haja dano para a pessoa. Assim, a discussão dos resultados obtidos será apresentada não só em função das modalidades de tratamento mas também das diversas substâncias químicas.

Independentemente do agente químico, a primeira atitude terapêutica, após a remoção do contacto (através da remoção da roupa, por exemplo), adequada a este tipo de lesão descrita em quase todos os estudos foi a lavagem copiosa precoce. A irrigação contínua imediata irá enxaguar e diluir mecanicamente o agente e limitar a lesão<sup>3</sup>. No caso da lixívia ou NaClO, uma solução base com pH entre 11-12 e com uma concentração de 5,25% no uso doméstico, foi demonstrado que em queimaduras menos profundas, a lavagem copiosa foi essencial e até suficiente<sup>10</sup>. No caso do ácido fluorídrico, um ácido inorgânico moderado frequentemente usado em concentrações altas para o uso industrial, a lavagem com bastante água, de preferência engarrafada é aconselhada<sup>11</sup>. Também o ácido trifluoroacético, um ácido muito forte, requer a lavagem imediata com grandes quantidades de água e sabão, bem como uma monitorização do progresso da lavagem através do uso de papel de pH para a sua medição<sup>9</sup>. Particularmente, no



caso das queimaduras por fósforo branco, é necessário especial cuidado para não haver uma irrigação agressiva com grandes quantidades de água, podendo levar a partículas serem transportadas para áreas não comprometidas da pele e reacendem quando expostas ao ar<sup>8</sup>. Lewis et al<sup>3</sup> referem que a lavagem abundante com água ou hidrotterapia nem sempre é uma medida adequada, uma vez que caso a irrigação seja muito prolongada até os tecidos retornarem ao pH dentro dos limites de segurança (5,5 e 9), há um risco da pessoa entrar em hipotermia profunda. Além disso, os autores referem que a água é hipotônica, podendo levar a mais penetração do químico nos tecidos, sugerindo a utilização de soluções cristaloides isotônicas ou hipertônicas, ajudando a extrair o agente prejudicial ao invés de causar a sua absorção<sup>3</sup>. A solução de hexafluorina é aconselhada nas queimaduras, uma vez que é uma solução descon-

taminante com ações hipertônicas, anfotéricas e quelantes, causando a desativação dos iões de hidrogénio e formando quelatos com iões de fluoreto<sup>3,11</sup>.

O ácido fluorídrico (HF) é uma solução de fluoreto de anidrido inorgânico em água e pode ser encontrado tanto nos locais de trabalho, sendo usado na indústria de produção de vidro, octanagem de gasolina, curtumes, procedimentos de remoção de ferrugem, produção de detergentes para roupa e outros produtos de limpeza<sup>3,11</sup>. É um ácido difícil de se dissociar e os iões de hidrogénio são os responsáveis pela corrosão da pele, podendo levar à necrose tecidual e destruição óssea<sup>3</sup>. Após a abordagem precoce com irrigação abundante com água, provocando a decomposição do fluoreto. É crucial a remoção de bolhas logo que possível para evitar o contacto entre os tecidos e o ácido concentrado<sup>3,7</sup>. O segundo objetivo será transformar os iões de flúor livres em sais de

fluor insolúveis, através de o gel de gluconato de cálcio<sup>7,11</sup>. Saracoglu et al<sup>11</sup> referem que o gel de gluconato de cálcio é habitualmente utilizado em uma concentração de 2,5%, podendo ser necessário uma concentração de 5% para queimaduras mais profundas, com uma grande área superficial, a fim de evitar a toxicidade sistêmica. Han et al<sup>7</sup> acrescentam que sulfato de magnésio também pode ser utilizado como neutralizador das toxinas. Os iões de flúor são igualmente responsáveis pela toxicidade sistêmica e choque cardiovascular, uma vez que entram no sistema circulatório e ligam-se ao cálcio e magnésio séricos, dando origem à libertação de potássio pelos eritrócitos<sup>11</sup>. O distúrbio hidroeletrólítico instala-se quando ocorrem hipomagnesemia, acidose, fluorose e hipercalemia, sendo necessário nestes casos uma monitorização intensiva cardíaca e metabólica e um tratamento adequado com infiltrações locais, infusão intra-arterial e infusão intravenosa<sup>7</sup>. Saracoglu et al<sup>11</sup> realçam que as queimaduras induzidas por HF tratadas ineficazmente podem ter consequências catastróficas, mesmo em pequenas lesões, podendo levar à falência multiorgânica, arritmias graves e fibrilação ventricular, já tendo sido relatados casos de morte súbita associados a este dano. Após exposição por via inalatória deve ser de imediato tratada ou excluída a existência de edema laríngeo através da realização de laringoscopia de fibra ótica e a inalação de gluconato de cálcio a 3% deve ser realizada em simultâneo ao restante tratamento instituído. Também no caso da ingestão, o ácido deverá ser neutralizado com água ou leite e deverá ser feita lavagem gástrica usando solução de gluconato de cálcio num período emergente<sup>11</sup>. Comparável ao HF, o ácido trifluoroacético (C<sub>2</sub>HCL<sub>3</sub>O<sub>2</sub>), liberta também iões de flúor, podendo também causar hipocalcémia. No entanto, além de a atitude tera-

pêutica ser a mesma numa primeira abordagem, através de remoção de contacto e hidroterapia, o gluconato de cálcio parece não ter efeito benéfico neste tipo de queimaduras, causando até aumento da dor<sup>9</sup>. O brometo de metilo (CH<sub>3</sub>Br), altamente tóxico, encontra-se geralmente armazenado em cilindros pressurizados em forma de líquido, mas quando em contacto com o ambiente rapidamente se transforma em gás (ponto de ebulição a 4°C). As queimaduras deste agente são raras, no entanto, quando em contacto é facilmente inalado, provocando lesões graves como insuficiência respiratória, neurológica e renal, mesmo em efeitos retardados, entre horas a dias após a exposição<sup>6</sup>, sendo também o tratamento emergente e a vigilância prolongada essenciais. O fósforo branco (WP) é um agente químico que já fora usado em conflitos militares e ataques civis indiscriminados, no passado histórico e num passado recente, por vários países de vários continentes. Também é usado na pirotecnia. De acordo com Aviv et al<sup>8</sup> este agente é lipossolúvel, resultando em necrose do fígado ou rim e levando também a complicações fisiológicas como hipocalcemia e hiperfosfatemia, causando arritmias cardíacas como anormalidades pós-queimadura, como os prolongamentos da onda ST-T e bradicardia progressiva. Os autores consideram também a excisão precoce (dentro de 1h) uma estratégia para a sobrevivência, bem como o uso de solução de nitrato de prata a 3% (em substituição do uso de sulfato de cobre já um pouco controverso). É também aconselhado o uso de compressas embebidas em solução salina para cobrir a ferida e facilitar a depleção de O<sub>2</sub> para as partículas de fósforo remanescente<sup>8</sup>. As modalidades de tratamento cirúrgico são várias e a estratégia de tratamento poderá integrar mais do que uma. A excisão precoce e o

enxerto, no caso de queimaduras por ácido são aconselhadas, embora uma intervenção desafiadora, dado o aspeto marmoreado que muitas vezes estas queimaduras apresentam, devido ao escorrimento do agente químico<sup>1</sup>. No entanto, outros autores consideram que o desbridamento precoce da área afetada é controverso, uma vez que, sendo este realizado muito cedo, a área tratada será mais ampla do que o necessário, sugerindo considerar adiar o desbridamento para mais tarde<sup>7</sup>. A fasciotomia boca de peixe é um tipo de incisão usada para melhorar a circulação sanguínea e baixar a pressão. Han et al<sup>7</sup> usaram esta técnica para tratar queimaduras por químico nos dedos das mãos, melhorando as condições para o tratamento, uma vez que permitiu, através da divisão da polpa do dedo em múltiplos septos, drenar a infeção, alívio da dor e infiltração de gluconato de cálcio. O enxerto de pele de espessura parcial é outra técnica cirúrgica usada após o desbridamento ou separação natural dos tecidos desvitalizados<sup>2</sup>. No caso de lesões provocadas por hidróxido de sódio, mais comumente chamado por soda cáustica, uma solução alcalina usada em indústrias (refinamento de petróleo, sabonetes, papel, plástico, processamento de metais, recuperação de borracha), o enxerto de pele tem sido usado como tratamento primário, podendo ocorrer no entanto lise repetida do mesmo<sup>12</sup>. A terapia por pressão negativa tem vindo a ser usada no tratamento de queimaduras, incluindo as QQ, com bons resultados pela sua ação mecânica na diminuição da pressão intersticial, reduzindo o edema, aumenta a perfusão dos tecidos e estimulando processos de proliferação endotelial angiogênese<sup>13</sup>. Esta pode ter dois tipos de aplicações: aplicada como tratamento primário ou após o enxerto da área da ferida. Kement et al<sup>13</sup> obtiveram resultados positivos como o aumento de tecido >



de granulação, redução do edema e redução da carga bacteriana. Os mesmos processos fisiológicos de angiogênese e proliferação de fibroblastos têm sido associados à oxigenoterapia hiperbárica. No caso de uma queimadura provocada por soda cáustica, cuja destruição tecidual persiste após a exposição inicial, devido à necrose liquefativa profunda, esta terapia ofereceu resultados positivos em concomitância com a realização de pensos com vaselina<sup>12</sup>.

A fisioterapia é também uma terapêutica não farmacológica usada no tratamento das QQ<sup>6,8</sup>, atuando no estiramento dos tecidos e circulação sanguínea, controlo da dor e reabilitação funcional.

Verifica-se que a etiologia das QQ pode ser accidental, sejam acidentes de trabalho ou acidentes domésticos, incluindo infantis, assim como ataques. Sabe-se que os acidentes em contexto de trabalho e doméstico, maioritariamente, são passíveis de serem evitados, através de medidas de proteção eficazes redução dos perigos e consequente diminuição do risco. Vários fatores estão associados a estes acidentes, tais como o manuseio inadequado dos produtos, a falta de consciência sobre a ação e os efeitos colaterais e o não uso de medidas de proteção adequadas<sup>2</sup>. No caso do NaOH, ou soda cáustica, medidas preventivas rígidas devem ser seguidas no seu manuseio, como usar luvas e botas de proteção e usar produtos com baixas concentrações em casa<sup>12</sup>. Acidentes com lixívia que envolvam crianças também foram descritos nos resultados, sugerindo que os pais devam manter os produtos químicos domésticos fora do alcance dos menores e supervisioná-los adequadamente<sup>10</sup>. No caso do acidente descrito por Sue et al<sup>6</sup> com brometo de metilo, agente altamente volátil cuja inalação pode provocar a morte ou danos graves, o trabalhador usava máscara durante a exposição, causando apenas

queimaduras nas nádegas pernas e pés que levaram a 26 dias de hospitalização.

Ataques com ácido, ou vitriolagem, são descritos particularmente nos estudos realizados no Bangladesh<sup>1</sup> e na Índia<sup>2</sup>. O governo do Bangladesh e certas Organizações Não-governamentais têm realizado campanhas educativas sobre a importância de lavar as queimaduras por ácido com água, de forma a melhorar consideravelmente as queimaduras ao nível da profundidade e extensão<sup>1</sup>. Na Índia, a vitriolagem é um crime dirigido especialmente às mulheres, como forma de vingança, por exemplo, de recusa do casamento<sup>2</sup>. Vítimas de queimaduras por ácido ficam por vezes com cicatrizes faciais severas, deficiência visual ou cegueira, e sofrem estigmas físicos e sociais<sup>1,2</sup>. Das et al<sup>1</sup> sugerem, pelos resultados epidemiológicos no seu estudo, que a vitriolagem é uma forma de violência baseada no género, que reflete a desigualdade das mulheres na sociedade no Bangladesh. Contrastando, no mesmo estudo, as queimaduras accidentais aconteceram nos locais de trabalho e maioritariamente em homens, muito associado ao papel de provedor na família. Ambas as etiologias de queimadura têm consequências: físicas, familiares, sociais, financeiras e psico-emocionais para as vítimas. Quando se enunciam consequências para a vida de QQ, as mesmas deverão ser avaliadas de uma forma particularmente atenta nas crianças, cujas implicações terão peso e medida diferentes nas suas vidas quando comparadas com os adultos.

## CONCLUSÃO

Etiologicamente, as QQ podem surgir de acidentes de trabalho, acidentes domésticos, e contextos de violência em ataques indiscriminados ou específicos, em adultos e crianças.

A primeira abordagem à QQ, pela remoção das roupas e acessórios e lavagem copiosa precoce, é essencial no estabelecimento da profundidade e área da queimadura, bem como nas consequências sistémicas, pois determina o tempo e a quantidade de exposição ao agente. A escolha do tratamento à QQ depende do agente causador, da profundidade e área afetadas, bem como de fatores pessoais. Várias modalidades de tratamento são possíveis, como as técnicas de penso, farmacológico tópico, farmacológico sistémico, cirúrgico, terapia com pressão negativa, câmara hiperbárica, fisioterapia, entre outros. Outras terapias não farmacológicas poderiam também ser mais usadas neste tipo de queimaduras, como a psicoterapia, e a sua relevância relaciona-se com as alterações da imagem corporal que delas podem causar, o contexto que aconteceu a lesão e as consequências que dela advêm.

Importa também realçar que a maioria das lesões provocadas por QQ seriam evitáveis, o que se sugere, como implicações para a prática a instituição de medidas de prevenção primária no que diz respeito a planos de enfermagem do trabalho relativos a prevenção de acidentes nas fábricas, promoção da segurança infantil e prevenção de acidentes, promoção da parentalidade adequada e prevenção de violência doméstica, civil ou outras.

Não menos importante para a prática a prevenção secundária, através de uma abordagem correta neste tipo de lesões, com a instituição de um plano de tratamento adequado ao agente causador de QQ, bem como uma monitorização adequada e contínua são essenciais, pelos padrões evolutivos improváveis de alguns agentes, os quais podem levar a lesões graves, agudas ou progressivas, desde horas até semanas após a exposição. Por fim, a continuidade de tratamento através da integração da pessoa vítima de QQ em programas de fisioterapia, psico-

terapia, reinserção na vida laboral e social, bem como continuidade no tratamento e vigilância do tecido cicatricial constituem excelentes medidas de prevenção terciária que devem integrar a prática. Para futuras investigações sugere-se a realização de mais estudos

epidemiológicos sobre QQ, uma vez que não existem números oficiais sobre este tipo de queimadura, havendo no entanto consideráveis casos no contexto laboral e doméstico. Estudos de caso serão importantes, dado o facto de este tipo de queimadura ser menos comum em relação

a outras e o tratamento ser muito particularizado em função de cada caso. Em conformidade, sugere-se uma abordagem mais aprofundada nos planos formativos pós-graduados e de desenvolvimento profissional sobre as queimaduras provocadas por agentes químicos. ▀



## Referências

1. Das K, Olga L, Peck M, Morselli P, Salek A. Management of acid burns: Experience from Bangladesh. *Burns*. 2015; 41: 482-92. DOI: 10.1016/j.burns.2014.08.003
2. Akhtar S, Ahmad I, Khurram F, Kanungo S. Epidemiology and Outcome of Chemical Burn Patients Admitted in Burn Unit of JNMC Hospital, Aligarh Muslim University, Aligarh, Uttar Pradesh, India: A 5-year Experience. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2015; 4(1): 106-09. DOI: 10.4103/2249-4863.152265
3. Lewis C, Al-Mousawi A, Jha A, Allison K. Is it time for a change in the approach to chemical burns? The role of Diphtherine in the management of cutaneous and ocular chemical injuries. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2017; 70: 563-67. DOI: 10.1016/j.bjps.2017.02.013
4. Li W, Wu X, Gao C. Ten-year epidemiological study of chemical burns in Jinshan, Shanghai, PR China. *Burns*. 2013; 39: 1468-73. DOI: 10.1016/j.burns.2013.03.012
5. Armstrong R, Hall BJ, Doyle J, Waters E. Cochrane Update 'Scoping the scope' of a cochrane review. *J Public Health*. 2011; 33(1):147-50. Doi <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr015>.
6. Sue G, Karanas Y, Davis D, Press B. The unusual presentation of a burn from methyl bromide exposure: A case report and review of the literature. *Burns*. 2017; 43: e43-e46. DOI: 10.1016/j.burns.2016.12.001
7. Han H, Kwon B, Jung S, Moon S. Importance of initial management and surgical treatment after hydrofluoric acid burn of the finger. *Burns*. 2017; 43: e1-e6. DOI: 10.1016/j.burns.2016.07.031
8. Aviv U, Kornhaber R, Harats M, Haik J. The burning issue of white phosphorus: a case report and review of the literature. *Disaster and Military Medicine*. 2017; 3(6). DOI 10.1186/s40696-017-0034-y
9. Dahlin J, Engfeldt M, Svedman C, Mowitz M, Zimerson E, Isaksson M, Hindsén, Bruze M. Chemical burns caused by trifluoroacetic acid. *Contact Dermatitis*. 2013; 69: 176-80. DOI: 10.1111/cod.12059
10. Lang C, Coxa M. Pediatric cutaneous bleach burns. *Child Abuse & Neglect*. 2013; 37: 485-88. DOI: 10.1016/j.chia-bu.2013.02.009
11. Saracoglu A, Kuzukuoglu T, Yacupoglu S, Tuncay E, Demirhan R. Chemical burn injury due to hydrofluoric acid: a case of successful management without hexafluorine. *Marmara Medical Journal*. 2015; 28: 161-64. DOI: 10.5472/MMJcr.2803.02
12. Santos V, Helbingen M, Araújo L, Menezes F. Hyperbaric oxygen therapy in a caustic wound. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*. 2016; 5(2): 281-85.
13. Kement M, Başkıran A. Efficacy of negative pressure wound therapy in the management of acute burns. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2018; 24 (5): 412-16. DOI: 10.5505/tj-tes.2017.78958

## Funding



UNIÃO EUROPEIA

Fundo Europeu  
de Desenvolvimento Regional

# ESEP Digital Project

INTEGRATION AND DEMATERIALIZATION PROJECT FOR DIGITAL MANAGEMENT OF THE  
NURSING SCHOOL OF PORTO. POCI-02-0550-FEDER-035477

## Main Goal

Dematerialization of internal processes and information allowing greater management capacity and easier access to services for all stakeholders of the institution.

## Tasks



## Execution

06-11-2017 until 05-11-2019

### Overall budget

€ 531.933,78

### FEDER grant

€ 452.143,71

## Team

- VIRGÍNIA MOREIRA  
- HÉLDER CARNEIRO  
- FILIPE NOGUEIRA

- SANDRA PEREIRA  
- LARA PEREIRA  
- MARIA JOÃO PEREIRA

- CATARINA BARBOSA  
- SÉRGIO MALTA  
- FRANCISCO VIEIRA

## Learn more

[www.esenf.pt/eseppdigital](http://www.esenf.pt/eseppdigital)

## Promoter





**VIRGÍNIA GUEDES**

**Enfermeira**, Mestre. ACES Tâmega I - Baixo Tâmega, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal

✉ [guedes.vir@gmail.com](mailto:guedes.vir@gmail.com)

**MARIA HENRIQUETA FIGUEIREDO**

**Professora Coordenadora**, Doutor. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal

**RUI NOVAIS**

**Professor Adjunto**, Doutor. Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Braga, Portugal

**HORTENSE COTRIM**

**Investigadora Integrada**; Doutor. CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Portugal

# PERSPETIVA DA FAMÍLIA SOBRE AS IMPLICAÇÕES DO USO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO-INVASIVA EM CASA

## Family perspective about home non-invasive ventilation implications

### Abstract

Several studies have demonstrated that non-invasive home mechanical ventilation is a therapy that brings benefits to people with type 2 respiratory failure and their family.

The objective of this study is to explore the implications of non-invasive home ventilation for the user's family.

An exploratory descriptive study with quantitative qualitative nature in 10 families using noninvasive home ventilation. Mainly, they are nuclear families (8) belonging to the middle class (7). The data were collected through a semi-structured interview, with a data collection instrument that integrated sociodemographic issues and two open questions related to the participants' perspective on the implications of non-invasive home ventilation for the family. They were processed with descriptive statistics and content analysis.

From the narratives, three categories emerged: maladjustment, benefits and family process. They are divided into eight subcategories that describe the issues related to the use of non-invasive home ventilation: discomfort, sleep impairment, silence, crisis reduction, role interaction, dynamic relationship, coping and communication.

The results demonstrate that non-invasive mechanical ventilation has implications for the users' families, can be a stress cause, bring benefits and cause changes in the family process.

**KEYWORD: FAMILY NURSING; ARTIFICIAL VENTILATION; PRIMARY HEALTH CARE**

## INTRODUÇÃO

Sendo a família um sistema complexo, caracterizado por transições que podem decorrer da doença de um dos seus membros, a utilização da Ventilação Mecânica Não-Invasiva (VMNI) tem implicações no funcionamento familiar e nos membros da família, tanto no que utiliza este método como nos restantes. Num estudo com utilizadores de VMNI, foi demonstrado que a existência de um ventilador no domicílio pode constituir um fator de sobrecarga e stress para a família pelas mudanças quotidianas decorrentes da sua utilização<sup>1</sup>. A VMNI é uma técnica usada para fornecer ventilação por pressão através de um interface não invasivo<sup>2</sup>. Com os avanços tecnológicos da ventilação e um crescente interesse pela qualidade de vida das pessoas com Insuficiência Respiratória, houve nas últimas décadas um crescimento do uso de VMNI no domicílio. Esta modalidade ventilatória tem sido alvo de alguns estudos que demonstraram um impacto positivo na melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde da pessoa utilizadora, bem como diminuição de episódios de

hospitalização e número de dias de internamento<sup>3</sup>.

A família é com frequência considerada a mais importante unidade de cuidado para os seus membros, contribuindo para o seu equilíbrio e constituindo uma fonte de confiança no confronto com desafios ou problemas difíceis<sup>4</sup>. O apoio familiar à pessoa que necessita de VMNI, constitui um fator que influencia a adesão ao uso desta terapia, além das suas condições habitacionais e socioeconómicas, bem como o acesso aos cuidados de saúde<sup>5</sup>. Os próprios utilizadores da VMNI em ambiente domiciliário consideram que os familiares ou pessoas significativas devem ser incluídas no planeamento dos cuidados, devendo este planeamento integrar aspetos relativos não só ao uso do ventilador, mas também à organização da casa, à educação para a saúde de cuidadores informais e formais<sup>6</sup>.

De acordo com Arestedt et al<sup>7</sup>, a vivência da família face à experiência de doença crónica de um dos seus elementos traduz-se num processo contínuo de mudança entre o bem-estar e a doença, com a sobreposição alternada destas duas perspetivas, na procura do

equilíbrio. Em conformidade Figueiredo<sup>8</sup> refere que os problemas que mais se verificam na família como consequência da doença relacionam-se com os mecanismos de interação entre os membros e as mudanças de papéis e funções, bem como as implicações na estreita relação entre os ciclos individual e familiar que exigem uma maior capacidade emocional. Assim, temos condições para considerar a possibilidade de que a utilização de VMNI em casa, além da doença crónica que lhe tenha dado origem, poderá ter um efeito nos processos familiares contínuos entre o bem-estar e a própria doença, bem como precipitar outras mudanças no sistema ou subsistemas familiares. Para tal, torna-se importante conhecer a perspetiva da família no que diz respeito às implicações sobre o uso de VMNI em casa.

## OBJETIVOS

Descrever as implicações na família do uso de VMNI por um dos seus membros, no contexto domiciliário

## MÉTODOS

Desenvolveu-se uma pesquisa de carácter exploratório e descritivo, de natureza quanti-qualitativa. Os participantes foram 15 pessoas pertencentes a 10 famílias com a VMNI no domicílio.

Todos os participantes são residentes na área de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da Administração Regional de Saúde do Norte. Como critérios de inclusão no estudo determinou-se a idade superior a 20 anos, capacidade cognitiva para participar, disponibilidade e aceitação livre e esclarecida das condições do estudo.

TABELA 1

### CLASSIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS DOS PARTICIPANTES QUANTO À TIPOLOGIA E CLASSE SOCIAL

		FR	PERCENTAGEM (%)
Tipo de família	Nuclear	8	80
	Reconstruída	1	10
	Alargada	1	10
Classe social (Graffar Adaptado)	Média-baixa	1	10
	Média	7	70
	Média-alta	1	10
	Alta	1	10

Os dados foram colhidos através de uma entrevista semiestruturada, por meio de um instrumento de coleta de dados que integrava questões de natureza sociodemográfica e 2 questões abertas relativas à percepção dos participantes sobre a influência da utilização de VMNI na vida da família.

Os dados relativos à caracterização sociodemográfica dos participantes foram tratados usando estatística descritiva, através da determinação de mínimos e máximos, assim como o cálculo das frequências, médias e percentagens. Foram construídas tabelas para apresentar os dados de caracterização dos indivíduos, caracterização de família quanto à tipologia, classe social, família extensa e sistemas mais amplos.

Para a análise e tratamento dos dados resultantes das questões abertas, foi escolhida a técnica de análise de conteúdo preconizada por Bardin<sup>9</sup>. Após a constituição do corpus documental e uma leitura flutuante do mesmo, foi realizada uma leitura exaustiva que permitiu recortar e numerar unidades comparáveis que deram origem às categorias e subcategorias, apresentadas nos resultados com as respectivas frequências.

Para a concretização deste projeto de investigação foi pedido parecer à Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho (SECVS 004/2018), ao Conselho Clínico do ACES da região norte do país e à Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte (Parecer n.º 74/2018), das quais foram obtidos pareceres positivos.

## RESULTADOS

Do total de 10 famílias, 8 famílias classificam-se como famílias nucleares, 1 família reconstruída e 1 família alargada; 7 das famílias pertencem à Classe social média (Graffar adaptado), 1 pertence à

TABELA 2	
MEMBROS DA FAMÍLIA EXTENSA IDENTIFICADOS PELOS PARTICIPANTES COMO SISTEMAS DE SUPORTE	
SISTEMAS DE SUPORTE	FR
Filhos	7
Irmãos	3
Netos	1
Mãe	1
Pai	1
Avô	1
Genro	1

TABELA 3	
SISTEMAS MAIS AMPLOS IDENTIFICADOS PELOS PARTICIPANTES	
SISTEMAS MAIS AMPLOS	FR
Família extensa	8
Amigos	8
Trabalho	5
Vizinhos	2
Instituições de saúde	2
Igreja	1
Piscinas municipais	1
Escola dos filhos	1
Café	1
Associação recreativa	1

classe média alta e 1 à classe alta (**tabela 1**).

Os membros da família extensa identificados como sistemas de suporte são, por ordem decrescente de frequências: filhos, irmãos, netos, mãe, pai, avô e genro (**tabela 2**), cujas funções são: companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos e apoio material e de serviços.

Os sistemas de contacto mais amplos referidos pelos participantes foram, além da família extensa, os amigos, o trabalho, os vizinhos, instituição de saúde, igreja, piscinas municipais, escola do (o) filho (a), café e associação recreativa (**tabela 3**).

No que diz respeito às narrativas dos participantes, emergiram 3 categorias que representam as implicações do uso de VMNI na família: o desajuste, que se refere a causas, de conotação negativa, atribuídas à utilização do ventilador e com efeitos em pelo menos um membro da família; os benefícios, identificados como aspetos positivos para os elementos da família, identificados pelos participantes, cuja causa seja também atribuída ao ventilador; o processo familiar integra os efeitos sobre o uso de VMNI no que concerne às interações contínuas desenvolvidas entre os elementos da família. Esta última categoria coincide com a área de atenção

relativa à dimensão funcional do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)<sup>8</sup>, e foi subdividida nas subcategorias coincidentes com as subdimensões da mesma: comunicação familiar, *coping*, interação de papéis e relação dinâmica.

A **tabela 4** representa os resultados obtidos.

A categoria de desajuste, com 8 frequências, é constituída pelas subcategorias: desconforto e prejuízo do sono.

Na primeira foram relatados desconfortos como E1 – “começa a perder ar e quem está ao lado sofre”, E1 – “para ela foi um castigo” ou E8 – “Ao princípio custou-lhe um bocadinho”. No que diz respeito ao prejuízo no sono além do seu efeito próprio indivíduo também foi referido em E6 – “não dava sossego porque ela queria dormir”, E6 – “Depois fazia algum ruídozinho” e E7 – “A minha esposa, o que influenciou mais era o ruído da máquina em si”.

Por outro lado, a categoria os benefícios, com 6 frequências, integram as subcategorias de silêncio e diminuição de crises. A primeira foi narrada através de E6 – “deixei de incomodar a companheira”, E6 – “Também ajuda a ela a dormir e ajuda-me a mim a querer descansar” ou E10- “sinto-me melhor por não incomodar os outros”. A segunda foi descrita por “E2 – já não lhe dá aquelas crises como antes” e “E9 - eu noto que ele tem um sono mais tranquilo do que quando parava a respiração”.

O processo familiar, com 15 frequências, obteve narrativas associadas à interação de papéis, relação dinâmica, *coping* e comunicação familiar. A interação de papéis é constituída por relatos tais como: E5 – “ela pergunta: Não vais jantar? Se não fores jantar tens de meter o aparelho...”, E6 – “... E ela chama-me logo a atenção [para por a máscara]”, “E7 - isso já é trabalho da minha esposa... [risos] isso é trabalho que

TABELA 4			
IMPLICAÇÕES NA FAMÍLIA SOBRE O USO DE VMNI PELA PESSOA NO DOMICÍLIO			
CATEGORIA	FR	SUBCATEGORIA	FR
<b>Desajuste</b>	8	Desconforto	5
		Prejuízo no sono	3
<b>Benefícios</b>	6	Silêncio	4
		Diminuição de crises	2
<b>Processo familiar</b>	15	Interação de papéis	6
		Relação dinâmica	5
		<i>Coping</i>	2
		Comunicação	2

ela faz por mim. Muda os filtros e trata da máscara” ou “E10 – a minha mulher lembra-me para levar a máquina quando vamos de férias”. A relação dinâmica integra narrativas como E1 – “Sim apoia porque sabe que é para bem e não vai contra...”, E7 – “Qualquer coisinha que haja, estamos todos dentro do mesmo assunto”, E8 – “A minha mulher ajuda-me no que é preciso... está sempre preocupada comigo...”, ou E8 – “A minha mulher principalmente está sempre... tem mais preocupação do que eu próprio”. O *coping* (2) foi referido em “E3- Até brincaram com a situação...” e a comunicação (2) “E3 - sempre a perguntar se eu me sinto bem...” e “E10 – participo mais nas conversas”.

## DISCUSSÃO

Os resultados do estudo evidenciam que a utilização de VMNI tem várias implicações na família. Assim, os benefícios referem-se concretamente ao silêncio, como a ausência de roncopatia e à percepção dos participantes e/ou familiares desta mudança. De salientar que a diminuição das crises foi essencialmente referida pelos familiares dos participantes que partilhavam o mesmo espaço para dormir e tinham a percepção deste benefício, comparando com o passado.

É possível constatar através da interpretação dos resultados que o desajuste, nomeadamente o desconforto e o prejuízo do sono são referidos pelos participantes a uma dimensão temporal contextualmente ligada ao passado ou até próximo do início do uso da ventilação. Por outro lado, os benefícios, no âmbito do silêncio e da diminuição das crises, ligados a um passado próximo/presente, o que valida a possibilidade de, após a fase de desajuste, os participantes e familiares consigam melhor discernir os benefícios relativos ao uso desta terapia. De acordo com Fex et al<sup>10</sup> e Rodriguez et al<sup>11</sup> esta fase adaptativa é catalisada por atributos de autoconfiança, atitude positiva, flexibilidade e esperança no futuro, presentes no indivíduo e na família.

Considerando o referencial teórico do MDAIF, o processo familiar é representado pelas “interações contínuas que se vão desenvolvendo entre os membros da família, abrangendo a complexidade inerente aos processos de circularidade, auto-organização, equifinalidade, globalidade, entre outros caracterizadores da família, enquanto sistema autopoiético transformativo”<sup>8</sup>. (p. 95). Assim, a VMNI tem implicações nos processos de interação entre os membros >

da família. Em conformidade, as subdimensões pertencentes à área de atenção do Processo familiar, de acordo com a Matriz Operativa do MDAIF, representam neste estudo as subcategorias relativas à presente categoria, sendo elas: comunicação, *coping*, interação de papéis e relação dinâmica<sup>8</sup>.

A interação de papéis reflete um reconhecimento e/ou organização de determinadas tarefas/funções na família, relacionadas com a VMNI. A interação de papéis é expressa como uma "normalização interacional face às exigências funcionais do sistema familiar, num contexto de transformação mediado pelas expectativas familiares e sociais face às normas e comportamento"<sup>8</sup> (p. 99). Neste estudo foi evidenciado em particular o papel do cônjuge ao lembrar a necessidade de colocar a máscara, levar o aparelho quando saem de casa, bem como também a higienização e manutenção do aparelho é também por vezes realizado pela cônjuge. De acordo com Whitehead (2017)<sup>12</sup>, a flexibilidade intrafamiliar relativa aos papéis e tarefas é muito importante na adaptação, sendo que uma pobre capacidade adaptativa está associada a uma maior probabilidade de depressão dos cuidadores familiares. Deste modo, considerando que os mecanismos internacionais no contexto de doença e a sua relação com os ciclos de vida individual e familiar, exigem uma maior capacidade emocional por parte dos membros<sup>8</sup>, estes devem ser focos de atenção dos cuidados de enfermagem. Em conformidade, Whitehead<sup>12</sup> refere que deve ser criado pelos profissionais um ambiente facilitador do envolvimento e apoio da família nos processos de autogestão da pessoa com doença crónica. A relação dinâmica relaciona-se com a "partilha de responsabilidades, sentimentos e emoções, aliada à aptidão para a flexibilidade de papéis"<sup>8</sup> (p.99). Os resultados deste es-

tudo demonstram haver uma preocupação pelos membros da família em relação à pessoa utilizadora do ventilador, bem como uma partilha de ideias e sentimentos. As narrativas refletiram atributos de coesão familiar, que constitui um dos elementos que integram o conceito de relação dinâmica, de acordo com o MDAIF<sup>8</sup>. Estes resultados estão de acordo com o estudo de Arestedt et al<sup>7</sup>, relativo à vivência da família perante a doença crónica, que refere que os casais esforçam-se para normalizar e recuperar o equilíbrio, renegociando não só as tarefas, mas também tornando-se criativos, aprofundando o seu relacionamento e encontrando soluções juntos. Os autores acrescentaram que, perante as adversidades da doença crónica, a família poderá criar uma consciência de expansão para padrões alternativos.

A comunicação familiar, apesar de ter integrado apenas duas narrativas, é representada por uma mudança nos padrões de interação, mais particularmente nos padrões de comunicação na família. Perceciona-se o uso da comunicação verbal pelo familiar para demonstrar preocupação e interesse pela pessoa que realiza a ventiloterapia. De acordo com Figueiredo<sup>8</sup>, o *coping* familiar é definido como comportamentos de mobilização de estratégias e recursos que permitem a manutenção do funcionamento familiar, dando resposta aos fatores de stresse intra ou extra-familiares." (p.97). Brincar com a situação foi uma estratégia de *coping* referida pelos participantes, o que está de acordo com Kaakinen et al<sup>13</sup>, que refere o humor como uma estratégia interna de promoção da saúde familiar, além da confiança, partilha em comum, o controlo dos significados dos fatores de stresse, a resolução conjunta de problemas, a flexibilidade dos papéis, aceitação dos fatores causadores de stresse, entre outros.

Morais & Queirós<sup>14</sup> afirmam que

"as estratégias utilizadas pelas pessoas e cuidadores visam a utilização dos recursos pessoais e familiares na implementação e manutenção da VNI no domicílio, no sentido de corresponderem o melhor possível às medidas terapêuticas" (p.12). Em conformidade com os nossos resultados, os autores apontam como estratégias a reestruturação familiar, havendo uma redefinição de papéis e responsabilidades, com intenção de integrar a adequadamente a doença crónica e os tratamentos nos seus processos de vida. Acrescentam também que é possível haver uma reaproximação intergeracional, com o reagrupamento da pessoa no domicílio dos filhos. Este facto não foi observado no nosso estudo, embora admitamos que é e será uma reestruturação observada, em particular em situações de doença aguda, crónica agudizada que resulta em alterações do nível de independência da pessoa. Esta reaproximação intergeracional, com a integração de um elemento na família do seu filho, sobrinho ou outro, leva inevitavelmente a mudanças de 2ª ordem nos dois anteriores sistemas familiares, fruto das suas alterações estruturais e processuais<sup>8</sup>. Efetivamente as famílias reorganizam-se para fazerem face a desafios para que o seu membro com doença crónica continue a ter uma vida o mais normal possível, incluindo a autogestão dos tratamentos<sup>12,13</sup>. A coesão contínua, a normalização e a contextualização da doença<sup>12,13</sup> são estratégias adotadas pelas famílias para fazerem face a este desafio e foram também verificadas nos resultados deste estudo.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que a utilização de VMNI tem implicações ao nível do processo familiar, nomeadamente na reestruturação e definição de novas



tarefas, associadas sobretudo à manutenção do ventilador, bem no suporte ao autocuidado. Os efeitos na relação dinâmica demonstram-se na preocupação entre os membros da família, bem como partilha de ideias e sentimentos. Mecanismos de *coping* familiar são ativados pelas estratégias adaptativas adotadas no contexto da experiência do uso de VMNI. A comunicação familiar enquadra mudanças dos padrões de comunicação e a utilização desta como meio de expressar preocupação. O desajuste no sistema familiar é também uma implicação familiar observada neste estudo, particularmente o desconforto e o prejuízo no sono sentidos, não em relação

à pessoa utilizadora do ventilador, mas aos membros da família, neste caso, o respetivo cônjuge. Os benefícios da utilização da VMNI sentem-se não só na perspetiva da pessoa, mas também do elemento da família, quando se referem ao silêncio e à diminuição do número de apneias percebidas pelo próprio cônjuge. O conhecimento e compressão da experiência da família sobre a utilização de VMNI em casa por um dos seus elementos é importante para o plano de cuidados do enfermeiro de família. Será mais fácil integrar as forças e limitações do sistema familiar nos objetivos estabelecidos no âmbito do processo de enfermagem direcionados à pessoa como

cliente e para a família como parceira e como unidade do cuidado. Sugere-se para futuros estudos a utilização de amostras maiores, para que os resultados possam ser mais consistentes, bem como estudos que procurem descobrir mais profundamente necessidades de cuidados de enfermagem às famílias de utilizadores de VMNI em casa. Nas práticas formativas, será importante considerar, ao nível graduado e pós-graduado, conteúdos relativos à dimensão individual e do sistema familiar na utilização de VMNI, uma vez que, dadas as implicações descritas neste estudo, todas elas são sensíveis aos cuidados de enfermagem. ▴



## Referências

1. Imaiso J, Yamauchi T. Caregiver suctioning education for Japanese patients with an invasive home ventilator. *Nursing and Health Sciences*. 2009; 11: 422–29. Doi: 10.1111/j.1442-2018.2009.00469.x
2. Cabrini L, Brusasbo C, Roasio A, Corradi F, Nardelli P, Filipini M, et al. Non-invasive ventilation for early general ward respiratory failure (NAVIGATE): A multicenter randomized controlled study. Protocol and statistical analysis plan. *Contemporary Clinical Trials*. 2019; 78: 126 – 32. Doi: 10.1016/j.cct.2019.02.001
3. MacIntyre E, Asadi L, Mckim D, Bagshaw S. Clinical Outcomes Associated with Home Mechanical Ventilation: A Systematic Review. *Canadian Respiratory Journal*. 2016. Article ID 6547180 [10 pages]. Doi: 10.1155/2016/6547180
4. Faber V, Rosanelli CP, Loro MM, Kolankiewicz AC, Piovesan S, Leite M. Perceção de doentes crónicos acerca do cuidado prestado por familiares. *Cienc Cuid Saude*. 2012 Jul-Set; 11(3): 565-72. Doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v11i3.14990
5. Correia A, Freitas C, Pereira C, Ferreira F. Resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem no domicílio. *Journal of Aging and Innovation*. 2013 jan. 2 (1). Disponível em: [journalofagingandinnovation.org/volume2-edicao1-janeiro2013/vni-domicilio/](http://journalofagingandinnovation.org/volume2-edicao1-janeiro2013/vni-domicilio/)
6. Lindahl B. Patients' suggestions about how to make life at home easier when dependent on ventilator treatment – a secondary analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010; 24: 684–92. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00763.x
7. Arestedt L, Benzein E, Persson C, RÅmgÅrd M. A shared respite—The meaning of place for familywell-being in families living with chronic illness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2016; 11(1): 30308, DOI: 10.3402/qhw.v11.30308
8. Figueiredo MH. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. Lisboa: Lusociência; 2013.
9. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011. 229p.
10. Fex A, Flensner G, Ek A, Soderhamn O. Self-care agency and perceived health among people using advanced medical technology at home. *Journal of Advanced Nursing*. 2012; 68(4): 806–15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05781.x
11. Rodriguez AM. Princípios da Ventilação Mecânica Não-Invasiva – do hospital ao domicílio. Vila do Conde: Tipografia do Ave, S.A; 2011.
12. Whitehead L, Jacob ES, Towell A, Abu-qamar M, Cole-Heath A. The role of the family in supporting the self-management of chronic conditions: A qualitative systematic review. *Journal Clinical Nursing*. 2017. 27: 22–30. DOI: 10.1111/jocn.13775
13. Kaakinen JR, Gedaly-Duff V, Coelho DP, Hanson SMH. *Family Health Care Nursing. Theory, Practice and Research* 4th edition. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2010. 559p.
14. Morais AJP, Queirós PJP. Adesão à ventilação não invasiva: perspetiva do doente e familiar cuidador. *Revista de Enfermagem Referência*. 2013; 10: 7-14. DOI:10.12707/RIII1227



# SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELAS MULHERES MIGRANTES AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DURANTE A VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ AO PÓS-PARTO

Meanings attributed by migrant women to nursing care during pregnancy to postpartum

## CONCEIÇÃO SANTIAGO

**Professor Adjunto**, Mestre. Escola Superior de Saúde de Santarém, CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Portugal

✉ [mcfs65@gmail.com](mailto:mcfs65@gmail.com)

## MARIA HENRIQUETA FIGUEIREDO

**Professor Coordenador**, Doutor. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Portugal

## MARTA BASTO

**Professora Aposentada**, Doutor. Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem - UI&DE, CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Portugal

### Abstract

Maternal health care for migrant women poses new challenges to countries in the WHO European Region. Migrant women tend to have worse perinatal health outcomes as a result of migration conditions, socioeconomic needs, health status, language or health literacy. These women may manifest different representations and cultural practices associated with motherhood that need to be understood and respected during nursing care in the host country. The aim was to explore the meanings attributed by migrant women to nursing interventions implemented during prenatal care to postpartum period. Qualitative study using Grounded Theory. Thirty interviews were conducted with pregnant migrant women and mothers from various countries, between February 2015 to December 2016, in Primary Health Care. Emerging coding of data determined the central category BUILDING TRUST, representative of the use of professional skills and competencies to help migrant women gain confidence and expose emotions, insecurities and needs: "Feeling recognized" highlights sensitivity to cultural differences and transition experiences; "Explaining with simplicity" by the clarity, simplicity, practical and grounded meaning, contributing to the acquisition of skills in the exercise of motherhood and a quality of intercultural communication; "Getting answer", nurse acting in accordance with the needs exposed by the Other, promoting autonomy, confidence and satisfaction. The development of a trusting relationship has emerged as an essential component of maternal care. The study results may contribute to knowledge and quality of care indicators by showing the migrant client's perspective on the care received.

**KEYWORD:** MIGRANT; WOMEN; PREGNANCY; POSTPARTUM PERIOD; NURSING CARE.

## INTRODUÇÃO

A migração, um fenómeno que acompanha a Humanidade ao longo dos tempos, é reconhecida como um tema central da nossa era, face ao aumento exponencial e dinâmico dos movimentos migratórios, abrangendo cerca de 258 milhões de pessoas no ano 2018.<sup>(1)</sup> Mas também, pela complexidade, imprevisibilidade e emergência que acompanha a migração internacional da atualidade, envolvendo uma pluralidade de dimensões que afetam a vida das pessoas, agentes geradores de desafios políticos, sociais, económicos e na saúde pública das sociedades.<sup>(1,2)</sup> Os Estados-membros da União Europeia (UE28), ao serem um dos principais alvos de escolha e de concentração de migrantes, têm assistido a pressões ao nível dos sistemas de saúde e de segurança, sendo cada vez mais evidente a necessidade de implementação de uma abordagem multisectorial e de adequação dos sistemas de

saúde das sociedades receptoras, para garantir a saúde e o bem-estar dos migrantes e dos refugiados em situações vulneráveis.<sup>(2)</sup> Numa leitura da importância relativa de estrangeiros residentes num determinado país, face ao total da população residente, Portugal tem registado valores inferior à média dos Estados-membros da UE28, por exemplo, dados estatísticos de janeiro de 2017, revelavam uma média de 7,5% de estrangeiros residentes na Europa Comunitária e Portugal de 3,6%.<sup>(3)</sup> No entanto, o Relatório Estatístico Anual 2018 do Observatório das Migrações mostra que, para além do aumento da população estrangeira, um conjunto de indicadores sustentam a contribuição dos cidadãos migrantes para a sociedade portuguesa, particularmente ao nível da natalidade, no aumento das qualificações e empreendedorismo de estrangeiros e no balanço financeiro do país.<sup>(4)</sup> Realçasse, ainda, o impacto positivo das políticas migratórias de integração que Portugal tem vindo a desenvolver, estando estas assentes numa gestão integrada e equilibrada dos fluxos migratórios e das mudanças dos perfis da população estrangeira.<sup>(5)</sup> Com enfoque na população alvo do estudo, as recentes tendências sociodemográficas apontam para a feminização da imigração em Portugal<sup>(6)</sup>, caracterizada por: um aumento do número de mulheres que migram por decisão própria e de forma autónoma, como para trabalho, estudo ou investigação, deixando uma maior ligação ao reagrupamento familiar, um fenómeno que se tem vindo a observar, à escala mundial, desde o final do século passado<sup>(4)</sup>; maioritariamente são mulheres jovens e ativas, observando-se uma maior concentração nas idades entre os 20 e os 49 anos e que, quando comparadas com as mulheres de nacionalidade portuguesa, nas mesmas idades,

as primeiras tendem a ser mais jovens<sup>(4,6)</sup>; no mercado do trabalho, tendem a estar mais concentradas nos grupos profissionais da base e não de acordo com as suas habilitações<sup>(4)</sup>; e, as trabalhadoras do sexo feminino são as que mais contribuem para a discrepância salarial entre os trabalhadores estrangeiros e os nacionais, por exemplo, no ano 2016, recebiam -12,9% que as trabalhadoras portuguesas.<sup>(4)</sup> Particularizando, ainda, a natalidade, como uma dimensão da demografia portuguesa de grande fragilidade, de acordo com dados estatísticos, no ano 2018, Portugal apresentava a quarta taxa de natalidade mais baixa (8,5%)<sup>(7)</sup> entre os Estados-membros da UE28. Por sua vez, um fluxo de migração feminina concentrada em idades jovens e ativas, em que a vivência da idade reprodutiva de mulheres estrangeiras acontece no país de acolhimento, pode ser sugestivo de um viável contributo para a natalidade. E, porque, ao longo dos anos, em maior ou menor percentagem, as mulheres estrangeiras residentes em Portugal têm contribuído para a demografia portuguesa. Por exemplo, em 2018, do total de nascimentos ocorridos em Portugal, registou-se cerca de 10,7% de nascidos-vivos de mães com nacionalidade estrangeira residentes no país, uma percentagem significativa numa população estrangeira que representava cerca 4,6% do total da população residente.<sup>(8)</sup> A saúde, entendida como uma das principais dimensões da vida humana, é geradora de bem-estar individual, das famílias e populações e um fator essencial na integração e coesão sociais.<sup>(9)</sup> No âmbito da saúde materna da mulher migrante, novos desafios se colocam aos países de acolhimento na prestação de cuidados de saúde materna a migrantes recém-chegadas, a migrantes em >

trânsito e para aquelas que desejam permanecer por mais tempo, independentemente do estatuto legal em que se encontrem.<sup>(10)</sup>

A evidência científica tem comprovado que grupos socialmente desfavorecidos, imigrantes ou grupos étnicos, tendem a uma assistência de saúde menos adequada durante a gravidez, parto e no pós-parto, especialmente devido à falta de conhecimentos, a uma menor adesão a comportamentos preventivos e menor utilização de cuidados de saúde (recorrendo tardiamente ou faltando às consultas de vigilância pré-natais).<sup>(10,11)</sup>

Assim como, a barreira da língua e o facto de as mulheres migrantes, muitas vezes, sentirem que não são compreendidas ou mal interpretadas nos seus costumes, por parte dos profissionais de saúde, constarem como os principais motivos para que os cuidados de saúde oferecidos no país recetor não deem resposta às expectativas das mulheres migrantes e às suas necessidades de saúde.<sup>(10,12,13)</sup>

Consequentemente, potencializam-se as situações de risco para a gestante e/ou feto e as mulheres migrantes tendem a apresentar taxas mais altas de complicações e mortalidade materna e piores resultados de saúde perinatal do que as mulheres autóctones dos países recetores.<sup>(10)</sup>

Por outro lado, as mulheres em contexto migratório "desenvolvem estratégias identitárias" de acordo com as suas experiências individuais, sociais, culturais e familiares, na procura de uma melhor adaptação ao novo meio físico e sociocultural.<sup>(12)</sup>

Quando, a gravidez e a maternidade acontecem num contexto migratório, transições significativas surgem em simultaneidade ou num padrão sequencial<sup>(14)</sup>, podendo gerar experiências complexas para a mulher migrante, ao cruzar-se um percurso adaptativo ao processo migratório, com outro

percurso de adaptação a uma nova situação - tornar-se mãe.<sup>(12,14,15)</sup>

Nestas circunstâncias, a influência cultural do país de origem tem um papel fundamental, ao oferecer confiança e apoio protetor (não conseguido da família que, muitas das vezes, se encontra distante) e que expressa nas atitudes e comportamentos de saúde das mulheres migrantes grávidas ou no exercício da maternidade.

Pelo exposto, compreende-se que diferentes representações e práticas culturais maternas necessitam de ser compreendidas e respeitadas durante os cuidados de enfermagem às mulheres migrantes, sendo a evidência científica concordante na valorização da implementação de cuidados de saúde materna culturalmente sensíveis ou culturalmente competentes, assim como apontam para a necessidade de aumentar o conhecimento focado na mulher migrante.<sup>(10)</sup>

## OBJETIVO

Pretendeu-se explorar os significados atribuídos pelas mulheres migrantes às intervenções de enfermagem implementadas durante a vigilância pré-natal ao pós-parto.

## MÉTODOS

Estudo qualitativo, assente num paradigma interpretativo.<sup>(16)</sup> Com recurso à *Grounded Theory* na perspetiva construtivista de Charmaz<sup>(17)</sup>, utilizada como método e análise de dados qualitativos. Método orientado por um raciocínio indutivo, numa construção conjunta do conhecimento, onde os procedimentos fundamentais de colheita e interpretação dos dados e de apresentação de resultados são descritos e compreendidos numa visão de processo, privilegiando-se os dados e contexto local e temporal, pela influência que estes detêm no modo como as pessoas veem, compreendem e agem nas situa-

ções onde o fenómeno acontece.<sup>(17)</sup>

As participantes foram mulheres migrantes grávidas e mães até aos 6 meses pós-parto, oriundas de vários países, com idades entre os 19 anos e 41 anos, a maioria eram casadas/união de facto e sete estavam solteiras. O nível de escolaridade predominante foi o Secundário (nove) e seis das participantes não mencionaram. Quanto à situação laboral, dezassete encontravam-se empregadas, dez desempregadas, duas a estudar e uma pensionista por invalidez. O serviço doméstico ou de outro tipo de serviços de limpeza era a atividade laboral praticada pela maioria das mulheres migrantes empregadas, independentemente do seu nível de escolaridade. Na perceção da situação económica, sugeriram os testemunhos das participantes, que estando um dos elementos a trabalhar (companheiro/mulher migrante), a situação económica da família estava aparentemente controlada. Entre as participantes casadas/união de facto, a maioria coabitava com o companheiro e/ou filhos, quando existentes. Entre as solteiras, duas referiram viver sozinhas. O tempo de migração variou entre 8 meses e 17 anos, situando-se a maioria entre os 5 e os 9 anos e todas as participantes percebiam a língua portuguesa e apenas três falavam razoavelmente.

Com enfoque nos cuidados de saúde materna das participantes, numa breve caracterização da situação obstétrica, no momento da colheita de dados, e de aspetos relevantes da vigilância de saúde realizada, contactou-se que:

- vinte e quatro encontravam-se grávidas (dezasseis no 3º trimestre, sete no 2º e uma no 1º) e seis estavam no período pós-parto (quatro tiveram parto por cesariana, uma por ventosa e outro foi eutócico);
- a maioria das mulheres (vinte e uma) já tinham experiência de

maternidade e nove estavam a vivenciar a primeira gravidez;

- vinte e quatro das participantes iniciaram a vigilância da gravidez no 1º trimestre e seis no 2º trimestre;
- a maioria (vinte e seis) com vigilância da gravidez adequada (o número de consultas era de acordo com a idade gestacional em que se encontravam) e quatro das gestantes com a gravidez mal vigiada (iniciada no 2º trimestre);
- a participação em Cursos de preparação para o parto e para a parentalidade foi dado a perceber por nove das participantes, cinco não realizaram por dificuldades no acesso, duas desconheciam esta modalidade e catorze não fizeram referência à mesma;
- vinte das participantes tinham médico de família e as dez que não usufruíam de médico de família referiram estarem a ser seguidas pelo mesmo médico. Por diversas razões, a mesma leitura em relação à vigilância de saúde pela mesma enfermeira não foi aqui considerada, tornando-se um aspeto representativa ao longo do processo de análise.

Optou-se pela entrevista ajustadas à *Grounded Theory* como método único de colheita de dados<sup>(17)</sup>. O guião de entrevista constituído por questões agrupadas em questões abertas iniciais, questões intermédias e questões finais, serviu como um instrumento orientador e de confiança para a investigadora na exploração de diferentes tópicos, não se considerando utilizar todas as questões nele inseridas para a exploração da experiência individual, deixando-se espaço para novas ideias ou aspetos relatados pelas entrevistadas.

O projeto da investigação foi analisado e aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (Proc.026/CES/INV/2014). Todos os elementos envolvidos no acesso às partici-

pantes e as próprias participantes do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Na procura da compreensão das vivências das mulheres migrantes na interação com os enfermeiros durante a vigilância pré-natal ao pós-parto, em contexto de cuidados de saúde português, foram realizadas trinta entrevistas a mulheres migrantes que cumpriam os critérios de seleção delineados para o estudo: estarem grávidas ou nos primeiros 6 meses após o parto (pela proximidade com a situação vivenciada e possibilidade de se encontrar a mulher no país); que tivessem feito ou efetuar a vigilância pré-natal ou no pós-parto com enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários; e que compreendessem a língua portuguesa. A colheita de dados foi desenvolvida entre de fevereiro 2015 a dezembro de 2016, em contexto de Cuidados de Saúde Primários e as entrevistas tiveram entre 12 a 62 minutos de duração, sendo que as mais curtas aconteceram na fase mais avançada da colheita de dados (amostragem teórica)<sup>(17)</sup>. No percurso do processo analítico que passou pela "codificação"<sup>(17)</sup>, inicialmente geraram-se códigos provisórios, comparativos e ajustados aos dados, que conduziram à exploração de outras possibilidades analíticas para o desenvolvimento das categorias emergentes e suas propriedades, que constituem a teoria substantiva desenvolvida.<sup>(17,18)</sup> Entre as estratégias e métodos utilizados destacam-se: a estratégia linha a linha; o método da comparação constante; a redação de *memos*; e a amostragem teórica.<sup>(17)</sup>

## RESULTADOS

O processo de análise emergente da Interação entre mulher migrante-enfermeira<sup>1</sup> durante a vigilância pré-natal ao pós-parto, na perspetiva da mulher migrante,

determinou a categoria central CONSTRUINDO A CONFIANÇA. Num ambiente de cuidados de saúde, a comunicação estabelecida entre ambas as intervenientes foi sendo gerida pelas características da Identidade ou *self* da Mulher migrante e pela Atitude terapêutica da enfermeira. Pela influência dinâmica de fatores provenientes de 3 dimensões, a confiança na enfermeira foi interpretada como essencial durante os cuidados de saúde materna, sendo estas:

- (1) Atitude terapêutica da enfermeira promotora ou não do à vontade necessário à mulher migrante para a partilha das suas necessidades, dúvidas e problemas;
- (2) Identidade ou *self* da mulher migrante que interage com a enfermeira (as características da personalidade, valores e princípios socioculturais) e a natureza da situação de cuidados de saúde;
- (3) O processo de construção da confiança na enfermeira, que conduz ao fortalecimento ou ao enfraquecimento da confiança e que é conseguido na interação entre ambas, estando dependente do ambiente, do tempo de relação estabelecido, do número de vezes e do grau de proximidade estabelecido durante as interações.

Num encadeamento dinâmico dos constructos emergentes dos dados e que determinaram as categorias PROCURANDO COMUNICAR, A RESPOSTA AFETIVA À ATITUDE DA ENFERMEIRA, ATRIBUINDO SIGNIFICADO À INFORMAÇÃO DA ENFERMEIRA, surgiram elementos significativos dos momentos de interação entre enfermeira-mulher migrante que permitiram interpretar os significados atribuídos por estas às intervenções de enfermagem implementadas durante a vigilância pré-natal ao pós-parto. A categoria PROCURANDO COMUNICAR, demonstra que determinadas atitudes e ações da enfermeira, inerentes ao processo >

1. Considera-se o termo "enfermeira", por ter sido maioritariamente referenciado pelas participantes do estudo.

de comunicação, são facilitadores da relação enfermeira-mulher migrante e da compreensão da informação partilhada, visando uma eficaz identificação das necessidades de saúde da gestante/mãe, na capacitação da mulher para as competências maternas, de autocuidado e adoção de estilos de vida saudáveis.

A categoria A RESPOSTA AFETIVA À ATITUDE DA ENFERMEIRA, mostra a valorização atribuída à dimensão relacional dos cuidados de enfermagem de saúde materna que, como consequências na mulher migrante, traduziram-se em respostas afetivas de reconhecimento, sentir-se acolhida e compreendida pela enfermeira.

O valor atribuído à informação e orientação da enfermeira, ao longo da vigilância da gravidez ao pós-parto determinou a categoria ATRIBUINDO SIGNIFICADO À FORMAÇÃO DA ENFERMEIRA, que conjuga elementos provenientes de ambos os atores que interagem e que se influenciam mutuamente: o conhecimento e as experiências da mulher migrante e as atitudes e ações da enfermeira.

No contexto de cuidados de enfermagem de saúde materna, a confiança foi entendida como um sentimento de quem acredita, de quem tem a convicção ou sente segurança no modo de agir do Outro perante uma determinada situação. Ou, como um sentimento que se adquire com a familiaridade ou por interações frequentes com a mesma pessoa, onde os constructos emergentes "Receando mostrar aquilo em que se acredita", "Interagindo" e "Recorrendo primeiro à enfermeira para obter ajuda", atribuem significado à confiança construída entre a mulher migrante e a enfermeira.

No diagrama que se ilustra na **Figura 1**, identificam-se as principais propriedades da categoria central CONSTRUINDO A CONFIANÇA e a relação e influência recíproca

com as categorias anteriormente descritas.

Partindo do centro do diagrama, sugerem os resultados que, num ambiente de cuidados de enfermagem, as variáveis grau de proximidade, tempo de interação e número de interações com a mesma enfermeira funcionam como reguladores da interação entre mulher migrante-enfermeira.

O código "Interagindo" torna mais explícita a importância de uma continuidade de cuidados com a mesma enfermeira, sendo revelada por: conhecer melhor, criar uma ligação, estar habituada, sentir-me à vontade ou familiarizar-me com as pessoas que cuidam de nós, dizendo esta participante:

"Acho que não deveria ser assim... acho que deveria ser sempre a mesma pessoa... Preciso de ter confiança... e conhecer melhor" (P16).

O mesmo código, mostra como a experiência ou a informação sobre os assuntos da maternidade, adquiridos pela mulher migrante no seu percurso de vida, podem condicionar a confiança nas prescrições ou orientações da enfermeira, dizendo esta participante durante o pós-parto:

"A enfermeira [que realiza a vigilância da saúde infantil e comparando com a confiança adquirida com a enfermeira que realizou a vigilância pré-natal] também, no início, eu fiquei meio assim, porque toda a mãe sabe que tem que fazer, aquela coisa de pegar na bebé, e eu fiquei meio assim, mas hoje em dia já confio, você vai criando um certo laço..." (P7).

"Interagindo", distingue a iniciativa da enfermeira orientada pela experiência profissional, revelando-se como uma atitude que estimula a partilha, o esclarecimento ou procura de ajuda para a implementação de comportamentos saúde mais ajustados. "Sentindo-se reconhecida", um código representativo de uma das propriedades da

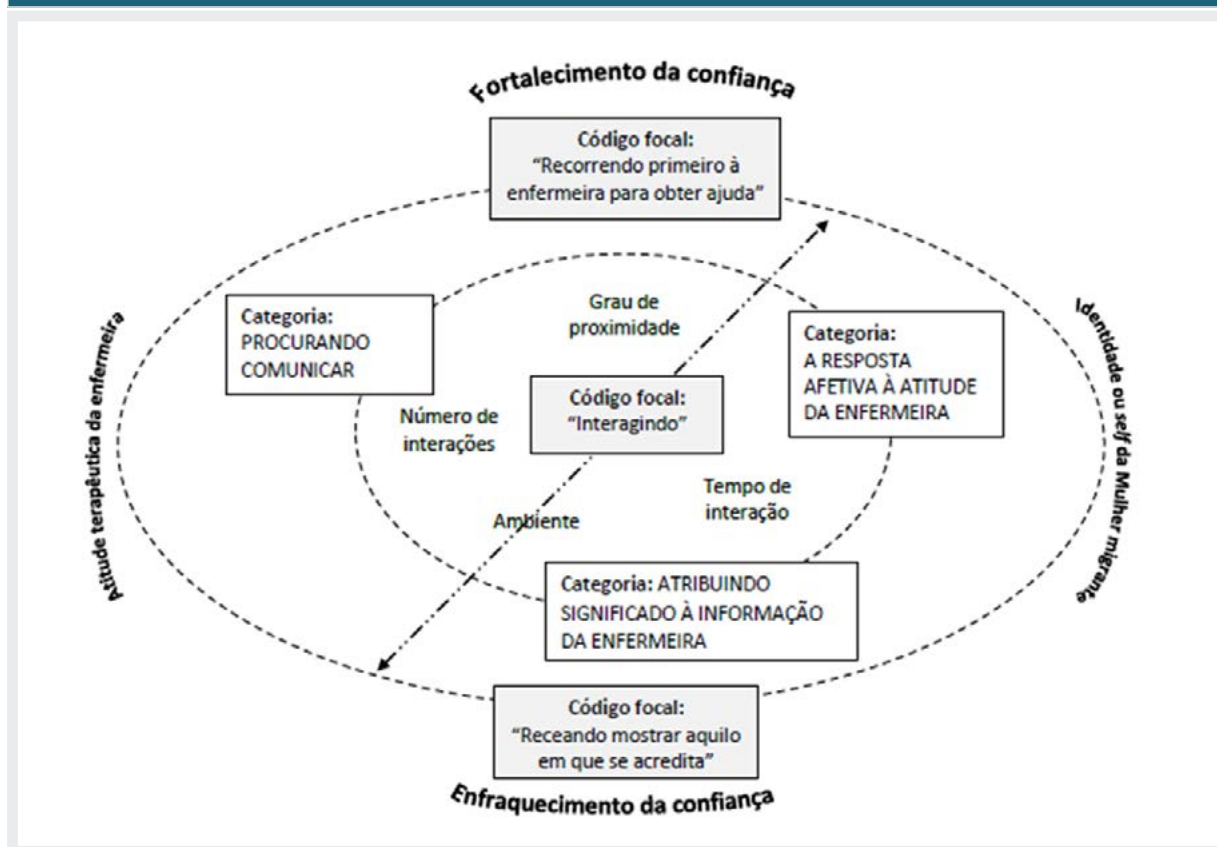
categoria A RESPOSTA AFETIVA À ATITUDE DA ENFERMEIRA quando relacionado com "Interagindo" com a enfermeira, sugeriu a presença de confiança para a partilha de uma decisão pouco refletida, revelando a participante:

"Eu não queria ter este filho... porque agora está muito difícil... Eu estava de duas semanas, era pouco. Depois ela [enfermeira] disse: 'vai lá falar com o teu marido... a outra já vai fazer quatro anos e enquanto segura isso, passa rápido, é um instante'... Então eu fui para casa, pensei naquilo e pensei se calhar eu vou querer mais um porque eu estava à procura de um menino, porque eu nunca fiz aborto... E volto a falar com ela porque ela disse para voltar e falar com ela... Sim, e ela falou comigo e deu-me coragem..." (P20).

As oscilações entre o polo do fortalecimento da confiança e o polo do enfraquecimento da confiança, dependem diretamente da Atitude terapêutica da enfermeira, da Identidade ou *self* da mulher migrante e das ações e reações de ambas quando interagem. Assim, sugere-se que a confiança é fortalecida quando a mulher migrante confia, acredita e prevê as ações de ajuda da enfermeira, especialmente, quando orientadas por um suporte afetivo, determinando o código "Recorrendo primeiro à enfermeira para obter ajuda". Numa orientação inversa, a confiança pode ser enfraquecida, se associada a inseguranças em relação às ações da enfermeira, podendo esta resultar de experiências anteriores com a mesma enfermeira ou por se transferir essas inseguranças para futuras experiências semelhantes, demarcando o código "Receando mostrar aquilo em que se acredita". Neste código, evidenciam-se práticas de cuidados adquiridas no país de origem, em que se acredita na sua eficácia e que se utilizam, em simultaneidade, com os cuidados aconselhados pela enfermeira ou

FIGURA 1

## CATEGORIA CENTRAL: CONSTRUINDO A CONFIANÇA



profissionais de saúde, mas que se opta por não partilhar ou divulgar, mantendo-as restritas ao meio familiar, como se expõe:

"Não, isso fica mais para mim..."

[respondendo à questão colocada: Pensando que ainda usa muito os seus hábitos de lá, e faz bem porque se sente mais segura, consegue comunicar essas coisas com a enfermeira?] (P8).

Código que é representativo de mitos culturais que se sobrepõem aos cuidados de saúde prescritos pelos profissionais de saúde, nomeadamente, quando surgem intercorrências durante a gravidez, gera-se o descrédito, a falta de confiança ou não adesão aos cuidados de saúde, como se pôde perceber neste testemunho:

"Na cultura de São Tomé, lá acreditam em coisas sobrenaturais...e

se geralmente corre bem para as outras pessoas, para elas é que é mau... então tentam fugir um pouco ao sistema... têm receio de mostrar aquilo em que acreditam realmente. Então, ficam fechadas e vão seguindo aquilo em que acreditam." (P3).

No polo do fortalecimento da confiança, "Recorrendo primeiro à enfermeira para obter ajuda" sugere que o grau de confiança adquirido com uma enfermeira, faz com que seja a ela a quem se recorre primeiro quando surgem problemas ou dúvidas relacionadas com a saúde e bem-estar materno-fetal, ou quando se necessita de apoio ou aconselhamento, como se exemplifica no seguinte testemunho: "Primeiro fui falar com uma enfermeira por causa dos rins, e a enfermeira disse 'então passo para

o médico, ele vai dar papéis para a segurança social e ele vai explicar tudo. Então fui ao médico(a), e ela já sabia das coisas porque a enfermeira já tinha explicado o que era..." (P1).

Por fim, considera-se importante referir que, no processo dinâmico de construção da confiança, foram surgindo níveis intermédios no ato de se criar a confiança com a enfermeira e que se aproximavam mais de um ou de outro pólo. Figura 1. Categoria central: CONSTRUINDO A CONFIANÇA

## DISCUSSÃO

No percurso analítico da interação entre a mulher migrante e a enfermeira, durante a vigilância pré-natal ao pós-parto e com enfoque na perspectiva da cliente recebedora >

de cuidados de saúde, os construtos inerentes à categoria central **CONSTRUINDO A CONFIANÇA**, refletem as experiências de processos de transição das mulheres migrantes, com formas de gerir a adaptação à nova sociedade e maternidade, em congruência com aquilo em que se acredita e se sente necessidade de adquirir<sup>(15)</sup>, indo ao encontro dos resultados de outros estudos<sup>(10,13,19)</sup>. Aspetos que se tornaram essenciais na caracterização dos significados atribuídos pelas mulheres migrantes às intervenções de enfermagem implementadas.

Tendo em vista cuidados de enfermagem em saúde materna centrados na cliente migrante, onde se concilia a relação de ajuda, o conhecimento e formas de atuação em pareceria com a gestante/mãe (respeitando as suas capacidades para a aquisição de competências para a consecução do papel maternal<sup>(15)</sup>) destacam-se no estudo: - "Sentindo-se reconhecida [pela enfermeira]", consequente das ações implementadas pela enfermeira e pela mulher migrante durante o processo de interação estabelecido. Um achado que corrobora com a evidência científica, ao mostrar necessidade de cuidados de saúde materna culturalmente sensíveis<sup>(10)</sup> e sugere que, conhecimentos sobre cuidados congruentes com as diferenças culturais e processos de transição, ao serem utilizados como base dos cuidados de enfermagem em saúde materna, viabilizam ganhos sensíveis a nível dos resultados de assistência a clientes migrantes; - "Explicando com simplicidade", entendida como uma qualidade da comunicação intercultural, demonstrada pelo modo claro e simples de se transmitir a informação/aconselhamentos, ou de se esclarecer/complementar infor-

mação recebida por outros profissionais ou fontes, incute o conforto e o bem-estar da mulher migrante, bem como a confiança nos cuidados de enfermagem recebidos. Um modo de comunicar que promove a compreensão da informação pela mulher migrante, especialmente, quando existe a barreira da língua, a utilização de termos médicos que não são comuns em outras sociedades ou quando os valores culturais que orientam os comportamentos sociais divergem.<sup>(10)</sup> E, ainda, como revela a literatura, a informação e os cuidados de enfermagem prestados ao longo da gravidez e durante o primeiro ano após o parto, podem ter resultados de saúde positivos, a longo prazo, tanto para a mãe como para a criança.<sup>(20)</sup>

Em sentido oposto, as ações de enfermagem que não envolvam a mulher migrante e a falta de informação podem aumentar a sua vulnerabilidade, gerar insegurança ou uma má interpretação do ato de enfermagem, com consequências negativas na aquisição de competências maternas para o exercício da maternidade; - "Obtendo resposta", reflete sentimentos de segurança e confiança para o esclarecimento ou obtenção de informação junto da enfermeira. Uma consequência positiva da conjugação entre a Atitude terapêutica da enfermeira e a Identidade ou *self* da mulher migrante durante as interações estabelecidas que caminha no sentido do fortalecimento da confiança entre mulher migrante-enfermeira.

## CONCLUSÃO

Investigando os significados atribuídos pelas mulheres migrantes às intervenções de enfermagem implementadas durante a vigilância pré-natal ao pós-parto, os

resultados do estudo permitiram concluir que, o desenvolvimento de uma relação de confiança emergiu como componente essencial dos cuidados maternos à mulher migrante.

A categoria central **CONSTRUINDO A CONFIANÇA**, sugere como favorecedor da adesão aos comportamentos de saúde ajustados às necessidades individuais da mulher migrante durante a experiência da maternidade, quando a enfermeira utiliza as suas competências e habilidades profissionais para ajudar a mulher migrante a adquirir confiança, expor as suas emoções, inseguranças e diferentes necessidades.

Como resposta a estes comportamentos, a mulher migrante expressa os significados que atribui aos cuidados de saúde materna: "Sentindo-se reconhecida", evidenciando-se a sensibilidade para as diferenças culturais e experiências de transição; "Explicando com simplicidade", pela clareza, simplicidade e sentido prático justificado; "Obtendo resposta" da enfermeira, que atua de acordo com as necessidades expostas pela cliente, promovendo a autonomia, a confiança e a satisfação. Os resultados do estudo, ao mostrarem a perspetiva da cliente migrante sobre os cuidados recebidos, destacam aspetos que poderão contribuir para o conhecimento e indicadores de qualidade de cuidados de saúde materna. Mais precisamente, sugerem que a confiança construída entre mulher migrante e o enfermeiro é favorecedora da introdução de novas práticas ou melhoria das já implementadas, visando o aumento dos níveis de satisfação e bem-estar da cliente, da otimização do potencial da sua saúde e da prevenção de complicações materno-fetais. ▴





## Referências

1. IOM, UN Migration [sede Web]. Migration With Dignity (#WithDignity). 2018. World Migration Report 2018 [citado 2019 janeiro 21]. Disponível em: <https://www.iom.int/migrantsday>
2. IOM. World Migration Report 2018 [Internet]. 2017. [citado 2019 janeiro 10]. Disponível em: [www.iom.int](http://www.iom.int)
3. PORDATA [Internet]. População residente em % da população da UE28 - [citado 2019 janeiro 10]. PORDATA - Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Disponível em: <https://www.pordata.pt>
4. Oliveira (coord.) CR, Gomes N. Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2018 (Imigração em Números - Relatórios Anuais 3) [Internet]. 2018. [citado 2019 janeiro 10]. Disponível em: <https://www.om.acm.gov.pt>
5. Resolução do Conselho de Ministros n.º 12-B/2015 [sede Web]. Plano Estratégico para as Migrações (2015-2020). 2015 março 20. [citado 2019 janeiro 10]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/66807913>
6. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF). Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo 2017. [Internet]. 2018 junho. [citado 2019 janeiro 10]. Disponível em: <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2017.pdf>
7. PORDATA [Internet]. Taxa bruta de natalidade em Portugal - [citado 2019 julho 7]. INE,PORDATA. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527pordata.pt>
8. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF). Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo 2018. [Internet]. 2019 junho. [citado 2019 julho 25]. Disponível em: <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2018.pdf>
9. Ministério da Saúde. Retrato da Saúde 2018. [Internet]. 2018. [citado 2019 janeiro 10]. Disponível em: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)
10. Keygnaert I, Ivanova O, Guieu A, Van Parys A-S, Leye E, Roelens K. What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European Region. [Internet]. 2016. [citado 2019 janeiro 10]. Disponível em: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)
11. United Nations Population Fund (UNFPA) [sede Web]. State of World Population 2006. A Passage to Hope: Women and International Migration. UNFPA. 2006. [citado 2019 julho 25]. Disponível em: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/sowp06-en.pdf>
12. Ramos MN. Migração, Maternidade e Saúde. Repertório. 2012; 18(1):84-3.
13. Santiago C, Figueiredo MH. Immigrant women's perspective on prenatal and postpartum care: Systematic review [Internet]. 2013 September 20. [citado 2019 janeiro 10]; [9 páginas]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/24052479>
14. Meleis AI, Trangenstein PA. Facilitating transitions: Redefinition of a nursing mission. En: Meleis AI (Ed.). Transiotins theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York:Springer Publishing Company, LLC; 2010. p. 65-2.
15. Mercer R. Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. En: Meleis AI (Ed.). Transiotins theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York:Springer Publishing Company, LLC; 2010. p. 94-04.
16. Streubert HJ. A Condução da Investigação Qualitativa: Elementos comuns essenciais. En: Streubert HJ, Carpenter DR. Investigação Qualitativa Em Enfermagem. Avançando o Imperativo humanista. Loures: Lusodidacta; 2013. p. 19-33.
17. Charmaz K. Constructing Grounded Theory. Califórnia: Sage; 2014. 379p.
18. Carpenter DR. Método de grounded theory. En: Streubert HJ, Carpenter DR. Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista. Loures: Lusodidacta; 2013. p. 129-39.
19. Dias SMF, Rocha CF, Horta (Col.) R. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo [Internet]. 2009. [citado 2019 janeiro 10]. Disponível em: [http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Estudos/OI\\_32.pdf](http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Estudos/OI_32.pdf).
20. Meleis AI. Immigrant Transitions and Health Care: An Action Plan. En: Meleis AI (Ed.). Transiotins theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York:Springer Publishing Company, LLC; 2010. p.241-42.



# A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS FACE À IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS FAMÍLIAS RECONSTRUÍDAS, COM FILHOS ADOLESCENTES

The perception of nurses to identify the need for nursing care in reconstituted families with adolescent children.

## HORTENSE COTRIM

**Professor Coordenador, Doutor.** ESSATLA - Universidade Atlântica, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Portugal.

✉ [hortensecotrim@gmail.com](mailto:hortensecotrim@gmail.com)

## MARIA HENRIQUETA FIGUEIREDO

**Professor Coordenador, Doutor.** ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

## VIRGÍNIA GUEDES

**Enfermeira; Mestre.** ACES Tâmega I - Baixo Tâmega, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

## MANUELA FERREIRA

**Professora Adjunta, Doutor.** Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

### Abstract


The Perception of Nurses to Identify the Need for Nursing Care in Reconstituted Families with Adolescent Children.

Abstract: Family health nursing aims to promote the empowerment of families in the development of competencies, fostering a healthy living of their processes of change, throughout the life cycle. With respect to these families, dysfunctions can occur due to family coexistence and overlapping of parental roles over the adolescent. In this context the MDAIF arises, aiming to guide the action of nurses, proposing diagnoses and interventions, from the needs identified. The aim was to analyze nurses' perception of the need for nursing care in reconstituted families with adolescent children.

Descriptive and exploratory study, of a qualitative nature, whose participants were nurses who perform functions in primary health care. A questionnaire was used, applied in 2018, with an open question in which the participants were asked to describe strategies for identifying nursing care needs in rebuilt families with adolescent children. For data analysis, content analysis was used, and three categories emerged: "Family Assessment", focused essentially on observation, interviewing and data collection; the "Context of the evaluation", predominating the functional unit, within the scope of the nursing consultation; and "Referential", the MDAIF being the theoretical and operative support for clinical decision making. In the identification of nursing care needs, the family assessment stands out as a methodology valued by nurses. These results may contribute to the development of formative processes, within the framework of family assessment, leading to the improvement of the quality of care.

**KEYWORD:** FAMILY NURSING; PRIMARY HEALTH CARE; RECONSTRUCTED FAMILY; ADOLESCENT.

## INTRODUÇÃO

 conceito de família reconstruída corresponde a uma família formada por um casal adulto, na qual pelo menos um dos membros tem um filho de uma relação anterior. Pode dizer-se que é uma família que se forma a partir de outra família já existente. Deste modo, a família deixa de ser o laço pai, mãe e filhos, passando a juntar-se a esta realidade, o novo companheiro/a ou marido/esposa (pais socio afetivos) e, se existirem, os filhos destes<sup>1</sup>. Para Alarcão<sup>2</sup> estas famílias resultam, na sua maioria, de processos de separação ou divórcio, o que leva a que esta nova realidade seja bastante mais complexa e controversa. Esta complexidade deve-se ao facto de existir um luto que tem de ser realizado, face ao progenitor que deixou de fazer parte desta nova estrutura familiar, e posteriormente uma aceitação que tem de ser feita pelos novos elementos, para dar lugar a uma nova construção familiar, assente em novas regras e padrões transacionais. As famílias reconstruídas representam um dos melhores exemplos das alterações contínuas verificadas nos modos de pensar, representar e formar famílias nas sociedades ocidentais, em geral, o que vem questionar os pressupostos ideológicos do modelo familiar tradicional, o qual se apresentava como o paradigma dominante<sup>3</sup>. Esta tipologia familiar, embora pareça semelhante à família nuclear, apresenta algumas diferenças, nomeadamente o facto de possuírem uma estrutura mais completa do que as tradicionais, devido à existência de um maior número de elementos, tais como, pais biológicos, madrastas, padrastos, irmãos, meios-irmãos, os quais vivem, de modo geral, em mais que uma casa<sup>4</sup>. Outra diferença tem a ver

com a existência da relação entre pais e filhos, antes da nova união familiar, ao contrário do que se verifica nas famílias tradicionais, onde os membros do casal passam por uma progressão passo a passo, por exemplo, do namoro ao casamento e depois à paternidade<sup>5</sup>. Estas diferenças, características das famílias reconstruídas, implicam a construção simultânea da relação conjugal e da relação parental<sup>4</sup>. Para além destas diferenças, nas famílias reconstruídas, tal como em todas as famílias, após o divórcio, é importante que se estabeleçam novas barreiras, pois caso contrário, a perceção de discórdia e ambiguidade, por parte dos menores, causa confusão e insegurança, o que por sua vez vai afetar o seu comportamento<sup>6</sup>. A atuação dos enfermeiros nesta área pode apresentar-se como uma preciosa ajuda na prevenção de problemas emocionais e comportamentais dos jovens, nomeadamente através da orientação da família na definição de novas regras e limites, tendo em conta que após o divórcio ou a separação, ocorre uma fase de ambiguidade, face a essas barreiras e limites, a qual está relacionada com a incerteza sobre quem pertence à família e quem não pertence, e que regras os membros da família têm no novo sistema familiar<sup>6</sup>. Face a esta necessidade de definir os limites, Alarcão<sup>7</sup> defende que estes permitem regularizar a transmissão de informação entre a família e o meio e entre os diferentes subsistemas familiares existentes. Pires<sup>8</sup> defende que o sistema familiar das famílias reconstituídas, é caracterizado pelo sentimento de insegurança tanto ao nível relacional como do vínculo estabelecido. Esta insegurança prende-se com o medo de uma nova perda ou insucesso, ou da partilha de investimentos e de determinados compo-

nentes mais funcionais, como por exemplo, o dinheiro ou a educação com outro sistema, ou ainda pela recorrente não aprovação do recasamento, pela família alargada. Este sistema familiar, pela constante interação entre o novo subsistema conjugal e o subsistema parental, apresenta outras dificuldades, nomeadamente, a idealização da nova situação, na qual podem ocorrer dificuldades em negociar as suas diferenças sob o olhar atento do casal, do/a(s) filho/a(s), das famílias de origem e frequentemente do olhar indireto do/a(s) ex-companheiro/a(s), sendo muito importante a confirmação da relação conjugal (e de cada um dos parceiros nessa mesma relação) e a meta comunicação sobre a relação, tanto ao nível das dificuldades sentidas, como ao nível dos aspetos mais positivos e gratificantes; a coexistência de várias etapas do ciclo vital com necessidades antagónicas: a etapa da formação do casal que pressupõe um fecho ao exterior concomitante com, por exemplo, a etapa da família com filhos adolescentes que implica a abertura da família; a construção de novos padrões de relação e de novas regras de funcionamento familiar, o que pressupõe a renegociação dos códigos comunicacionais que cada elemento construiu, no sistema familiar anterior, ou seja, o estabelecimento e aceitação de uma nova parentalidade, novos padrões de relações e de regras de funcionamento associadas à comparação com a família anterior; e, por fim, o fantasma da repetição da experiência de separação entre cônjuge e as coligações e alianças entre pai/mãe e filho/a(s) biológico/a(s)<sup>8</sup>. Perante estas dificuldades, percebe-se a importância do papel da enfermagem familiar, na prevenção e/ou despiste precoce de problemas relacionais e familiares, como for- ➤

ma de assegurar a saúde e o bem-estar de todos os intervenientes. A enfermagem de saúde familiar tem como propósito capacitar as famílias face aos seus processos de mudança inerentes ao ciclo vital<sup>9,10</sup>. Nas famílias reconstruídas com filhos adolescentes, podem existir problemas decorrentes da convivência familiar que implica a reconstrução de novos modelos familiares e da sobreposição de papéis parentais<sup>11</sup>.

O "enfermeiro de família", é, no entender de Guerreiro<sup>12</sup>, citando Cadeite, um profissional que, integrado na equipa multidisciplinar de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo de famílias, em todo o processo de vida, do nascimento à morte, incluindo a promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados; atua, também, como agente facilitador para que os indivíduos e famílias desenvolvam competências para um agir consciente, quer em situações de crise quer em questões de saúde.

Neste sentido, Figueiredo<sup>10</sup> salienta que o cuidado de enfermagem à família centra-se na interação entre o enfermeiro e a família, através da consolidação de um processo interpessoal, significativo e terapêutico. A família reconstruída, apresenta-se, assim, como um foco de cuidados de enfermagem, tendo em conta as metamorfoses verificadas na sua estrutura e dinâmica relacional, as quais colocaram em evidência um conjunto de fragilidades e necessidades, que podem prejudicar a saúde dos seus membros e comunidade. É neste âmbito, que o enfermeiro surge como potenciador da capacitação da família, maximizando o seu potencial de saúde, através da prestação de cuidados de enfermagem, ao longo das várias fases do ciclo vital<sup>10</sup>. Assim, e parafraseando Ferreira<sup>13</sup>, salientamos que os enfermeiros têm

um papel importante no que concerne aos cuidados com as famílias, não como responsáveis das transformações familiares, mas como parceiros que potenciam mudanças positivas na família.

## OBJETIVOS

Pretendeu-se analisar a perceção dos enfermeiros face à identificação da necessidade de cuidados de enfermagem nas famílias reconstruídas, com filhos adolescentes.

## MÉTODOS

Estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, sendo a técnica de amostragem por conveniência. Participaram 25 enfermeiros de cuidados de saúde primários, da zona Norte de Portugal. Utilizou-se um questionário online, aplicado em 2018, integrando uma pergunta onde era solicitado aos participantes que descrevessem como identificam a necessidade de cuidados de enfermagem nas famílias reconstruídas com filhos adolescentes. Foi utilizada a análise de conteúdo, sendo estabelecidas as categorias à posteriori, por metodologia indutiva.

## RESULTADOS

A amostra é constituída por 25 enfermeiros, sendo 20 do sexo feminino; a média de idades é 42 anos e a média do exercício profissional é 18 anos. Da análise de conteúdo emergiram três categorias: "Avaliação Familiar", Contexto de avaliação" e "Referenciais". Relativamente à avaliação familiar, salientou-se a observação, a entrevista e a colheita de dados; "... aplicando instrumentos... P3; "... informação/dados obtidos, com a avaliação inicial... P7); "... a identificação de áreas de atenção e a avaliação de mudanças com impacto na saúde familiar, enfatizando a prática dos cuidados de enfermagem... P21; "... aplicando instrumentos e avaliação familiar...

P24; "... através da entrevista a todos os membros da família... P25"; "... colheita de dados através da implementação de escalas... P16", "... avaliando focos de atenção... P23"; Relativamente à categoria "Contexto da avaliação" sobressaiu a unidade de saúde, como local privilegiado para a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem nas famílias reconstruídas, com filhos adolescentes. O contexto domiciliário também é referido como local de consulta: "... visitação domiciliária quando a família não vem à unidade... P10"; e "Referenciais" surgindo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), como referencial teórico operativo para a tomada de decisão clínica. Havendo referências explícitas a este referencial "... utilizando o MDAIF... P6"; "... através do MDAIF... P9 e P13"; "... através do modelo dinâmico... P15"; "... através da matriz operativa do MDAIF... P12". Outras narrativas, não especificando este modelo, referem-se a dimensões e áreas de atenção propostas no mesmo: "... através da avaliação familiar, de acordo com as dimensões estrutural, desenvolvimento e estrutural... P7 E P18"; "... avaliação do processo familiar... P12"; "... avaliação da composição familiar (... relação conjugal.... papel parental) ... P21"; "... intervir antecipadamente nas tarefas e papéis familiares no que respeita às etapas de desenvolvimento das famílias... P11".

## DISCUSSÃO

Verifica-se que as narrativas dos participantes são centradas na importância da avaliação familiar para a identificação das necessidades das famílias. As estratégias descritas como a utilização de instrumentos de avaliação familiar, a avaliação de focos de atenção considerados relevantes para a enfermagem de saúde familiar, entre outros aspetos que traduzem a natureza dos cuidados de enfer-

magem, no que se reporta à abordagem sistêmica do cliente, vão ao encontro do estudo de Broeke- ma et al<sup>14</sup> em que os enfermeiros atribuem importância às famílias nos cuidados de enfermagem. As narrativas não realçam aspetos específicos ou característicos das famílias reconstruídas com filhos adolescentes, podendo sugerir que as estratégias são similares à identificação de necessidades de outra qualquer tipologia ou organização familiar. Desta forma, o que poderá diferenciar o cuidado de enfermagem será a interpretação dos dados colhidos, através das estratégias referidas, tendo como base tanto as idiosincrasias, como as particularidades decorrentes da estrutura familiar, perfil desenvolvimental, crenças familiares, entre outros atributos evolutivos e contextuais que traduzem a unicidade de cada família, embora possam existir preditores de fatores protetores e/ou de vulnerabilidade. A metodologia do processo de enfermagem parece surgir como estruturante das práticas dos enfermeiros, pela multiplicidade de estratégias de avaliação elencadas pelos participantes. Tal como refere Benedet et al<sup>15</sup>, a implementação do Processo de Enfermagem nos diversos cenários da prática assistencial tem-se revelado como um dos caminhos que a

enfermagem, ao longo de sua história, vem adotando para avançar na sua profissionalização e, conseqüentemente, na qualidade de sua prática. O MDAIF constitui-se para os mesmos como um instrumento orientador e sistematizador na identificação de necessidades das famílias reconstruídas com filhos adolescentes, estando em concordância com a sua essência enquanto referencial da Enfermagem de saúde familiar, pois pretendeu dar resposta às necessidades dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias, enquanto unidade, a partir da compreensão dessas mesmas práticas, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários<sup>16</sup>. Por sua vez a sua estrutura operativa, integrando definições teóricas e operacionais, permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem<sup>10</sup>, sugerindo a apropriação das mesmas pelos participantes, quando se referem tanto às suas dimensões (estrutural, desenvolvimento e funcional) como a dados diagnósticos específicos descritos nos arquétipos que constituem esta matriz.

## CONCLUSÕES

Na identificação das necessidades de cuidados de enfermagem sobressai a valorização da avaliação familiar, como pressuposto da prá-

tica dos enfermeiros de cuidados de saúde primários. Realça-se a apropriação de referenciais de enfermagem que sustentam a tomada de decisão, num paradigma associado ao pensamento crítico e desenvolvimento disciplinar.

Os resultados deste estudo poderão contribuir para justificar o desenvolvimento de processos formativos no âmbito das metodologias e técnicas de avaliação familiar, contribuindo também para o desenvolvimento do juízo clínico face à formulação diagnóstica, pois estas famílias, caracterizando-se tanto pela diversidade como pela unicidade, têm em comum o serem reconstruídas, característica que lhe atribui a complexidade inerente à co construção de novos modelos familiares. A avaliação do efeito dos processos formativos permitirá identificar aspetos de maior ou menor eficácia e eficiência, no que diz respeito à identificação das necessidades das famílias. Nesta perspetiva, na continuidade deste estudo, além da monitorização do efeito da formação, também a ampliação dos participantes para outros profissionais de saúde permitirá a definição de estratégias integrativas e sistemáticas nas equipas de saúde familiar, que conduzirão à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, prestados nos cuidados de saúde primários, tendo a família como cliente. ▴



## Referências

- Oliveira A, Baruffi H. Famílias reconstruídas e a validade dos acordos de responsabilidade parental. *Cadernos de Direito*. Piracicaba, v. 16(30): 101-118, jan.-jun. 2016. ISSN Impresso: 1676-529-X • ISSN Eletrónico: 2238-1228.
- Alarcão, M. (des) *Equilíbrios Familiares* (2ª ed). Coimbra: Quarteto; 2002. 372p.
- Rivas A. The exercise of parenting in stepfamilies. *Portularia*. 2012. 2: 29-41. ISSN: 1578-0236.
- Freijo EA, Delgado AO. *Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares*. Pirâmide: Madrid. 2010. 160p.
- Carter B, McGoldrick M. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para terapia familiar*. (2ª ed). Porto Alegre: Artes Medicas; 1995. 510p.
- Taanila A, Laitinen E, Moilanen I, Jarvelin M. Effects of Family Interaction on the Child's Behaviour in Single-Parent or Reconstructed Families. *Family Process*. 2002 winter; 41(4): 693-708.
- Alarcão, M. (Des) *Equilíbrios Familiares – uma visão sistêmica*. Coimbra: Quarteto Editora; 2000. 361p.
- Pires F. "Parentes ou Estranhos?": Um estudo exploratório da dinâmica das relações em Famílias Reconstituídas com filhos(as) Adolescentes. *Dissertação de Mestrado em Psicologia da educação*. Évora: Universidade de Évora; 2019. 143p.
- Wright L, Leahey M. *Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention*. 6th Ed. F.A. Davis Company. Philadelphia. 2013. 384p.

10. Figueiredo, M. Modelo Dinâmico de avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Lisboa: Lusociência; 2012. 224p.
11. Lobo P. Direito civil. Famílias. (4ª ed.). São Paulo. Editora Saraiva. 2011. 439p.
12. Guerreiro PI. A relação Terapêutica em Enfermagem Pediátrica: A ARTE de Cuidar. Tese de Mestrado. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2016.
13. Ferreira, L. Avaliação da Implementação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar num Agrupamento de Centros de Saúde da Região Norte. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2017. 83p.
14. Broekema S, Luttik M L, Steggerda G E, Paans W. Measuring Change in Nurses' Perceptions About Family Nursing Competency Following a 6-Day Educational Intervention. *Journal of family Nursing*. 2018 Nov;24(4):508-537.
15. Benedet S, Padilha M, Gelbke F, Bellaguarda M. The model professionalism in the implementation of the Nursing Process (1979-2004). *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017. Junho. [citado 2019 julho 13]; [8 páginas]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0226>.
16. Charepe Z, Resende A, Oliveira P, Querido A. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Abordagem Colaborativa em Enfermagem, *Revista de Enfermagem UFPE* [Internet]. 2018. dezembro. [citado 2019 julho 13]; [2 páginas]. Disponível em: 10.5205/1981-8963-v12i12a234720p3535-3536-2018.



# A PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS

## RELATIVAMENTE AO SEU GRAU DE COMPETÊNCIA PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ÀS FAMÍLIAS RECONSTRUÍDAS, COM FILHOS ADOLESCENTES, NA ÁREA DE ATENÇÃO SATISFAÇÃO CONJUGAL

The perception of nurses regarding their degree of competence to provide nursing care to reconstituted families, with adolescent children, in the area of attention 'conjugal satisfaction'

### HORTENSE COTRIM

**Professor Coordenador, Doutor.** ESSATLA - Universidade Atlântica, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

✉ [hortensecotrim@gmail.com](mailto:hortensecotrim@gmail.com)

### MARIA HENRIQUETA FIGUEIREDO

**Professora Coordenadora; Doutor.** ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

### VIRGÍNIA GUEDES

**Enfermeira, Mestre.** ACES Tâmega I - Baixo Tâmega, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

### Abstract

The Perception of Nurses Regarding their Degree of Competence to Provide Nursing Care to Reconstituted Families, with Adolescent Children, in the Area of Attention "Conjugal Satisfaction". Abstract: The family has undergone numerous modifications and adaptations, with the formation of new family identities, which require nurses to identify possible problems. The aim of this study was to analyse nurses' perceptions regarding the degree of competence to provide nursing care to reconstituted families, with adolescent children, in the area of attention marital satisfaction. Descriptive and exploratory study, of a quantitative nature. 25 primary care nurses participated. An online questionnaire was used, Lickert type, where the participan-

ts were asked to indicate their perception about the level of competence to provide nursing care in these families, in the domain of conjugal satisfaction. Of the 25 nurses, 15 considered themselves competent to carry out the identification of needs, formulate diagnoses and plan nursing interventions, 8 are between incompetent and poorly qualified; in the implementation of interventions, 14 considered competent and 9 incompetent or have little competence; regarding to the evaluation of the interventions, 13 consider themselves competent and 10, incompetent or not competent. Thus, 35% of the sample considered not to have the necessary skills to provide care in the context of marital satisfaction, which indicates the need for greater in-

vestment in the development of formative processes in the context of marital satisfaction, leading to the improvement of the quality of care and the development of research to identify health gains arising from nurses' interventions.

**KEYWORD: MARITAL SATISFACTION; PRIMARY HEALTH CARE; RECONSTITUTED FAMILY; ADOLESCENT.**

## INTRODUÇÃO

A família, enquanto unidade sistêmica, passou por numerosas modificações e adaptações, concomitantemente à evolução social, assumindo na atualidade um carácter plural, com formação de novas entidades familiares, dentre elas a família reconstruída. Estas novas abordagens familiares exigem dos enfermeiros um olhar mais atento, pelos seus efeitos geradores, inclusive, da possibilidade de pluriparentalidade dos filhos, com base nos princípios de melhor interesse da criança, da afetividade e da convivência familiar<sup>1</sup>. À atualidade está também associada uma maior autonomia e liberdade individual, das quais resulta o aumento da instabilidade conjugal, conducente a situações de separação e divórcio, os quais, resultam em novas formas de ser família<sup>2</sup>. Nestas novas formas de estrutura familiar, evidenciamos a família reconstruída, por apresentar uma grande complexidade devido ao facto de, anteriormente, os elementos que a constituem terem feito parte de outras famílias<sup>3</sup>. Para além deste aspeto, Guimarães e Amaral<sup>4</sup> comentam que a coabitação do casal recasado em geral se dá num curto espaço de tempo, não se verificando namo-

ros longos, o que pressupõe uma diminuição do tempo necessário para investir na relação a dois desde o início da vida em comum, facto que impõe ao jovem casal a obrigatoriedade de conciliar as necessidades decorrentes da vida conjugal com aquelas relativas à parentalidade. Assim, Cano et al<sup>5</sup>, salientam a importância de se repensar a dinâmica familiar dessa nova configuração, tendo em conta que homens e mulheres necessitam conciliar uma gama de relações potencialmente conflituosas: filhos de uniões distintas, a nova relação conjugal e a permanência do contato com a(o) ex-parceira(o) em função dos filhos em comum. Também Costa e Dias<sup>6</sup> defendem que é imprescindível lidar com grandes mudanças quando o assunto é recasamento.

Podemos ainda observar, que esta complexidade, de que se revestem as famílias reconstruídas, se agrava quando em presença de filhos. A corroborar estas premissas, citamos Hackener, Wagner e Grzybowski<sup>7</sup>, os quais defendem que a capacidade de a criança lidar com a crise provocada pela separação vai depender, principalmente, da relação que se estabelece entre os seus pais. Deste modo, considera-se imprescindível que os progenitores consigam distinguir, de forma clara, o papel correspondente à função conjugal, do papel relativo à função parental. Este modo de atuação vai permitir que os filhos sintam que estão asseguradas as responsabilidades parentais de proteção, cuidado e amor. Pelo que anteriormente foi exposto, e no que respeita à satisfação conjugal, parece consensual que a presença de filhos de anteriores relacionamentos, condiciona a qualidade conjugal. Estes aspetos são corroborados por Coleman, Ganong e Fine citados por Rolhas<sup>8</sup> os quais referem que a qualidade conjugal é mais pobre quando

ambos os adultos têm crianças de relacionamentos anteriores, mais do que quando apenas um tem, provavelmente porque é adicionada uma maior complexidade. Para além destes aspetos, importa salientar que, tal como refere Teixeira<sup>9</sup>, estas famílias são frequentemente associadas a uma imagem negativa de complexidade, desordem, caos e culpa, uma vez que socialmente a família tradicional continua a ser privilegiada como o modelo ideal. Desta forma, este tipo de família está associado às histórias infantis nomeadamente, os padrastos e as madras-tas que representam uma figura malévola, consequentemente estes estereótipos poderão influenciar negativamente a maneira como os elementos da família irão lidar com o recasamento.

Para dar resposta aos problemas decorrentes desta complexidade, de que se reveste a família reconstruída, é importante que os enfermeiros de família desenvolvam competências na área de enfermagem familiar, tendo em conta que esta se centra tanto no sistema familiar quanto nos sistemas individuais, dando ênfase à interação e reciprocidade entre os membros da família<sup>10</sup>. Tal como enfatiza Wright & Leahey<sup>11</sup>, a prática de enfermagem à família vai depender do próprio conceito dos enfermeiros sobre família e da mudança de um pensamento linear para um pensamento sistémico.

A satisfação conjugal corresponde à avaliação pessoal e subjetiva que o casal faz da sua relação. Esta avaliação é pessoal, tendo em conta que cada indivíduo expressa a sua opinião relativa a si e ao seu cônjuge, relativamente ao desempenho de ambos na relação, o quão satisfeito está. É também subjetiva, pois, cada indivíduo tem os seus critérios para considerar essa satisfação; o que para um indivíduo significa estar satisfeito, pode ser >



algo completamente o oposto para o outro<sup>12</sup>. Avaliar o funcionamento de um sistema familiar, com vista ao despiste precoce de situações que provoquem desequilíbrios e conflitos conjugais, reveste-se de dificuldade acrescida, no que concerne às famílias reconstruídas. Estas dificuldades advêm, em parte, porque as relações de reconjugabilidade são mais vulneráveis ao risco de dissolução, em especial em casais com filhos de relações anteriores<sup>13</sup>.

### OBJETIVO

Pretendeu-se analisar a perceção dos enfermeiros relativamente ao seu grau de competência para a prestação de cuidados de enfermagem às famílias reconstruídas, com filhos adolescentes, na área de atenção satisfação conjugal.

### MÉTODOS

Estudo descritivo e exploratório, de natureza quantitativa. Participaram enfermeiros de cuidados de saúde primários. O método de amostragem foi por conveniência. Os dados foram colhidos através de um questionário online, aplicado em 2018.

O Questionário inicia-se por um bloco de questões relacionadas com a caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros: sexo, idade, habilitações académicas, habilitações profissionais, categoria profissional, tempo de exercício na profissão e tempo de exercício profissional em cuidados de saúde primários. Integra outro bloco referente à avaliação da autoperceção de competência dos enfermeiros sobre satisfação conjugal, em cada uma das etapas do processo de enfermagem (Identificação das necessidades; Formulação de diagnósticos de acordo com as necessidades identificadas; Planeamento das intervenções; Execução das interven-

ções e Avaliação das intervenções). Neste bloco o questionário adota a estrutura de escala tipo Likert. Cada item (relativo a cada etapa do processo de enfermagem) tem 7 opções de resposta, em que o 1 corresponde a "totalmente incompetente", o 4 a "competente" e o 7 a "totalmente competente".

Para o tratamento e análise dos dados foi efetuada estatística descritiva, para a qual se utilizou o SPSS versão 25.0 for Windows (SPSS, Inc., Chicago, IL).

Para determinação do resultado total da autoperceção de competência na satisfação conjugal em cada uma das etapas do processo de enfermagem foi feito o somatório dos itens de cada etapa do processo de enfermagem, de forma independente, divididos por 5 (número de itens correspondentes ao processo de enfermagem). A escolha do processo de enfermagem, enquanto metodologia de avaliação das competências dos enfermeiros, deveu-se ao facto de a sua aplicação de modo sistemático, planeado e dinâmico, possibilitar aos enfermeiros por um lado, identificar, compreender e descrever como as famílias respondem aos problemas de saúde e, por outro lado, determinar que aspetos dessas respostas necessitam de cuidados profissionais específicos<sup>10</sup>.

### RESULTADOS

A amostra é constituída por 25 enfermeiros, sendo 80% do sexo feminino; a média de idades é 42 anos, variando entre os 28 e os 63 anos de idade; relativamente às habilitações académicas, 40% do total da amostra têm licenciatura, 32% têm doutoramento e 28% têm mestrado; no que concerne às habilitações profissionais, 60% têm pós-licenciatura de especialização em enfermagem e 35% têm pós-graduação. No que respeita à categoria profissional, constatámos que 56.5% detêm a Categoria de

enfermeiro; 13% são enfermeiros graduados, 13% são enfermeiros especialistas, 13% enfermeiros graduados, 12.9% são docentes e 4.3% são enfermeiros-chefes. A média do exercício profissional é 13.41 anos.

No que respeita à etapa do processo de enfermagem: Identificação das necessidades na área de atenção satisfação conjugal, das famílias reconstruídas com filhos adolescentes, verificámos que do total da amostra, 40.9% se consideram bastante competentes, 18.1% competentes, 36.3% parcialmente incompetentes e 4.5% se consideram totalmente incompetentes. Relativamente à etapa: Formulação de diagnósticos de acordo com as necessidades identificadas, constatámos que do total da amostra, 45.4% se consideram bastante competentes, 27.2% competentes, 31.8% parcialmente incompetentes e 4.5% se consideram totalmente incompetentes. Os resultados inerentes à etapa: Planeamento das intervenções no que respeita à área de atenção "satisfação Conjugal nas famílias reconstruídas com filhos adolescentes" foram: 40.9% do total da amostra consideram-se bastante competentes, 27.2% competentes, 31% parcialmente incompetentes e 9% totalmente incompetentes.

Relativamente à etapa: Execução das intervenções constatámos que 4.5% do total da amostra se consideram completamente competentes, 40.9% bastante competentes, 22.7% competentes, 36.3% parcialmente incompetentes e 9% totalmente incompetentes.

Por fim, e no que se refere à etapa: Avaliação das intervenções constatámos que 40.9% do total da amostra se consideram bastante competentes, 18.1% competentes, 45.4% parcialmente incompetentes e 9%, totalmente incompetentes. Observando o total dos enfermeiros que se consideram competentes, verificamos que 60.8% do total

da amostra refere apresentar um nível positivo de competências, no que se refere à área de atenção satisfação conjugal, nas famílias reconstruídas, com filhos adolescentes. Contrariamente, 39.2% refere não deter um nível positivo de competências para dar resposta às necessidades de cuidados das famílias reconstruídas, com filhos adolescentes, na área de atenção satisfação conjugal.

## DISCUSSÃO

O MDAIF, para dar resposta à avaliação da satisfação conjugal, recorre à avaliação de quatro dimensões operativas, nomeadamente relação dinâmica, comunicação, interação sexual e função sexual. Partindo da observação dos resultados obtidos, concluímos que, apesar de uma percentagem significativa de enfermeiros considerarem possuir competências adequadas para efetuar a avaliação da área de atenção satisfação conjugal, existe ainda um grupo de enfermeiros que considera não reunir as competências necessárias. Deste modo, constatámos que os resultados por nós observados, com recurso à aplicação deste modelo, vão ao encontro dos resultados do estudo de Silva<sup>14</sup> onde as enfermeiras de família, de um modo geral, referiram não se sentirem competentes para efetuar a respetiva avaliação no que respeita às dimensões operativas "interação sexual" e "função sexual". Estes achados são também confirmados por Bdaire e Constantino<sup>15</sup> que salientam que, apesar de terem sido desenvolvidos, nos últimos anos, muitas instruções para avaliação da saúde sexual, os enfermeiros continuam a pres-

tar-lhes pouca atenção, tendo concluído, através do seu estudo que a saúde sexual foi mal abordada em contextos clínicos, tendo os enfermeiros referido encontrar muitas barreiras para a avaliação da saúde sexual.

Magnan, Rynolds e Galvin, citados por Silva<sup>14</sup> referem que embora os enfermeiros concordem que a avaliação da sexualidade e o aconselhamento nesta matéria façam parte das suas competências profissionais, ainda existem barreiras para o exercício rotineiro deste papel, tais como, a opinião de que este assunto não é prioritário face ao problema imediato do cliente; a falta de treinamento adequado; barreiras pessoais, incluindo a vergonha, a crença de que este tipo de avaliação possa gerar e/ou aumentar a ansiedade dos «pacientes», ou mesmo invadir a privacidade dos mesmos. Muitos afirmam também que evitam fazer esta abordagem, por não conhecerem intervenções apropriadas para os problemas que possam identificar.

Ainda a corroborar estes aspetos, citamos Jaarsma et al<sup>16</sup>, os quais constataram, no seu estudo, que a maioria das enfermeiras relatou apresentar alguma experiência nesta área, mas uma em cada cinco enfermeiras não se sentia informada sobre sexualidade.

Ainda relativamente aos resultados observados por Silva<sup>14</sup> podemos constatar que a satisfação conjugal apresentou uma taxa de avaliação de 11,47%. Estes resultados evidenciam, quer a pouca importância dada pelo profissional a respeito do assunto em estudo, quer as dificuldades apresentadas para dar resposta à abordagem dos itens constituintes do MDAIF para dar resposta à avaliação das ques-

tões relacionadas com sexualidade. Esta autora constatou ainda que muitos enfermeiros afirmam evitar abordar esta dimensão, por não conhecerem intervenções apropriadas para os problemas que possam identificar. Neste sentido, Ferreira<sup>17</sup> constatou, através do estudo por si efetuado, que na área de atenção satisfação conjugal, as áreas mais avaliadas pelos enfermeiros foram a relação dinâmica e a comunicação, sendo a função sexual a menos avaliada. Esta diminuição da avaliação desta área da satisfação conjugal poderá estar relacionada com a necessidade de desenvolver um maior número de competências, sentida por um determinado número de enfermeiros, tal como observado no presente estudo.

## CONCLUSÃO

Na avaliação da perceção sobre a sua competência para a prestação de cuidados de enfermagem às famílias reconstruídas, com filhos adolescentes, na área de atenção satisfação conjugal, concluímos que apesar de a maioria dos enfermeiros se sentirem competentes para abordar as questões relacionadas com a satisfação conjugal, existe ainda um conjunto significativo de enfermeiros que não se sente competente para abordar estes aspetos. Estes achados demonstram-nos que existe necessidade de um maior investimento no desenvolvimento de processos formativos no âmbito da satisfação conjugal, conducentes à melhoria da qualidade das práticas de cuidados às famílias e o desenvolvimento de investigação que permita identificar os ganhos em saúde decorrentes das intervenções dos enfermeiros. ▴



## Referências

1. Lobo C. Parentalidade Social, fratrias e relações intergeracionais nas recomposições familiares. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 2009; 59:45-74
2. Pedroso J, Branco P. Mudam-se os tempos, muda-se a família. As mutações do acesso ao direito e à justiça. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 2008 Set;82:53-83.
3. Alarcão M. (des) Equilíbrios Familiares (2ª ed). Coimbra: Quarteto; 2002. 372p.
4. Guimarães N, Amaral A. Famílias com filhos de casamentos anteriores. En: Ozório L, Valle M et al. *Manual de Terapia Familiar*. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 271-285.
5. Cano DS, Gabarra L M, Moré CO, Crepaldi MA. As transições familiares do divórcio ao recasamento no contexto brasileiro. *Psicologia: reflexão e crítica*. 2009;22(2):214-222.
6. Costa J, Dias C. Famílias recasadas: mudanças, desafios e potencialidades. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2012 jun;14(3):72-87.
7. Hackener I, Wagner A, Grzybowski LS. A manutenção da parentalidade frente à ruptura da conjugalidade. *Pensando Famílias*. 2006; 10 (2): 73-86.
9. Teixeira, L. Regras, Rotinas e Rituais em Famílias Reconstituídas. Porto: Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Católica; 2014. 48p.
10. Figueiredo MH. *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto; 2009. 550p.
11. Wright L, Leahey M. *Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention*. 6th Ed. F.A. Davis Company. Philadelphia. 2013. 384p.
12. Pires A. Estudo da conjugalidade e da parentalidade através da satisfação conjugal e da aliança parental. Lisboa: Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa; 2008. 83p.
13. Rolhas R. Satisfação conjugal, coping diádico e funcionamento familiar – Contributo para a geometria das famílias intactas e reconstruídas. Lisboa: Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa; 2016. 40p.
14. Silva, R. Avaliação do Impacto do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar no Contexto dos Cuidados de Saúde Primários em Vila Pouca do Campo. Coimbra: Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Universidade de Coimbra; 2013. 111p.
15. Bdair I, Constantino R. Barriers and Promoting Strategies to Sexual Health Assessment for Patients with Coronary Artery Diseases in Nursing Practice: A Literature Review. *Health*. 2017 Mar;9:473-492.
16. Jaarsma T, Strömberg A, Fridlund B, De Geest S, Mårtensson J, Moons P, Thompson DR. Sexual Counselling of Cardiac Patients: Nurses' Perception of Practice, Responsibility and Confidence. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2010 Mar;9(1),24–29.
17. Ferreira L. Avaliação da Implementação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar num Agrupamento de Centros de Saúde da Região Norte. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2017. 83p.



**REJANE MEDEIROS MILLIONS**

**Professora Doutora.** Centro Universitário do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

✉ [rejmillions27@gmail.com](mailto:rejmillions27@gmail.com)

**ILDA FERNANDES**

**Professor Adjunto, Doutora.**

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

**LUÍSA ANDRADE**

**Professor Adjunto, Doutora.**

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

**LUÍS GRAÇA**

**Professor Adjunto, Doutor.**

Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo, Portugal.

**MARIA MANUELA MARTINS**

**Professor Coordenador, Doutora.** ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

**KARLA ROLIM**

**Professor Coordenador,**

**Doutora.** Universidade Fortaleza, Brasil.

# SENTIMENTOS DE TRISTEZA E DESESPERANÇA EM JOVENS PORTUGUESES

Sadness and hopelessness feelings in Portuguese youngsters

## Abstract

**Introduction:** Sadness as a basic of the human being emotion. It can be associated with the intrinsic of the younger's characteristics and their context. It may manifest as discouragement, unwillingness to perform routine and social activities, low self-esteem or aloneness. Hopelessness arises when there is no sight of possibilities, confidence in others or future, enthusiasm for life being. That can inhibit the set goals and energy mobilization. These feelings may be signs of more complex problems, such as depressive disorders when associated with loss of interest or pleasure, changes in appetite, sleep and concentration and suicidal ideation thoughts.

**Aims:** To identify the sadness and hopelessness feelings perceived by the younger's and the associations between these feelings and demographic, educational and family characteristics.

**Method:** Descriptive correlational study with 1377 Portuguese younger's, which go into high school, aged 14-21 years, average age 17 years and mostly female. Was used the survey "Comportamentos de saúde, comportamentos de risco e envolvimento dos jovens com a escola e a família"

**Results:** Sadness and hopelessness were not noticed by most younger's. However, there is a higher risk in younger's with negative school performance, who relate good relationship with colleagues, have never felt threatened by their colleagues, when they become involved with school and family and even if they are perceived the family as functional.

**Conclusions:** Health professionals should identify early, value feelings of sadness and hopelessness in younger's and have a transdisciplinary and inclusive practice in health education, in school and family contexts.

**KEYWORDS:** HEALTH PROMOTION; MENTAL HEALTH; ADOLESCENT; SADNESS; HOPEFULNESS; NURSING.

## INTRODUÇÃO

A tristeza é uma das emoções básicas do ser humano, tais como a felicidade, a raiva, a surpresa, o medo e o nojo. Estas têm a capacidade de influenciar a tomada de decisão, a motivação cognitiva e as ações<sup>1</sup>. Estas emoções assumem importância na adolescência/juventude, respetivamente, entre os 10/19 anos e os 15/24 anos, em que ocorrem mudanças de humor e emoção, instabilidade nos sentimentos vividos, visível pela manifestação de sinais de transtornos depressivos, cuja origem pode estar relacionada com os contextos familiar, social e escolar<sup>2-6</sup>.

O sentimento de tristeza pode ter origem na personalidade e em fatores contextuais – desilusão amorosa, perda de um amigo ou familiar, relação conflituosa e outras situações negativas e que afetam os jovens psicologicamente. Como consequência dessa vivência pode surgir o desânimo, falta de vontade de realizar atividades rotineiras e de convívio social, baixa autoestima, solidão. A tristeza pode apresentar-se em diferentes graus de intensidade, variando desde a circunstancial à profunda<sup>1,7,8,9</sup>.

Na desesperança os jovens não vislumbram sentimentos de esperança, ou seja, ter “possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo quando associados ao traçar de objetivos e à mobilização de energia”<sup>8</sup>.

A tristeza e a desesperança podem ser sinais de problemas mais complexos, como os transtornos depressivos, frequentemente associados a outros sinais como a perda de interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas; alteração do apetite, do sono, da concentração; sentimentos de cul-

pa e inutilidade e ideação suicida. Estes transtornos assumem particular relevância quando persistem por um período pelo menos duas semanas gerando sofrimento intenso e podendo levar a pensamentos de ideação suicida, tentativas de suicídio e, mesmo, suicídio<sup>10-12</sup>. O estudo de Borges<sup>6</sup> aponta para uma associação entre a depressão e as dificuldades de autorregulação emocional e percepção do suporte familiar.

Na adolescência/juventude a experiência, a complexidade dos pensamentos e a formação de novos conceitos possibilitam o aumento da capacidade de abstração e consequentemente intensificam a imaginação, que passa incluir, para além da sua, a experiência social e a do Outro<sup>13</sup>. Deste modo, os jovens vivenciam novas configurações de comportamentos/attitudes, emoções e relacionamentos transferindo-os para a realidade, isto é, a vivência de tristeza e desesperança potenciam a adesão a imagens dos mesmos sentimentos, no contacto com as suas circunstâncias – relação familiar, escolar e com os pares<sup>2,13-16</sup>. Neste contexto, o jovem pode fantasiar para lidar com a instabilidade emocional, podendo libertá-lo de um sofrimento ou mantê-lo fixado numa ilusão que ao impedir a tomada de decisão pode-lhe causar sofrimento, e até mesmo ações negativas<sup>13</sup>.

A literatura aponta que os sentimentos de tristeza e desesperança surgem associados ao sexo feminino e adolescentes mais velhos; ao relacionamento negativo com a família/ambiente familiar<sup>2,16</sup>; às amizades, ambiente escolar e bullying<sup>2</sup>; ao desempenho escolar, satisfação com a vida e funcionamento familiar<sup>15</sup> e ao risco de comportamentos auto lesivos e suicidas<sup>17,12</sup>.

Estas razões fundamentam a im-

portância de se identificar os sentimentos de tristeza e desesperança percebidos pelos jovens e as associações entre esses sentimentos e as características demográficas, educação e socio familiares que visem a intervenção de enfermagem para a promoção da saúde dos jovens e consequente melhoria da sua qualidade de vida.

## MATERIAL E MÉTODO

Estudo descritivo-correlacional, com análise quantitativa dos dados, realizado nos anos de 2015 a 2017. A população alvo foram adolescentes/jovens entre 14 e 21 anos, sendo que a população estimada em 31 de dezembro de 2017 entre os 15 e os 24 anos era de 11.87%, com pequenas variações, quando comparado com 2015, em Vila Nova de Famalicão, município industrial localizado no norte de Portugal<sup>18</sup>. A amostra intencional após aplicação dos critérios de inclusão: estudantes matriculados e a frequentar os 10º, 11º e 12º anos de escolaridade, foi de 1377 participantes o que corresponde a uma confiabilidade de representação de 95% com um erro tolerável de 2%.

Esta investigação foi aprovada pela Comissão de Ética do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto e pela Comissão Nacional de Proteção de Dados Portuguesa, respeitando-se todos os procedimentos inerentes à investigação com humanos.

Na colheita de dados o instrumento utilizado foi o questionário “Comportamentos de saúde, comportamentos de risco e envolvimento dos adolescentes com a escola e a família” adaptação portuguesa de Santos<sup>19</sup> e a funcionalidade familiar<sup>20</sup>. Neste recorte, que se apresenta foram utilizados os dados referentes às variáveis demográficas (sexo, idade, escolaridade), >

educação e sociofamiliares.

A variável educação incluiu as questões relativas à percepção nos últimos 12 meses antes do preenchimento do questionário do (1) aproveitamento escolar; (2) ter problemas em relacionar-se com colegas da escola (3) sentir-se provocado ou ameaçado na escola e (4) grau de envolvimento com a escola.

O envolvimento com a escola foi calculado considerando as seguintes questões recodificadas (1) "Pensas que os funcionários da escola se preocupam contigo?" – em zero se a resposta fosse, não se preocupam "Nada", em um se "Mais ou menos" e em dois se "Muito"; (2) "Este ano, sentes que fazes parte da tua escola?" – em zero se a resposta fosse "Nunca", em um se "Por vezes" e dois se "Sim, Sempre" e (3) "Com que frequência os professores na escola tratam os estudantes de forma justa? – em zero se a resposta fosse "Quase nunca", em um se "Por vezes" e em dois se "Na maioria das vezes". Após recodificação, o "grau de envolvimento com a escola" foi determinado, a partir do somatório das respostas das três questões referidas, e em função do resultado obtido classificou-se em: "baixo" entre zero e dois; "médio" de três a quatro e "alto" de cinco a seis<sup>19</sup>.

A variável sociofamiliar englobou o grau de envolvimento com os amigos e a funcionalidade familiar. O envolvimento com os amigos foi determinado por duas questões, de escolha múltipla "Com quem falas quando tens um problema ou te sentes preocupado?" e "Quem repara em ti quando estás preocupado ou zangado", considerando a resposta no item "amigo". Após foram recodificadas considerando: "zero" quando não selecionaram nenhuma delas; "um" se selecionaram pelo menos uma e "dois" se ambas as questões. Após atribui-se o "grau de envolvimento com os amigos" sendo respetivamente "baixo" se o

valor obtido foi zero, "alto" se dois e "médio" se um.

A variável funcionalidade familiar foi obtida do APGAR familiar calculado a partir de cinco questões cada uma com três grupos: quase sempre, algumas vezes e quase nunca. A cada resposta foi atribuída a pontuação de zero a dois pontos e do seu somatório resultaram famílias: altamente funcionais (7 a 10), moderadamente funcionais (4 a 6) e disfuncionais (0 a 3).

Na variável sentimentos de tristeza ou desesperança foi considerada a questão referente aos últimos 12 meses, antes do preenchimento do questionário, alguma vez te sentiste tão triste ou sem esperança, por quase todo o dia, durante duas ou mais semanas seguidas, ao ponto de deixares de fazer algumas atividades habituais, utilizando-se uma escala nominal dicotómica.

Na análise quantitativa dos dados recorreu-se a técnicas de estatística descritiva e inferencial, incluindo-se a distribuição de frequências, o teste de *t* para amostras independentes; teste U-Mann-

TABELA 1

### DISTRIBUIÇÃO POR GRAUS DE ENVOLVIMENTO COM A ESCOLA, AMIGOS E FAMÍLIA

GRAU DE ENVOLVIMENTO	BAIXO N(%)	MÉDIO N(%)	ALTO N(%)	TOTAL N(%)
Escola	96 (7.0)	676 (49.5)	594 (43.5)	1366(100%)
Amigos	289 (21.0)	237 (17.2)	851 (61.8)	1377(100%)
Família	162 (11.8)	721 (52.4)	494 (35.9)	1377 (100%)

TABELA 2

### ASSOCIAÇÃO ENTRE CARATERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E A TRISTEZA OU DESESPERANÇA

VARIÁVEL	V. TESTE	GL	SIG
Idade*	0.138	136	.890
Sexo**	24.207	1	.000
Ano de escolaridade**	1.582	2	.453

\*Teste de *t* para amostras independentes \*\*Teste de independência de Qui-quadrado Os autores, 2019

-Whitney e teste de independência de qui-quadrado, com análise de resíduos ajustados *standardizados* nas situações em que se observam diferenças estatisticamente significativas. O nível de significância admitido foi de 5%. No tratamento estatístico utilizou-se o software SPSS 25.0 para Windows.

## RESULTADOS

Na amostra, de 1377 inquiridos, a maioria dos adolescentes (57.1%) foram do sexo feminino. As idades variaram entre os 14 e os 21 anos, com média de 16.75± 1.187 anos, e mediana 17 anos, sendo a idade mais representada os 17 anos (41.9%), seguido de 16 anos (19.9%), 15 anos (17.5%), mais 20 anos (1.4 %) e 14 anos (0.2%). A distribuição dos jovens por anos de escolaridade foi aparentemente homogénea – 35.6% (10.º ano); 32.3% (11.º ano) e 32.1% (12.º ano).

O sentimento de tristeza ou desesperança foi referido pela maioria dos jovens (76.3%), havendo 22.9% que não tiveram esse sentimento

e 0.8% não responderam a essa questão.

Na percepção das áreas relacionadas com a educação observou-se quanto

- ao rendimento escolar obteve-se predomínio nos jovens que o consideraram "bom" (48%) e "suficiente" (39.8%), seguido de "insuficiente" (3.5%) e os restantes "muito bom";
- a ter problemas de relacionamento com os colegas, a maioria (70.6%) referiu dar-se bem "com todos", 20% tinha problemas "com um ou dois", 8.8% "com vários" e os restantes com todos;
- a ser ameaçado ou provocado na escola por colegas, a maioria (89.1%) "nunca", 10% "algumas vezes" e os restantes "frequentemente".
- Obteve-se nos graus de envolvimento:
- com a escola "médio" (49.5%), "alto" (43.5%) e os restantes "baixo";
- com os amigos "alto" (61.8%), "baixo" 21.0% e os restantes "médio";
- com a família "médio" (52.4%), "alto" (35.9%) e os restantes "baixo". **Tabela 1.**

Na funcionalidade familiar predominaram as famílias funcionais que representaram 77.4% da amostra, havendo 4.6% que foram percebidas como disfuncionais e 18.0% moderadamente funcionais.

#### **Associação entre características demográficas e a tristeza ou desesperança**

Da análise da associação entre as características demográficas e "nos últimos 12 meses alguma vez te sentiste tão triste ou sem esperança, por quase todo o dia, durante duas ou mais semanas seguidas, ao ponto de deixares de fazer algumas atividades habituais" no que se refere à idade não se observaram diferenças estatisticamente significativas. Relativamente ao sexo

verificou-se uma relação estatisticamente significativa, sendo que existem menos raparigas do que o esperado, com risco de sentir tristeza ou desesperança, contrariamente aos rapazes – resíduos *standardizados* ajustados = 4.9 (**Tabela 2**).

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao ano de escolaridade.

#### **Associação entre a variável educação e a tristeza ou desesperança**

Os jovens que sentiram tristeza ou desesperança foram os que perceberam o seu rendimento escolar como insuficiente – ordenações média 724.98 versus 656.70. Quanto à percepção dos jovens em áreas relacionadas com a escola observou, uma relação estatisticamente significativa com:

- relacionar-se com colegas, sendo que existem mais jovens que se relacionam bem com todos os colegas do que o esperado e com risco de sentir tristeza ou desesperança – resíduos *standardizados* ajustados = 6;
- sentir-se provocado ou ameaçado por outros colegas, sendo que existem mais jovens que nunca se sentiram provocados ou ameaçados pelos colegas do que o esperado e com risco de sentir tristeza ou desesperança - resíduos *standardizados* ajustados = 6.2;
- envolvimento com a escola, sendo que no grau "baixo" se observou mais jovens que não referem sentimentos de tristeza ou desesperança do que o esperado – resíduos *standardizados* = 2 (**Tabela 3**).

#### **Associação entre a variável sociofamiliar e a tristeza ou desesperança**

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas para o grau de envolvimento com os amigos. No grau de envolvimen-

to com a família, observou-se que os jovens que perceberam um "alto" grau referiram mais do que o esperado, sentimentos de tristeza e desesperança – resíduos *ajustados standardizados* = 4.4 (Tabela 4). Na funcionalidade familiar observaram-se diferenças estatisticamente significativas, nos jovens que a perceberam como funcional, observaram-se mais jovens do que o esperado, com sentimentos de tristeza e desesperança – resíduos *ajustados standardizados* = 5.2 (**Tabela 4**).

## **DISCUSSÃO**

Na contemporaneidade os desafios sociais colocados aos jovens intensificam as vivências da adolescência/juventude – incertezas, atitudes de contestação e/ou impetuosidade, insegurança e imaturidade – geradoras de angústia, medo, frustração, tristeza e desesperança, sentimentos que se não forem percebidos e tratados precocemente, podem incorrer em pensamentos de ideação suicida e tentativas de suicídio<sup>21</sup>. A tristeza e desesperança desencadeiam-se em contextos multifatoriais, por exemplo, entre as relações interpessoais, desesperança e pertença frustrada com a ideação suicida e o risco de suicídio<sup>12,21</sup>.

Na nossa amostra, a maioria dos jovens não vivenciou sentimentos de tristeza e desesperança, o que corrobora com um estudo português sobre Health Behaviour School Age Children revelando que os adolescentes na sua maioria se percebem como felizes<sup>22</sup>. A associação entre a tristeza e desesperança e a idade não se verificou, sendo que o mesmo não se verificou com o sexo. As raparigas vivenciaram menos esses sentimentos menos do que o esperado. A literatura aponta para que os jovens com esses sentimentos durante duas ou mais semanas seguidas, ao ponto de deixarem

TABELA 3

## ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL EDUCAÇÃO E A TRISTEZA OU DESESPERANÇA

VARIÁVEL	V. TESTE	GL	SIG
Rendimento escolar*	-2.992	-----	.003
Problemas em relacionar-se com colegas**	48.233	3	.000
Sentir-se provocado ou ameaçado por outros colegas**	38.181	2	.000
Envolvimento com a escola**	6.016	2	.049

\*Teste U-Mann-Whitney \*\*Teste de independência de Qui-quadrado  
Os autores, 2019

TABELA 4

## ASSOCIAÇÃO ENTRE A VARIÁVEL SOCIOFAMILIAR E A TRISTEZA OU DESESPERANÇA

VARIÁVEL	V. TESTE	GL	SIG
Envolvimento com os amigos*	1.659	2	.436
Envolvimento com a família*	19.790	2	.000
Funcionalidade familiar*	34.615	2	.000
Envolvimento com a escola**	6.016	2	.049

\*Teste de independência de Qui-quadrado  
Os autores, 2019

de realizar atividades habituais, têm um risco de ter transtornos depressivos, sendo mais frequente no sexo feminino e com origem em desilusões amorosas, no finalizar de relações afetivas e nas relações familiares – instabilidade e falta afeto<sup>2,16,21</sup>.

Na adolescência/juventude a educação desempenha um papel fundamental na formação de jovens crítico-reflexivos sobre a realidade para nela atuarem e sobre ela tomarem a decisão de valorizar a vida, cultura e estudos. Estes tornam-se instrumentos impulsioneiros do seu desenvolvimento individual e coletivo, que ocorre na escola onde os jovens mantêm o diálogo com os pares, tornam-se críticos das suas circunstâncias, que se reflete na sua forma de agir e sentir. Os contextos e a relação interpessoal influenciam o comportamento humano, pode-se depreender que os jovens ao perce-

cioná-los como positivos favorece o seu bom envolvimento com a escola e, portanto, funcionariam como preditores do seu bem-estar emocional<sup>23-25</sup>.

Nesta perspectiva, os jovens que se envolvem com a escola, se relacionam bem com os colegas e não se sentem provocados ou ameaçados por eles, teriam uma visão positiva de si, seriam socialmente aceites pelos pares, obteriam rendimento escolar positivo, sentiriam o espaço escolar como lugar protetor e seguro, teriam satisfação com a vida, expectativas pessoais e esperança no futuro, em suma vivenciarão sentimentos de felicidade e de esperança<sup>2,15,23-25</sup>. Nesse sentido, no estudo apresentado constatou-se que jovens com perceção negativa do seu rendimento escolar foram os que apresentaram mais sentimentos de tristeza e desesperança. Em contraponto, aos jovens que perceberam um bom relaciona-

mento com os colegas, os que não se sentiram ameaçados ou provocados pelos pares e tiveram um bom grau de envolvimento com a escola foram os que manifestaram mais sentimentos de tristeza e desesperança do que o esperado. Os amigos durante a adolescência/juventude são considerados um fator condicionador com maior significado na adoção de comportamentos de risco, apesar de se reconhecer esse grupo como fundamental no desenvolvimento individual. Acresce que processos de comunicação positivos com os pares se relacionam com menores níveis de satisfação com a vida e aumento de sinais/sintomas no âmbito das emoções<sup>14,26,27</sup>. Embora neste estudo não se tenha verificado uma associação entre o grau de envolvimento com os amigos e os sentimentos de tristeza e desesperança, observou-se que a maioria tinha um alto envolvimento. A família nesse período desenvolvimental tem um papel crucial de encontrar estratégias de comunicação que minimizem o efeito negativo, sobre a saúde e bem-estar dos jovens, resultante da influência do grupo de pares. Estudos apontam ora para um efeito positivo dos pais – proteção –, potenciando a capacidade dos jovens em lidar com as suas frustrações e minimizar o aparecimento de sintomas depressivos ora como preditor da desesperança dependendo do desempenho do papel parental<sup>2,14,21,28,29,30</sup>. No estudo que se apresenta, os jovens que consideraram as suas famílias funcionais e que apresentaram um alto grau de envolvimento com elas foram os que mais sentiram tristeza e desesperança, o que não corrobora com os estudos analisados. Nesta relação observou-se que a perceção positiva da família se associou a emoções negativas, facto que poderá ter por base as características desenvolvimentais, desta fase da



vida – o aumento da capacidade de abstração e intensificação da imaginação – que facilitam a absorção da experiência social e a do Outro., transferindo-a para a sua realidade, fantasiando-a para lidar com a instabilidade emocional que vivencia<sup>13</sup>.

## CONCLUSÕES

Os sentimentos de tristeza e desesperança não foram percebidos pela maioria dos jovens. Existe um maior risco da sua manifestação em jovens do sexo masculino, com rendimento escolar negativo, que

se relacionam bem e nunca se sentiram ameaçados pelos colegas, se envolvem com a escola e família, e ainda, se a perceberem como funcional.

A escassez de literatura das variáveis em estudo e sua associação com a tristeza e desesperança, delimitou a abrangência e fundamento das interpretações realizadas. Considera-se, assim, que o aprofundamento dessas associações deverá encontrar continuidade em futuros projetos de investigação. Embora o instrumento seja largamente utilizado, limitou o conhecimento das razões das respostas

dadas, pelo que seria de ponderar, em futuros estudos, a triangulação metodológica. Encontrou-se discordância entre os resultados e a literatura que podem surgir pelas características inerentes à amostra. A incorporação de práticas transdisciplinares na educação em saúde, em contextos escolares e familiares e com a utilização de estratégias participativas direcionadas aos adolescentes/jovens podem favorecer melhores níveis de bem-estar emocional, traduzido na expressão de felicidade e esperança e consequente melhoria da qualidade de vida. ▴



## Referências

- Ekman P. Basic emotions. En: Dalglish T, Power M. Hanbook of cognition and emotion. England: John Wiley & Sons; 1999. p. 45-60
- Coutinho M, Pinto A, Cavalcanti J, Araújo L, Coutinho M. Relação entre depressão e qualidade de vida de adolescentes no contexto escolar. *Psicologia, Saúde & Doenças* [revista en Internet] 2016. [acceso 26 de abril de 2019];17(3): 338-51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170303>
- Baptista M, Borges L, Serpa A. Gender and age-related differences in depressive symptoms among Brazilian children and adolescents. *Paidéia (Ribeirão Preto)* [revista en Internet] 2017. [acceso 26 de abril de 2019];27(68): 290-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272768201706>
- World Health Organization [WHO]. Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade. Geneva: WHO, 2014. Disponible en: [www.who.int/adolescent/second-decade](http://www.who.int/adolescent/second-decade)
- United Nations [UN] - Department of Economic and Social Affairs World Youth Report. New York: UN, 2018. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/youth/world-youth-report/wyr2018.html>
- Borges L, Pacheco J. Sintomas depressivos, autorregulação emocional e suporte familiar: um estudo com crianças e adolescentes. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia* [revista en Internet] 2018. [acceso 26 de abril de 2019];9(3): 132-48. Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2236-64072018000400009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000400009)
- Izard E. Basic emotions, natural kinds, emotion schemas, and a new paradigm. *Perspectives on psychological science* [revista en Internet] 2007. [acceso 19 de junio de 2019]; 2(3): 260-80. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00044.x>
- International Council of Nurses. ICNP – International Classification for Nursing Practice: 2019 release. Switzerland. ICNP Browser. 2019. Disponible en: <http://www.old.icn.ch/what-we-do/ICNP-Browser/>
- Santos S, Maio A, Brito Barbosa C, Souza J, Simões V. Depressão infantil: sintomas e aspectos sociais, psicológicos na educação escolar. *Educere-Revista da Educação da UNIPAR* [revista en Internet] 2016. [acceso 19 de junio de 2019]; 16(1): 47-60. <https://doi.org/10.25110/educere.v16i1.2016.5824>
- American Psychiatric Association. DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 5th ed. Climepsi Editores, 2013.
- Alencar A, Maranhão T, Fernandes R, do Socorro Rodrigues M. A Relação entre Depressão e Ideação Suicida na Juventude. *ID On Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia* [revista en Internet] 2018. [acceso 19 de junio de 2019]; 12(39): 519-32. Disponible en: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1011>
- Tucker R, Hagan C, Hill R, Sligh M, Bagge C, Joiner Jr T, Wingate L. Empirical extension of the interpersonal theory of suicide: Investigating the role of interpersonal hopelessness. *Psychiatry research* [revista en Internet] 2018. [acceso 26 de abril de 2019]; 259: 427-32. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.005>
- Souza V, Dugnani L, Reis E. Psicologia da Arte: fundamentos e práticas para uma ação transformadora. *Estud. psicol. (Campinas)* [revista en Internet] 2018. [acceso 2 de mayo de 2019]; 35(4): 375-88. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2018000400375&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2018000400375&lng=en&nrm=iso)

14. Tomé G, Camacho I, Matos M, Simões C. Influência da família e amigos no bem-estar e comportamentos de risco: Modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças* [revista en Internet] 2015. [acceso 2 de mayo de 2019]; 16(1): 23-34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160104>
15. Shek D, Li X. Perceived school performance, life satisfaction, and hopelessness: A 4-year longitudinal study of adolescents in Hong Kong. *Social indicators research* [revista en Internet] 2016. [acceso 26 de abril de 2019]; 126(2): 921-34. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11205-015-0904-y>
16. Abbas O, Al Buhairan F. Predictors of Adolescents' Mental Health Problems in Saudi Arabia: Findings from the Jeeluna National Study. *Journal of Adolescent Health* [revista en Internet] 2018. [acceso 19 de junio de 2019]; 62(2): S53. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.108>
17. Steeg S, Haigh M, Webb R, Kapur N, Awenat Y, Gooding P, Pratt D, Cooper, J. The exacerbating influence of hopelessness on other known risk factors for repeat self-harm and suicide. *Journal of affective disorders* [revista en Internet] 2016. [acceso 26 de abril de 2019]; 190: 522-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.050>
18. Base de Dados Portugal Contemporâneo (PORDATA). Retrato de Portugal 2017. [acceso em 2019 jul 22]. Disponível em <https://www.pordata.pt/Retratos/2017/2017-54>
19. Santos O, Silva I, Meneses R. Estudo de fidelidade teste-reteste da adaptação do YRBS para Portugal. *Psicol Educ Cult*, 2010. [acceso 26 de abril de 2019]; 14(2): 301-18. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bits-tream/10400.26/5272/1/2010\\_PEC\\_2.pdf#page=65](https://comum.rcaap.pt/bits-tream/10400.26/5272/1/2010_PEC_2.pdf#page=65)
20. Araújo Veras, J. L., da Silva, T. D. P. S., & Katz, C. Funcionamento familiar e tentativa de suicídio em adolescentes. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* [revista en Internet]; 2017. [acceso 18 de julio de 2019]; 9(22): 70-82. Disponible en: <http://stat.saudeettransformacao.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3593/5002>
21. Smilkstein G. (1979). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978; 6:1231-39.
22. Silva L, Alvim C, Costa C, Ramos T, Costa E. O suicídio na adolescência nas publicações da enfermagem brasileira: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro* [revista en Internet]; 2016. [acceso 18 de julio de 2019]; 5(3): 1871-84. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v5i3.767>
23. Gaspar T, Tomé G, Gómez-Baya D, Guedes F, Cerqueira A, Matos M. O bem-estar e a saúde mental dos adolescentes portugueses. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente* [revista en Internet]; 2019. [acceso 18 de julio de 2019]; 10(1): 17-27. Disponible en: <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/view/2626/2839>
24. Leite A, Veiga F. Atitudes dos jovens face a si próprios e envolvimento na escola: um estudo com alunos do sistema de aprendizagem. *R Est Inv Psico y Educ* [revista en Internet] 2017. [acceso 2 de mayo de 2019]; 5: 56-63. Disponible en: <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.05.2295>
25. Leite F, Pessoa M, Santos D, Rocha G, Alberto M. Adolescentes: Sentido da escola. *Psicologia Escolar e Educacional* [revista en Internet] 2016. [acceso de julio de 2019]; 20(2) 339-48. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v20n2/2175-3539-pee-20-02-00339.pdf>
26. Arantes V, Pinheiro V, Gomes M. O valor da escola para os jovens. *International Studies on Law and Education* [revista en Internet] 2019. [acceso 19 de junio de 2019]; 31: 32. Disponible en: [http://www.hottopos.com/isle31\\_32/165-176Valeria.pdf](http://www.hottopos.com/isle31_32/165-176Valeria.pdf)
27. Torrado P, Martins J, Rendeiro P, Marques A, Costa F. Atividade física na adolescência: a importância do apoio e dos níveis de atividade física dos amigos. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte* [revista en Internet]; 2016. [acceso 18 de julio de 2019]; 11(2): 297-303. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5548763.pdf>
28. Paiva P, Paiva H, Lamounier J, Ferreira E, César C, Zarzar P. Consumo de álcool em binge por adolescentes escolares de 12 anos de idade e sua associação com sexo, condição socioeconômica e consumo de álcool por melhores amigos e familiares. *Ciênc. saúde coletiva* [revista en Internet] 2015. [acceso 18 de julio de 2019]; 20(11): 3427-35. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015001103427&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103427&lng=pt)
29. Magnani R, Staudt A. Estilos parentais e suicídio na adolescência: uma reflexão acerca dos fatores de proteção. *Pensando famílias* [revista en Internet] 2018. [acceso 19 de junio de 2019]; 22(1): 75-86. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v22n1/v22n1a07.pdf>
30. Araújo Veras, J. L., da Silva, T. D. P. S., & Katz, C. Funcionamento familiar e tentativa de suicídio em adolescentes. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* [revista en Internet]; 2017. [acceso 18 de julio de 2019]; 9(22): 70-82. Disponible en: <http://stat.saudeettransformacao.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3593/5002>
31. Shek D, Liang L. Psychosocial factors influencing individual well-being in Chinese adolescents in Hong Kong: A six-year longitudinal study. *Applied research in quality of life* [revista en Internet] 2018. [acceso 26 de abril de 2019]; 13(3): 561-84. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11482-017-9545-4>



### INÊS SANTOS

**Enfermeira**, Licenciada. Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico. Viseu, Portugal

✉ ines.soraia.santos@gmail.com

### ISABEL BICA

**Professora Adjunta**, MD, PhD. IPV – Escola Superior de Saúde de Viseu. NursID: CI&DETS; CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research. Viseu, Portugal

### GRAÇA APARÍCIO

**Professora Adjunta**, MD, PhD. IPV – Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu, CI&DETS; UICISA:E. Viseu, Portugal

### ERNESTINA SILVA

**Professora Coordenadora**, MD, PhD. Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu, CI&DETS; UICISA:E. Viseu, Portugal

### CARLOS ALBUQUERQUE

**Professor Adjunto**, MD, PhD. Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu, CI&DETS; UICISA:E. Viseu, Portugal

# CONHECIMENTOS DOS ADOLESCENTES SOBRE SEXUALIDADE E AFETOS

## Adolescent knowledge on sexuality and affects

### Abstract

**Background** - In the school environment, sex education is included in health education, and it is essential to address it clearly in the various age groups. With a view to healthy sexuality, adolescents should acquire knowledge in this area.

**Objectives** - To identify the interlocutor of adolescents, attending the 6th grade, to talk about sexuality and affections. To evaluate the effect of formative intervention on adolescents' level of knowledge on the subject.

**Methods** - Longitudinal study in a short panel, conducted in an accidental nonprobabilistic sample, for convenience, consisting of 110 adolescents attending the 6th grade. A self-completed questionnaire with sociodemographic characterization of students / parents, a person with whom they talk about sexuality and affections and a scale of knowledge was used.

**Results** - Participants are between 10 and 14 years old with an average of 11.53 ( $\pm 0.591SD$ ). The adolescents are mostly male (60.1%), living in urban areas (82.5%) with their father and mother (82.2%). They revealed adequate knowledge on the theme of sexuality and affection (44.7%); They highlighted teachers as interlocutors to talk about sex (54.5%) and parents to talk about affect (60.0%).

In the present study, it is the younger adolescents and those living in urban areas who have the best levels of knowledge about sexuality and affection.

**Conclusion** - Adolescents improved their level of knowledge after the formative intervention on "Sexuality & Affections", a fact that reinforces the importance of this type of health education sessions in the school context.

**KEYWORDS** - SEXUALITY; AFFECTIONS; TEENAGERS; KNOWLEDGE.

## INTRODUÇÃO

A sexualidade está presente no quotidiano do ser humano e, como tal, a sua abordagem não se pode restringir a uma "disciplina".<sup>1</sup> De acordo com os mesmos autores, se a Escola é um lugar onde as crianças e os jovens passam grande parte do seu tempo, e se as suas idades são permeadas pelos fenómenos de alteração corporal e psi-

cológica associados ao crescimento natural, é nela que as crianças e os jovens experienciam alguns dos primeiros e mais marcantes sentimentos e emoções resultantes do desenvolvimento sexual. No entanto, há que ter em consideração que, sendo cada criança e jovem singular, cada um vive a sexualidade de formas distintas, em conformidade com a vivência familiar, escolar e contexto socioeconómico.<sup>1</sup>

A Organização Mundial de Saúde<sup>2</sup>, define a sexualidade como "uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental".

A sexualidade caracteriza-se por diversas dimensões, podendo, de forma sucinta, abranger os domínios biológico, psicológico e social, ainda que outras dimensões, designadamente a cultural, a espiritual e religiosa, a política e a legal, estejam igualmente.<sup>3</sup> Assim, no domínio biológico estão incluídas as aprendizagens acerca do crescimento e desenvolvimento corporal, a distinção entre os sexos e géneros, a reprodução, a promoção da saúde e prevenção de doenças. Em relação ao domínio psicológico assume grande importância as questões que dizem respeito à vivência de sentimentos e de emoções, a autoestima, a imagem corporal e a construção da identidade sexual. No que se refere ao domínio social, desenvolvem-se as relações com os outros, a capacidade de negociação e de resistência a pressões dos pares, bem como a aprendizagem de normas e de valores socioculturais e a sua transformação ao longo do tempo.<sup>3</sup> De acordo com a mesma autora, se os Direitos da Criança abrangem a educação e o acesso à informação e à saúde, esta assume-se como uma justificação fundamental para proporcionar às crianças respostas às questões que colocam sobre a sexualidade e os afetos. Dumas<sup>4</sup> refere também que a não aprendizagem da sexualidade nas crianças poderá estar na base da explicação de comportamentos pouco promotores de saúde e bem-estar a partir da adolescência.

A informação sobre sexualidade e os afetos é fundamental na educação para a saúde. Deste modo, visando uma vida saudável em sociedade, as crianças devem adquirir conhecimentos nesta área e desenvolver atitudes e comportamentos adequados. As matérias referentes à educação para a saúde e educação sexual têm merecido, nos últimos anos, particular atenção por parte da sociedade portuguesa.<sup>5-6</sup> Neste âmbito, uma das áreas de intervenção do Programa Nacional de Saúde Escolar<sup>7</sup> é a educação para a sexualidade, acresce ainda que, uma das áreas prioritárias dessa intervenção deve ser direcionada para a promoção e educação para os afetos.<sup>7</sup> O mesmo organismo prevê que a educação para os afetos e a sexualidade deve ser desenvolvida não só junto das crianças e jovens, mas envolver toda a comunidade escolar, alunos/as, pais/mães ou encarregados/as de educação, docentes e não docentes, começar no pré-escolar e continuar até ao ensino secundário, contribuir para a tomada de decisões informadas e responsáveis na área dos relacionamentos afetivo-sexuais, na redução dos comportamentos sexuais de risco e das suas consequências".<sup>7</sup> Por conseguinte, a Saúde Escolar apoia a Escola no que se refere à formação da comunidade educativa, na educação para os afetos e a sexualidade, promovendo parcerias.<sup>7</sup>

A corroborar, alguns autores<sup>1</sup> referem que para a educação sobre afetos e sexualidade possa alcançar os resultados desejáveis terá de dirigir-se à Escola como um Todo, ou seja, entrar em todos os seus ambientes, envolvendo toda a comunidade educativa, aproveitando-se todas as oportunidades para, "através de acontecimentos emocionais estruturados, construir modelos que promovam os valores e os direitos sexuais, sobre os quais

os jovens possam desenvolver a sua própria identidade e o respeito para com os outros".<sup>1</sup>

A relevância desta área da educação para a sexualidade está patente no preâmbulo introdutório da Direção-Geral da Educação.<sup>8</sup> O mesmo organismo referencia que a sexualidade é fundamental na educação para a saúde e para uma vivência saudável das crianças e jovens em sociedade, corroborando que a educação sexual é de carácter obrigatório em Portugal, destinando-se a todos os alunos da rede pública e rede privada e cooperativa.<sup>8</sup>

A educação para a saúde e, por consequência, a educação para os afetos e sexualidade devem ser desenvolvidas através do recurso a metodologias ativas-dinâmicas de grupo, que possibilitem a transmissão de informação, bem como implicar uma reflexão crítica acerca das várias temáticas, com o objetivo de se trabalharem as crenças, os mitos, os valores e as atitudes.<sup>1</sup>

Tendo presente o quadro normativo vigente em Portugal, nesta área, e os modelos de educação sexual, é fundamental aumentar a literacia de toda a comunidade educativa, explorando as formas interligadas em que uma ampla e diversificada gama de influências sociais, culturais e biológicas afetam a capacidade de formar e manter relações positivas. Entendendo a forma como as relações são formadas, desenvolvidas e mantidas, a educação para a sexualidade ajuda os adolescentes a desenvolver as habilidades e atitudes que lhes permitem uma vivência saudável da sua sexualidade.<sup>9</sup>

A adolescência, descrita como um período que vai dos 10 aos 19 anos,<sup>10</sup> é caracterizada por muitas mudanças, não só físicas mas também psicológicas e sociais. É importante que a criança, pré-adolescente, adolescente e jovem se sinta acompanhado e compreendido pelos seus pais e professores para que consiga >

TABELA 01

## DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS DE ACORDO COM O INTERLOCUTOR PARA FALAR DE SEXUALIDADE, EM FUNÇÃO DO SEXO

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	n	%	N	%	n	%	1	2		
<b>Sexualidade</b>										
<b>Resposta</b>										
Sim	53	85.5	35	85.4	88	85.4	.0	.0	.000	0.987
Não	9	14.5	6	14.6	15	14.6	.0	.0		
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100.0</b>	<b>41</b>	<b>100.0</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>				
<b>Interlocutores</b>										
Pais	16	37.2	16	47.1	32	41.6	-0.9	0.9	1.685	0.431
Professores	26	60.5	16	47.1	42	54.5	1.2	-1.2		
Outros	1	2.3	2	5.9	3	3.9	-0.8	0.8		
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100.0</b>	<b>34</b>	<b>100.0</b>	<b>77</b>	<b>100.0</b>				

gerir as suas emoções, essenciais para uma vivência saudável da sua sexualidade e igualmente importante para todas as outras dimensões da sua vida.<sup>11</sup>

A adolescência, definida como estadio de transição, não pode ser simplesmente caracterizada como processo contínuo e dinâmico, implicando necessariamente um enfoque multidisciplinar para alcançar a atenção à saúde dos adolescentes, uma vez que estes se constituem como um grupo vulnerável no que respeita às suas necessidades e, sobretudo, acerca dos problemas relacionados com a sexualidade e os afetos.<sup>12</sup>

Face ao exposto, o presente estudo tem como objectivos: identificar a pessoa de referência dos adolescentes, a frequentarem o 6º ano, para falarem sobre sexualidade e afetos e avaliar o efeito da intervenção formativa no nível de conhecimento dos adolescentes sobre o tema.

## MÉTODOS

O presente estudo surgiu após uma proposta elaborada pela professora responsável pelo Programa de Educação para a Saúde (PES), do Agrupamento de Escolas Grão Vasco, do

distrito de Viseu, à Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), com base num protocolo de cooperação em áreas de interesse mútuo, para formação nas áreas de "Educação e da Saúde" (26 de junho de 20110). A intervenção teve por base o Projeto Educação para a Saúde sobre a temática "Educação para os afetos e sexualidade", em curso no Agrupamento de Escolas Grão Vasco no ano lectivo 2016/2017. Assim, foi elaborada e realizada pela ESSV a educação para a saúde subordinada ao tema "Sexualidade & Afetos", numa amostra por conveniência de 110 alunos do 6º ano de escolaridade, com a duração de 90 minutos por sessão a cada turma separadamente. Foi desenvolvido, para o efeito, um estudo longitudinal em painel de curta duração. Estes estudos procuram avaliar as mesmas variáveis nos mesmos sujeitos com recurso a um espaço temporal em pelo menos dois momentos distintos.

Numa fase inicial, a fim de se conseguir perceber quais as principais dúvidas dos alunos, utilizou-se o método da "caixa de perguntas", este consistiu na recolha de perguntas e/ou dúvidas dos alunos, de forma anónima, conseguindo assim ter acesso às principais

questões-alvo a esclarecer durante a sessões. Das questões mais frequentes destacam-se aquelas que se relacionam com a gravidez, o ato sexual, a menstruação, as doenças sexualmente transmissíveis, a ereção e a ejaculação, a masturbação, o orgasmo e as transformações inerentes à puberdade.

## 2.1. Contextualização da intervenção formativa

A intervenção formativa foi estruturada em três áreas temáticas que se encontravam interligadas entre si: a sexualidade, o desenvolvimento pubertário, alterações corporais (puberdade) inerente a cada fase e a cada género e os sentimentos associados.

As sessões foram dinamizadas com a associação de vários métodos, expositivo (*power-point*), interativo e visualização de um filme e as atividades tiveram por base as orientações contidas no Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESS). Este documento permitiu seleccionar variados recursos para abordar as temáticas, garantindo uma linguagem acessível e uma dinâmica interativa, divertida e adaptada ao nível de escolaridade.

Para além destes recursos, utili-

TABELA 02

### DISTRIBUIÇÃO DOS INQUIRIDOS DE ACORDO COM O INTERLOCUTOR PARA FALAR DE AFETOS

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	n	%	N	%	n	%	1	2		
<b>Afetos</b>										
<b>Respostas</b>										
Sim	39	62.9	32	78.0	71	68.9	-1.6	1.6	2.643	0.104
Não	23	37.1	9	22.0	32	31.1	1.6	-1.6		
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100.0</b>	<b>41</b>	<b>100.0</b>	<b>103</b>	<b>100.0</b>				
<b>Interlocutores</b>										
Pais	20	66.7	16	53.3	36	60.0	1.1	-1.1	1.644	0.439
Professores	9	30.0	11	36.7	20	33.3	-0.5	0.5		
Outros	1	3.3	3	10.0	4	6.7	-1.0	1.0		
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>				

zou-se, também, os modelos anatómicos disponíveis na ESSV a fim de dar aos alunos uma noção mais clara da realidade biológica, nomeadamente os modelos anatómicos da mulher, da mulher grávida e do homem.

Como intuito de avaliar a formação, foi aplicado um questionário antes das sessões de educação para a saúde, para se obter um diagnóstico dos conhecimentos dos alunos, de forma anónima, seguidamente foram abordados temas como: O conceito de sexualidade e as suas diversas dimensões, a relação entre pares, o respeito, o amor, a amizade e os afetos. Numa fase seguinte, e após as sessões, voltou a aplicar-se o mesmo questionário, de forma a avaliar o impacto da intervenção formativa.

Os dados obtidos foram lançados numa base de dados informatizada e processados. O seu tratamento foi efetuado recorrendo ao programa *Statistical Package for the Social Science* (IBM® SPSS® Statistics) – versão 24 para Windows, utilizando-se a estatística descritiva e inferencial para a sua análise.

## 2.2. Instrumento

O questionário estruturado, em duas partes, ficou constituído por

37 perguntas que, além do perfil sociodemográfico, incluía temas sobre sexualidade e afetos, como conhecimento e desenvolvimento do corpo, relacionamentos, vida social, diálogo com a família. Este foi aplicado aos adolescentes após realização de um pré-teste e dos ajustes necessários. No momento da aplicação foram prestados os devidos esclarecimentos do mesmo. Foi garantido o direito ao anonimato e à confidencialidade e salvaguardou-se, também, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, dado que a aplicação dos questionários foi efetuada em cooperação com os professores das disciplinas onde ocorreram as sessões, resultando desta cooperação um excelente contributo para a compreensão da problemática em estudo.

Foi solicitada igualmente a autorização dos Conselhos Executivos das escolas envolvidas e aos pais, tendo estes sido devidamente elucidados acerca da natureza e finalidade do estudo, assim como dos métodos a utilizar. Para além destas questões éticas, procurou-se assegurar o respeito pelos procedimentos metodológicos inerentes ao estudo, de forma a garantir a sua validade e rigor.

## RESULTADOS

### Caracterização sociodemográfica

A amostra era constituída por 62 (60.1%) rapazes e 41 (39.8%) raparigas, com a idade mínima de 10 anos e a máxima de 14 anos, sendo a média de 11,53 anos ( $\pm 0.591$  Dp). Ainda relativamente à idade, aferimos que 48,5% do total dos inquiridos tinham até 11 anos de idade, sendo que destes a maior percentagem (26.2%) eram estudantes do sexo masculino. Verificou-se que os rapazes eram ligeiramente mais velhos ( $M=11.60 \pm 0.639$  Dp) que as raparigas ( $M=11.44 \pm 0.502$  Dp) mas sem significância estatística. O coeficiente de variação (CV= 9.90%) revelou uma dispersão baixa.

### Local de Residência

A maioria dos alunos vive em meio urbano (82.5%), e coabitam com o pai e com a mãe na grande maioria (82.2%), seguindo-se aqueles que vivem com o pai ou com a mãe (13.9%), os restantes 4% vivem ou com os avós, ou com os irmãos, ou em situação de guarda partilhada (com a mãe e com o pai alternadamente).

### Profissão da mãe e do pai

Em relação à profissão da mãe verificou-se que 47.5% exerce uma >

profissão intelectual seguindo-se os prestadores de serviços (32.3%) e por fim, as profissões técnicas (20.2%).

No caso do pai, encontravam-se em maioria aqueles que tinham uma profissão classificada como prestadores de serviços (46.2%), seguindo-se os que exerciam profissões intelectuais (45.2%) e por último as profissões técnicas (8.6%).

#### **Interlocutor com quem falou sobre sexualidade**

Quando questionados se já lhes tinham falado sobre sexualidade e/ou afetos, a maioria dos adolescentes (85.4%) respondeu afirmativamente com percentagens similares para os estudantes do sexo masculino (85.5%) e feminino (85.4%), não se observando diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) (cf. Tabela 1). Em caso afirmativo, questionou-se qual era o interlocutor preferido, tendo respondido apenas 74.8% dos adolescentes, destes, 54.5% afirma ter falado com os seus professores seguindo-se os que falaram com os pais (41.6%) e por fim com outros (3.9%). Analisando os resultados por sexo, verificou-se que os rapazes na sua maioria (60.5%) falaram com os professores, enquanto as raparigas falaram tanto com os pais como com os professores (47.1%), porém sem diferenças estatísticas significativas ( $p > 0,05$ ) (cf. Tabela 01).

#### **Interlocutor com quem falou sobre afetos**

De igual modo, questionaram-se os adolescentes se já falaram sobre afetos e quem foi o interlocutor. No global da amostra 68.9% referiu que lhe falaram de afetos, com maior prevalência para as raparigas (78.0%). Dos que responderam negativamente a esta pergunta, cerca de 37.1% são rapazes, uma percentagem superior à das raparigas (22.0%), no entanto não se encontraram significâncias estatísticas ( $p > 0,05$ ) (cf. Tabela 02).

Quando questionados sobre com quem tinham falado sobre afetos, apenas 58.3% da amostra respondeu e a grande maioria (60.0%) diz ter falado com os pais, seguindo-se os que falaram com os professores (33.3%) e por fim, os que falaram com outros sobre o tema (6.7%). Tantos os rapazes (66.7%) como as raparigas (53.3%) dizem ter falado com os pais sobre o assunto, no entanto, verifica-se uma maior prevalência de raparigas a conversar com professores (36.7%), assim como a falar com outros sobre afetos (10.0%). Ao analisar os valores residuais e os valores de qui-quadrado, observou-se não existirem diferenças estatísticas entre os sexos ( $p > 0,05$ ) (cf. Tabela 02).

#### **Nível de conhecimentos antes e após intervenção formativa**

Para avaliar o nível de conhecimentos antes e após a intervenção formativa foi realizado o Teste-t para amostras emparelhadas. Dos resultados analisados apurou-se que há uma melhoria do nível de conhecimentos após a intervenção formativa porquanto, antes da formação o score médio obtido foi de  $21.04 \pm 2.51$  pontos, evoluindo para um score médio de  $24.62 \pm 3.14$  pontos. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ), o que nos leva a inferir que a intervenção formativa teve efeito significativo na aquisição de conhecimentos (cf. Tabela 03). A percentagem de variância explicada, isto é a influência de uma variável sobre a outra é no entanto ínfima (4.92%) (cf. Tabela 03).

#### **Relação entre nível de conhecimentos dos adolescentes antes e após intervenção formativa e o sexo**

Para avaliar a diferença do nível de conhecimentos entre os adolescentes do sexo feminino e masculino, efetuou-se o Teste-t para diferença de médias. Observou-se, pelo teste de *Levenne* homogeneidade das variâncias para o nível de co-

nhecimentos antes da formação e variâncias não homogêneas após a intervenção formativa. Pelos scores médios aferiu-se que em ambos os momentos de avaliação as raparigas possuem melhores conhecimentos que os rapazes, com significância estatística para o momento

Entretanto foi efetuado o Teste-t para amostras emparelhadas no sentido de verificar se haveria significância estatística para os rapazes e raparigas. Verificou-se pela diferença de médias que ambos os grupos adquiriram mais conhecimentos com a intervenção formativa, sendo as diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) (cf. Tabela 05).

## **DISCUSSÃO**

A educação para a sexualidade e afetos é um campo de excelência para que os adolescentes, apoiados pelos seus pais/encarregados de educação e professores, consigam aumentar a sua capacidade para entenderem as próprias emoções, o que se torna como fundamental para uma vivência saudável da sua sexualidade e para todas as outras dimensões da vida.<sup>11</sup> O mesmo autor refere que seria desejável que todos os pais/encarregados de educação dispensassem esta tarefa da escola. Todavia, na prática isto não acontece, uma vez que, ainda na opinião do autor citado, mesmo em famílias estruturadas, muitos adolescentes não abordam este tema com os pais e muitos pais têm dificuldade em tratá-lo. Assim sendo, compete à escola colaborar com os pais/encarregados de educação, em parceria com os enfermeiros, sobretudo no âmbito da saúde escolar, o papel de ouvir os adolescentes "em todas as fases do processo".<sup>11</sup>

Assim, um dos aspetos que se procurou analisar no presente estudo, foi se já tinham ouvido falar de sexualidade e afetos e quem foi o

TABELA 03

### TESTE-T PARA AMOSTRAS EMPARELHADAS ENTRE O NÍVEL DE CONHECIMENTO ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO FORMATIVA

Nível de conhecimentos	Média	Dp	t	p
Antes da intervenção formativa	21.04	2.51	-10.176	0.000
Após a intervenção formativa	24.62	3.14		

TABELA 04

### TESTE-T PARA DIFERENÇA DE MÉDIAS ENTRE O SEXO E O NÍVEL DE CONHECIMENTOS SOBRE SEXUALIDADE E AFETOS

Sexo	Masculino		Feminino		Levene's P	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Nível de conhecimento antes	20.77	2.62	21.46	2.31	0.54	-1.36	0.174
Nível de conhecimento após	23.75	3.41	<b>25.92</b>	2.12	0.012	-3.971	<b>0.000</b>

TABELA 05

### TESTE-T EMPARELHADO ENTRE O NÍVEL DE CONHECIMENTOS ANTES E APÓS A INTERVENÇÃO FORMATIVA E GÊNERO

Nível de Conhecimento por Sexo	Diferença médias	Dp	t	P
Masculino	-2.98	4.00	-5.865	0.000
Feminino	-4.46	2.56	-11.163	0.000

interlocutor identificado pelos adolescentes para falarem de sexualidade e de afetos.

Avaliando separadamente cada um dos temas e analisando numa primeira fase o diálogo sobre sexualidade, apurou-se que grande parte dos adolescentes já conversou sobre este tema com alguém, sendo que a maioria conversou sobre sexualidade com os professores e em segundo plano com os pais e outros (colegas, tios, outros familiares ou irmãos). Averiguou-se, ainda, que a maioria dos rapazes optou por conversar com os seus professores, enquanto, as raparigas se encontram divididas entre os professores e os pais/mães.

No que respeita ao diálogo sobre afeto, observou-se que a maioria dos alunos que já abordaram o tema privilegiou os pais/mães como primeiros interlocutores e

remetem os professores e outros interlocutores para planos secundários.

Estabelecendo uma comparação com o estudo realizado por Pereira<sup>13</sup> verificou-se também que a grande maioria da amostra em estudo afirmava já ter recebido informação sobre educação sexual. No entanto em relação aos restantes resultados o mesmo autor afirmava que os jovens recorriam mais frequentemente aos amigos para obter informações relacionadas com educação sexual e os professores surgiam como menos relevantes para obter a mesma informação.<sup>13</sup> Um outro estudo mais recente, realizado no distrito de Bragança com jovens do 10º, 11º e 12º ano referenciou que as fontes de informação sobre sexualidade privilegiadas pelos jovens eram a internet e os profissionais de saúde

e quando questionados sobre com quem falavam habitualmente sobre sexualidade, aventaram que essa comunicação ocorria mais frequentemente, de modo sequencial com amigos, com profissionais de saúde ou com as mães.<sup>14</sup> Por outro lado, num outro estudo revelou que no 2º ciclo, os estudantes elegem o professor de ciências como fonte de informação predileta em relação a assuntos relacionados com a sexualidade, embora sendo a mãe a fonte de informação atual.<sup>15</sup> Também no nosso estudo, os professores como anteriormente salientado, aparecem como elementos de primeira linha na obtenção de informação sobre sexualidade e afetos. Parece-nos que tal dado possa ser devido à idade ou talvez o reflexo de uma evolução histórica no que diz respeito à abordagem dos temas relacionados com a sexua-



lidade no contexto de sala de aula. Com efeito, na atualidade, os professores privilegiam uma relação de maior proximidade com os seus alunos e preocupam-se em ser elementos de mudança e de evolução. Tal ideia surge defendida por inúmeros autores<sup>16-18</sup> que apoiam a conceção de que se deve adotar uma atitude mais liberal no que diz respeito à abordagem de temas relacionados com a sexualidade, a fim de se obterem mais ganhos e conseqüentemente o assumir de comportamentos mais saudáveis, pois a escola deve ser um local de liberdade de consciência, de pensamento e de expressão entre indivíduos cujas formas de estar são diferentes.

No cômputo geral aferiu-se que a intervenção formativa teve impacto muito positivo no nível de conhecimentos dos estudantes, sendo as raparigas que em ambos os momentos de avaliação possuem melhores conhecimentos que os rapazes, com significância estatística para o momento após a intervenção formativa ( $p < 0,05$ ), corroborando estudos semelhantes, onde se evidencia a importância de programas de educação para a sexualidade e se clarifica que estes têm impacto nas atitudes face à sexualidade dos adolescentes.<sup>19</sup> O autor esclarece, também, que são significativas as diferenças entre rapazes e raparigas, tendo as raparigas obtido um melhor conhecimento após a intervenção.<sup>19</sup>

A intervenção realizada numa parceria com a escola foi ao encontro do preconizado pela DGS<sup>5</sup>. No futuro, contudo, para que a educação sobre a sexualidade possa alcan-

çar os resultados desejáveis, ou seja, aumentar a literacia e ter impacto sobre uma vivência saudável, terá de dirigir-se à Escola como um todo. Deve entrar em todos os seus ambientes, envolvendo toda a comunidade educativa, aproveitando-se "todos os momentos para que, através de acontecimentos emocionais estruturados, possa construir modelos que promovam os valores e os direitos sexuais, sobre os quais os jovens possam desenvolver a sua própria identidade e o respeito para com os outros"<sup>1</sup>, papel que cabe à escola, para continuidade deste processo.

## CONCLUSÃO

No presente estudo prevalecem os adolescentes com 11 anos de idade, residentes em meio urbano, com família nuclear, cujos progenitores maioritariamente têm uma profissão de nível intelectual. Concluiu-se, pelos resultados obtidos, que os adolescentes na sua maioria já ouviram falar de sexualidade e afetos, tendo como principais interlocutores para falar de sexualidade, os professores e para falar de afetos, os pais/mães. Quanto à intervenção formativa sobre sexualidade e afetos o estudo revelou que existe uma melhoria do nível de conhecimentos após a intervenção formativa com diferenças estatisticamente significativas o que permite afirmar que esta teve um impacto positivo na aquisição/consolidação de novos conhecimentos. Sublinha-se que o presente estudo reforçou a importância da educação para a sexualidade e afetos nos

adolescentes, como ponto de partida para a adoção de estilos de vida e comportamentos salutarres ao nível da sexualidade no presente e no futuro.

Enfatiza-se a realização de mais intervenções formativas sobre esta temática, especificamente nesta faixa etária, devendo estas alargar-se a idades mais precoces, envolvendo os encarregados de educação/pais/mães. As intervenções nessas idades são ainda pouco valorizadas em Portugal, existindo, ainda, escassez de estudos neste âmbito. Sugere-se, também, que para além das intervenções se avalie o impacto das mesmas, de forma a perceber-se quais as metodologias serão mais eficazes, as maiores dificuldades das crianças e dos adolescentes e quais os condicionamentos inerentes. Entendemos que seria pertinente, que fosse avaliada a opinião dos professores quanto à qualidade da intervenção formativa, reunindo-se sugestões de melhoria. Contudo existiram algumas limitações, como o facto de consumir mais tempo, pois a avaliação deve ser feita por vários momentos distintos e o momento histórico social pode enviesar os resultados. Todavia neste estudo o tempo despendido entre a primeira e a segunda avaliação foi demasiado curto, podendo originar distorções nos resultados finais. Quanto ao tipo de amostra envolvida neste estudo, considerou-se tratar-se de um Grupo reduzido e muito homogêneo com características socioeconómicas muito idênticas o que pode constituir-se como inconveniente dada a similitude de respostas. ▀



## Referências

- Carvalho CP, Pinheiro, MRCNMM, Gouveia JAP, Vilar DR. Conhecimentos sobre sexualidade: Construção e validação de um instrumento de avaliação para adolescentes em contexto escolar. *Revista Portuguesa de Educação*. 2017;30(2):249-74. doi: <https://doi.org/10.21814/rpe.9032>.
- Associação para o Planeamento da Família. Sexualidade. [Internet]. Lisboa: APF; 2018 [citado 2019 Jul 26]. Disponível em: [Obtido de http://www.apf.pt/](http://www.apf.pt/)
- Vilela AP, editor. Educação sexual: do saber ao fazer: Um Contributo para a formação de professores [Internet]. Braga: Cadernos de Escola e Formação do Centro de Formação de Associação de Escolas Braga/Sul; 2015 [citado 2019 Jul 26]. Disponível em: [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/39361/1/TOMO%20I%20-%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Sexual%20do%20Saber%20ao%20Fazer-1\\_Z%C3%A9liaAnast%C3%A1cio.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/39361/1/TOMO%20I%20-%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Sexual%20do%20Saber%20ao%20Fazer-1_Z%C3%A9liaAnast%C3%A1cio.pdf)
- Dumas D. A sexualidade dos adolescentes: contada por eles próprios. Lisboa: Editorial Bizâncio; 2010.
- Lei n.º 60/2009. (2012 Agosto 6). Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. *Diário da República* [Internet];1(151):5097-8 [citado 2019 Jul 26]. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/494016/details/maximized>
- Portaria n.º 196-A/2010. (2010 Abril 4). Regulamenta a Lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. *Diário da República* [Internet];1(69):1170-(2)-(4) [citado 2019 Jul 26]. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/388625/details/maximized>
- Portugal, Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 015/2015 de 12/08/2015: Programa Nacional de Saúde Escolar 2015 [Internet]. Lisboa: DGS; 2015. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/01\\_5\\_2015\\_AGO.2015.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/01_5_2015_AGO.2015.pdf)
- Portugal. Direção Geral da Educação. Afetos e educação para a sexualidade [Internet]. Lisboa: DGE; 2016 [citado 2019 Jul 26]. Disponível em: <http://www.dge.mec.pt/afetos-e-educacao-para-sexualidade>
- Welsh Government. Relationships and sexuality education in schools: Guidance [Internet]. Cardiff: Crown; 2019 [citado 2019 Jul 26]. Disponível em: <https://gov.wales/sites/default/files/consultations/2019-02/relationships-and-sexuality-education-in-schools-guidance.pdf>
- World Health Organization. Young people's health: a challenge for society: Report of a WHO study group on young people and health for all: Technical Report Series 731 [Internet]. Geneva: WHO; 1986 [citado 2019 Jul 26]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41720>
- Sampaio D. Educação sexual em meio escolar [Internet]. Lisboa: DGS; 2010 [citado 2019 Jul 26]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/educacao-sexual-em-meio-escolar.aspx>
- Moreira RM, Teixeira SCR, Teixeira JRB, Camargo CL, Boery RNSO. Adolescência e sexualidade: uma reflexão com enfoque bioético. *Adolescência e Saúde* [Internet]. 2013 [citado 2019 Jul 26];10(3):61-71. Disponível em: [http://adolescenciae-saude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=381](http://adolescenciae-saude.com/detalhe_artigo.asp?id=381)
- Pereira MG. Com quem falam os adolescentes sobre sexualidade? *Análise Psicológica*. 1993; 11: 415-24.
- Aragão L. Adolescência e sexualidade: Conhecimentos, atitudes, comportamentos e traços de personalidade de estudantes do ensino secundário do distrito de Bragança [Mestrado Internet]. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança; 2017 [citado 2019 Jul 26]. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/14682>
- Marinho SRM. Conhecer para agir: Conceções de professores e de alunos do ensino básico sobre sexualidade e educação sexual [Doutoramento Internet]. Braga: Universidade do Minho; 2014. [citado 2019 Jul 26]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/35445>
- Pontes A. Sexualidade: vamos falar sobre isso? Promoção do desenvolvimento psicossocial na adolescência: Implementação e avaliação de um programa de intervenção em meio escolar [Doutoramento Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2010. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/24432>
- Darroch JE. Teenage sexual and reproductive behavior in developed countries: Can more progress be made? New York: The Alan Guttmacher Institute; 2001. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/report/teenage-sexual-and-reproductive-behavior-developed-countries-can-more-progress-be-made>
- Seffner F. Tem nexo não falar sobre sexo na escola? *Revista Textual*. 2017 Mai;25:26-8.
- Ribeiro JM, Pontes A, Santos L. Atitudes face à sexualidade nos adolescentes num programa de educação sexual. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2012;13(2):340-55.



# ENFERMAGEM NO TRABALHO: DIAGNOSTICAR PARA INTERVIR NA LITERACIA PARA A SAÚDE E NOS ESTILOS DE VIDA

Nursing at work: Diagnose to intervene  
in health literacy and lifestyles

## ISABEL FRAGOEIRO

**Professora Coordenadora,**

Doutor. Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde - Pólo Madeira, Universidade da Madeira - Escola Superior de Saúde. Portugal.

✉ [isabel.fragoeiro@staff.uma.pt](mailto:isabel.fragoeiro@staff.uma.pt)

## GREGÓRIO FREITAS

**Professor Adjunto,** Mestre.

Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde - Pólo Madeira, Universidade da Madeira - Escola Superior de Saúde. Portugal.

## CLEMENTINA MORNA

**Professora Adjunta,** Mestre.

Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde - Pólo Madeira, Universidade da Madeira - Escola Superior de Saúde. Portugal.

## ANA JARDIM DE AZEVEDO

**Professora Adjunta,** Mestre.

Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde - Pólo Madeira, Universidade da Madeira - Escola Superior de Saúde. Portugal.

### Abstract

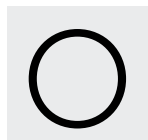
Healthy lifestyles and health literacy protect health and well-being of communities. The health education promoter of healthy lifestyles and health literacy tries to achieve health gains in the medium and long term. The National Occupational Health Program - 2nd Cycle 2013/2017 establishes objectives to guarantee the value of workers' health, promoting work practices and healthy lifestyles. In this sense, the potential of Nursing at Work intervention, which translates to positive repercussions, is unquestionable. The objective was to describe the health literacy and lifestyles of adult workers of a public service institution of the Autonomous Region of Madeira. A cross-sectional study was developed in a sample of 98 workers, with a mean age of 51 years and mostly male (76.5%). Was used a data collection instrument with the sociodemographic characteristics, the European Health Literacy Survey [-C of 0.97] and the questionnaire "FANTASTIC Lifestyles" [-C 0.725]. Complied with the ethical procedures inherent to this type of study.

In general health literacy, 61.2% presented limited literacy, being 53.1% problematic and 8.2% inadequate. In functional health literacy, 47.96% showed limited literacy. In lifestyle 6.1% presented a score of regular level, 9.2% of good level, 59.2% of very good level and 25.5% an excellent level. There is a positive and statistically significant correlation ( $p = 0.036$ ) between the general lifestyle score and the overall health literacy score.

There is a need for interventions that promote more salutogenic behaviors, such as adequate diet and regular physical activity, health surveillance and self-care, in order to raise the awareness of the target population.

**KEY WORDS: HEALTH LITERACY; LIFESTYLES; ADULT IN WORK CONTEXT; NURSING AT WORK.**

## INTRODUÇÃO



Os estilos de vida saudável (EVS) protegem a saúde e o bem-estar das comunidades, sendo na vida adulta ativos, influenciados por vários determinantes, particularmente a literacia para a saúde (LS). Neste sentido, a educação para a saúde (EpS) promotora de LS e subsequentemente de EVS, proporciona ganhos, a médio e longo prazo, ao nível do bem-estar, da satisfação, da produtividade e da prevenção de doenças não-transmissíveis e de acidentes<sup>1</sup>. O Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSO) – 2º Ciclo 2013/2017 estabelece objetivos para aumentar os ganhos e garantir o valor da saúde do trabalhador junto das entidades empregadoras, dos responsáveis pela governação e da sociedade em geral<sup>1</sup>.

<sup>2</sup> Um dos objetivos específicos visa a promoção da saúde, através de práticas de trabalho e de comportamentos saudáveis nos locais de trabalho, do setor privado e da administração pública<sup>2</sup>. Neste sentido, é incontornável o potencial da intervenção salutogénica da enfermagem, nos contextos laborais, ao capacitar os cidadãos de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a realizar escolhas e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde<sup>3,4</sup>.

### Estilos de vida no adulto

Existe um conjunto de fatores que determinam as condições de saúde do indivíduo ou das populações, nomeadamente os fatores biológicos (idade, género, raça e história familiar), os fatores ambientais, os estilos de vida (prática regular de exercício físico, alimentação saudável, consumo moderado de álcool...), como também as condições de vida e de trabalho dos indivíduos<sup>5,6</sup>. Fundamentamos o nosso conceito de EV na definição de Silva, Brito & Amado (2013) que o entendem como um combinado de comportamen-

tos que respondem às situações do quotidiano de um indivíduo, tanto no local de trabalho, como de lazer, quer a nível físico, mental, social e espiritual, sendo transmitidos através das relações sociais estabelecidas ao longo da vida, em diferentes circunstâncias. Efetivamente, os estilos de vida têm influência na saúde do indivíduo e na comunidade que o rodeia. Portugal é um dos países da União Europeia (UE) com índices mais elevados de inatividade física e alimentação inadequada, tendo-se verificado que, em 2014, mais de metade da população com mais de 18 anos (52,8%) tinha excesso de peso ou obesidade, sendo a RAM uma das regiões do país com valores mais preocupantes (56,7%)<sup>7,8</sup>.

Quanto ao consumo de substâncias psicoativas, o panorama nacional também não é muito animador, dado que 10,3% da população portuguesa com mais de 15 anos é doente alcoólico e 13,7% bebe excessivamente, números estes que têm vindo a aumentar, com consequente aumento dos diagnósticos de cirrose e hepatite alcoólica, que tornam o abuso de álcool um dos principais fatores de risco de morte<sup>9</sup>. Dados relativos a 2010 indicam que, em Portugal, indivíduos com 15 ou mais anos bebiam, em média, 12,9 litros de álcool puro por ano, sendo este valor superior à média europeia e mais significativo nos homens<sup>10</sup>.

O tabagismo contribui para a maior parte das causas de morte a nível mundial, tendo sido responsável pela morte de cerca de 11000 portugueses em 2010, sendo a grande maioria do género masculino. Em 2012 mais de um quarto da população dos 15 aos 64 anos era consumidor de tabaco, sendo a média de 14 cigarros por dia. Observa-se um maior consumo na faixa etária dos 25-34 anos nos homens e dos 35-44 anos nas mulheres<sup>11</sup>. De acordo com a World Health Organization (WHO), sendo as doenças

não transmissíveis (DNT) a principal causa de morte no mundo (38 milhões das 56 milhões de mortes em 2012), constituem um dos grandes desafios de saúde e de desenvolvimento do século 21, tanto em termos de sofrimento humano como no impacto socioeconómico que causam nos países, especialmente nos países de baixo e médio rendimento<sup>12</sup>. Em 2012, das 38 milhões de mortes causadas pelas DNT, mais de 40% foram prematuras, afetando, sobretudo, pessoas com menos de 70 anos de idade. Quase três quartos de todas estas mortes (28 milhões), e a maioria das mortes prematuras (82%), ocorreram em países de baixo e médio rendimento. As principais DNT que contribuíram para tal elevada mortalidade foram as doenças cardiovasculares (17,5 milhões de mortes, ou 46,2% das mortes), o cancro (8,2 milhões, ou 21,7% das mortes), as doenças respiratórias (4,0 milhões, ou 10,7% das mortes) e a diabetes (1,5 milhões ou 4% de mortes). Juntas, foram responsáveis por 82% das mortes por DNT. A maioria destas mortes é evitável, havendo evidências encorajadoras que estas mortes prematuras podem ser reduzidas em todo o mundo uma vez que os fatores de risco estão associados a comportamentos modificáveis<sup>12</sup>. Nas estimativas efetuadas em 2014, pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)*, através da iniciativa *Global Burden of Disease*, na população portuguesa, os fatores de risco com maior peso na carga de doença, e que mais contribuem para o total de anos de vida saudável perdidos, são: hábitos alimentares inadequados (19%); hipertensão arterial (17%); índice de massa corporal (IMC) elevado (13%); fumo de tabaco (12%); consumo de álcool (10%); glicose plasmática aumentada (8%) e baixo nível ou inatividade física (7%). No que concerne à carga global de doença atribuível a hábitos alimentares inadequados, verifica-se que a dieta pobre em fruta, >

em vegetais e em frutos secos e rica em sódio, são os fatores com maior carga<sup>13</sup>.

Em Portugal, o Ministério da Saúde (MS), através da Direção-Geral da Saúde (DGS), tem vindo a adotar medidas específicas, que estão em conformidade com o plano de ação global proposto pela OMS<sup>1</sup>, nomeadamente, com a elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS): Revisão e Extensão a 2020, definindo como principais metas reduzir para menos de 20% a taxa de mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), aumentar em 30% a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade e reduzir os fatores de risco relacionados com as DNT<sup>1</sup>. Estas medidas também se estendem ao contexto laboral através do Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSO) – 2º Ciclo 2013/2017 onde se estabelecem objetivos para aumentar os ganhos em saúde e garantir o valor da saúde do trabalhador junto das entidades empregadoras, dos responsáveis pela governação e da sociedade em geral. Um dos objetivos específicos visa a promoção da saúde e práticas de trabalho e estilos de vida saudável, no local de trabalho, em empresas/ estabelecimentos do Setor Privado e da Administração Pública<sup>2</sup>.

Num estudo realizado em Portugal junto dos trabalhadores das esquadras da polícia de segurança pública (PSP) do Funchal, de Benfica, de Cascais e respetivas equipas de intervenção rápidas (EIR), e recorrendo ao questionário de EV FANTÁSTICO, constatou-se que, 13,5% dos trabalhadores obteve o nível de "Bom", 62,4% "Muito Bom" e 24,1% "Excelente", relativamente ao score geral do EV<sup>14</sup>. Já no projeto implementado junto aos trabalhadores de uma empresa do sector terciário na RAM, na fase de diagnóstico e recorrendo ao mesmo questionário, apurou-se que 11,9% dos inquiridos apresentou um score geral de estilos de vida de nível "Bom", 55,9% um nível de "Muito Bom" e 32,2% um nível de "Excelente"<sup>15</sup>.

### Literacia para a saúde

A LS integra as estratégias prioritárias na agenda europeia para a saúde, dada a importância do papel ativo do cidadão na promoção da saúde, prevenção da doença, autogestão dos processos patológicos e consumo dos recursos de saúde<sup>16,17</sup>. Também em Portugal tem vindo a crescer o interesse na promoção da LS como um caminho para a melhoria dos cuidados de saúde e para a definição de políticas de saúde mais adequadas às necessidades da população, evidenciado no PNS Revisão e Extensão a 2020<sup>1</sup> e no Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados (PNESLA)<sup>18</sup>.

Sendo o conceito de LS tão vasto e com uma multiplicidade de definições e modelos<sup>19</sup>, adotaremos a definição desenvolvida Sørensen et al em 2012. Assim, quando nos referimos à LS estão implicadas dimensões como o conhecimento, a motivação e as competências que as pessoas têm para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação sobre saúde, fazendo julgamentos e tomando decisões na vida cotidiana no âmbito dos cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a qualidade de vida durante o curso da vida<sup>19</sup>.

Verificamos que esta definição abrange as qualidades dos diferentes níveis de LS propostos por Nutbeam, isto é, a literacia funcional que implica o conhecimento sobre fatores de risco e serviços de saúde, assim como cumprir com as prescrições; a literacia interativa que envolve a capacidade para atuar de forma independente, motivação e autoconfiança; e a literacia crítica que compreende a resiliência perante as adversidades sociais e económicas<sup>19</sup>. Deste modo, a LS implica mais do que saber ler informação, implica também a capacidade para interagir com os profissionais de saúde e para exercer controlo em situações do quotidiano que se relacionem com a autogestão da doença ou a melhoria da saúde. Assim, para além dos benefícios em saúde pes-

soais, resultam benefícios sociais, nomeadamente por promover maior envolvimento em ações de saúde comunitárias, e maior compromisso com o desenvolvimento do capital social necessário para a promoção de saúde e prevenção de doença<sup>16,17</sup>. Facilmente se compreende que a baixa LS vem sendo identificada em diversos estudos como um fator de risco para diversas doenças, nomeadamente as que têm fatores de risco modificáveis e que implicam a autogestão da doença<sup>20</sup>, como por exemplo a obesidade<sup>21</sup>, a diabetes<sup>22</sup>, as doenças cardiocirculatórias<sup>23</sup> e o cancro<sup>24</sup>. Em suma, níveis de LS limitada conduzem a escolhas menos saudáveis, a comportamentos de risco, a uma pior saúde, a uma menor autogestão, a mais hospitalizações e mesmo a mais mortalidade. Também provoca um aumento significativo do consumo dos recursos humanos e financeiros nos sistemas de saúde. Por outro lado, níveis adequados de LS resultam em melhorias da saúde e em mais qualidade de vida<sup>16,17,20</sup>. Deste modo, é fundamental identificar os níveis de LS da população, não só para os profissionais adequarem as suas intervenções às necessidades dos clientes, mas também, para fundamentar a definição de políticas e programas de saúde. Um estudo realizado em oito países europeus (Alemanha, Áustria, Bulgária, Espanha, Grécia, Holanda, Irlanda e Polónia) concluiu que, em média, quase 50% de todos os adultos desses países tinham uma LS geral limitada<sup>17</sup>. Resultado da tradução e validação da escala utilizada no estudo referido anteriormente (HLS-EU) para o português (HLS-EU-PT)<sup>25</sup>, verificamos que 60% dos inquiridos portugueses tem uma LS geral limitada (24% apresentam uma LS inadequada e 36% uma LS problemática), superando em muito a média dos outros oito países onde o estudo já se tinha realizado. Quanto à literacia funcional, os portugueses obtiveram o terceiro pior resultado com 29,6% dos inquiridos a apresentarem LS funcional

fortemente inadequada (enquanto nos outros oito países este valor situava-se nos 21,2%). No entanto, 42,9% dos inquiridos apresentavam possibilidade de LS limitada (comparados com os 23,5% dos outros países) e 27,5% dos inquiridos portugueses apresentam LS funcional adequada (para 55,3% nos outros oito países)<sup>26</sup>. Por seu lado e recorrendo ao mesmo instrumento (HLS-EU-PT), Pedro et al (2016)<sup>16</sup> concluem com o seu estudo que, na LS geral, 61,4% dos portugueses apresenta literacia limitada (44,4% inadequada e 17% problemática).

Na RAM, o cenário também não é animador, pois 63,3% dos madeirenses apresenta literacia limitada (33,3% problemática e 30% inadequada) superando a média nacional<sup>16</sup>. Um estudo implementado numa empresa na RAM<sup>27</sup> concluiu que, na LS geral, 56,7% dos inquiridos apresentou literacia limitada, sendo 7,2% inadequada e 49,5% problemática. A tendência para literacia limitada, observada na literacia geral, manteve-se nos três domínios desta. Assim, no domínio dos Cuidados de Saúde, 48,3% dos inquiridos apresentou níveis de literacia limitada, sendo 8,47% inadequada e 39,83% problemática. No domínio da Prevenção da Doença, 44,06% evidenciou níveis de literacia limitada, sendo 11,86% inadequada e 32,20% problemática. No domínio da Promoção da Saúde, 47,46% demonstrou níveis de literacia limitada, sendo 11,02% inadequada e 36,44% problemática.

### Enfermagem no trabalho

Na Europa os enfermeiros constituem o maior grupo profissional na área da saúde que presta cuidados à população ativa, em contexto laboral<sup>4</sup>. Em Portugal o papel dos enfermeiros é cada vez mais explícito acerca da sua experiência profissional, formação académica e tipo de funções que desempenham no contexto da saúde ocupacional (SO). A Enfermagem do trabalho tem-se destacado pela identificação das ne-

cessidades dos trabalhadores e pelas estratégias de promoção da saúde, sendo incontestável o potencial da intervenção da enfermagem no trabalho, que se traduz em repercussões positivas<sup>3,4</sup>.

Efetivamente, no sentido de explicitar melhor as funções que o enfermeiro pode desempenhar no contexto da SO, a Ordem dos Enfermeiros (OE) regulamentou a competência acrescida diferenciada em enfermagem do trabalho, nomeadamente o nível de qualificação profissional, a formação e fomentando a investigação nesta área<sup>3</sup>.

Neste sentido, atendendo às repercussões positivas que o desempenho do enfermeiro pode ter no contexto da saúde ocupacional, através de uma abordagem salutogénica, urge um maior investimento na formação aos vários níveis, na gestão, na promoção da saúde e prevenção dos riscos e da doença, através do desenvolvimento de competências de investigação e de planeamento em saúde, gerando ganhos mensuráveis e sensíveis à intervenção de enfermagem<sup>3,4</sup>.

### Pertinência do estudo

Considerando o atual conhecimento acerca dos EV e da LS, configura-se evidente o seu impacto na promoção da saúde e prevenção da doença e consequente influência no produto da SO, afirmando-se os resultados das intervenções de enfermagem neste contexto.

Em Portugal, um dos eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde (PNS): Revisão e Extensão a 2020<sup>1</sup> é a cidadania em saúde assente, entre outras, na promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, focando medidas de promoção da saúde e prevenção da doença e o desenvolvimento de programas de EpS e de autogestão da doença. Neste sentido, um dos programas de saúde fulcrais para a concretização deste eixo é o PNECLA que abrange um vasto domínio temático objetivando, entre outros, promover a cidadania em

saúde, através da melhoria da EpS, literacia e autocuidado da população, de modo a que esta se torne mais autónoma e responsável em relação à sua saúde, à saúde dos que deles dependem e à da sua comunidade<sup>18</sup>. Em complemento, o PNSO também contribui para a meta da capacitação da população na adoção de EVS em contexto laboral<sup>2</sup>. Na verdade, obter bons resultados na prevenção e gestão das doenças crónicas implica um elevado nível de LS<sup>18</sup>.

Neste sentido, a EpS assume um papel basilar no desenvolvimento do potencial individual de cada pessoa e na melhoria da sua saúde, estando a enfermagem intimamente relacionada com os níveis de LS e com a mudança de comportamentos prejudiciais. Assim, o enfermeiro destaca-se como educador, junto do indivíduo e da comunidade, devendo adaptar a sua abordagem às características da população e das pessoas em específico<sup>28</sup>.

Sendo a fase adulta uma fase de evolução, de liberdade e de risco, e tendo em conta a preocupante realidade portuguesa, em que a maioria da população apresenta LS limitada<sup>16, 25</sup> e estilos de vida pouco saudáveis<sup>7, 8</sup>, torna-se imprescindível intervir atempadamente sobre estas problemáticas, de modo a reduzir, a médio prazo, a prevalência das doenças cerebrovasculares e a obter ganhos em saúde<sup>8</sup>. Deste modo, importa desenvolver projetos de investigação e de intervenção comunitária, nomeadamente no contexto laboral, com o foco nos EV e na LS.

### Finalidade do estudo

Para além de descrever os fatores que podem influenciar a saúde do adulto, pretendemos contribuir para o planeamento de intervenções de enfermagem no âmbito da promoção de EVS e incremento da LS, adequados às necessidades identificadas, com os consequentes ganhos em saúde. Deste modo, promove-se o envolvimento do próprio adulto na proteção e promoção da sua saúde e >

prevenção da doença no seu local de trabalho.

## OBJETIVOS

Os objetivos formulados pretendem:

- ✓ descrever as características sociodemográficas e os dados clínicos;
- ✓ identificar os níveis de LS;
- ✓ descrever os EV e
- ✓ identificar possíveis relações entre as variáveis em estudo.

## MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo quantitativo do tipo descritivo e transversal, junto dos trabalhadores de uma Câmara Municipal da RAM.

### População e amostra

O estudo desenvolveu-se com os trabalhadores (N = 397) do Departamento de Recursos Humanos e Modernização Administrativa e do Departamento de Infraestruturas e Equipamentos da referida Câmara. Dado que aquando da definição do projeto de investigação ainda não tínhamos acesso à dimensão da população, a seleção da amostra fez-se através de uma amostragem por conveniência, ou seja, não probabilística acidental formada pelos inquiridos que voluntariamente responderam ao questionário (n = 98) aplicado nas instalações dos referidos departamentos. Os critérios de inclusão foram idade igual ou superior a dezoito e inferior a sessenta e cinco anos (adulto), com capacidade visual suficiente para ler o instrumento de colheita de dados e funções cognitivas que permitissem a interação com o entrevistador.

### Variáveis em estudo

As variáveis em estudo são os EV e a LS no adulto em contexto laboral e a caracterização sociodemográfica: idade, género, estado civil, escolaridade, situação profissional e financeira, o agregado familiar, condições laborais e os dados clínicos.

### Operacionalização das variáveis

O instrumento de colheita de dados contemplou uma parte com a caracterização sociodemográfica e clínica criada para o efeito, sendo que para a avaliação dos EV recorremos à versão portuguesa ( $\alpha$ C 0,725) do questionário "Estilos de Vida Fantástico" que permite medir os hábitos e os comportamentos em relação aos EV adequados para a saúde<sup>29</sup>. É constituído por 30 questões, todas elas de resposta fechada, que exploram dez domínios dos componentes físicos, psicológicos e sociais do EV e que se identificam com a sigla "FANTÁSTICO": F – família e amigos; A – atividade física/associativismo; N – nutrição; T – tabaco; A – álcool e outras drogas; S – sono/stress; T – trabalho/tipo de personalidade; I – introspeção; C – comportamentos de saúde e sexual; O – outros comportamentos<sup>29</sup>.

Todos os itens pertencentes a cada domínio têm três opções de resposta, com um valor numérico de 0, 1 ou 2, sendo que o valor mais alto representa um maior nível de EV. A pontuação de cada domínio resulta da soma dos valores, multiplicada por 2. O *score* geral, resultante do somatório dos domínios, qualifica os indivíduos da amostra entre 0 a 120, traduzindo-se em 5 níveis: de 0 a 46 (necessita melhorar); de 47 a 72 (regular); de 73 a 84 (bom); de 85 a 102 (muito bom) e de 103 a 120 (excelente). Quanto menor for a pontuação obtida pelos indivíduos, maior será a necessidade de mudança comportamental<sup>29</sup>.

Os cinco níveis, facultam a interpretação dos resultados: "necessita melhorar" como indicador de que os EV apresentam muitos fatores de risco para a saúde; "regular" traduz que os EV proporcionam algum benefício para a saúde, porém apresentam alguns riscos; "bom" é um indicador de que os EV trazem benefícios para a saúde; "muito bom" aponta para que os EV exercem uma influência adequada para a saúde e "excelente" indica que os EV concedem uma elevada influência benéfica sobre a sua saúde<sup>29</sup>.

Para avaliar os níveis de LS utilizamos o HLS-EU, adaptado e validado para o português (HLS-EU-PT;  $\alpha$ C = 0,97)<sup>28</sup>. Numa primeira parte (LS geral) é constituído por quarenta e sete questões sendo as respostas obtidas através de uma escala do tipo *likert* de 4 pontos, Muito Difícil (1); Difícil (2); Fácil (3) e Muito Fácil (4), na qual a pessoa indica o grau de dificuldade que sente na realização de tarefas relevantes na gestão da sua saúde. O instrumento integra três domínios da saúde, nomeadamente cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença, e quatro níveis de processamento da informação, acesso, compreensão, avaliação e utilização, essenciais à tomada de decisão. Para distinguir os níveis de literacia, a escala foi redimensionada para variar entre 0 e 50. Deste modo, os autores definiram pontos de corte que limitam quatro níveis de LS: inadequada (0-25); problemática (25-33); suficiente (33-42) e excelente (42-50). A cotação faz-se através do somatório de todos os itens e dividindo pelo número de itens<sup>17</sup>.

Para medir a LS funcional, recorremos à versão portuguesa do Newest Vital Sign (NVS-PT;  $\alpha$ C 0,67)<sup>30</sup> onde o inquirido analisa informação retirada de um rótulo de uma embalagem de alimento e posteriormente responde a seis questões sobre essa informação. A interpretação dos resultados é feita atribuindo um ponto por cada resposta certa e zero pontos por cada resposta errada, sendo que as pessoas que obtiverem uma pontuação entre 0 e 1, apresentam elevada probabilidade (50% ou mais) de literacia limitada, entre 2 e 3 indica a possibilidade de literacia limitada e entre 4 e 6 quase sempre indica literacia adequada<sup>30</sup>.

### Procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através de entrevista, podendo o inquirido optar pelo autopreenchimento do instrumento de colheita de dados, à exceção do NVS-PT atendendo às normas da sua aplicação. A recolha

decorreu de 29 de outubro a 2 de novembro de 2018 nas instalações da Câmara Municipal.

### Procedimentos de análise de dados

Os dados foram tratados de uma forma descritiva com análise uni, bi e multivariada com recurso ao *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 25.0, sendo os resultados ilustrados por gráficos de frequência para as variáveis nominais e gráficos com medidas de localização e dispersão para o caso de variáveis numéricas.

De forma a identificar possíveis relações entre os resultados obtidos através das escalas e os dados sociodemográficos e clínicos, recorremos ao Teste de *Spearman* ( $\rho$ ) para analisar o score geral da LS (HLS-EU-PT) vs Score Geral do EV (FANTASTICO); o Score Geral da LS (HLS-EU-PT) vs IMC; o Score Geral da LS (HLS-EU-PT) vs TA; o Score Geral dos EV (FANTASTICO) vs IMC; o Score Geral dos EV (FANTASTICO) vs TA; ao Teste de *Kruskal-Wallis* (KW) para analisar o Score Geral da LS (HLS-EU-PT) vs Habilitações académicas; o Score Geral da LS (HLS-EU-PT) vs Estado de saúde; o Score Geral da LS (HLS-EU-PT) vs Profissão; o Score Geral dos EV (FANTASTICO) vs Habilitações académicas; o Score Geral dos EV (FANTASTICO) vs Estado de saúde; o Score Geral dos EV (FANTASTICO) vs Profissão; e ao Teste de *U de Mann-Whitney* (U) para analisar o Score Geral da LS (HLS-EU-PT) vs Conhecimento dos efeitos da medicação; o Score Geral dos EV (FANTASTICO) vs Conhecimento dos efeitos da medicação.

No sentido de verificarmos se as diferenças encontradas entre as variáveis são estatisticamente significativas calculamos o valor de prova ( $p$ ) e consideramos as que obtiveram um valor inferior a 0,05 ( $p < 0,05$ ).

### Considerações éticas

O estudo iniciou-se após o parecer favorável de uma Comissão de Ética para a Saúde, a autorização da

Presidência da Câmara Municipal e dos autores para usar as escalas. Foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos, sendo previamente solicitado o consentimento informado escrito ao sujeito da investigação. A participação não envolveu quaisquer encargos ou despesas para os sujeitos, com exceção do tempo necessário para responderem ao questionário.

## RESULTADOS

Os resultados reportam às características sociodemográficas e clínicas, às condições de trabalho, ao estilo de vida (FANTÁSTICO) e à LS (HLS-EU-PT e NVS-PT), para além das correlações identificadas e estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

### Dados sociodemográficos

A amostra de 98 pessoas é maioritariamente (76,53% [75]) constituída por homens com média de idades de 51 anos, casados ou em união de facto (68,37% [67]), com uma escolaridade entre o secundário (33,67% [33]) e o ensino superior (22,45% [22]). A maioria refere que a sua condição financeira permite sempre ou quase sempre satisfazer as necessidades de alimentação (93,81% [91]), habitação (91,83% [90]), saúde (87,75% [76]) e educação (82,65% [81]).

Relativamente às categorias profissionais, 22,45% (22) são Técnicos Superiores; 37,76% (37) Assistentes Técnicos e 39,80% (39) Assistentes Operacionais, divididos pelos Departamentos de Infraestruturas e Equipamentos (66,33% [65]) e Recursos Humanos e Modernização Administrativa (20,41% [20]), sendo que 13,27% (13) não identificou a que departamento pertencia.

### Dados clínicos

Constatou-se que a maioria da amostra (75,51%) apresenta excesso de peso, sendo que a maior parte se encontra no nível de pré-obesidade (47,96%), seguindo-se de obesidade grau I (21,43%) e de obesidade grau II

(5,1%). Cerca de 24,49% encontra-se no peso normal.

Verificamos que, no momento da entrevista, 47,91% da amostra apresentava hipertensão arterial (HTA) [29,59% HTA grau I; 11,22% HTA grau II; e 7,14% HTA III] e 14,29% TA normal-alta. Efetivamente, a doença mais referenciada foi a HTA (27,55%), seguida da diabetes (11,22%) e dos problemas musculoesqueléticos (9,18%). Apesar de referir várias doenças, a maioria da amostra (68,37%) avalia o seu estado de saúde, no mínimo, como bom e apenas 6,12% o avalia como doente.

Dos que referem que cumprem com o seguimento do seu estado de saúde (95,6%), a maioria fá-lo através do médico de família (65,26%) e salientamos o facto de 95,8% dos hipertensos realizarem o seguimento do seu estado de saúde.

Dos que tomam medicação (59,18%), apenas 5,17% (3) automedica-se e o tipo de medicamentos mais consumidos são os anti-hipertensores (32,65%), os antidiabéticos (10,20%) e os analgésicos (7,14%). É de referir que 89,66% dos inquiridos que tomam medicação conhecem os seus efeitos terapêuticos, no entanto, 50% não conhece os efeitos secundários da mesma.

### Caracterização das condições de trabalho

Verificou-se que, no que toca às condições gerais do trabalho, mais concretamente, com a adequação do local de trabalho à função/atividade, a maioria (83,33%) não apresenta problemas ou queixas.

No que concerne às condições gerais do posto de trabalho do trabalhador, 33,67% da amostra apontou problemas/queixas no estado do mobiliário, 26,53% em relação à salubridade das instalações e 24,49% ao estado das instalações e no campo da emergência e primeiros socorros. A área onde se observou menos queixas foi no estado das máquinas e equipamentos (14,29%).

Os fatores de risco físicos e químicos >



mais referenciados pelos inquiridos são o ruído (35,71%), a temperatura (30,61%), as vibrações e a ventilação (24,49%), e os químicos (11,22%). Ainda nos fatores de risco profissional, no que diz respeito aos relacionados com a atividade, observamos que o valor mais elevado de queixas é referente à postura (28,57%), seguindo-se a repetibilidade da tarefa (21,43%) e a cadência da tarefa (19,39%).

Quanto aos riscos psicossociais, o valor mais significativo de problemas é o do stresse relacionado com o trabalho (36,73%), seguindo-se os conflitos nas relações interpessoais do trabalho (13,27%) e a organização inadequada do trabalho (10,20%). Por último, nos fatores biológicos/mecânicos, apenas 4,55% referiu ter queixas, contudo há uma grande percentagem da amostra (37,50%) que refere que este fator não se aplica à sua situação.

Quanto aos sistemas corporais mais afetados negativamente pelo trabalho, os colaboradores referem o visual (47,96%), o músculo-esquelético (40,82%), o nervoso (29,59%) e o imunitário (6,12%).

A maioria dos entrevistados (90,82%) afirma que não teve formação relativa à segurança e saúde no trabalho nos últimos dois anos.

### Estilo de vida

No que ao EV diz respeito, observamos que 6,12% da amostra apresentou um score geral de estilos de vida de nível regular; 9,18% bom; 59,18% muito bom e 25,51% um nível de excelente, ou seja, 84,69% apresenta um nível, pelo menos, muito bom. De modo a compreendermos melhor o EV, apresentamos alguns resultados referentes aos domínios da atividade física e nutrição.

#### Atividade física / Associativismo

Observamos que 71,43% dos inquiridos não faz parte de um grupo comunitário ou de autoajuda, nem participa em atividades de nenhum destes.

Constatou-se que 58,16% da amostra realiza atividade física / desporto durante 30 minutos, 3 ou mais vezes por semana, nomeadamente a caminhada diária (42,86%).

#### Nutrição

Observou-se que 38,78% dos inquiridos ingere duas porções de verdura e três de fruta por dia, todos os dias, e que 63,26% ingere, com frequência, alimentos hipercalóricos.

### Literacia para a saúde

Os resultados obtidos sobre a LS derivam do questionário HLS-EU-PT e NVS-PT. No que diz respeito à LS geral (HLS-EU-PT), a maioria da amostra apresenta literacia limitada (61,22%), sendo que 8,16% tem literacia inadequada e 53,06% literacia problemática. Por outro lado, 15,31% da amostra apresenta um nível de literacia excelente. O score médio obtido na LS geral foi de 33,06 (LS suficiente).

A tendência da LS nos três domínios (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde) acompanha a da LS geral, ou seja, uma maior percentagem de indivíduos com literacia limitada.

No mesmo sentido, na literacia funcional, avaliada através do NVS-PT, constatamos que 47,96% da amostra apresenta literacia limitada (29,59% com elevada probabilidade de literacia limitada e 18,37% com possibilidade de literacia limitada).

Os indivíduos que não conhecem os efeitos secundários dos medicamentos apresentam com maior frequência níveis mais baixos no score geral do EV ( $p = 0,024$ ). No mesmo sentido, os indivíduos que conhecem os efeitos terapêuticos dos medicamentos que tomam, possuem um nível de LS significativamente ( $p = 0,014$ ) mais elevado do que os indivíduos que não conhecem os efeitos terapêuticos dos mesmos. Observamos, ainda, que os indivíduos na categoria "Assistente Operacional" têm níveis de LS mais baixos comparativamente com os "Técnicos Superiores" e "Assistentes Técnicos" ( $p = 0,002$ ) e

que quanto melhor o EV dos indivíduos maiores os níveis de LS geral e vice-versa ( $p = 0,036$ ).

## DISCUSSÃO

### Dados sociodemográficos e clínicos

Á semelhança do que nos refere a DGS (2004)<sup>8</sup> e o INE (2016)<sup>7</sup>, foi possível verificar a elevada prevalência de excesso de peso ou de obesidade (75,51%), no adulto (média de idade de 51 anos), que apresenta-se como um fator determinante para o desenvolvimento de DNT e dificultador do tratamento e controlo das mesmas<sup>8, 12</sup>. É de salientar que os valores de excesso de peso observados nesta amostra superam os nacionais (52,8%), os regionais (56,7%)<sup>7, 8</sup> e os do estudo de Laranjeira (2016)<sup>31</sup>, em contexto de trabalho, que indica 47%. Este facto poderá constituir-se como determinante na saúde destes indivíduos uma vez que já apresentam várias DNT, nomeadamente HTA (27,55%) e Diabetes (11,22%). É de referir que 47,91% apresentava HTA aquando da entrevista.

De acordo com um inquérito realizado em Portugal sobre LS, quanto à perceção individual do estado de saúde, 3,8% dos inquiridos consideram a sua saúde "Excelente" e 7,5% consideram-na "Má" assim, é nas categorias intermédias que encontramos uma maior concentração de indivíduos<sup>32</sup>. O mesmo se verifica neste estudo em que 85,72% se autoavaliaram em uma das três categorias intermédias, nomeadamente "Muito bom", "Bom" ou "Satisfatório". À semelhança deste estudo, o inquérito às condições de trabalho em Portugal continental<sup>33</sup>, identificou queixas referentes ao "Ruído" à "Temperatura", às "Vibrações", à "Ventilação", à "Postura", à "Repetibilidade da Tarefa" e à "Cadência da Tarefa". Também foram identificados os sistemas corporais mais afetados negativamente pelo trabalho, nomeadamente o "Visual", o "Músculo-Esquelético" e o "Nervoso".

### Estilo de vida

À semelhança de outros estudos realizados a nível nacional<sup>14</sup> e regional<sup>15</sup>, os resultados aferidos na nossa amostra acabam por evidenciar um EV (score geral, no mínimo, "Bom" (93,87%), sendo que a maioria (59,18%) encontra-se no nível "Muito Bom". No entanto, se explorarmos com pormenor alguns domínios, nomeadamente atividade física e nutrição, verificamos que existem aspetos a melhorar no dia-a-dia destes indivíduos.

#### Atividade física

Apurou-se que 41,84% da amostra não realiza atividade física com a regularidade recomendada para o adulto e que apenas 42,86% faz caminhadas diariamente. Resultados semelhantes foram encontrados a nível regional<sup>15</sup>, com 38,3% e 45,8% respetivamente, e no estudo de Laranjeira<sup>31</sup> que destaca a moderada atividade física. Estes resultados encontram-se acima da média nacional (15% a 23%) e abaixo da europeia (64%)<sup>34</sup>. Efetivamente, Portugal é um dos países da UE com índices mais elevados de inatividade física<sup>7,8</sup>.

#### Nutrição

Observou-se que 61,22% dos inquiridos não ingere duas porções de verdura e três de fruta por dia, todos os dias, e que 63,26% ingere, com frequência, alimentos hipercalóricos. Mais uma vez, estes resultados vão ao encontro do estudo realizado a nível regional<sup>15</sup>, com 45,8% e 62,7% respetivamente. Em ambos os estudos a ingestão de verdura e de fruta fica muito abaixo dos valores da média nacional que é de aproximadamente 70%<sup>34</sup>.

Talvez pela inatividade física e alimentação inadequada, os participantes neste estudo, apresentem elevada percentagem de excesso de peso ou obesidade e HTA, para além da diabetes<sup>7,8</sup>. No entanto, estas situações podem ser melhor autogeridas e controladas uma vez que se encontram fortemente associadas a comportamentos modificáveis<sup>12</sup>.

### Literacia para a saúde

Os resultados deste estudo vão ao encontro dos verificados na população portuguesa<sup>16,25</sup>, ou seja, a maioria da amostra apresenta LS geral limitada. Comparando com os resultados obtidos na RAM por Pedro et al (2016)<sup>16</sup> verificamos que a amostra do nosso estudo obteve resultados ligeiramente melhores (RAM = 63,3%, esta amostra = 61,22%). Mas, se compararmos com os resultados obtidos no outro estudo regional<sup>27</sup> (LS limitada = 56,7%), verificamos que esta amostra obteve resultados ligeiramente piores. Também neste estudo, verificamos o mesmo fenómeno que a nível nacional e regional, onde a tendência da LS nos três domínios (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde) acompanha a da LS geral, ou seja, uma elevada percentagem de indivíduos com LS limitada. Deste modo, os resultados deste estudo acabam por mostrar uma realidade ainda mais inquietante quando comparados com o estudo realizado a nível europeu onde a média de LS limitada, dos oito países estudados, rondava os 50%<sup>17</sup>.

Na LS funcional (NVS-PT), apesar de nesta amostra os valores da literacia limitada serem elevados (47,96%) a verdade é que são bem menores que os encontrados a nível nacional (72,5%)<sup>26</sup>. No entanto, quando comparados com os resultados obtidos no outro estudo regional<sup>27</sup> (LS funcional limitada = 38,1%), verificamos que são superiores.

Estes elevados valores de LS limitada podem significar uma dificuldade acrescida no conhecimento, competências e motivação das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações sobre saúde, a fim de tomar decisões na vida cotidiana em matéria de cuidados de saúde. Efetivamente, uma LS limitada leva a escolhas menos saudáveis, a comportamentos de risco e a uma pior saúde<sup>20,35</sup>. Deste modo, verificamos que nesta amostra já se confirmam algumas doenças que têm como fatores de risco a LS limitada e os comporta-

mentos modificáveis (alimentação inadequada e sedentarismo) e que implicam a autogestão da doença<sup>20</sup>, como por exemplo a obesidade, a diabetes<sup>22</sup>, e as doenças cérebro-cardiovasculares<sup>23</sup>.

### CONCLUSÕES

Os EV são fatores que determinam as condições de saúde do indivíduo ou das populações<sup>5,6</sup>, no entanto, também podem ser condicionados pelo nível de LS das mesmas<sup>20,35</sup>. Deste modo, a identificação dos níveis de LS da população, é fundamental para a adequação das intervenções de enfermagem às necessidades das pessoas, mas, também, para fundamentar a definição de políticas e programas de saúde<sup>16,17</sup>, nomeadamente no contexto da Saúde Ocupacional e Enfermagem do Trabalho<sup>2</sup>.

Neste sentido, a EpS assume um papel basilar no desenvolvimento do potencial individual de cada pessoa e da melhoria da sua saúde. Estando a enfermagem intimamente relacionada com os níveis de LS e com a mudança de comportamentos prejudiciais, o enfermeiro desempenha um papel crucial como educador junto do indivíduo e da comunidade, devendo o mesmo adaptar a sua abordagem às respetivas características<sup>28</sup>.

Neste estudo, observamos que a maioria dos participantes apresenta excesso de peso e, quase metade, HTA e alguns mencionam diabetes e problemas músculo-esqueléticos. Estas doenças, que afetam potencialmente o bem-estar, a produtividade e o desenvolvimento de outras complicações, encontram-se fortemente associadas a comportamentos modificáveis<sup>12</sup>, pelo que podem ser preveníveis através da adoção de EV promotores e protetores da saúde. Apesar de esta amostra evidenciar um EV com um score geral mínimo "Bom", quando analisados os domínios, verificamos que existem hábitos a melhorar, nomeadamente atividade física e nutrição, e que poderão

condicionar o desenvolvimento ou progressão das DNT referidas<sup>7,8</sup>. Quanto aos níveis de LS, averiguamos que a maioria da amostra apresenta LS geral (HLS-EU-PT) limitada e que esta tendência se verifica nos seus três domínios (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde), para além de uma grande parte, também, apresentar LS funcional (NVS-PT) limitada. Tal poderá significar uma dificuldade acrescida no conhecimento, com-

petência e motivação das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações sobre saúde no seu dia-a-dia, a fim de promover a sua saúde, prevenir a doença e tomar decisões em matéria de cuidados de saúde, designadamente nas escolhas alimentares e práticas de atividade física adequadas<sup>15,16</sup>.

Constatou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa ( $p = 0,036$ ) entre o score geral dos EV e o score da LS geral. Deste modo, maio-

res níveis de LS também apontam para melhores níveis de EV. Neste sentido, e no âmbito e natureza do projeto e da respetiva estratégia de intervenção (EpS), propõe-se para as etapas subsequentes a definição e consecução de objetivos que visem, através de intervenções de EpS, fomentar a LS, nos domínios da alimentação saudável, da atividade física regular e da vigilância da saúde e autocuidado. ▴



## Referências

- Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015.
- Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde Ocupacional 2013/2017. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2013.
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento da competência acrescida diferenciada em enfermagem do trabalho. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2018.
- Ordem dos Enfermeiros. O Enfermeiro do Trabalho na Gestão de Saúde Ocupacional. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2014.
- Santos, Z. M., & Lima, H. Tecnologia Educativa em Saúde na Prevenção da Hipertensão Arterial em trabalhadores: Análise das mudanças no estilo de vida. *Texto Contexto Enfermagem*. 2008 Jan-Mar;17(1): 90-7.
- Buss, P., & Filho, A. A Saúde e os seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77-93.
- Instituto Nacional de Estatística. Anuários Estatísticos Regionais 2015. Lisboa: INE; 2016.
- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2004.
- Secretaria Regional da Saúde. Plano Estratégico do Sistema Regional de Saúde – Extensão a 2020. Funchal: IASAUDE IP-RAM; 2015.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Relatório Anual 2014 - A situação do país em matéria de álcool. Lisboa: SICAD; 2014.
- Direção-Geral de Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo. Lisboa: Direção-Geral de Saúde; 2012.
- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2014.
- Direção-Geral da Saúde. Alimentação Saudável em Números – 2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2016.
- Batista, C. A Atividade Física, o Stress e o Estilo de Vida na Polícia de Segurança Pública. [Dissertação de Mestrado Integrado em Ciências Policiais]. Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna. Lisboa; 2014.
- Freitas, O., Freitas, G., Sousa, G., Morna, C., Silva, I, Vasconcelos, R. et al. Estilos de Vida: do diagnóstico para a intervenção em contexto laboral. Poster apresentado no: Congresso Internacional de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem; 2018 julho 12-13; Escola Superior de Enfermagem do Porto – Portugal.
- Pedro A, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2016 Sep-Dez;34(3):259-75.
- Sørensen K, Pelikan J, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015 Dec;25(6):1053-8.
- Ministério da Saúde. Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados. Lisboa: Ministério da Saúde; 2016.
- Sørensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012 Jan;12:80.
- Pignone, M., DeWalt, D., Sheridan, S., Berkman, N. & Lohr, K. Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. A systematic review. *Journal of General Internal Medicine*. 2005 Feb;20(2):185-92.
- Huizinga, M., Beech, B., Cavanaugh, K., Elasy, T. & Rothman, R. Low numeracy skills are associated with higher BMI. *Obesity (Silver Spring)*. 2008 Aug;16(8):1966-8.
- Huizinga, M., Carlisle, A., Cavanaugh, K., Davis, D., Gregory, R., Schlundt, D. & Rothman, R. Literacy, numeracy, and portion-size estimation skills. *American Journal of Preventive Medicine*, 2009 Apr;36(4):324-8.
- Baker, D., Wolf, M., Feinglass, J. & Thompson, J. Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *Journal of General Internal Medicine*, 2008 Jun;23(6):723-6.
- Amalraj, S., Starkweather, C., Nguyen, C. & Naeim, A. Health literacy, communication, and treatment decision-making in older cancer patients. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 2009 Apr;23(4):369-75.
- Saboga-Nunes L, Sørensen K, Pelikan J, Cunha M, Rodrigues E, Paixão E. Cross-Cultural Adaptation and Validation to Portuguese of the European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT). *Aten Prim*. 2014 Set;46(especial congresso):13.
- Saboga-Nunes, L., Sørensen, K. & Pelikan, J. Hermenêutica da Literacia em Saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT). Comunicação no VIII Congresso Português de Sociologia - 40 anos de democracia(s): progressos, contradições e perspectivas; 2014 abril 14-16; Évora.
- Freitas, O., Freitas, G., Sousa, G., Morna, C., Silva, I., Vasconcelos, I. et al. Literacia para a saúde em trabalhadores de uma empresa: fase do diagnóstico. Poster apresentado no: Congresso Internacional de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem; 2018 julho 12-13; Escola Superior de Enfermagem do Porto – Portugal.
- Silva, S.; Nóbrega, T.; Chaves, N.; Nogueira, M. & Arriaga, M. Estratégias de enfermagem na promoção da atividade física. *Revista Fatores de Risco*. 2017 44:84-97.
- Silva, A. M., Brito, I. d., & Amado, J. M. (2013). Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014 19(6):1901-09.
- Martins, A. & Andrade, M. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa de Newest Vital Sign. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014 nov-dez;IV(3):75-84.
- Laranjeira S. (2016). O papel do Enfermeiro do trabalho na saúde ocupacional. [Dissertação de mestrado em Enfermagem Comunitária]. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem. Porto; 2016.
- Espanha, R., Ávila, P. & Mendes, R. Literacia em saúde em Portugal – Relatório Síntese. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2016.
- Perista, H., Cardoso, A., Carrilho, P., Nunes, J. & Quintal, E. Inquérito às Condições de Trabalho em Portugal Continental: Trabalhadores/as. Lisboa: Autoridade para as Condições do Trabalho; 2017.
- Direção Geral de Saúde. Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar. Lisboa: Direção-Geral de Saúde; 2016.
- DeWalt, D., Boone, R. & Pignone, M. Literacy and its relationship with self-efficacy, trust, and participation in medical decision making. *American Journal of Health Behavior*. 2007 Sep-Oct;31(1):27-35.



**MARIA ISABEL MOURA**

**Enfermeira Mestre** em Enfermagem de Reabilitação. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto. Portugal

✉ [isabelmoura1992@gmail.com](mailto:isabelmoura1992@gmail.com)

**MARIA MANUELA MARTINS**

**Professora Coordenadora.** Doutora em Ciências de Enfermagem. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Portugal.

**OLGA RIBEIRO**

**Professora Adjunta.** Doutora em Ciências de Enfermagem. Escola Superior de Saúde de Santa Maria CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Portugal.

**BÁRBARA GOMES**

**Professora Coordenadora,** Doutora em Ciências de Enfermagem. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Portugal.

# ESTILOS DE VIDA DOS ENFERMEIROS E QUEIXAS MUSCULOESQUELÉTICAS

## Nurses' lifestyle and musculoskeletal complaints

### Abstract

**Background:** Nurses have a lifestyle who can condition their well-being, which can be a health promoting factor or contribute to the appearance of diseases. There are many nurses who are overweight, have high levels of stress, sleep disorders, sedentary lifestyle, and other conditions that may affect your health, increasing the risk of developing musculoskeletal injuries. These injuries have an incalculable problem in decreasing productivity, absenteeism and the quality of life of the professional.

**Objective:** To identify nurses' lifestyles and analyze how the lifestyles are related with the presence of musculoskeletal complaints on these professionals.

**Methodology:** This is a quantitative, descriptive and correlational study carried out at a Hospital in north of Portugal. The sampling technique used was non-probabilistic for convenience, obtaining a sample of 260 nurses. As a data collection instrument, the questionnaire was used.

**Results:** Most professionals (65,1%) presented a prevalence of complaints at the level of the musculoskeletal system in the last 12 months. These adopt a mostly healthy diet and relate to the surrounding community. However, the practice of physical activity and stress management falls short of what can be understood as the adoption of a healthy lifestyle.

**Conclusion:** These results point to the need to develop new studies and a program that sensitizes nurses to improve their lifestyle in order to reduce musculoskeletal complaints.

**KEYWORDS:** HEALTHY LIFESTYLE; NURSES; MUSCULOSKELETAL SYSTEM.

### INTRODUÇÃO

A saúde é um dos nossos atributos mais preciosos, sendo que a maioria das pessoas só pensa em manter ou melhor a sua saúde quando se sente ameaçada pelos sintomas de doença. Atualmente, saúde não é o estado de "ausência de doenças", mas numa perspetiva mais holística, "saúde é considerada como uma condição humana com dimensões física, social e psicológica, carac-

terizadas num conjunto, com polos positivos e negativos" (Nash, 2013, pp. 22). Assim, saúde positiva é baseada em comportamentos positivos, sendo que os comportamentos de risco levam ao aparecimento de futuras doenças.<sup>1</sup>

Existem diversos fatores que podem condicionar o estilo de vida saudável, como o ambiente social e cultural, bem como a situação socioeconómica da pessoa, conduzindo a desigualdades no processo de saúde/doença.<sup>2</sup>

Nash refere que existem cinco fatores que estão relacionados com as questões da saúde e do bem-estar, sendo eles a alimentação, a atividade física, o comportamento preventivo, os relacionamentos e o controlo do stress, sendo que estes compõem o "Pentáculo do Bem-Estar de Nash".<sup>2,3</sup> A alimentação saudável deverá ser completa, variada e equilibrada proporcionando energia adequada e bem-estar físico ao longo do dia, estando também associada à prevenção de doenças crónicas.<sup>4</sup>

A prática de atividade física permite a melhoria da saúde, da aparência física e da gestão do peso. Contudo, a falta de tempo é uma das principais barreiras ao facto de não a praticarem, assim como a falta de motivação, a incapacidade/doença ou o medo de contrair lesões. Atualmente, está comprovado que quanto mais ativa é a pessoa, menos limitações físicas irá ter.<sup>5</sup>

A fadiga crónica decorre de esforços excessivos ou repetitivos, de ordem mental ou física, manifestando-se através da falta de motivação, exaustão e letargia por parte da pessoa.<sup>1</sup> Deste modo, a fadiga pode ser considerada como um estilo de vida negativo devendo ser prevenido através da reorganização do dia.<sup>6</sup> Os enfermeiros que exercem por turnos apresentam uma saúde comportamental menos saudável e registam um maior consumo de substâncias psicoativas, bem como uma maior inatividade física.<sup>7</sup>

A vida humana baseia-se nos relacionamentos que o indivíduo estabelece, sendo fundamental que este se encontre bem consigo mesmo de forma a desenvolver relacionamentos com os outros.<sup>8</sup>

Atualmente, o ritmo de trabalho é extremamente rápido e intenso afetando de forma generalizada o indivíduo podendo causar stress. Este termo baseia-se na tensão emocional que o indivíduo apresenta sendo causada por um agente agressor emocional, decorrente do estilo de vida que

adota e da forma como este enfrenta as suas adversidades.<sup>9</sup> A maior parte dos enfermeiros revelam que o stress é um dos fatores de risco mais elevado na sua profissão<sup>10</sup>, no entanto, apesar de poder ser difícil eliminar as situações de stress, podemos alterar a forma de responder a essas situações.<sup>1</sup>

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) têm como objetivo o diagnóstico e uma intervenção precoce para a promoção da qualidade de vida do indivíduo, prevenindo ou minimizando as complicações que possam surgir<sup>11</sup> e que teoricamente pode ser sustentado pelo Modelo Teórico de Promoção da saúde de Pender<sup>12</sup>. Este modelo de enfermagem orienta para que o enfermeiro execute o plano de cuidados de forma a promover os comportamentos saudáveis na população.<sup>12</sup> Segundo American Nurse Association (ANA) a saúde dos enfermeiros deve ser preservada permitindo que estes apresentem uma melhor qualidade de vida, de forma a prestar os melhores cuidados de saúde.<sup>13</sup>

A par do referido, este estudo tem em consideração o facto de os enfermeiros de um centro hospitalar da região norte de Portugal, apresentarem uma taxa de absentismo de 10,19%, sendo que a principal causa se deve a motivos de doença.<sup>14</sup> Neste sentido, este estudo tem como objetivo geral, conhecer a prevalência das queixas musculoesqueléticas dos enfermeiros de um centro hospitalar de Portugal e relacioná-los com os estilos de vida por eles praticados.

## OBJETIVOS

Identificar a prevalência das queixas musculoesqueléticas nos enfermeiros que exercem a sua atividade profissional nos serviços de internamento de um centro hospitalar da região norte de Portugal e relacionar os estilos de vida dos enfermeiros com a presença de queixas musculoesqueléticas.

## MÉTODOS

Estudo quantitativo de carácter descritivo e correlacional realizado num centro hospitalar da região norte de Portugal. A população refere-se aos enfermeiros que exercem nos serviços de internamento desse centro hospitalar (medicina, especialidades médicas, cirurgia, especialidades cirúrgicas, unidade de cuidados intensivos coronários e unidade de internamento de doenças infecciosas), que até à data do pedido de autorização, eram 427 enfermeiros. Importa referir que foram excluídos os profissionais que se encontravam em licença, independentemente do motivo, bem como os enfermeiros que apresentavam experiência profissional inferior a 1 ano.

A técnica de amostragem utilizada no estudo foi não probabilística por conveniência, tendo-se obtido uma amostra de 260 enfermeiros (correspondente a 60,9%), pelo que se verifica uma confiabilidade de 95% para uma margem de erro de 3,81%.

O estudo foi autorizado pela comissão de ética, de acordo com o parecer nº170/2018 de 26 de abril de 2018. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado o questionário aplicado aos profissionais durante o mês de Maio de 2018. A primeira parte do questionário diz respeito aos dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros; na segunda parte foi utilizado o Questionário Nórdico Musculoesquelético (QNM), adaptado e validado por Mesquita, Ribeiro e Moreira<sup>15</sup>; a terceira parte diz respeito ao estilo de vida que os participantes do estudo apresentam, de acordo com a Escala de Estilos de Vida de Nash cujo instrumento original apresenta um coeficiente Alpha padronizado de Cronbach para os 15 itens da escala de 0,710<sup>3</sup> e no presente estudo, um coeficiente Alpha padronizado de Cronbach de 0,814. Para o tratamento e análise dos dados foi realizada uma matriz de dados através do programa de estatística, Statistical Package for

the Social Sciences (SPSS), versão 25, permitindo a operacionalização e correlação das variáveis, cujo trabalho definitivo datam Janeiro de 2019.-

**RESULTADOS**

As características sociodemográficas e profissionais dos 260 participantes encontram-se na **Tabela 1**.

A maioria dos participantes é do género feminino, a exercer funções num horário maioritariamente rotativo. A idade dos participantes varia entre os 25 e 62 anos, sendo a idade média de 40,4 anos, com desvio padrão de 8,7.

Relativamente à condição física, o índice de massa corporal (IMC) das enfermeiras varia entre os 17,6 e os 37,0. O maior número de enfermeiras encontra-se na classe de IMC saudável, sendo o valor de IMC médio é 23,9. Os enfermeiros apresentam o IMC mínimo de 20,0 e máximo de 31,5, sendo que o IMC médio dos enfermeiros é de 25,8 (pré-obesidade).

Quanto às queixas musculoesqueléticas dos enfermeiros, 65,1% apresentaram sentimento de dor, desconforto e fadiga musculoesquelética em pelo menos um dos segmentos corporais, sendo que a coluna lombar foi a região anatómica mais identificada pelos enfermeiros (**Tabela 2**).

Segundo a escala dos estilos de vida de Nash, (Tabela 3), observamos que relativamente ao item alimentação, a resposta mais frequente é “quase sempre” e a resposta menos elegida foi o “nunca”. Assim sendo, a frequência desta característica é moderada (“quase sempre” e “sempre” em conjunto representam 61,3% das respostas).

Relativamente ao item da atividade física a resposta “às vezes” é a mais frequente, em oposição à resposta “sempre”. Deste modo, a frequência desta característica é baixa (“quase sempre” e “sempre” em conjunto representam 42,6% das respostas). No comportamento preventivo podemos observar que a resposta sempre é a maioritária entre os participantes,

**TABELA 1**  
**CARACTERIZAÇÃO SOCIDEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS**

		N	%
<b>Género:</b>	Masculino	50	19,2
	Feminino	210	80,8
<b>Idades:</b>	[25-35[	87	33,5%
	[35-45[	81	31,1%
	[45-55[	77	29,6%
	[55-62]	15	5,8%
<b>Habilitações:</b>	Bacharelato	2	0,8%
	Licenciatura	179	68,8%
	Mestrado	16	6,2%
	Pós-Graduação Especialidade	17	6,5%
<b>Horário</b>	Diurno	48	18,5%
	Turnos	212	81,5%
<b>Total</b>		260	100,0

**TABELA 2**  
**CARACTERIZAÇÃO DO SENTIMENTO DE DOR, DESCONFORTO E FADIGA MUSCULOESQUELÉTICA NOS DIVERSOS SEGMENTOS ANATÓMICOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES**

SEGMENTO	DOR			
	NÃO		SIM	
	N	%	N	%
<b>Coluna cervical</b>	64	24,6	196	75,4
<b>Ombros</b>	108	41,5	152	58,5
<b>Cotovelos</b>	222	85,4	38	14,6
<b>Punho/ mãos</b>	168	64,6	92	35,4
<b>Coluna dorsal</b>	106	40,8	154	59,2
<b>Coluna lombar</b>	60	23,1	200	76,9
<b>Ancas/ Coxas</b>	184	70,8	76	29,2
<b>Pernas/Joelhos</b>	136	52,3	124	47,7
<b>Tornozelos/Pés</b>	205	78,8	55	21,2

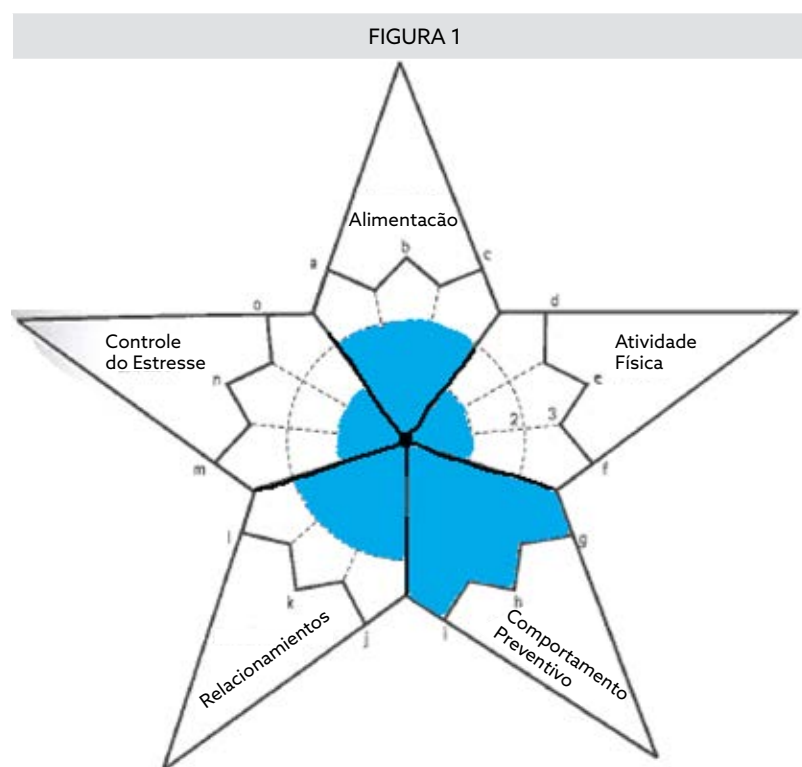
sendo que a frequência desta característica é elevada (“quase sempre” e “sempre” em conjunto representam 81,7% das respostas).

Quanto ao estilo de vida relacionamentos os enfermeiros responderam mais frequentemente “quase sempre” e por último “nunca”. Deste modo, a frequência desta característica é elevada (“quase sempre” e “sempre”

em conjunto representam 72,4% das respostas).

Relativamente ao estilo de vida controlo de stress, pelos profissionais de enfermagem, a resposta “às vezes” é a mais frequente e “nunca” a menos frequente. Assim, a frequência desta característica é baixa (“quase sempre” e “sempre” em conjunto representam 46,8% das respostas).

Por fim, tendo em consideração a totalidade da escala dos estilos de vida podemos constatar que a resposta mais frequente é "sempre" (31,6%) e por último "nunca" (9,9%). (Tabela 3). A Figura 1 representa o perfil dos estilos de vida dos profissionais de enfermagem, no respetivo pentágulo de bem-estar de Nash, sendo que a maioria dos profissionais apresenta um estilo de vida moderado. Deste modo, procura-se aferir se a adoção de estilos de vida saudáveis contribuiu para a diminuição da prevalência de queixas musculoesqueléticas nos enfermeiros (Tabela 4). Relativamente ao estilo de vida "alimentação" com o sentimento de dor, desconforto e fadiga musculoesquelética nos últimos 12 meses, é possível admitir para todos os segmentos corporais que a frequência do estilo de vida alimentação dos enfermeiros que sentiram dor é igual à dos que não sentiram. Deste modo, admite-se que não existe relação entre a frequência da alimentação e o sentimento de dor, desconforto e fadiga musculoesqueléticas para todos os segmentos anatómicos. Quanto ao estilo de vida "atividade física" com o sentimento de dor, desconforto e fadiga musculoesquelética do enfermeiro é possível observar que para os segmentos corporais cotovelos, os punhos/mãos e a coluna dorsal admite-se que a frequência da atividade física dos enfermeiros que sentiram dor é igual à dos que não sentiram, ou seja, admite-se que não existe relação entre a atividade física e o sentimento de dor, desconforto e fadiga musculoesquelética nos últimos 12 meses nos enfermeiros. Relativamente aos restantes segmentos anatómicos, conclui-se que os enfermeiros que sentiram dor, desconforto e fadiga musculoesquelética tiveram menor frequência da atividade física, ou seja, o sentimento de dor está associado a menor frequência da atividade física por parte dos enfermeiros. Seguidamente, o estilo de vida "comportamento preventivo", admi-



**Figura 1:** Pentágulo do bem-estar da amostra dos enfermeiros que exercem nos serviços de internamento de um centro hospitalar da região norte de Portugal.

te-se para todos os segmentos que a frequência do comportamento preventivo dos enfermeiros que sentiram dor é igual à dos que não sentiram, ou seja, não existe relação entre a frequência do comportamento preventivo e o sentimento de dor, desconforto e fadiga musculoesquelética para todos os segmentos anatómicos dos participantes em estudo.

No estilo de vida "relacionamentos" e o sentimento de dor, desconforto e fadiga musculoesquelética dos enfermeiros nos últimos 12 meses é possível observar que para os segmentos anatómicos ombros, punhos/mãos, coluna dorsal e coluna lombar, admite-se que a frequência dos relacionamentos dos enfermeiros que sentiram dor é igual à dos que não sentiram, ou seja, não existe relação entre a frequência dos relacionamentos e o sentimento de dor para estes segmentos. Contudo, nos restantes segmentos corporais, conclui-se que os enfermeiros que sentiram

dor tiveram menor frequência dos relacionamentos, ou seja, o sentimento de dor nestes cinco segmentos está associado a menor frequência dos relacionamentos.

Quanto ao estilo de vida "controlo de stress" e o sentimento de dor, desconforto e fadiga musculoesquelética nos enfermeiros nos últimos 12 meses nos segmentos anatómicos cotovelos e punhos/mãos, admite-se que a frequência do controlo de stress dos enfermeiros que sentiram dor é igual à dos que não sentiram, ou seja, admite-se que não existe relação entre as duas variáveis. Contudo, nos restantes segmentos, conclui-se que os enfermeiros que sentiram dor tiveram menor frequência do controlo de stress, isto é, o sentimento de dor nestes sete segmentos está associado a menor frequência do controlo de stress por parte dos enfermeiros.

Quanto ao total da escala e o sentimento de dor, desconforto e fadiga musculoesquelética nos enfermeiros >



nos últimos 12 meses, nos segmentos anatómicos punhos/mãos e coluna dorsal, admite-se que admite-se que a frequência do total da escala dos enfermeiros que sentiram dor é igual à dos que não sentiram, ou seja, admite-se que não existe relação entre a frequência do total da escala e o sentimento de dor para estes segmentos. Relativamente aos restantes segmentos anatómicos é possível concluir que os enfermeiros que sentiram dor tiveram menor frequência do total da escala, ou seja, o sentimento de dor nestes segmentos está associado a menor frequência do total da escala. **(Tabela 4).** O estilo de vida adotado pelos enfermeiros, nomeadamente no que se refere à atividade física, aos relacionamentos e ao controlo de stress, condiciona significativamente o seu bem-estar musculoesquelético.

### DISCUSSÃO

Este estudo procurou identificar os estilos de vida praticados pelos enfermeiros de um centro hospitalar da região norte de Portugal e relacioná-los com a presença de queixas musculoesqueléticas. A amostra foi constituída pelos enfermeiros que exercem nos diversos serviços de internamento, com experiência profissional igual ou superior a 1 ano, sendo que 65,1% dos participantes apresentam sentimento de dor, desconforto e fadiga musculoesqueléticas nos últimos 12 meses.

Pela análise dos resultados e aplicando o pentáculo do Bem-Estar de Nash à amostra obtida, evidenciam-se indicadores de adoção de comportamentos de estilos de vida saudáveis, principalmente ao nível do comportamento preventivo. Contudo, ao nível da atividade física os enfermeiros da amostra apresentam um comportamento sedentário. Este estilo de vida adotado é parcialmente compensado pela adoção de hábitos alimentares em certa medida saudáveis, o que lhes permite viver sem graves problemas de saúde. Por outro lado, a amostra em estudo evidencia um estilo de vida com altos níveis de stress o que poderá eventualmente condicionar os seus níveis de bem-estar no que se refere aos relacionamentos com a comunidade em que está inserido. Pelo contrário, o convívio com amigos revela-se importante e contribui decisivamente para a adoção de um estilo de vida benéfico para a saúde. Quanto à relação entre o sentimento de dor, fadiga e desconforto musculoesquelético nos respetivos segmentos anatómicos com os estilos de vida adotados, podemos observar que das respostas dos participantes se evidencia que não existe relação significativa entre a qualidade do regime alimentar praticado e qualquer sentimento de dor nas diversas partes do corpo. É de reforçar que a maior parte dos profissionais de enfermagem apresentam um IMC de classe saudável (62,3%). Estudo reali-

zado por Jerónimo, refere que o IMC dos enfermeiros de um centro hospitalar não influencia o aparecimento de queixas ao nível do sistema musculoesquelético.<sup>16</sup>

Os enfermeiros apresentam um comportamento preventivo eficaz durante o seu dia-a-dia, podendo-se verificar que não existe nenhuma relação entre este estilo de vida com o desenvolvimento de patologia musculoesquelética. Santos mencionou que o consumo de substâncias pode conduzir ao aparecimento célere das lesões musculoesqueléticas<sup>17</sup>, o que corrobora o estudo de Jerónimo que refere que os enfermeiros que fumam apresentam sintomatologia superior ao nível do segmento da coluna lombar.<sup>16</sup>

Contudo, podemos observar que as queixas musculoesqueléticas estão relacionadas com menores índices de atividade física praticada. No estudo de Jerónimo e Cruz é referido que os enfermeiros que apresentam um maior número de horas de atividade física, apresentam menor sintomatologia musculoesquelética.<sup>18</sup> Alguns sentimentos de dor têm ainda correlação com o tipo de relacionamentos desenvolvidos com a comunidade envolvente: a um maior nível de interação com a comunidade corresponderá uma diminuição das queixas musculoesqueléticas. Existe ainda relação entre o controlo de stress e alguns sentimentos de dor nos últimos doze meses: os enfermeiros que conseguem ter um

TABELA 3

### CARATERIZAÇÃO DAS RESPOSTAS: ESTILOS DE VIDA

ITENS	NUNCA		ÀS VEZES		QUASE SEMPRE		SEMPRE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alimentação	52	6.7	238	30.5	294	37.7	196	25.1
Atividade física	171	21.9	277	35.5	167	21.4	165	21.2
Comportamento preventivo	57	7.3	86	11.0	154	19.7	483	61.9
Relacionamentos	28	3.6	187	24.0	295	37.8	270	34.6
Controlo de stress	77	9.9	338	43.3	247	31.7	118	15.1
<b>Total Escala</b>	<b>385</b>	<b>9.9</b>	<b>1126</b>	<b>28.9</b>	<b>1157</b>	<b>29.7</b>	<b>1232</b>	<b>31.6</b>

TABELA 4

## ESTILOS DE VIDA E O SENTIMENTO DE DOR, DESCONFORTO E FADIGA MUSCULOESQUELÉTICA NOS ENFERMEIROS NOS ÚLTIMOS 12 MESES

Segmento	ALIMENTAÇÃO		ATIVIDADE FÍSICA		COMPORTAMENTO PREVENTIVO		RELACIONAMENTOS		CONTROLO DE STRESS	
	U	P	U	P	U	P	U	P	U	P
Coluna cervical	75822.0	0.742	80794.0	0.026	76162.5	0.614	80487.0	0.031	83463.0	0.001
Ombros	124821.0	0.564	134926.0	0.005	130378.0	0.152	126636.0	0.969	133323.5	0.020
Cotovelos	260843.0	0.715	261208.0	0.596	262571.5	0.195	263945.0	0.065	258864.0	0.563
Punho/Mãos	195666.0	0.688	195540.0	0.660	198053.0	0.635	197640.5	0.770	200041.0	0.253
Coluna dorsal	120109.0	0.166	127052.0	0.334	121745.5	0.364	120870.0	0.257	134267.0	0.001
Coluna lombar	67803.0	0.323	74866.0	0.073	70331.5	0.986	73459.0	0.205	80610.0	<0.001
Ancas/Coxas	211087.0	0.100	220964.0	0.049	213057.5	0.314	222752.0	0.008	223870.5	0.002
Pernas/Joelhos	163803.0	0.133	167140.0	0.010	159646.5	0.906	168992.0	0.001	166144.5	0.021
Tornozelos/Pés	242902.5	0.261	248618.0	0.001	239271.5	0.691	249068.5	< 0.001	245747.5	0.021

Nota: p = nível de significância (0,10%); U= Teste Wilcoxon-Mann-Whitney

maior controlo dos fatores de stress apresentam menos queixas. Os níveis de stress entre os profissionais de enfermagem são dos assuntos mais subestimados e mais impactantes que esta classe enfrenta, quer durante a atividade de trabalho, quer na sua vida pessoal, podendo ter repercussões ao nível da saúde dos mesmos.<sup>13</sup> Num estudo realizado aos enfermeiros que participaram no programa "Healthy Nurse Healthy Nation" é referido que o stress no local de trabalho é o risco mais frequente para a segurança dos mesmos.<sup>19</sup> No presente estudo podemos verificar que a maioria das queixas e do desconforto musculoesquelético que os enfermeiros apresentam devem-se aos comportamentos de estilos de vida menos saudáveis que estes apresentam, principalmente ao nível do exercício físico, relacionamentos e controlo de stress. Deste modo, seria favorável a implementação de um programa dirigido aos enfermeiros para que estes adotem estilos de vida mais saudáveis, através da realização

de exercício físico que poderia melhorar os relacionamentos por parte dos enfermeiros, bem como a redução dos níveis de stress que estes profissionais apresentam, tal como a ANA desafiou os enfermeiros e onde obteve resultados favoráveis.<sup>13,19</sup> É exatamente na conceção, implementação, avaliação e reformulação deste tipo de programas, que é essencial o contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Como limitações deste estudo, apontamos o facto de apenas ter sido realizado num centro hospitalar, bem como, a opção por uma técnica de amostragem não probabilística, o que poderá ter determinado o perfil dos participantes. Além do mais, existem poucos estudos que abordem a importância dos estilos de vida no bem-estar musculoesquelético nos enfermeiros.

### CONCLUSÕES

Os estilos de vida dos enfermeiros influenciam o aparecimento de

queixas musculoesqueléticas, sendo fundamental consciencializá-los de forma a promover a sua qualidade de vida. Os estilos de vida que mais relações tiveram com a dor são os mesmos que os profissionais de enfermagem apresentam como menos presente na sua atividade diária, mais precisamente, o exercício físico, os relacionamentos e o controlo de stress. Deste modo, é importante que sejam implementados programas que sensibilizem os enfermeiros a melhorar o seu estilo de vida de forma a prevenir consequências ao nível do sistema musculoesquelético.

Com estes resultados podemos afirmar que as instituições que decidam ter programas de atividade física em meio laboral, estão a promover estilos de vida saudáveis para os enfermeiros, mas também alertar os enfermeiros de reabilitação para o desenvolvimento de atividade física regular nos serviços onde exercem atividade. ▴



## Referências

- Nash, Markus Vinicius. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 6ª edição. Londres: Copyright, 2013, 335p.
- Malta D, Andrade S, Stopa S, Pereira C, Szwarcwald C, Júnior J, Reias A. Estilos de vida da população brasileira: resultados da pesquisa nacional de saúde, 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet] 2015 abril-junho; 24(2): 217-26. [citado 2019 julho 27]; [10 páginas]. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/ress/2015.v24n2/217-226/pt>
- Hernandez J, Neto F, Oliveira T, Rodrigues A, Neto C, Voser R. Validação de Constructo do Instrumento perfil do estilo de vida individual. Arquivos em Movimentos: Revista eletrônica da Escala de educação física e desportos-UFRJ, Rio de Janeiro [Internet] 2007 janeiro – junho; 3(1). [citado a 2019 julho 23]; [15 páginas]. Disponível em: <file:///C:/Users/PC/Downloads/9085-18045-1-PB.pdf>
- Dgs.pt [sede Web], Alimentação Saudável; 2019 [citado 2019 julho 26]. Disponível em <http://www.dgs.pt/biblioteca/saude-e-doenca-alimentacao-saudavel/>
- Franchi K, Junior R. Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. *An Revista Brasileira em Promoção da Saúde* [Internet]. 2005, 18(3): 152-56. [citado 2019 julho 23]; [5 páginas]. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/928/2103>
- Hobbs B, Wightman L. Fatigue and critical care nurses: Considerations for safety health, and practice. *Nursing 2018 Critical Care* [Internet] 2018 Janeiro; 13 (1): 6-13. [citado a 2019 julho 23]; [8 páginas]. Disponível em: [file:///C:/Users/PC/Downloads/Fatigue\\_and\\_critical\\_care\\_nurses\\_Considerations.2.pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/Fatigue_and_critical_care_nurses_Considerations.2.pdf)
- Attarchi M, Raeisi S, Namvar M, Golabadi M. Association between shift working and musculoskeletal symptoms among nursing. *An Iran Journal of Nursing and Midwifery Research* [Internet]. 2014 maio-junho; 19(3): 309-14. [citado 2018 agosto 13]; [6 páginas]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4061634/>
- Nahas M, Barros M, Francalacci V. O Pentáculo do Bem-Estar- Base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Na Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde* [Internet] 2000; 5(2): 48-59. [citado 2019 julho 23]; [12 páginas]. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/1002/1156>
- Barroso M, Oliveira G, Carvalho A, Batista H, Silveira G. Estresse e o uso de álcool em enfermeiros que trabalham na urgência e emergência. *An Caderno de Cultura e Ciência* [Internet] 2015 Março; 13(2): 60-75. [citado 2019 de julho 23]; [16 páginas]. Disponível em: <http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/845/0>
- Carpenter H, Dawson M. Keeping nurses healthy, safe, and well. *American Nurse Today* [Internet]. 2015 setembro; 10(9):6-8. [citado 2017 novembro 26]; [3 páginas]. Disponível em <https://www.americannursestoday.com/wp-content/uploads/2015/09/Special-Report-Workforce-Keeping.pdf>
- Ordemenfermeiros.pt [sede Web]. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação: Regulamento nº350/2015. D.R. 2ª série. Nº 119 (2015-06-22), [citado em 2019 julho 24]. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao\\_DRJun2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf)
- Vitor J, Lopes M, Ximenes B. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Artigo Original. *Revista Acta Paul Enfermagem* [Internet], 2005; 8(3):235-40. [citado 2005 fevereiro 15]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>
- Nursingworld.org, American Nurse Association [sede Web]. Healthy Nurse, Healthy Nation. 2017. Disponível em: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/healthy-nurse-healthy-nation/>
- Oliveira, J. Relatório e contas 2017. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro [Internet]. 2017 [citado 2018 agosto 28]; [242 páginas]. Disponível em: [http://chtmad.com/docs\\_internos/relatorio\\_contas\\_2017.pdf](http://chtmad.com/docs_internos/relatorio_contas_2017.pdf)
- Mesquita C, Ribeiro J, Moreira P. Portuguese version of standardized Nordic Musculoskeletal questionnaire: Cross cultural and reliability. *An Editorial Manager for journal of Public Health* [Internet] 2010. [citado 2019 julho 23]; [19 páginas]. Disponível em: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00524120/document>
- Jerónimo J. Estudo da prevalência e fatores de risco de lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros. [dissertação de mestrado em Internet]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2013. [acesso 29 de julho 2019]. Disponível em: [https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repositorio&target=list&id\\_type%255B%255D=8&academic\\_programs%255B%255D=8](https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repositorio&target=list&id_type%255B%255D=8&academic_programs%255B%255D=8)
- Santos J. Desenvolvimento de um guião de selecção de métodos para análise do risco de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT). [dissertação de mestrado em Internet]. Braga: Universidade do Minho; 2009. [acesso 29 de julho 2019]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10706/1/TESE%20JOSE%20SANTOS%202009.pdf>
- Jerónimo J, Cruz A. Estudo da prevalência e factores de risco de lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem* [Internet]. 2014 novembro. [citado 2019 julho 23]; [12 páginas]. Disponível em: <https://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-investigacao-enfermagem/rie-serie-2/703-rie-9-novembro-2014>
- American Nurse Association. Healthy Nurse, Healthy Nation: leading the way to better health. *An American Nurse Today* [Internet]. 2018 Novembro; 13(2):1-12. [citado 2018 novembro 9]; [12 páginas]. Disponível em: <https://www.nursingworld.org/~4ab629/globalassets/docs/ana/practice/hnhn17-18highlights.pdf>

# Int-So Project

**FROM WORK CONTEXTS TO OCCUPATIONAL HEALTH OF NURSING PROFESSIONALS:  
A COMPARATIVE STUDY BETWEEN PORTUGAL, BRAZIL AND SPAIN**

## **MAIN GOAL**

To deepen knowledge about the dimensions of the work contexts of nursing professionals, health and well-being, namely regarding the identification of stress levels, burnout, presentism, job satisfaction, engagement and resilience and their interconnection.



Universidad de Oviedo  
*Universidá d'Uviéu*  
University of Oviedo



**LEARN MORE ABOUT THE INT-SO PROJECT:**

<https://bit.ly/2Cz75kS>

**PROJECT LEADER**

**Elisabete Borges** RN, PhD.  
elisabete@esenf.pt



**ISABEL NOGUEIRA**

**Enfermeira**, Mestre. Associação Cultural e Recreativa de Travassós (ERPI), Fafe, Portugal; Enfermeira.

✉ isabel\_nogueira11@hotmail.com

**NILZA NOGUEIRA**

**Professora Adjunta**, Doutor. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde - FMUP, Porto Portugal.

**FÁTIMA ARAÚJO**

**Professora Adjunta**, Doutor. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.

# IMPACTE DE UM PROGRAMA DE EXERCÍCIO FÍSICO NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Impact of a physical exercise program on the functional capacity of the institutionalized elderly

## Abstract

**Introduction:** Preventive, promotion and rehabilitation actions such as physical exercise have been able to improve the functional capacity of the institutionalized elderly.

**Aims:** To evaluate the impact of a physical exercise program on the functional capacity of institutionalized elderly.

**Method:** Quantitative study with a quasi-experimental design, without control group, with pre and post intervention evaluation, in a convenience sample of 23 elderly. The instrument for data collection was the form with outcome and independent variables. The study was approved by the Ethics Committee of the Escola Superior de Enfermagem do Porto.

**Results:** The majority are female (60.9%), with a mean age of 82.4 years and a high prevalence of cerebrovascular disease (91.3%).  $\frac{3}{4}$  of the sample (74%) is polymedicated. The occurrence of falls in the last 12 months was low (13%). There was a significant improvement in joint amplitude and muscular strength in all movements and joints of the upper and lower limbs. Palmar grip strength improved in both hands. A better performance was observed in the implementation of POMA I, and the number of risk-free elderly people with a high risk of falls increased. The repercussion of improvements in self-care capacity was not effective in some domains, although the mean scores obtained showed a slight improvement trend. Of the psychosocial effects, most participants (60.9%) agreed that they improved health and mood.

**Conclusions:** The physical exercise program implemented to institutionalized elderly, without cognitive deficit, improved the functional and psychosocial capacity.

**KEYWORDS:** FUNCTIONAL CAPACITY, PHYSICAL EXERCISE, ELDERLY, INSTITUTIONALIZATION.

## INTRODUÇÃO

**E**m Portugal, no ano de 2015, 20,5% da população tinha mais de 65 anos de idade<sup>1</sup> sendo que até 2050 seja expectável um aumento para 40,4% para esse grupo etário<sup>2</sup>. A par do envelhecimento, verifica-se também um aumento do número de idosos institucionalizados<sup>3</sup>. Em 2014 eram mais de 89.000 os idosos institucionalizados em Portugal<sup>1</sup>. A institucionalização amplia os efeitos deletérios do envelhecimento, levando os idosos à inatividade e conseqüentemente, a maiores limitações funcionais<sup>4</sup>. A implementação de ações preventivas, de promoção e de reabilitação capazes de contribuir para a melhoria da capacidade funcional<sup>5</sup> possibilita que as Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) possam oferecer um ambiente seguro, de modo a garantir a manutenção da autonomia e a promoção do envelhecimento ativo<sup>6</sup>. Neste sentido, a prática de exercício físico, em ERPI, está associada a benefícios psicológicos e fisiológicos<sup>7,8,9</sup>. A intervenção do enfermeiro de reabilitação nas ERPI pode concorrer para a mudança desta tendência nociva, através da identificação das necessidades da pessoa idosa (de acordo com a sua funcionalidade) monitorização e avaliação de planos de reabilitação diferenciados, capazes de promover ações preventivas, manter a capacidade funcional e prevenir complicações<sup>10</sup>.

## OBJETIVOS

Atendendo à problemática em estudo, foram definidos os seguintes objetivos:

- Avaliar o impacto do programa de exercício físico na amplitude articular, na força muscular, na força de preensão palmar, no equilíbrio, no risco de queda e na

capacidade para o autocuidado de idosos institucionalizados;

- Avaliar os efeitos psicossociais percebidos pelos idosos institucionalizados relativamente à participação no programa de exercício físico.

## MÉTODOS

Delineou-se um estudo de natureza quantitativa com desenho de investigação quase-experimental sem grupo de controlo com avaliação pré e pós-intervenção. A pré-avaliação corresponde à avaliação inicial (T0), enquanto a pós-avaliação consiste na avaliação realizada imediatamente após a participação no programa de exercício físico (TF).

A população foi constituída pelos idosos, de ambos os sexos, residentes numa ERPI na região do norte de Portugal. O método de amostra foi não probabilística recorrendo-se a uma amostra de conveniência, selecionada com base nos critérios de inclusão (ter idade igual ou superior a 65 anos, aceitar participar no estudo e não apresentar défice cognitivo) e critérios de exclusão (apresentar compromisso cognitivo e ter participado num programa de exercício físico para idosos no último ano). Os idosos que cumpriram os critérios previamente definidos foram submetidos posteriormente a uma consulta médica para identificar possíveis contraindicações. Nenhum idoso foi eliminado por este critério. A amostra foi constituída por um total de 23 idosos.

Face à tipologia de estudo, foram elaborados dois formulários, um para aplicar na avaliação inicial e outro na avaliação final. O formulário de avaliação inicial é composto por nove partes: A caracterização da amostra através das variáveis independentes (sexo, idade, anal-

fabetismo/escolaridade, suporte familiar, tempo de institucionalização, antecedentes pessoais, número de medicamentos diários, uso de auxiliar de marcha, número de quedas no último ano, lesão resultante da queda (caso se aplique), local da ocorrência da última queda (caso se aplique) e participação anterior num programa de exercício físico); a avaliação da cognição pelo Mini Cog<sup>11</sup> e a avaliação de um conjunto de variáveis resultado como a amplitude articular através da goniometria, a força muscular pelo Medical Research Council, a força de preensão palmar através da Dinometria Hidráulica Manual, o equilíbrio segundo a versão portuguesa do POMA I<sup>12</sup>, o risco de queda pela Escala do Risco de Queda de Morse<sup>13</sup> e a capacidade para o autocuidado segundo o Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado<sup>14</sup>. O formulário de avaliação final é constituído por sete partes: as seis primeiras partes contemplam a avaliação das variáveis resultado (para futura comparação de resultados), e a última parte consiste num conjunto de questões para perceber que efeitos psicossociais foram percebidos pelos idosos após terem participado no programa de exercício físico. O programa de intervenção foi composto por um conjunto de atividades físicas planeadas, estruturadas e repetitivas com o objetivo de melhorar ou manter a capacidade física dos idosos. Antes do programa, os idosos foram submetidos a uma avaliação e cálculo da resistência máxima para que o treino de força muscular fosse individualizado. Fizeram parte do programa componentes como a força muscular, o equilíbrio e a flexibilidade, dado que influenciam diretamente o desempenho nas atividades de vida diária<sup>7,8,15,16,17</sup>. Na opinião dos mesmos autores, a combinação >

destes parâmetros num programa de exercício físico para idosos é capaz de provocar uma adaptação fisiológica, particularmente na melhoria da capacidade funcional e da qualidade de vida. Mediante os objetivos definidos, foi estipulado que teria uma frequência de três vezes por semana, ao longo de 12 semanas, com uma duração de 60 minutos cada sessão. Conforme se ilustra no **quadro 1**, cada sessão foi dividida em três fases sequenciais, o aquecimento, a fundamental e o retorno à calma<sup>15,18</sup>.

De forma a cumprir com os aspetos éticos, o estudo foi submetido à Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto, tendo-se obtido parecer favorável. Solicitou-se também a autorização para a realização do estudo, nesse contexto, à Diretora da ERPI, tendo-se obtido também resposta favorável. Foi pedida autorização aos autores dos instrumentos incorporados no formulário, sendo que todos responderam favoravelmente através de e-mail e a todos os participantes foi pedido o consentimento informado que depois de ter obtido autorização, foi assinado em duplicado. Após a colheita de dados, procedemos ao tratamento e análise dos mesmos. Para testar a diferença nos scores globais de cada variável resultado entre a avaliação inicial e avaliação final utilizou-se a prova de *Wilcoxon*. No presente estudo consideraram-se valores de  $p < 0.05$  como estatisticamente significativos<sup>19</sup>.

## RESULTADOS

Os resultados espelham uma amostra maioritariamente feminina (60.9%), com uma média de idade de 82.4 ( $\pm$  7.76) anos. A maioria dos idosos (60.9%) sabe ler e escrever, apesar da elevada representatividade de participantes a referirem não possuírem nenhum nível de escolaridade (43.5%). No que concerne ao suporte familiar,

a maioria dos participantes (52.5%) expressa que o suporte familiar é ausente e mais de metade da amostra (56.5%) está institucionalizada há um ou mais anos. No que se reporta aos antecedentes pessoais, os resultados traduzem a coexistência de vários problemas de saúde, sendo os mais prevalentes a doença cerebrovascular (91.3%), a doença osteoarticular (73.9%) e a osteoporose (60.9%). A esmagadora maioria dos participantes (74%) está polimedicado, com pelo menos quatro medicamentos. A maior parte dos idosos usa dispositivo auxiliar de marcha (56.5%), sendo a bengala e o andador (26.1%) os mais usados. Quanto à ocorrência de quedas, apenas três idosos (13%) caíram nos últimos 12 meses e todos os episódios tiveram como cenário o quarto. Da análise da pontuação do Mini Cog (critério de inclusão), verificou-se que os 23 participantes obtiveram pontuação 1 e 2, apresentando por isso resultados indicativos de "negativo para défice cognitivo".

No sentido de avaliar o impacto da intervenção ao nível da amplitude articular dos membros superiores inferiores, analisaram-se os scores médios obtidos na avaliação antes e após a implementação do programa de exercício físico. Assim, evidenciou-se a existência de diferenças significativas ( $p < 0.05$ ) entre os dois momentos de avaliação, nas amplitudes de todos os movimentos em todas as articulações, dos MS's, que se traduziram numa melhoria. Por outro lado, em todas as amplitudes de todos os movimentos articulares nos MI's, os valores são expressivos de diferenças significativas ( $p < 0.01$ ), indicativos de melhoria, com a exceção da flexão dorsal do tornozelo direito ( $Z = -1.682$ ;  $p = 0.093$ ).

Verificou-se também a existência de diferenças significativas ( $p < 0.05$ ) na força muscular para todos os movimentos de todas as articulações do MSD e no MSE à

exceção da flexão dorsal do punho esquerdo, cuja melhoria não foi significativa ( $Z = -1.897$ ;  $p = 0.058$ ). Por outro lado, evidenciou-se a existência de diferenças significativas ( $p < 0.05$ ), na força muscular em todos os movimentos de todas as articulações dos MI's.

Os resultados da força de preensão palmar das duas mãos, avaliada através do dinamómetro manual *Jamar*, evidenciaram melhoria significativa entre o primeiro e o segundo momento de avaliação ( $Z = -3.455$ ;  $p = 0.001$  e  $Z = -3.461$ ;  $p = 0.001$ , respetivamente na mão esquerda e direita).

Tendo por base a pontuação média obtida na Escala de Morse, os resultados não evidenciaram diferenças significativas entre o momento inicial e final ( $Z = -0.577$ ;  $p = 0.564$ ). Constatou-se um aumento ligeiro do número de idosos na categoria de "sem risco" e com "alto risco" de queda e, inversamente verificou-se uma redução do número de idosos com "baixo risco" de queda.

Quanto ao equilíbrio, com base no score total, os resultados foram indicativos de diferença significativa no equilíbrio total ( $Z = -3.357$ ;  $p = 0.001$ ), tendo-se verificado uma melhoria após a intervenção (score médio=15.6; DP=8.16) comparativamente ao score médio antes do programa (13.9; DP=7.49).

No que concerne à capacidade para o autocuidado, no domínio "Alimentar-se", no item "Abre os recipientes", verifica-se uma diferença significativa ( $Z = -2.000$ ;  $p = 0.046$ ), tal como no "Arranjar-se" onde no item "Aplica o desodorizante" e "Mantém a higiene oral" os resultados expressaram melhorias após o término do programa de exercício físico com significado estatístico ( $Z = -2.646$ ;  $p = 0.008$ ). No domínio "Vestir-se/Despir-se", no final do programa os idosos apresentaram melhorias significativas na realização das atividades "Veste as roupas na parte inferior do cor-

QUADRO 1

## FASES DO PROGRAMA DE EXERCÍCIO FÍSICO E OS SEUS PARÂMETROS DE IMPLEMENTAÇÃO

	FASES		
<b>Parâmetros do programa</b>	<b>1. Aquecimento</b> Aumenta a FC e DC, a pressão sanguínea, a FR, a temperatura dos músculos e os impulsos nervosos e reduz a rigidez articular	<b>2. Fundamental</b> Melhora a capacidade funcional através da incorporação de exercícios direcionados para a melhoria das componentes funcionais	<b>3. Retorno à calma</b> Reestabelece os valores da FC e FR, promove o retorno da homeostasia e diminui a dor muscular.
<b>Duração</b>	10 Minutos	40 Minutos	10 Minutos
<b>Intensidade</b>	Sem intensidade	50% da resistência máxima para os membros superiores e inferiores nas primeiras seis semanas e 70% nas restantes seis semanas	Até atingir ponto de desconforto
<b>Volume</b>	2 Séries de 10 repetições	3 Séries de 8 repetições	2 Repetições de 20 segundos cada alongamento
<b>Intervalo de repouso entre cada série</b>	1 Minuto	1 Minuto	20 Segundos
<b>Exercícios</b>	Marcha alternada Cruzar e afastar os membros superiores ao nível do peito Circundação alternada dos ombros Alongamento da região lombar	Lateralização pescoço Flexão/Extensão pescoço Lateralização do tronco Abdução/Adução dos ombros Flexão/Extensão dos ombros Flexão/Extensão do cotovelo Flexão palmar/Flexão dorsal do punho Desvio radial/desvio cubital Extensão e flexão coxo-femural Abdução/Adução coxo-femural Flexão/Extensão do joelho Dorsiflexão e Flexão plantar do tornozelo Levantar e sentar sem utilizar as mãos	Alongamento dos membros superiores Alongamento da região dorsal Alongamento do tríceps sural

po" ( $Z=-2.271$ ;  $p=0.023$ ), "Abotoa as roupas" ( $Z=3.317$ ;  $p=0.001$ ), "Usa os cordões para amarrar" ( $Z=0.3317$ ;  $p=0.001$ ) e "Calça as meias" ( $Z=-2.070$ ;  $p=0.038$ ). Por fim, no domínio "Tomar banho", nos itens "Abre a torneira" e "Lava o corpo", a diferença obtida traduziu melhoria com significado estatístico ( $Z=-2.828$ ;  $p=0.005$  e  $Z=-2.449$ ;  $p=0.014$ ). Todos os outros itens do autocuidado não assumiram significância estatística, embora os resultados tivessem uma tendência para melhoria. De todos os efeitos psicossociais percebidos pelos idosos na prática de exercício físico, os mais

mencionados são os que se relacionam com o bem-estar subjetivo. A maioria dos participantes (60.9%) concorda totalmente que melhorou a saúde e o humor, que reduziu a ansiedade e melhorou a qualidade do sono (56.5%). Dos efeitos nas variáveis psicológicas, os participantes identificaram também contributos favoráveis no âmbito da vida social. Na realidade a esmagadora maioria (82.6%) considera que o programa fomentou o desempenho de novos papéis, estimulando a socialização e 78.2% dos idosos relaciona a sua participação no programa de exercício físico

com o sentir-se mais satisfeito e produtivo.

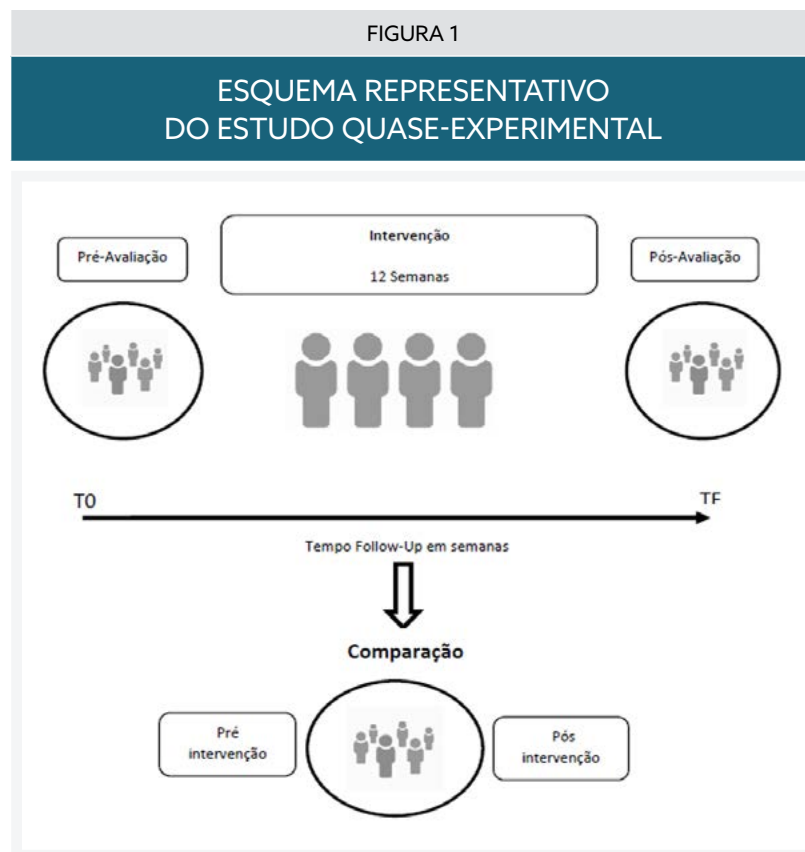
### DISCUSSÃO

A melhoria na amplitude articular e força muscular de todas as articulações dos membros superiores e inferiores, pode estar associado ao treino de resistência<sup>20</sup> e à introdução de exercícios de alongamento<sup>8,9,21</sup>. Também na força de preensão palmar o treino de resistência foi fulcral<sup>20,22</sup>. Relativamente ao equilíbrio, os idosos exibiram classificações da POMA I indicativos de equilíbrio significativamente



melhor devido ao aumento de força muscular nos membros inferiores<sup>17, 23</sup> e à adoção de posturas corretivas baseadas na reorganização postural, onde se recupera o comprimento e a flexibilidade muscular<sup>9, 25</sup>. Quanto ao risco de queda, apesar do ligeiro aumento no número de idosos "sem risco de queda", constatou-se uma diminuição daqueles que obtiveram score global no momento final indicativo de "baixo risco de queda", concomitantemente com um aumento dos que espelham um "alto risco de queda". Este resultado pode ser explicado pela alteração no parâmetro "apoio para a deambulação" na Escala de Avaliação do Risco de Queda de Morse, que consequentemente modifica o score total. Este resultado remete para a discussão sobre a pertinência da utilização deste instrumento para avaliar o risco de queda em alguns contextos, nomeadamente em ERPI.

Relativamente aos resultados dos diferentes domínios do autocuidado, constatou-se que para todas as atividades que concretizam o domínio do autocuidado andar, apesar de terem uma tendência de melhoria, as diferenças não foram significativas. Este resultado pode ser explicado pelo medo de cair que também se manifesta no andar, sendo uma limitação no nosso estudo, uma vez que não foi feita a avaliação/monitorização desta variável. No entanto, do ponto de vista clínico, os resultados refletem uma melhoria, traduzida no aumento do número de idosos completamente independentes para andar, que pode estar relacionado com os ganhos a nível fisiológico, como a força muscular, amplitude articular e equilíbrio corporal<sup>24, 25</sup>. Nos domínios do autocuidado transferir-se, virar-se, elevar-se e uso do sanitário, não foram observadas diferenças com significado estatístico. No entanto, constatou-se um aumento do número de idosos independentes e uma redução



do número de idosos dependentes de pessoa. O aumento dos níveis de força muscular dos membros inferiores e superiores, da amplitude articular e do equilíbrio podem ter contribuído para esta melhoria<sup>26</sup>. Nos domínios do autocuidado alimentar-se e arranjar-se, aumentou o número de participantes independentes e reduziu o número de idosos dependentes de pessoa. Este resultado pode ser explicado pela melhoria da força de preensão palmar<sup>27</sup> e da força muscular nos membros superiores<sup>16, 26</sup>. Também no domínio vestir-se/despir-se e tomar banho, aumentaram o número de idosos independentes, podendo esta melhoria ser atribuída ao aumento de força muscular<sup>16, 25, 28</sup>, da força de preensão palmar<sup>29</sup>, da amplitude articular dos membros superiores e inferiores<sup>30</sup>, e do equilíbrio estático e dinâmico<sup>8, 31</sup>. Por fim, no que concerne à preparação e à toma da medicação, não foram obtidas diferenças signifi-

cativas entre a avaliação inicial e final, por serem os enfermeiros da instituição os responsáveis pela preparação e administração da medicação.

Relativamente aos efeitos psicossociais percebidos pelos idosos, concluiu-se que a grande maioria concorda totalmente que a participação no programa de exercício físico melhorou o humor e a saúde, beneficiando as componentes afetivas e psicológicas<sup>32</sup>. Por outro lado, o facto de se manterem fisicamente ativos permite uma melhor função cognitiva e qualidade do sono<sup>26, 33</sup>, contribuindo para a diminuição de ansiedade<sup>15</sup>. Estes resultados podem explicar a taxa de adesão de 100% ao programa de exercício físico<sup>16</sup>.

A natureza do estudo (quase experimental sem grupo controlo) e a utilização de uma amostra de conveniência comprometeram a validade externa, pelo que os resultados não podem ser extrapolados

para a população idosa institucionalizada. O reduzido tamanho amostral pode também ter influenciado a significância para algumas variáveis *outcome*. Quanto à duração do programa, deveria ter sido maior, concretamente seis meses, de forma que os resultados fossem representativos de ganhos clínicos, essencialmente na capacidade para o autocuidado. Por outro lado, apontamos como uma limitação a não validação do Instrumento Mini Cog.

### CONCLUSÕES

Face à realidade indiscutível do aumento da esperança média de vida, torna-se importante garantir aos idosos um envelhecimento bem-sucedido, aliado ao conceito de

bem-estar<sup>34</sup>. Embora seja reconhecido que as ERPI devam promover um ambiente favorecedor de um envelhecimento ativo, garantindo a manutenção da autonomia, a verdade é que um dos seus principais problemas é a ausência de programas que estimulem a atividade física dos idosos e otimizem a sua capacidade para o AC. A enfermagem de reabilitação tem um papel fundamental na promoção da saúde dos idosos, proporcionando uma assistência e resposta integral às necessidades dos mesmos<sup>4</sup>. Para além disso, deve ser capaz de fomentar a autonomia da pessoa idosa, através da implementação de intervenções de enfermagem que têm como objetivo o aumento da capacitação do idoso<sup>35</sup>, tais como os programas de exercício físico<sup>15</sup>.

De um modo geral, esta investigação aponta que a prática de exercício físico melhora a capacidade funcional dos idosos institucionalizados, sem défice cognitivo, particularmente no que se reporta a focos no âmbito dos processos corporais.

Para estudos posteriores, apontamos a integração de mais exercícios direcionados para a estimulação vestibular, uma vez que é um dos principais fatores de perda de estabilidade em idosos, que leva ao comprometimento do equilíbrio. No percurso investigativo seria desejável a realização de estudos de natureza longitudinal prospetivos, com grupo de controle com representatividade amostral. Por fim, seria de extrema relevância a validação do instrumento Mini Cog. ▀



## Referências

- Pordata. Retrato de Portugal. Edição 2016. Lisboa, 2016.
- Direção Geral Da Saúde (DGS). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Ministério da Saúde, 2004.
- Soares, A, Amorim, M. Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2015(2):45-51.
- Lobo, A. Relação entre aptidão física, atividade física e estabilidade postural. Revista de Enfermagem Referência. 2012; 7(3): 123-30.
- Fernandes, A, Ferreira, J, Stolt, L, Brito, G, Clementino, A, Sousa, N. Efeitos da prática de exercício físico sobre o desempenho da marcha e da mobilidade funcional em idosos. Fisioterapia Movimento. 2012;25(4):821-30.
- Gomes, E, Marques, A, Leal, M, Barros, B. Fatores associados ao risco de queda em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. Ciência e Saúde Coletiva. 2014; 19(8):3543-51.
- Breet, L, Traynor, V, Stapley, P. Effects of physical exercise on health and well-being of individuals living with a dementia in nursing homes: a systematic review. J Am Med Dir Assoc. 2015.
- Leitão, L, Brito, J, Leitão, A, Pereira, A, Conceição, A, Silva, A, Louro, H. Retenção da capacidade funcional em mulheres idosas após a cessação de um programa de treino multicomponente: estudo longitudinal de 3 anos. Revista Motricidade. 2015;11(3):81-91.
- Sales, A, Cordeiro, N. Envelhecer Saudável e Ativo. Lisboa: Edições Lidel; 2012. 104p.
- Ordem Dos Enfermeiros (OE). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, 2011.
- Borson, S, Scanlan, J, Watanabe, J, Tu, S, Lessig, M. Improving identification of cognitive impairment in primary care. Int J Geriatr Psychiatry. 2006; 21:349-55.
- Petiz, E. Actividade física, equilíbrio e quedas. Um estudo em idosos institucionalizados. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade do Porto, 2002. Tese de Mestrado.
- Morse, J.M. Preventing patients falls: Establishing a fall intervention program. 2ª Ed. Nova Iorque: Springer; 2009. 169p.
- Pereira, S. Formulário de avaliação da dependência no autocuidado Versão reduzida. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. Tese de Mestrado.
- American College Of Sports Medicine (ACSM). Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. Medicine & Science in Sports & Exercise. 2011:1334-59.
- Claros, J, Cruz, M, Beltrán, Y. Efectos del ejercicio físico en la condición física funcional y la estabilidad en adultos mayores. Revista Hacia la Promoción de la Salud. 2012;17(2):79-90.
- Preto, L, Gomes, J, Novo, A, Mendes, M, Molina, J. Efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação na aptidão funcional de idosos institucionalizados. Revista Enfermagem de Referência. 2016; 8(5):55-63.
- Tiedemann, A, Sherrington, C. The role of exercise for fall prevention in older age. Revista Motriz. 2013; 19(3):541-47.
- Marôco, J. Análises estatística com SPSS Statistics. 6ª Ed. Report Number Editora; 2014. 1013p.
- Guedes, J, Bortoluzzi, M, Matte, L, Andrade, C, Zulpo, N, Sebben, V, Filho, H. Efeitos do treinamento combinado sobre a força, resistência e potência aeróbica em idosas. Revista Brasileira de Medicina Esporte. 2016; 22(6):480-84.
- American College Of Sports Medicine (ACSM) - testing and prescription. 7ª Ed. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. 480p.
- Costa, E, Filho, P, Moura, M, Sousa, T, Lemos, A, Pedrosa, M. Efeitos de um programa de exercícios em grupo sobre a força de preensão manual em idosas com baixa massa óssea. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2012; 56(5):313-18.
- Albino, I, Freitas, C, Teixeira, A, Gonçalves, A, Santos, A, Bós, A. Influência do treinamento de força muscular e de flexibilidade articular sobre equilíbrio corporal em idosos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2012; 15(1):17-25.
- Chou, C, Hwang, C, Wu, Y. Effect of exercise on physical function, daily living activity and quality of life in the frail older adults: a meta analysis. Arch Phys Med Rehabil. 2012; 93:237-44.
- Roma, M, Busse, A, Betoni, R, Melo, A, Kong, J, Santarem, J, Filho, W. Effects of resistance training and aerobic exercise in elderly people concerning physical fitness and ability: a prospective clinical trial. Einstein. 2013; 11(2):153-57.
- Cordeiro, J, Castillo, B, Freitas, C, Gonçalves, M. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2014; 17(3):541-52.
- Chan, J, Thalamathu, A, Oldmeadow, C, Armstrong, N, Holliday, E, McEvoy, M, Kwok, J, Assareh, A, Peel, R, Hancock, S, Reppermund, S, Menant, J, Trolor, J, Brodaty, H, Schofield, P, Attia, J, Sachdev, P, Scoot, R, Mather, K. Genetics of hand grip strength in mid to late life. American Aging Association. 2015; 37(3):1-10.
- Vasconcelos, K, Dias, J, Araújo, M, Pinheiro, A, Moreira, B, dias, R. Effects of a progressive resistance exercise program with high-speed componente on the physical function of older women with sarcopenic obesity: a randomized controlled trial. Braz J Phys Ther. 2016; 20(5):432-40.
- Enright, P, McBurnie, M, Bittner, V, Tracy, R, MacNamara, R, Arnold, A, Newman, A. The 6-min walk test: a quick measure of functional status in elderly adults. Journal Chest. 2003; 123(2):387-98.
- Gonçalves, L, Silva, A, Mazo, G, Benedetti, T, Santos, S, Marques, S, Rodrigues, R, Portella, M, Scortegagna, H, Santos, S, Pelzer, M, Souza, A, Meira, E, Sena, E, Creutzberg, M, Rezende, T. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro. 2010; 24(9):1738-46.
- Shishov, N, Gimmon, Y, Rashed, H, Kurz, I, Riemer, R, Shapiro, A, Debi, R, Melzer, I. Old adult fallers display reduced flexibility of arm and trunk movements when challenged with different walking speeds. Elsevier: Gait & Posture. 2016; 52:280-86.
- Pérez-Ros, P, Martínez-Arnau, F, Malfarina, V, Santabalbina, F. A one-year proprioceptive exercise programme reduces the incidence of falls in community-dwelling elderly: A before-after non-randomized intervention study. Journal Maturitas. 2016; 94:155-60.
- Malderen, L, Mets, T, Goris, E. Interventions to enhance the quality of life of older people in residential long-term care: a systematic review. Ageing Res Rev. 2013; 12(1):141-50.
- Castro, M, Amorim, I. Qualidade de vida e solidão em idosos residentes em lar. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2016; 3:39-44.
- Fernandes, M. Envelhecimento bem sucedido: Modelo da intervenção da enfermagem. En: Lopes, Maria. O Cuidado de enfermagem à pessoa idosa da investigação à prática. 1ª Edição. Lusociência Edição; 2013, pp. 3-37



**ISILDA RIBEIRO**

**Professora Adjunta**, Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Portugal.

✉ [isilda.ribeiro@esenf.pt](mailto:isilda.ribeiro@esenf.pt).

**CLÁUDIA TAVARES**

**Professora Titular**, Pós Doutora em Enfermagem. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiatria da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil.

**JOSÉ CARVALHO**

**Professor Adjunto**, Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria, Mestre em Saúde Mental e Psiquiatria, Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Pós-doutoramento em Ciências do Cuidado da Saúde. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Portugal.

# "TERAPIAS COMPLEMENTARES" NAS EMOÇÕES: UMA PERSPETIVA SOCIOPOÉTICA

'Complementary therapies' in the emotions: a sociopoetic perspective

**Abstract**

**The relevance of the theme** using the "complementary therapies" (TC) in the management of emotions and your impact on mental health of nursing students, focuses on the realization of our professional practice, as teachers, in different types of school, in There, students of the last year of the course, feel uncomfortable, as the expression of their emotions and feelings, which leads to high levels of anxiety, anguish and panic.

**Aims:** to identify the complementary therapies facilitators in managing emotions and evaluate your effectiveness on mental health of students.

**Methodology:** qualitative research Paradigm, using the sociopóetica perspective. The sample consists of 42 students of the fourth year of the Degree course in nursing, perform the clinical education of Mental Health and Psychiatry. Were held "workshops" of production data. Complied with all ethical assumptions of the investigation, in accordance with the Helsinki Declaration.

**Results and discussion:** The content analysis performed, resulting in the appointment of four "complementary therapies": guided imagination technique, body expression, therapeutic touch and music therapy.

**Conclusions:** importance of this research to the education in nursing is the conception of that theory and clinical experience must be accompanied by educational strategies promoting TC in the management of emotions. To stress, students highlighted the use of music therapy as an asset in the expression of emotions and commented that the TC allow you to deal with emotions and promote your mental health over your career, personal and social.

**KEY-WORDS:** COMPLEMENTARY THERAPIES; MANAGEMENT OF EMOTIONS; NURSING; SOCIOPOETICS

## INTRODUÇÃO

A motivação e justificação, para esta pesquisa, encontram-se na constatação da prática profissional, como enfermeira e como docente do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), em ensino teórico, teórico-prático, estágio e verificar que os estudantes do último ano do CLE, sentem-se reprimidos quanto à expressão de emoções e sentimentos, que os leva a níveis de ansiedade elevados, angústia, receios e medos. Enquanto enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria fomento a partilha de experiências pessoais, profissionais e sociais valorizando o estudante no sentido humano. Ou seja, a profissão de enfermagem tem o seu foco na "arte" de cuidar o indivíduo como pessoa.

É aqui que o nosso interesse e motivação encontram a razão da preocupação pela responsabilidade da formação do futuro profissional, competente, genuíno cidadão de valores que cuida da sua saúde mental para posteriormente cuidar da saúde mental dos seus pacientes. O Curso de Licenciatura em Enfermagem é um curso de pessoas que cuidam de pessoas assim, cuidamos quem está doente, mas também é fundamental prevenir e promover a saúde mental de quem cuida: os estudantes.

Esta investigação teve a origem no propósito em saber quais as terapias complementares reconhecidas pelos estudantes do quarto ano do CLE em estágio de saúde mental e psiquiatria (ESMP) de uma Escola Superior de Enfermagem da região Norte de Portugal, as mais eficazes na gestão de emoções na saúde mental.

As terapias complementares existem há milhares de anos quer nas civilizações ocidentais quer nas

orientais, evidenciando benefícios na saúde e bem-estar das pessoas. O seu uso ao longo dos tempos confirma a sua utilidade na manutenção da saúde, na prevenção, no tratamento e na recuperação da doença.

No cerne desta temática urge a necessidade de definir os conceitos de terapias complementares (TC) e emoções. As TC são usadas em associação aos tratamentos convencionais e não como substituição do tratamento convencional. Apesar de existirem algumas dúvidas por parte de alguns profissionais da área da saúde, a enfermagem é a área profissional que mais utiliza as terapias complementares, como por exemplo o toque terapêutico e a massagem.

A terapia complementar é uma terapêutica que foge da racionalidade do modelo médico dominante da medicina especializada, tecnológica e mercantilizada, no momento em que adota uma postura holística e naturalística diante da saúde e da doença<sup>1</sup>.

Segundo diferentes autores emoção é definida como uma condição complexa e momentânea que surge em experiências de caráter afetivo, provocando alterações em várias áreas do funcionamento psicológico e fisiológico, preparando o indivíduo para a ação<sup>2,3,4,5,6</sup>.

Segundo Collière<sup>7</sup>, a relação entre enfermeiros e clientes está imbuída de emoções que se transmitem em cascata.

Neste sentido pretende-se que os estudantes adquiram competências que facilitem a gestão das emoções e promovam a sua saúde mental.

## OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivos: i) identificar as terapias complementares facilitadoras na gestão de

emoções; ii) identificar as terapias complementares reconhecidas como as mais importantes pelos estudantes do 4.º ano do CLE em ESMP na gestão das emoções; iii) contribuir para aquisição de competências na gestão de emoções; iv) contribuir para a saúde mental dos estudantes; v) aprofundar a metodologia sociopóética.

## MÉTODOS

A metodologia utilizada para atingir os objetivos insere-se no paradigma qualitativo de investigação utilizando a perspetiva sociopóética<sup>8</sup>.

A pesquisa sociopóética é um método de construção coletiva do conhecimento que tem como princípios a valorização dos sujeitos da pesquisa como co-responsáveis pelos saberes produzidos, além do reconhecimento da importância do corpo, da criatividade do tipo artística, considerando a dimensão ético-estética e política da produção do conhecimento.

A sociopóética, é uma abordagem metodológica, que visa a responsabilidade ética de favorecer o diálogo no cuidar/educar, incentivando os estudantes a desenvolverem a sua criatividade reveladora de necessidades e desejos de saber sobre o seu bem-estar e o bem-estar dos outros, aspirando o mais alto nível de bem-estar e eliminando o mal-estar<sup>9</sup>.

Por ser um caráter inovador e desestruturador de muitas verdades já instituídas no meio académico, a sociopóética exige mais audácia, mais coragem de arriscar e maior criatividade.

Procura, envolver os sujeitos no processo de pesquisa, desde a negociação do tema até à interpretação/teorização dos dados<sup>10</sup>.

A sociopóética afirma que o corpo >

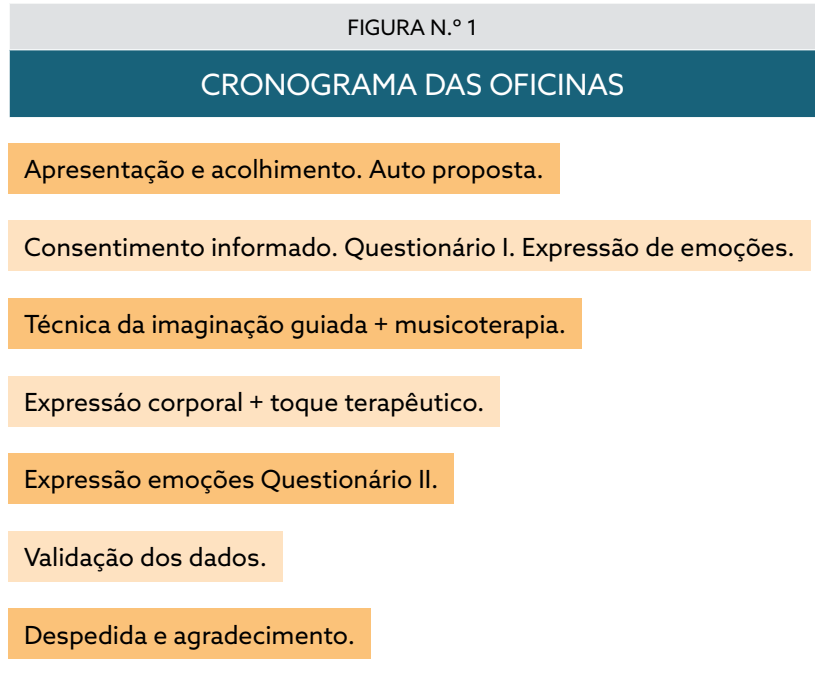
também produz conhecimento. Considera o corpo inteiro: emocional, intuitivo, sensível, sensual, gestual, racional, imaginativo<sup>11</sup>. Dimensões que privilegiamos no processo ensino-aprendizagem na área da saúde mental, comportamento e relação e gestão de emoções. Segundo Gauthier<sup>8</sup>, a sociopóética é uma prática filosófica, porque ela descobre os problemas que inconscientemente mobilizam os grupos sociais; favorece a criação de novos problemas ou de novas maneiras de problematizar a vida; favorece a imaginação do grupo-pesquisador (ou do pesquisador).

O processo de uma pesquisa sociopóética é realizada em grupo, normalmente apresenta-se através de uma oficina de negociação, oficina de produção de dados pelos pesquisadores, sendo que após a produção, o pesquisador principal, realiza a sua própria análise da técnica sociopóética e partilha com os pesquisadores para a conhecerem, confirmarem e validarem os dados.

Segundo Gauthier *et al.*<sup>12</sup> (173): "... é uma característica da sociopóética buscar além (ou dentro) do corpo, um outro corpo (...) um corpo recalado (...). Este corpo sabe (...) muito mais do que comunica através da comunicação oral explícita e consciente, muito mais do que a razão". Procuramos nesta intercessão entre a sociopóética, as terapias complementares e a expressão de emoções produção do conhecimento.

#### **Participantes do estudo**

A seleção da amostra foi feita na aula teórica do ESMP, após apresentação e esclarecimento do projeto aos estudantes que manifestaram vontade em participar livremente no estudo. Foram considerados os primeiros doze estudantes que mostraram interesse em participar, enviando um email à investigadora principal, sem qualquer prejuízo na sua apreciação formativa. Amostra foi constituída por dife-



rentes grupos de estudantes que se encontravam a frequentar o 4.º ano do CLE na unidade curricular de saúde mental em diferentes momentos.

No momento um (M1) foi efetuado o diagnóstico da situação e nos momentos M3, M5 e M7 foram realizadas as "oficinas das emoções".

#### **Instrumentos de recolha de dados**

Elaboramos dois questionários para darem resposta aos objetivos. O questionário I é constituído por duas partes: a primeira de caracterização socio demográfica: onde foram incluídas as seguintes variáveis: género, idade, estado civil, está deslocado da sua residência habitual para frequentar o curso, se o CLE foi a sua primeira opção, tem disciplinas atrasadas, conjuga algum trabalho com os estudos, número de horas de sono por noite antes e após a entrada na faculdade; e a segunda parte constituída por quatro questões abertas que serão feitas antes e depois das "oficinas das emoções". Com estas questões pretendemos avaliar o conceito de saúde mental antes do ensino clínico de SMP; identificar

as estratégias que os estudantes utilizam para manter a saúde mental; identificar situações geradoras de ansiedade e identificar estratégias para controlo de ansiedade. O questionário II foi constituído por sete questões abertas as quatro referidas no questionário I, sendo que a primeira questão será reavaliar o conceito de saúde mental após o ensino clínico de SMP; avaliar o contributo das terapias complementares na gestão das emoções e na saúde mental dos estudantes. O preenchimento do questionário teve a duração de 10 minutos. Não existem respostas "boas ou más", nem respostas "certas ou erradas". Temos interesse na opinião pessoal do estudante.

#### **Processo de recolha de dados**

Os participantes foram informados da realização das "oficinas das emoções" que servem de orientação para a organização da pesquisa (**figura n.º 1**). Na primeira oficina tivemos o acolhimento (quebra gelo) onde foi dada toda a informação referente ao estudo e autoproposta dos estudantes para participar no estudo livremente; na segunda

oficina preenchimento do consentimento informado e aplicação do questionário I, apresentação dos diferentes intervenientes no estudo e expressão de emoções oral, escrita, desenho, linguagem corporal; na terceira oficina: técnica imaginação guiada mais música terapêutica (de acordo com o grupo de estudantes e suas necessidades); na quarta oficina expressão corporal e/ou toque terapêutico; na quinta oficina expressão de emoções e preenchimento do questionário II; na sexta oficina validação dos dados; na sétima oficina: despedida e agradecimento.

As "oficinas das emoções" decorreram à segunda-feira de acordo com a disponibilidade dos participantes, após o término das aulas de orientação tutorial. A duração das "oficinas das emoções" foi de 30 a 40 minutos.

Esta investigação decorreu de novembro de 2018 a julho de 2019. A participação no estudo envolveu a expressão de emoções sentidas ao longo do ESMP que de acordo com a vontade do participante, decorreu individualmente e/ou em grupo de acordo com a sua opção.

### Questões éticas

A participação neste estudo foi voluntária. O estudante foi livre de recusar participar ou de parar de responder a qualquer momento, tendo assinado o consentimento informado.

As respostas e a "oficina das emo-

ções" foram confidenciais e anónimas.

## RESULTADOS

De um total de 273 estudantes matriculados no ano letivo 2018/2019 do 4.º ano do estágio de saúde mental e psiquiatria, estavam inscritos nos respetivos momentos do estágio: M1, M3, M5 e M7 e 67, 71, 63 e 73 estudantes, respetivamente. Participaram neste estudo N=42 estudantes (15,4%).

Apresentamos a caracterização sumária dos participantes: os estudantes são maioritariamente do género feminino (39), e três estudantes do género masculino. Têm idades compreendidas entre os 20-23 anos, sendo a média de idades de 21,6. Quanto ao estado civil maioritariamente dos estudantes é solteiro com namorado(a) (50,0%). Apenas uma estudante encontra-se em união de facto.

Dos 42 participantes é de salientar que 26 estudantes estão na sua primeira escolha de opção: CLE. É relevante constatar que maioritariamente os estudantes cuja primeira opção não foi o Curso de Licenciatura em Enfermagem no entanto não têm disciplinas atrasadas.

Apenas nove estudantes conjugam o trabalho com os estudos sendo a média de horas de trabalho de 17,1%. As atividades mencionadas foram: empregado confeitaria, balconistas, treinador de voleibol. Apenas dois estudantes mencionaram

fazer parte da tuna académica. É de realçar que 38,1% estudantes dormia mais de oito horas de sono antes de entrar na faculdade; após a entrada na faculdade passaram a ter um menor número de horas de sono (50%) dorme cerca de 6 horas e 16,7% dorme menos de 5 horas. É de salientar que nenhum estudante antes de entrar na faculdade dormia menos de cinco horas; depois de entrar na faculdade 16,7% (7 estudantes) referiram dormir menos de cinco horas.

No que se refere à análise dos dados numa perspetiva sociopoética referente às perguntas abertas foi elaborado um **quadro (n.º 1)** que se segue, com os domínios elaborados, reflexo do fenómeno que estudamos e acreditamos que possa ajudar a compreender a realidade da utilização das terapias complementares na gestão das emoções.

Da análise dos dados realizada, resultou a nomeação de quatro "terapias complementares" consideradas pelos estudantes como favoráveis à expressão de emoções: técnica de imaginação guiada, expressão corporal, toque terapêutico e música terapêutica. De realçar, que a música terapêutica foi a que os estudantes consideraram como efetiva potenciadora à expressão de emoções<sup>13</sup>.

## DISCUSSÃO

O presente estudo mostra uma elevada satisfação dos estudantes na utilização das "terapias complementares" na gestão das emoções e o seu impacto na saúde mental. A expressão de emoções permitiu aos estudantes, por vezes, ao longo do estágio de SMP com a duração de 10 semanas, fazerem a sua catarse privilegiando o autoconhecimento do estudante, a capacidade crítica reflexiva, aquisição de estratégias para gerir as emoções, diminuir ansiedade, e trabalhar receios e medos inerentes ao estigma que ainda hoje está associado à

QUADRO N.º 1

### DOMÍNIOS: PERSPETIVA SOCIOPOÉTICA

PERSPETIVA SOCIOPOÉTICA	DOMÍNIOS
	Saúde Mental
	Estratégias para manter Saúde Mental
	Situações geradoras ansiedade
	Estratégias para controlo ansiedade
	Terapias complementares na gestão emoções
Terapias complementares na saúde mental	

psiquiatria. Como se pode analisar nalgumas respostas dadas pelos Estudantes:

- "Primeiro confronto com os doentes do foro psiquiátrico" (E20);
- "Como lidar com doentes agressivos, agitados" (E20, E21);
- "Comportamentos depressivos" (E35);
- "Clientes difíceis os da psiquiatria" (E42).

Com o objetivo de dar resposta ao propósito do estudo foram desenvolvidas "oficinas das emoções" para trabalhar em sala de aula características de expressão de emoções, sendo que as emoções básicas debatidas foram: a alegria, o medo, os receios, a surpresa, a indignação, a tristeza, a repugnância e a raiva com foco na expressão de emoções através da comunicação verbal, da comunicação não verbal e da utilização da música terapêutica.

Na evidência consultada não existe consenso sobre a adequabilidade da gestão de emoções, envolvimento/distanciamento emocional na relação terapêutica em enfermagem, sendo apontadas várias vantagens e desvantagens para os estudantes e para os clientes.

Na perspectiva de Diogo,<sup>14</sup> os estudantes experienciam distanciamento ou proximidade ao longo de um contínuo da relação com o docente/cliente, o que apresenta oscilações de acordo com as circunstâncias de ambos. As habilidades dos estudantes, na gestão das emoções utilizando terapias, podem constituir uma vantagem e protegê-los do inerente desgaste/stress/ansiedade emocional da sua prática de cuidados, sem que necessitem de recorrer a mecanismos defensivos que impõem o distanciamento emocional. Essas competências são aprendizagem de conhecimento de "terapias complementares": Música terapêutica, técnica de imaginação guiada, expressão corporal e toque terapêutico a utilizarem na gestão

das emoções no sentido de proporcionar ao estudante competências emocionais, essenciais ao seu bem-estar e à prestação de cuidados humanizados.

No núcleo desta "discussão" encontra-se a gestão das emoções e o seu impacto na saúde mental dos estudantes de enfermagem competência essencial para criar ambientes afetivos e acolhedores, entre estudantes e docentes, propícios à reflexão crítica e construtiva, facilitar a gestão das emoções dos estudantes, gerir as próprias emoções, gerir os relacionamentos, gerir as emoções dos doentes/família o que na nossa perspetiva possibilita o envolvimento emocional, a confiança, o respeito e minimiza a ansiedade, o stress e o medo na prática de enfermagem.

A expressão de emoções é um fenómeno importante de componente corporal, pois por vezes as palavras por si só não bastam para comunicá-las<sup>15</sup>.

Desde cedo, somos condicionados a não expressar as emoções, pois pode ser visto como um sinal de fraqueza e insegurança, como nos referenciam alguns estudantes:

- "A expressão de emoções é um ato de fragilidade, de fraqueza" (E7, E13, E25, E35).

A partilha de experiências/emoções seja de alegria ou de tristeza são reveladoras de diminuição de stress, ansiedade, angústia, receio. É importante falar-se das emoções não só negativas, mas também partilhar as coisas boas.

De acordo com os domínios expostos, apresentamos a discussão dos resultados face aos objetivos do estudo (**quadro n.º 2**).

Da análise dos dados consideramos no quadro apresentado as quatro categorias registadas com maior frequência pelos estudantes. No entanto é de realçar nalguns domínios, dados que requerem alguma reflexão.

No que diz respeito à aquisição de competências para a gestão das

emoções é de realçar que há estudantes que referiram antes da realização das "oficinas das emoções" que "tinham dificuldade em expressar as suas emoções" (E3, E17, E22, E23, E31, E40 e E41). Após a realização das mesmas constatamos que alguns desses mesmos estudantes referiam que "tinham aprendido a falar das suas emoções" (E17, E31, E40); "a realização das oficinas das emoções permitiu partilha de experiências que os fizeram crescer enquanto pessoa" (E2, E31, E41); "sentiam alívio emocional uma vez que as emoções negativas ficavam "atenuadas" (E17, E23, E40). É de salientar que dois estudantes referiram que "as oficinas das emoções eram um dos momentos mais aguardados da semana" (E16, E17). Em relação à eficácia das terapias complementares na gestão das emoções os estudantes consideraram que estas facilitaram a expressão/libertação das emoções (E2, E15, E17, E20, E29, E36, E40), facilitaram a autogestão das mesmas (E17, E29, E36, E40, E41, E42) o que consequentemente produziu diminuição da ansiedade (E2, E12, E17, E20, E28, E36, E40). É de enfatizar um estudante que referiu que a oficina da emoção: expressão corporal e toque terapêutico "permitiu-me controlar a raiva, a tristeza, a ansiedade e as preocupações" (E26). Um estudante referiu que as "oficinas das emoções" não teve impacto significativo na gestão das emoções (E41). Em relação à eficácia das terapias complementares na saúde mental dos estudantes verificamos que estas proporcionaram ganhos em saúde mental com a partilha de experiências de situações semelhantes vivenciadas no estágio de SMP, estas potenciaram a sua saúde mental (E1, E5, E23, E34, E39, E40, E41) e o autocontrolo de ansiedade. É de salientar o registo de um estudante que refere o isolamento (E27) como uma forma de terapia eficaz na sua saúde mental. Um estudante referiu que as terapias complemen-



QUADRO N.º 2

## OBJETIVOS: PERSPETIVA SOCIOPOÉTICA

OBJETIVOS	DOMÍNIOS	CATEGORIAS
<b>Identificar TC reconhecidas como as mais importantes pelos estudantes</b>	TC	– <b>Música terapêutica</b>
		– Técnica imaginação guiada
		– Expressão corporal
		– Toque terapêutico
<b>Adquirir competências para gestão emoções</b>	Competências	Autoconhecimento
		Autocontrolo
		Partilha
		Organização mental
<b>Contributo TC gestão das emoções</b>	TC Gestão Emoções	Facilita expressão emoções
		Facilita a autogestão das emoções
		Libertar emoções
		Diminui ansiedade
<b>Contributo TC saúde mental estudantes</b>	TC Saúde Mental	Autocontrolo/gestão de ansiedade
		Partilha experiências situações semelhantes tranquilidade
		Potencia Saúde Mental
	Estratégias para manter Saúde Mental	<b>Música terapêutica</b>
		Estar amigos, família, namorado
		Exercício físico
Situações geradoras ansiedade	Estratégias para controlo ansiedade	Ver filmes/séries
		Momentos de Avaliação
		Dificuldade na gestão do tempo /cumprimento de prazos
		Discussões/conflitos familiares
	Estratégias para controlo ansiedade	Preocupações problemas saúde
		<b>Ouvir Música terapêutica</b>
		Técnica imaginação guiada
Estratégias para controlo ansiedade	Partilha experiências entre pares "oficinas das emoções"	
	Técnica respiração	

tares não tiveram impacto significativo na sua saúde mental (E41). Com a realização das "oficinas das emoções" verificamos que os estudantes apresentam níveis de ansiedade elevados e dificuldade em autocontrolo da mesma. Dessa constatação surge o domínio situações geradoras de ansiedade e estratégias para controlo da ansiedade. As situações geradoras de ansiedade consideradas pelos estudantes

foram: momentos de avaliação na faculdade que engloba: frequências, exames, estágios, discussão de planos de trabalho, apresentação de trabalhos). É de realçar um estudante que considerou uma situação geradora de ansiedade "o stress colocado pelos professores" (E38); a dificuldade na gestão do tempo e o cumprimento de prazos, as discussões/conflitos familiares resultante da pressão exercida pelos pais (E5, E32, E40) e preocupação com

problemas de doença de familiares próximos. É de destacar alguns registos que mencionam o facto de os estudantes ficarem muito ansiosos com o ESMP pelo facto de confrontarem-se pela primeira vez com doentes do foro psiquiátrico (E20, E21), não saber como interagir com estes doentes (E42), não saber lidar com doentes que apresentam comportamentos agressivos e depressivos (E35), receio do desconhecido (E21, E34, E42). Uma estudante re- ➤

feriu como situação que lhe causa ansiedade os rapazes e o facto de gostar de alguém e não ser correspondida (E41). Uma estudante referiu não ser ansiosa, no entanto as "oficinas das emoções" foram uma mais valia para o ESMP (E24). É de salientar ainda, uma estudante que refere "as experiências vividas condiciona a minha ansiedade" (E34).

#### O contexto cultural e a história

**individual** demonstram exercer influência predominante sobre as emoções e os estímulos que provocam determinadas emoções de acordo com o vivenciado<sup>16,17</sup>.

Estratégias para **controlo de ansiedade** foi mencionado ouvir música, a técnica da imaginação guiada, a partilha de experiências entre pares e a técnica da respiração.

Como estratégias para manter a **saúde mental** os estudantes referiram a música terapêutica uma vez que de acordo com as emoções vivenciadas procuramos na música essas mesmas emoções, ou seja, se estamos tristes temos tendência a escutar música melancólica, triste que possivelmente ainda nos vai por mais tristes. Quando estamos alegres procuramos músicas alegres, com ritmo.

A literatura referencia que os estímulos musicais podem alterar a respiração, circulação sanguínea, digestão, oxigenação, atividade nervosa e humoral. Também estimulam a energia muscular, reduzem a fadiga e favorecem o tônus muscular. Podem aumentar a atenção e estimular a memória, baixar o limiar da dor e constituir-se como um importante recurso contra o medo e a ansiedade<sup>18</sup>.

É também referido como estratégias o estar com amigos, com familiares, com o namorado, o praticar desporto e o ver filmes/séries. É de revelar uma estudante que referiu como estratégia para manter a sua saúde mental "é estar com a mãe" (E10) já não estava com ela há 10 anos; uma estudante que referiu que não tinha estratégias (E24) e

uma que referiu "comer um gelado" (E28) como a melhor estratégia.

#### Contributos para a Enfermagem

De acordo com os resultados obtidos e a literatura existente é praticamente unânime a compreensão de que a capacidade de expressar emoções é inata, ou seja, a expressão de emoções básicas: alegria, medo, surpresa, tristeza, nojo, raiva, angústia, costuma ser idêntica em todos os povos<sup>19,20</sup>. A maioria dos estados emocionais das pessoas será formada por mais de uma emoção<sup>20</sup>.

É de distinguir a **música terapêutica** referenciada pelos estudantes como a terapia complementar mais reconhecida e a estratégia mais utilizada para manter a saúde mental e para controlo de ansiedade.

Esta perspetiva de análise sociopoética leva-nos a refletir acerca da contribuição da música terapêutica como desenvolvimento de tecnologias aplicadas ao cuidado e ao ensino de enfermagem.

Com a música terapêutica utilizada nas "oficinas das emoções" proporcionou-se aos estudantes que participaram no estudo bem-estar, prazer, confiança, autoconhecimento, sensibilização, humanização e facilitou a expressão de emoções, a partilha de experiências, a comunicação e a relação e a possibilidade de focarmo-nos nos aspetos saudáveis dos estudantes.

#### Sugestões

Fica, então, o desafio para dar continuidade ao debate científico sobre a questão das "terapias complementares" na gestão das emoções e o seu impacto na saúde mental dos estudantes de enfermagem, ambicionamos novas investigações, reflexões, formação alargando esta área não só para os estudantes, mas também para docentes, enfermeiros no exercício da prática clínica com a finalidade de inovar estratégias pedagógicas para que as pessoas promovam a sua saúde

mental numa perspetiva sociopoética.

#### CONCLUSÕES

Os estudantes valorizaram positivamente a aprendizagem de terapias complementares, nomeadamente a técnica de imaginação guiada, expressão corporal, toque terapêutico e destacaram a utilização da **música terapêutica** como terapia no cuidar do EU e no cuidar do OUTRO, claramente potenciadora à expressão das emoções. O potencial da música terapêutica para o ensino, os estudantes apontaram de acordo com o seu estado de espírito, as suas vivências, a música clássica para estudar, pois influencia a atenção, a memória, o desenvolvimento do pensamento lógico, a criatividade e a maturação intelectual, a perceção, a emoção e racionalidade, e pode ser estimulada por uma experiência musical com o intuito de desenvolver a sensibilidade<sup>18</sup>. Facilita ainda o desenvolvimento de habilidades de aprendizagem, nível de conhecimento, padrões e processos do pensamento, atitudes, estilo cognitivo de crenças e constructos<sup>21</sup>. Outro destaque foi o desenvolvimento de estratégias que permitam aos estudantes ao longo do seu percurso profissional, pessoal e social, lidarem com as emoções e promoverem a sua saúde mental. A relevância desta investigação, para a educação em enfermagem, prende-se com a conceção de que a teoria e a experiência clínica dos estudantes devem ser acompanhadas de estratégias pedagógicas inovadoras que promovam a saúde mental numa perspetiva sociopoética, o que pode ser um recurso importante tanto no âmbito da prática como do ensino de enfermagem. Todos os estudantes que participaram, adquiriram competências pessoais para melhor gerir as suas emoções e prevenir a sua saúde mental. ▀



## Referências

1. Queiroz M C S O O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 16, n.º 2, abril/junho, 2000, 363-375.
2. Atkinson R L, Atkinson R C, Smith E E, Bem D J e Nolen-Hoeksema S Introdução psicologia de Hilgard. Porto Alegre: Artmed, 2002.
3. Davis M, e Lang P J Emotion. In M. Gallagher & R. J. Nelson (Eds.), *Handbook of psychology - Vol. 3: Biological psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons, 2003.
4. Frijda N H The psychologists' point of view. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 68-87). New York: Guilford, 2008.
5. Gazzaniga M S e Heatherton T F *Ciência psicológica: Mente, cérebro e comportamento*. Porto Alegre: Artmed, 2005.
6. Levenson R W The intrapersonal functions of emotion. *Cognition and Emotion*, 13(5), 481-504. doi:10.1080/026999399379159, 1999.
7. Collière M Cuidar... A primeira arte da vida 2.ª Ed. Loures: Lusociência, 2003.
8. Gauthier J Valorizar o conteúdo filosófico dos mitos e das sabedorias tradicionais para decolonizar a educação e a pesquisa em filosofia e ciências sociais. *Revista Interinstitucional Artes de Educar*. Rio de Janeiro, Vol. 4, N.º 3, outubro, 2018 - janeiro, 2019, 471-495.
9. Santos I, Gauthier J, Figueiredo N, Tavares C, Brandão e Santana. Contribuições da sociopóética à produção científica sobre cuidar em enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista eletrônica de enfermagem*, Vol. 15, N.º 1, 2006.
10. Silveira L C, Almeida A N S, Macedo S M, Alencar M N e Araújo M A M A sociopóética como dispositivo para produção de conhecimento. *Interface - comunicação, saúde, educação*. Vol.12, n.º 27, outubro/dezembro, 2008.
11. Silveira L C Abrindo coisas e rachando palavras: a utilização dos dispositivos na sociopóética. In: Santos I et al. (Orgs.). *Prática da pesquisa nas ciências humanas e sociais: abordagem sociopóética*. São paulo: Atheneu, 2005.
12. Gauthier J et al. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
13. Carvalho Gonzalez, D F, Oliveira Nogueira, A T e Giesbrecht P A C O uso da música na assistência de enfermagem no Brasil: uma revisão bibliográfica. *Cogitare Enfermagem*, vol. 13, n.º 4, outubro-diciembre, Universidade Federal do Paraná Curitiba - Paraná, Brasil, 2008, 591-596.
14. Diogo P Relação terapêutica e emoções: envolvimento versus distanciamento emocional dos enfermeiros. Vol. 21 N.º 1, 1.º semestre, Lisboa: Pensar Enfermagem, 2017, 20-30.
15. Silva M A D. Quem ama não adoeece. Lisboa: Pergaminho, 2000.
16. Gendron M, Roberson D, van der Vyver, J M e Barrett L F Perceptions of emotion from facial expressions are not culturally universal: Evidence from a remote culture. *Emotion*, 14(2), 2014, 251-262.
17. Niedenthal, P M, Krauth-Gruber, S e Ric. F *Psychology of emotion: Interpersonal, experiential, and cognitive approaches*. New York: Psychology Press, 2006.
18. Sekeff M L. Da música, seus usos e recursos. São Paulo (SP): Ed UNESP, 2002, 172.
19. Ekman P *Emotions revealed*. New York: Times Book, 2003.
20. Plutchik R *Emotions and life: Perspectives from psychology, biology and evolution*. Washington, DC: American Psychological Association, 2002.
21. Bruscia K. Definindo musicoterapia. Rio de Janeiro (RJ): Enelivros; 2000, 312.
22. Colbath J D *Holistic nursing care. The Nursing Clinics of North America*, Vol. 36, N.º 1, march, 2001, 1-169.
23. Gregory S e Verdouw J *Therapeutic touch: its application for residents in aged care*. *Australian Nursing Journal*. Vol. 12: n.º 7, 2005.
24. *Ordem dos Enfermeiros. Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento concetual; enunciados descritivos*. Lisboa, 2001.
25. Santos I, Gauthier J, Figueiredo N, Tavares C, Brandão e Santana. A perspectiva estética no cuidar/educar junto às pessoas: apropriação e contribuição da sociopóética. Florianópolis, 2007.
26. Silveira L C Braga V A B A equipe de saúde mental numa aproximação sociopóética: das relações interpessoais à produção de subjetividade. *Revista enfermagem USP*, 38(4): 2004, 429-37.
27. Soares J A *Terapias Naturais na Prática da Enfermagem*. Coimbra: Formasau, 2003.



# CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM NA CONSULTA À PESSOA COM DIABETES MELLITUS: ESTUDO PRELIMINAR

Workload in the nursing consultation to the person with diabetes mellitus: preliminary study

## MARIA JACINTA DANTAS

**Enfermeira Especialista**, MSc, Ph.D student. Universidade Católica Portuguesa, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

✉ [jacintadantas@gmail.com](mailto:jacintadantas@gmail.com)

## MARIA HENRIQUETA FIGUEIREDO

**Professor Coordenador**, Ph.D. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

## MARIANA CRUZ

**Enfermeira**. CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal

## MÓNICA BARBOSA

**Enfermeira**. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal: CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Portugal.

## MARLENE LEBREIRO

**Enfermeira Especialista**. Aces Porto Ocidental, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

### Abstract

**Introduction and objectives:** Evaluating the activities developed in the consultation and determining the associated workload becomes relevant insofar as it influences safety and the quality of care. The purpose of this study was to identify the assistance and non-assistance activities carried out within the scope of the consultation; determine the execution time of the performed activities and set the average time of the consultation.

**Methodology:** An exploratory descriptive study of quantitative nature was carried out. 16 primary health care nurses of 3 health units participated in the study. The instrument evaluates three dimensions: sociodemographic characterization of the clients, nursing and non-care nursing activity that integrates the previously defined categories and actions and socio-professional characterization of the nurse. The study was carried out between February and May 2018. Data was processed using SPSS25®.

**Results and discussion:** 103 nursing consultations were performed. It was identified that the most accomplished assistance activities belonged to the evaluation and health education categories. The documented non-care activities were the reception of the patient; infection control procedures and documentation of the provided care. The mean time of consultation was 24 minutes, the maximum time was 76,6m

and the minimum time was 7, 91 m.

**Conclusion:** Identifying what activities were carried out and determining the associated workload allows us to know what work is being done and its implications in the provided care.

**KEYWORDS: WORKLOAD; NURSE; MEASUREMENT TOOLS; NURSING CONSULTATION**

### INTRODUÇÃO

**A** Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica e progressiva, que pode trazer graves consequências para a saúde e bem-estar individual e está associada a elevados custos sociais e dos sistemas de saúde. O relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) de 2017 estima que Portugal tinha em 2015, uma taxa de prevalência de diabetes de 9,9% em adultos, valor que se encontra acima da média da OCDE<sup>1</sup> que se situa nos 7%. O foco na prevenção e controlo da diabetes é crucial não apenas pela sua enorme prevalência nos últimos anos,

bem como o custo associado ao seu tratamento e implicações da doença. O método de trabalho dos enfermeiros em unidade dos cuidados de saúde primários em Portugal é oferecido em Centros de Saúde e estes encontram-se organizados por unidades funcionais tais como: Unidades de Saúde Familiar (USF) ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizado (UCSP). A prestação de cuidados de enfermagem orienta-se segundo o modelo do enfermeiro de família sendo que a cada enfermeiro é atribuída uma lista de utentes/clientes/famílias. Em que a prestação de cuidados à pessoa/família é feita através da consulta de enfermagem e esta caracteriza-se por ser uma atividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar um plano de cuidados de acordo com o grau de dependências dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e a respetiva reformulação das intervenções de enfermagem<sup>2</sup>. A consulta de enfermagem à pessoa com DM foi percebida pelos profissionais de enfermagem quer pelos seus clientes como sendo importante e para o controle da doença e como uma oportunidade de favorecer a adesão terapêutica<sup>6</sup>. Neste sentido torna-se importante identificar que intervenções/avaliações realizam os profissionais em contexto de vigilância da doença crónica. De acordo com as orientações da Direção Geral da Saúde as medidas antropométricas e clínicas (Pressão arterial, glicemia capilar, etc.) são aspetos relevantes do exame físico da pessoa com DM, visto que podem detetar complicações da doença e identificar outras condições que, associadas aumentam a morbimortalidade e influenciam o tratamento. Os enfermeiros prestam cuidados globais centrando-se na relação interpessoal que estabelecem com pessoa/família/comunidade, assente na relação terapêutica caracterizada pela criação de uma parceria com o

cliente, no respeito e potencialização das suas capacidades<sup>3</sup>. A pessoa com DM necessita de um acompanhamento contínuo baseado em intervenções ensino e orientação para que possam manter o seu estado de saúde e reduzir riscos multifatoriais associados à patologia<sup>4</sup>. Estudos demonstram a importância do trabalho dos enfermeiros no acompanhamento/vigilância da pessoa com Diabetes Mellitus<sup>5,6,7</sup>. Conhecer a carga de trabalho que representa para os enfermeiros de família a vigilância da pessoa com Diabetes Mellitus revela-se de interesse, na medida em que estes clientes são representativos na lista total dos utentes/clientes dos enfermeiros de família dada a prevalência da doença. O conceito de carga de trabalho de enfermagem nem sempre é utilizado de forma exata<sup>8</sup>. Os autores mencionados referem que o conceito de carga de trabalho de enfermagem diz respeito à quantidade e qualidade da execução das atividades de enfermagem requeridos num determinado período de tempo. Os cuidados assistenciais ao cliente referem-se às atividades realizadas na presença do cliente e/ou família, enquanto, os não assistenciais englobam qualquer trabalho desenvolvido em detrimento do cliente, mas sem estar presencialmente com o mesmo. Conhecer a carga de trabalho de enfermagem é importante na medida em que os níveis de carga de trabalho mostraram influenciar os resultados, como mortalidade e morbidade, em clientes hospitalizados<sup>9,10</sup>. A segurança e a qualidade dos cuidados está diretamente relacionada com a carga de trabalho<sup>11,12</sup>. A investigação tem trazido alguns instrumentos/sistemas que permitem a avaliação da carga de trabalho em que o foco foi a precisão na medição, contudo adoção de um instrumento único não foi ainda adotada, dada a multiplicidade de variáveis associadas ao conceito de carga de trabalho. São vários os estudos que exigem a construção de instrumentos próprios para avaliação da carga de trabalho de enfermagem em contexto específicos principalmente em cuida-

dos de saúde primários<sup>13,14,15,16</sup>. Para a concretização deste estabeleceram-se as seguintes questões de investigação: Que intervenções/avaliações realizam os enfermeiros de família na consulta à pessoa com DM? Qual o tempo necessário para a realização das intervenções/avaliações? Qual o tempo médio da consulta de enfermagem à pessoa com DM? Mostra-se adequado o instrumento construído para a avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros de família?

## OBJETIVOS

- Conhecer e descrever as atividades assistenciais e não assistenciais que compõe os cuidados de enfermagem realizados no âmbito da consulta de enfermagem à pessoa com DM;
- Identificar qual o tempo mínimo e máximo gasto na realização das intervenções/avaliações;
- Determinar o tempo médio de consulta.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de natureza quantitativa. Para a recolha de dados utilizou-se um questionário de autopreenchimento em que estão inumeradas um conjunto predefinido de intervenções/avaliações de enfermagem. O instrumento de recolha de dados foi construído pelos investigadores com base nas orientações de atuação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes da Direção-Geral da Saúde definido pela circular normativa nº 23/DSCS/DPCD de 14/11/2007; pelas *guidelines* de atuação no âmbito de atuação na prevenção e tratamento da diabetes; o conteúdo funcional/competências dos enfermeiros dos cuidados gerais; considerando a taxonomia de enfermagem CIPE<sup>®</sup>, pelos referenciais teóricos de enfermagem; seguindo as especificidades do *Sclinico*<sup>®</sup> para este programa de saúde; e os cuidados que desenvolve no contexto da sua prática clínica dos enfermeiros de família. Este questioná- ➤

rio é constituído por três partes, a primeira parte permite a caracterização socioprofissional dos utentes/clientes que é constituído por 16 itens; a segunda parte pretende identificar o trabalho realizado pelos enfermeiros sendo constituída por 68 itens, dos quais 64 itens correspondem a intervenções/avaliações de carácter assistencial, sendo respetivamente: 7 itens avaliam o conhecimento e potencial para melhorar o conhecimento; 6 itens avaliam a presença, execução e o risco; 7 itens avaliam o comportamento de adesão; 8 itens avaliam o conhecimento/potencial e capacidade; 9 itens avaliam dados antropométricos e de saúde; 19 itens avaliam as intervenções do tipo ensinar; 8 itens avaliam outros tipos de intervenções; 4 itens pretendem identificar as atividades de carácter não assistencial. É deixado em aberto a possibilidade de serem acrescentadas intervenções/avaliações que não estejam contempladas no questionário; a terceira parte está incluída 10 itens que permite caracterizar os enfermeiros que participaram no estudo. O questionário foi sujeitos a um pré-teste de 10 peritos na área, de forma a avaliar o grau de compreensão, concordância, relevância e pertinências dos itens apresentados. Participaram no estudo de 16 enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) da região norte do país, distribuídos por 3 Unidades de Saúde Familiar (USF). O estudo realizou-se no período compreendido entre fevereiro e maio de 2018, tendo sido entregue a cada enfermeiro que aceitou participar, 10 questionários de autopreenchimento. Foi garantido o anonimato e confidencialidade. A participação no estudo foi voluntária, sendo dada a possibilidade aos participantes a qualquer momento desistirem do estudo sem qualquer prejuízo, caso fosse essa a sua vontade. Foram garantidas as questões éticas associadas à investigação. A amostra do estudo foi intencional. No tratamento e análise de dados recorreu-se à estatística descritiva, adequada à natureza dos dados, tendo sido feita como com recurso ao SPSS Statistic, versão 25.0®.

## RESULTADOS

Verificou-se uma taxa de adesão por parte dos enfermeiros de 65,25%, tendo sido realizadas 106 consultas de enfermagem. Os clientes da consulta de enfermagem no que diz respeito ao sexo foi distribuída por (48,1%) do sexo masculino e (51,9%) do sexo feminino. A idade média dos utilizadores dos cuidados de saúde na consulta de enfermagem à pessoa com doença crónica foi de 71,7 anos, sendo que a pessoa mais nova tinha 34 anos idade e a mais idosa 97 anos. No que se reporta ao estado civil (66,2%) são casados, 22,6% viúvos (as), (8,5%) solteiros (as) (2 4,7%) divorciados (as). O nível de ensino básico é o mais representativo dos níveis de ensino correspondendo a (66%), o analfabetismo está presente em (21,7%) e (5,7%) possui o 2º ciclo de ensino. Possuem o 3º ciclo de ensino e o ensino superior é (1,9%) das pessoas consultadas pelos enfermeiros. Face à situação profissional (82,1%) estão reformados, (94%) encontram-se no ativo, 4,7% encontra-se numa situação de emprego não remunerado e 3,8% estão desempregados. Quanto à tipologia familiar constatou-se que (39,6%) inserem-se numa tipologia familiar de casal, (19,8%) tipologia unipessoal, (17,9%) familiar nuclear, (12,3%) em famílias alargadas, (4,7%) vivem em famílias institucionais, (3,8%) vivem em coabitação e 1,9% são famílias monoparentais. A área de residência de (91,5%) dos clientes são freguesias rurais e (8,5%) residem em freguesias da área urbana. Para se deslocarem ao centro de saúde os utentes usam o transporte próprio em (62,3%), (16,1%) utiliza o táxi e (10,4%) o transporte público, (11,3%) diz se deslocar a pé ao centro de saúde. Relativamente ao tempo despendido para chegar aos CS é em média de 20m, sendo que o tempo máximo foi de 45 m em (1,9%) e o tempo mínimo de 5m em (9,4%). A tipologia habitacional é de residência tipo vivenda em (96,2%) e 3,8% em apartamento. A reforma é a fonte de rendimento de (82,1%) dos clientes em estudo. A comorbilidade está presente em (81,9%) dos clientes/utentes, sendo

que a mais frequente é doença oftalmológica estando presente em (11,3%) daqueles que referiram comorbilidade, seguida da doença cardiovascular com uma frequência de (4,7%). A doença osteomuscular referida por (20,8%) dos clientes de enfermagem. Quanto ao nível de dependência na mobilidade verificou-se que (79,2%) não apresenta qualquer limitação na mobilidade, (13,2%) apresenta ligeira limitação, (3,8%) recorre ao uso da bengala; (1,9%) utiliza o andarilho e (0,9%) respetivamente usa o andarilho e/ou cadeira de rodas. Foram realizadas 106 consultas de enfermagem à pessoa com diabetes e todas foram realizadas em contexto de unidade de saúde, correspondendo a uma taxa de adesão de 66%. Participaram no estudo 16 os enfermeiros em que 15 são do sexo feminino e 1 do sexo masculino. A idade média dos participantes do estudo é de 38,7 anos de idade. Possuem habilitação académica de licenciado 14 dos enfermeiros e 2 grau de mestre. Dos 16 enfermeiros 5 são detentores do título de especialista sendo respetivamente, 1 especialista em Saúde Infantil e Pediatria, 2 em enfermagem de Saúde Comunitária e 2 em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Cinco (5) enfermeiros tem formação pós-graduada em enfermagem de saúde familiar, 1 em enfermagem de cuidados paliativos e 2 em enfermagem avançada. Detém vínculo profissional em contrato de trabalho em funções públicas 9 enfermeiros e 7 tem vínculo de trabalho em contrato individual de trabalho. O período de trabalho é de 35h semanais para todos os enfermeiros da amostra, sendo que 14 exercem funções em unidades de saúde familiar do tipo modelo B e 4 em unidade de saúde familiar tipo A. No que se refere às atividades assistenciais e não assistenciais realizadas pelos enfermeiros de família na consulta à pessoa com diabetes, dos 64 itens predefinido nove (9) destes não foram realizados por nenhum dos enfermeiros. Os itens predefinidos para a identificação das atividades não assistenciais foram assinalados por todos enfermeiros. **Tabela 1.**

TABELA 1

RESUMO DAS INTERVENÇÕES/AVALIAÇÕES  
MAIS FREQUENTES E TEMPOS DE REALIZAÇÃO

INTERVENÇÕES/ AVALIAÇÕES	EXECUÇÃO REALIZADAS		TEMPO DE EXECUÇÃO	
	f	%	SEGUNDOS	MINUTOS
Monitorizar peso	100	94.3%	3	3
Monitorizar PA	103	97.1%	15	5
Monitorizar Pab	59	52.8%	3	3
Monitorizar Fc	85	80.1%	2	5
Monitorizar IMC	86	81.1%	1	2
Monitorizar HbA1c	45	42.4%	1	2
Monitorizar altura	48	45.2%	3	2
Avaliar conhecimento e potencial para melhorar conhecimento sobre diabetes	33	31.1%	10	3
Ensinar sobre diabetes	54	50,9%	15	10
Avaliar consumo de tabaco	16	15.0%	5	2
Avaliar conhecimento e potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético	22	20.7%	30	5
Ensinar sobre regime dietético	39	36,7%	30	3
Ensinar sobre alimentação	57	53.7%	30	15
Avaliar comportamento de adesão ao regime de exercício	32	30.1%	2	3
Avaliar conhecimento/potencial e capacidade para exercício físico	17	16.0%	30	2
Ensinar sobre exercício físico	53	50%	5	6
Avaliar comportamento de adesão ao regime medicamentoso	27	25.4%	15	4
Avaliar conhecimento/potencial e capacidade gestão de regime medicamentoso	15	14.1%	30	2,1
Ensinar sobre gestão de regime medicamentoso	24	22.6%	30	5
Avaliar comportamento de adesão ao regime terapêutico	16	15%	10	3
Ensinar sobre gestão de regime terapêutico	18	16.9%	50	3
Avaliar comportamento de adesão a autocontrolo/autovigilância	9	8.4%	15	2.95
Ensinar sobre autocontrolo/autovigilância	26	24.5%	5	5
Avaliar comportamento de adesão de autocontrolo/autovigilância dos pés	36	33.9%	5	3
Avaliar a adesão ao regime de imunização	25	23.5%	3	1
Avaliar risco de úlcera diabética	55	51.8%	2	10.6
Ensinar sobre prevenção de úlcera diabética	37	34.9%	20	5
Avaliar a aceitação do estado de saúde	13	12.2%	5	4
Incentivar a comunicação expressiva das emoções	19	17.9%	56	20
(...)	-	-	-	-
Acolhimento da pessoa	102	96.2%	10	5
Procedimentos de controlo de infeção	41	38.6%	40	2.8
Procedimentos de continuidade	96	90.5%	15	5
Documentação de cuidados	19	17.9%	30	3

As atividades assistenciais realizadas com maior frequência foram do tipo ensinar e avaliar e monitorizar. As atividades não assistenciais documentadas dizem respeito ao acolhimento do utente; aos procedimentos de controlo de infeção e documentação de cuidados, sendo que o acolhimento à pessoa e a realização de procedimentos de continuidade de cuidados foram realizadas em mais 90% das consultas efetuadas. Verificou-se que o tempo máximo de realização da consulta foi de 76,6 m e o tempo mínimo de 7,91, o tempo médio de consulta médio foi de 24 minutos.

## DISCUSSÃO

Os resultados indicam que os enfermeiros de família despendem tempo na consulta de enfermagem em cuidados assistenciais e não assistenciais. A avaliação dos dados antropométricos e clínicos permite detetar o nível de controlo da situação de doença. No estudo constatou-se essa preocupação por parte de todos os enfermeiros dado que realizam avaliações antropométricas. Apesar do tempo despendido ter sido tempo mínimo de 1 segundo (IMC) e tempo máximo de 5 minutos (PA) estas atividades são realizadas com elevada frequência, ou seja, em mais 90% das consultas efetuadas. Destaca-se a avaliação do risco de úlcera diabética que exigiu para a sua concretização (10.6m) e foi realizada em 51,8% das consultas. O desenvolvimento de habilidades para os cuidados com os pés é um aspeto crucial da educação de pessoas com DM, daí a importância da sua realização e tempo despendido na mesma, isto porque, estudos demonstram a importância de sensibilizar os clientes para uma adequada vigilância dos pés no sentido de prevenir a ocorrência de amputações. Tido sido identificado pelo estudo que em 33,9% das consultas realizadas foi avaliado o comportamento de adesão de autocontrolo/autovigilância dos pés. A educação para a saúde deve ser direcionada à pessoa adequada às necessidades da

mesma, tendo por base um quadro de referência que permita ao indivíduo a sua compreensão e assimilação. Neste sentido os enfermeiros que participaram no estudo demonstraram esse cuidado dados que avaliaram o conhecimento e o potencial que o seu cliente/utente tem para melhorar o seu conhecimento face à DM. Verificou-se que em 31,1% das consultas realizadas foi avaliado o conhecimento e o potencial para melhorar o conhecimento sobre a diabetes. Ensinar sobre alimentação exigiu o tempo máximo de 15 m e foi efetuado em 50,9% das consultas realizadas. A comunicação com utente/cliente durante a consulta consiste num instrumento básico que permite o estabelecimento do vínculo e confiança com o profissional. Esta permite ao profissional compreender as necessidades do utente/cliente e por outro lado, facilita a aprendizagem para viver melhor com a sua situação de doença, tendo em vista o bem-estar e melhor qualidade de vida. Incentivar a comunicação expressiva das emoções foi a atividade que mais tempo exige para a sua concretização (20 m) apesar de apenas ter sido realizada em 17.9% das consultas.

As intervenções/avaliações de carácter não assistencial neste estudo passaram por avaliar o tempo que os enfermeiros aguardam entre a chamada pelo intercomunicador e chegada ao consultório e a sua receção (avaliado através do acolhimento); o tempo gasto na higienização das mãos, equipamentos etc.; a continuidade de cuidados com a reprogramação de consulta, gestão de lista e a documentação dos cuidados prestados através do registo informático ou manual de dados de saúde/pessoais. Grafen e Mackenzie<sup>17</sup> verificaram que 50% do tempo gasto pelos enfermeiros foi em atividades assistenciais 39% em atividades não assistenciais, 11% em deslocações e 1% na execução de relatórios. Os resultados do estudo apontam que o maior tempo despendido pelos enfermeiros é à semelhança do estudo referido na prestação de cuidados diretos aos utentes/clientes. O tempo médio da

consulta de enfermagem à pessoa com DM obtido neste estudo é de 24 minutos valor muito aproximado ao tempo médio obtido no estudo realizado por Bonfim<sup>16</sup>, de carácter observacional em contexto de cuidados de saúde primários no Brasil, com o objetivo de determinar padrões de tempo das intervenções/atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem. Apuraram que a principal intervenção realizada pelos enfermeiros foi a consulta, com tempo médio de 25,3 minutos. Contudo, importa ressaltar as especificidades e o contexto dado que um estudo foi realizado em Portugal e outro no Brasil. O documento enquadrador das dotações seguras em Portugal da OE<sup>18</sup>, prevê o tempo de consulta para os enfermeiros em contextos de USF e UCSP de 30m para a realização da consulta, contudo os dados obtidos no estudo estão ligeiramente abaixo do tempo estipulado pela OE. Considera-se importante refletir sobre este dado e aprofundar com mais investigação o que leva a esta disparidade. Calcular a carga de trabalho é decisiva para determinar o número de profissionais de enfermagem que Canadian Nurses Association<sup>19</sup> permite aos enfermeiros gestores apoderarem-se de instrumentos que possibilitam um planeamento de acordo com as necessidades clientes/famílias/comunidade. O instrumento usados para avaliar as atividades/intervenções de enfermagem, bem como o cálculo do tempo de execução mostrou-se adequado para o efeito.

## CONCLUSÕES

Os tempos despendidos pelos enfermeiros na consulta de enfermagem são dados inéditos para a realidade da prestação de cuidados de saúde em contextos de USF, além de permitir identificar tempos médios considerando a individualidade/diversidade da prática dos enfermeiros. Ficou evidenciado que utilização do instrumento construído a partir dos referenciais reflete as intervenções/avaliações essenciais no âmbito da consulta de enfermagem. O estudo possibilitou



o reconhecimento das práticas dos enfermeiros de família na consulta de enfermagem à pessoa com Diabetes Mellitus, contudo, importa referir que as intervenções/avaliações aqui descritas são apenas as mais prevalentes, não deixando de se valorizar

as práticas individualizadas dos enfermeiros. Considera-se necessária mais investigação, como as correlações entre o tempo e o perfil do profissional e as características dos clientes, assim como, investigar as cargas de trabalho associadas às restantes con-

sultas/intervenções realizadas pelos enfermeiros de família. Os resultados obtidos poderão dar um contributo às lideranças de enfermagem na tomada de decisão para a constituição de equipas que garantam cuidados seguros e de qualidade. ▴



## Referências

1. OECD (2017), Health at a Glance 2017. [Cited 2018 junho 12]; OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Available from [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017\\_health\\_glance-2017-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en)
2. Ministério da Saúde. Glossário. Lisboa: Ministério da Saúde, 1999.
3. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº 190/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. 2015, Diário da República, 2ª série - nº 79 de 23 de abril, pp 10087-10090.
4. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care. 2019; [Cited 2018 may 24]; 42 (suppl.1), S1-S2. Available from [https://care.diabetesjournals.org/content/42/Supplement\\_1/S3](https://care.diabetesjournals.org/content/42/Supplement_1/S3).
5. Vrijhoefa, H.J.M; Diederiksa J.P.M., Spreeuwenberga C., Wolffenbuttelb B.H.R, van Wilderenc L.J.G.P. The nurse specialist as main care-provider for patients with type 2 diabetes in primary care setting: effects on patient outcomes. International Journal of Nursing Studies, 2002, 39: 441-451.
6. Bezerra N.M.C, Moreira T.M.M, Nóbrega-Therrien S.M, Almeida M.I. Consulta de enfermagem ao diabético no programa saúde da família: percepção do enfermeiro e do usuário. Rev Rene. 2008; 9(1): 86-95.
7. Murrells, T., Ball, J., Maben, J., Lee, G., Cookson, G.; Griffiths, P. Managing diabetes in primary care: how does the configuration of the workforce affect quality of care? King's College London. (2013). [Cited 2017 may 18]; [https://www.researchgate.net/profile/Jill\\_Maben/publication/275348386\\_Managing\\_diabetes\\_in\\_primary\\_care\\_how\\_does\\_the\\_configuration\\_of\\_the\\_workforce\\_affect\\_quality\\_of\\_care/links/553a05ea0cf247b858815872/Managing-diabetes-in-primary-care-how-does-the-configuration-of-the-workforce-affect-quality-of-care.pdf?\\_](https://www.researchgate.net/profile/Jill_Maben/publication/275348386_Managing_diabetes_in_primary_care_how_does_the_configuration_of_the_workforce_affect_quality_of_care/links/553a05ea0cf247b858815872/Managing-diabetes-in-primary-care-how-does-the-configuration-of-the-workforce-affect-quality-of-care.pdf?_)
8. Morris R., Macneela P., Scott A., Treacy P; Hyde A. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. Journal of Advanced Nursing. 2007[Cited 2018 may 24]; 57(5), 463-471; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2006.04134.x>.
9. Aiken L.H, Sloane D, Griffiths P. For the RN4CAST Consortium, et al Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care BMJ Quality & Safety 2017; 26:559-568.
10. Fagerström L, Kinnunen M, Saarela J. Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland BMJ. 2018 [Cited 2019 may 24];8:e016367. Available from <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/4/e016367.full.pdf>.
11. Magalhães, A. M. M, Costa D G, Riboldi C. O, M. T, Barbosa S, Moura, G .M. S. S. Association between workload of the nursing staff and patient safety outcomes. Rev. Esc. enferm. USP. 2017 [cited 2019 July 02] ; 51: e03255. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100457&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100457&lng=en). Epub Dec 04, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016021203255>.
12. Carlesi K. C, Padilha K. G, Toffoletto M. C, Henriquez-Roldán C, Juan Monica A. C. Patient Safety Incidents and Nursing Workload. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017 [cited 2019 April 30]; 25:e 2841. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100319&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100319&lng=en). Epub Apr 06, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1280.2841>.
13. Martin, L; Gonçalves R, Gaidzinski R. R. Construção e validação de instrumento para identificação de carga de trabalho em ambulatório de oncologia e hematologia. Einstein (São Paulo). 2014 Sep [cited 2019 July 28] ; 12( 3): 323-329. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679.45082014000300323&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679.45082014000300323&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082014a02996>.
14. Bonfim, D; Gaidzinski, R.R; Santos, F.M; Gonçalves, C.S; Fugulin, F.M.T Identificação das intervenções de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: parâmetros para o dimensionamento de trabalhadores. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(6):1462-70.
15. Bonfim, D; Pereira, M.J.B; Pierantoni, C.R; Haddad, A.E; Gaidzinski, R.R. Instrumento de medida de carga de trabalho dos profissionais de saúde na Atenção Primária: desenvolvimento e validação. Rev Esc Enferm USP. 2015;49 (esp2).
16. Bonfim D, Fugulin F.M.T, Laus A.M, Peduzzi M, Gaidzinski R.R. Time standards of nursing in the Family Health Strategy: an observational study. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(1):118-26.
17. Grafen, M. & Mackenzie, F. C. Development and early application of the Scottish Community Nursing Workload Measurement Tool. British Journal of Community Nursing, 2015; 20 (2): 89-92.
18. Ordem dos Enfermeiros. Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos cuidados de Enfermagem. Diário da República nº 233/2014, Série II de 2014-12-02, 30247-30254.
19. Canadian Nurses Association. Measuring nurses' workload. Nursing Now. 2003 [cited 2019 January 28]; 15:1-4. Available from [https://www.cna-aicc.ca/~media/cna/page-content/pdf/fr/nursesworkloadmarch2003\\_e.pdf](https://www.cna-aicc.ca/~media/cna/page-content/pdf/fr/nursesworkloadmarch2003_e.pdf).



**JOANA TEIXEIRA**

**Enfermeira** Coordenadora do Internamento Médico-Cirúrgico, Mestre em Oncologia. Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa (HE-UFP), Porto, Portugal.

✉ [jteixeira@ufp.edu.pt](mailto:jteixeira@ufp.edu.pt)

**GERMANO COUTO**

**Professor, Doutor.** Universidade Fernando Pessoa (UFP), CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

**ANA PAULA PRATA**

**Professora Adjunta, Doutor.** ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

**ANA MARIA ALMEIDA**

**Enfermeira.** Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil. Porto, Portugal.

# SEXUAL DYSFUNCTION AND QUALITY OF LIFE IN PROSTATE CANCER

Sexual dysfunction and quality of life in prostate cancer

## Abstract

Prostate cancer causes changes, such as erectile dysfunction, with a significant impact on the perception of quality of life (QoL). The aim of this study is to identify changes in perception of QoL related to erectile dysfunction over time.

A descriptive, analytical and longitudinal study was conducted with the participation of oncological patients from the ambulatory urology department of an oncology hospital unit of the North of Portugal. The sample, obtained through convenience non-probabilistic sampling between October 2015 and July 2016, included 60 patients. The instrument used for data collection was IIEF-5 (International Index of Erectile Function-5) that evaluates the severity degree of erectile dysfunction (ED).

Sexual function did not present clinical or statistical differences along the studied period. Cultural issues related to privacy preservation may justify our sexual function scores.

Early identification of QoL changes may guide nurses to patient-centered care.

**KEYWORDS:** QUALITY OF LIFE; PROSTATE CANCER, SEXUAL DYSFUNCTION.

## INTRODUCTION

Prostate cancer is one of the leading causes of disease and mortality among men and, each year, 1.6 million men are diagnosed and 366,000 men die from prostate cancer.<sup>(1)</sup> It is the fifth most common cause of cancer death around the world.<sup>(2)</sup> Prostate cancer is particularly common in developed countries.

It is amongst 12% of all cancers in Europe. In developed countries, it accounts for 1 in 10 deaths in men with cancer.<sup>(3)</sup>

It is more common in men over 50 years of age, accounting for about 3.5% of all global deaths and 10% of all deaths from male cancers.<sup>(3)(4)</sup> Both incidence and mortality vary across geographical regions and populations, reflecting the

multifactorial impacts of genetic variation, diet, lifestyle and environmental factors, access to health care and availability<sup>(5)</sup> This disorder is predominantly a disease of older men with 70 years of age or older. According the National Cancer Institute, (6) the mean age at diagnosis is 68 years, where 71.2% of deaths due to prostate cancer occur in men older than or equal to 75 years. With the growing aging population and rising life expectancy in developed countries, prostate cancer cases are projected to increase dramatically in the future.<sup>(6)</sup>

The diagnosis and treatment of prostate cancer can lead to significant changes in the life of men, especially the level of sexual activity and, consequently, to change their quality of life (QoL).<sup>(7)</sup>

Sexuality is an important part of normal human functioning, but this is an aspect of care that has been largely ignored by health professionals and caregivers.<sup>(8)</sup>

A 2018 study showed that sexual dysfunction affects 26% of men after prostatectomy, the period required for recovery from erectile function after surgery varies between 6 and 48 months.<sup>(9)</sup>

Research studies<sup>(9)(10)</sup> on health-related quality of life (HRQoL) report that one year after prostatectomy, men are more concerned with sexual function than with the possibility of recurrence of cancer. Persistence of side effects after prostatectomy may result in significant changes in patients' quality of life.

This way health professionals have a responsibility to ensure that cancer survivors and their partners experience a better quality of life during the years of survival. Early identification of QoL changes may guide nurses to patient-centered care.

	N	%
<b>Age</b>		
45 a 54	3	5,0
55 a 64	17	28,3
65 a 74	22	36,7
75 a 84	11	18,3
85 and more	7	11,7
<b>Literary qualifications</b>		
Without qualifications	12	20,0
Up to 12 years of schooling	32	53,3
Higher education Ensino Superior	16	26,7
<b>Profision</b>		
Retired	32	53,3
Unemployed	1	1,7
Representatives of the legislature	1	1,7
Workers in personal protective services	5	8,3
Plant and machine operators	4	6,7
Skilled workers in industry, construction	3	5,0
Farmers and skilled agricultural workers	3	5,0
Specialists in Intellectual and Scientific Activities	10	16,7
Middle level technicians and professions	1	1,7
<b>Marital status</b>		
Single	5	8,3
Married	41	68,3
Divorced	4	6,7
Widower	10	16,7

### AIM

The present study aims to identify the perception of QoL related to erectile dysfunction over time.

### METHODS

This is a descriptive, analytical and a longitudinal study, with the participation of cancer patients from an oncology hospital unit. The

non-probability sample consisted of 60 patients who visited the doctor's office from October 2015 to July 2016. The inclusion criteria included patients aged over 18 years and patients with prostate cancer. Patients were excluded if they could not read or write in Portuguese and had neurological and cognitive changes that prevented them from completing the questionnaire.

The IIEF-5 (International Erectile Function Index-5) scale that evaluates the prevalence of erectile dysfunction (ED) was used. The possible scores for IIEF5 range from 1 to 25 (each question has scores of 1 - 5). Thus, a zero response to a question was considered to be less functional, while a response of five was considered to be more functional. A score above 21 was considered a normal erectile function and values equal to or below 21 considered with erectile dysfunction. According to this scale, ED is classified into four categories based on IIEF-5 values: severe (5-7); moderate (8-11); mild to moderate (12-16); (17-21), and without DE (22-25).<sup>(11)</sup> Data was performed in four moments coincident with the follow-up nursing consultations. In order to understand the changes in the QoL, and according to the moments recommended by the institution for patient follow-up, we started the data collection at the first consultation after diagnosis (M0) and continued one month (M1), three months (M3) and months (M6) after treatment was started.

Data was analyzed using SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) version 25.0 for Windows. All ethical-legal considerations were respected. The voluntary nature of the participation is emphasized and a declaration of informed consent has been signed by each participant. This research was approved by the board of directors of the institution and the Ethics Committee (Opinion N.º 107/014).

**RESULTS**

The sample consisted of 60 men with a mean age of 69.8 years (SD = 9.8 years), ranging from a minimum of 51 years to a maximum of 90 years. The majority are in the 65-74 age group (36.7%), are married (68.3%), have up to 12 years of schooling (53.3%) and are in a re-

tirement situation (53.3%). **Table 1.** Almost half of the sample underwent a non-surgical treatment (45%) 30% to a surgery. **Table 2.** **Table 3** and figure 1 shows the evolution of IIEF-5 values in the 4 evaluation moments. Despite the increase in IIEF-5 values, the differences are not statistically significant, F repeated measures (3, 177) = 0.856, p = .465. **Table 3** and **Figure 1.** It was found that there were no major changes in sexual dysfunction over time (M = 15.4), however, there was a slight change from M0 to M1 and M3 to M6 with a non-significant decrease in values.

**DISCUSSION**

In prostate cancer, age is an important risk factor, since both incidence and mortality increase significantly after age 50. The mean age of study participants is 69.8 years; 36.7% of the participants are in the age range of 65-74 years, older than 50 years, corroborating with the observation that age was a factor significant risk for the sample studied. Regard sexual dysfunction, as Mat-

thew et al<sup>(9)</sup> shows, it is a situation of high prevalence in modern societies, partly because of the aging population and the increase in the number of new cases of cancer each year. Erectile dysfunction encompasses a variety of physical aspects with an important contribution of psychological and behavioral aspects. The presence of symptoms in patients with prostate cancer can cause changes in QoL, what may be a variable strongly associated with erectile dysfunction.<sup>(12)</sup>

In the sample, 30% of the patients underwent surgery, so it would be expected to find statistically significant values in the first months after surgery, as indicated by Matthew et al.<sup>(13)</sup>, however, and although there were changes these are not very relevant, Another study by Chien et al.<sup>(14)</sup> shows that there are changes in sexual function regardless of the type of treatment, with sexual function decreasing in the first 24 months, with a marked decline in the first months of the patients undergoing surgery, which is in line with our results which, although not statis-

**TABLE 2**

TYPE OF TREATMENT		
	N	%
Surgical	18	30,0
Non-surgical	27	45,0
Surgical and non-surgical	15	25,0
Total	60	100.0

**TABLE 3**

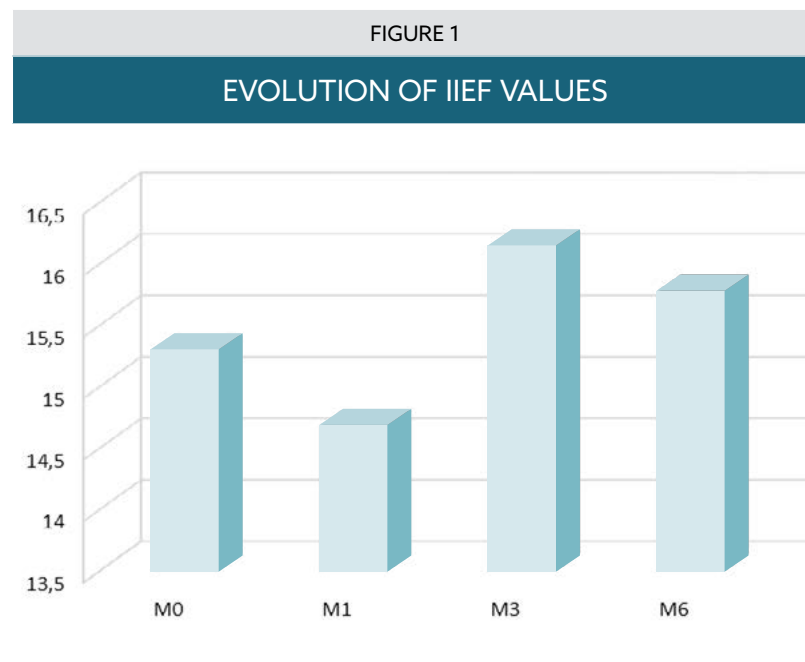
EVOLUTION OF IIEF-5 VALUES				
	Mínimum	Máximum	Mean	Standard deviation
<b>Moment 0</b>	5	25	15,28	5,19
<b>Moment 1</b>	5	25	14,67	5,41
<b>Moment 3</b>	5	25	16,13	5,21
<b>Moment 6</b>	6	25	15,77	5,37

tically significant, show a slight change in the first months after diagnosis. The lack of statistically significant changes over the period studied may take into account privacy preservation issues, as the study by Sequeira et al. <sup>(9)</sup>

## CONCLUSIONS

Sexual dysfunction is one of the most prevalent and long-lasting consequences of prostate cancer treatment. Chien et al. <sup>(14)</sup> verified that, regardless the treatment, the sexual function decreases in the first 24 months, which is in agreement with the results obtained in the study. Identifying the moments where the perception of QoL undergoes changes allows the nursing team a more targeted intervention for each patient.

The study has some limitations regarding the sample size. With a larger sample larger we could, probably, have obtained more marked responses in this domain. On the other hand, data collection



proved to be complex due to the dynamics of the institution, which led to the loss of patients able to participate.

The institution of a nursing follow-up model focused on the

vulnerabilities of patients with prostate cancer shall allow to work in an individualized way with each patient in order to improve the domains more affected and consequently a better quality of life. ▴



## References

1. Pernar CH, Ebot EM, Wilson KM, Mucci LA. The Epidemiology of Prostate Cancer. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2018;8(12).
2. Collaboration GBoDC. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-years for 32 Cancer Groups, 1990 to 2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA Oncol*. 2017;3(4):524-48.
3. Sequeira T, Ferreira PL, Teixeira J, Peres I, Oliveira J, Silveira A. Patient- Reported Outcomes in Prostate Cancer: Prospective Changes Analysis for Prognosis Prediction. *Journal of Cancer Therapy*. 2015;6:1238-48.
4. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2018.
5. Cooperberg MR, Chan JM. Epidemiology of prostate cancer. *World J Urol*. 2017;35(6):849.
6. Droz JP, Balducci L, Bolla M, Emberton M, Fitzpatrick JM, Joniau S, et al. Management of prostate cancer in older men: recommendations of a working group of the International Society of Geriatric Oncology. *BJU Int*. 2010;106(4):462-9.
7. Benedict C, Traeger L, Dahn J, Antoni M, Zhou E, Bustillo N, et al. Sexual bother in men with advanced prostate cancer undergoing androgen deprivation therapy. *J Sex Med*. 2014;11(10):2571-80.
8. Katz A. The sounds of silence: sexuality information for cancer patients. *J Clin Oncol*. 2005;23(1):238-41.
9. Matthew A, Lutzky-Cohen N, Jamnicky L, Currie K, Gentile A, Mina DS, et al. The Prostate Cancer Rehabilitation Clinic: a biopsychosocial clinic for sexual dysfunction after radical prostatectomy. *Curr Oncol*. 2018;25(6):393-402.
10. PS H, PN M, RJ B, AN J, LC T, DL N. Health-related quality of life in Australian men remaining disease-free after radical prostatectomy. *Med J Aust*; 1998. p. 483-6.
11. Rhoden EL, Telöken C, Sogari PR, Vargas Souto CA. The use of the simplified International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool to study the prevalence of erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 2002;14(4):245-50.
12. Pais Ribeiro J, Santos A. Estudo exploratório da relação entre função erétil, disfunção erétil e qualidade de vida em homens portugueses saudáveis. *Análise Psicológica*; 2005. p. 341-9.
13. Cooperberg MR, Chan JM. Epidemiology of prostate cancer. *World Journal of Urology*. 2017;35:849.
14. Chien GW, Slezak JM, Harrison TN, Jung H, Gelfond JS, Zheng C, et al. Health-related quality of life outcomes from a contemporary prostate cancer registry in a large diverse population. *BJU International*. 2017;120: 520-9.



### JOANA TEIXEIRA.

**Enfermeira** Coordenadora do Internamento Médico-Cirúrgico; Mestre em Oncologia. Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa (HE-UFP). Porto, Portugal.

✉ [jteixeira@ufp.edu.pt](mailto:jteixeira@ufp.edu.pt)

### GERMANO COUTO

**Professor**, Doutor. Universidade Fernando Pessoa (UFP); CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

### ANA PAULA PRATA

**Professora Adjunta**; Doutor. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

### ANA MARIA ALMEIDA

**Enfermeira**. Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil. Porto, Portugal.

# URINARY INCONTINENCE: THE IMPACT ON THE QUALITY OF LIFE

## Urinary incontinence: the impact on the quality of life

### Abstract

Quality of life (QoL) assessment represents an emerging focus in the health area since it use can complement clinical practice and optimize resources. Urinary incontinence is a common consequence in the oncologic pathology of the prostate that severely affects QoL. A descriptive, analytical and longitudinal study was conducted with the participation of oncological patients from the ambulatory urology department of an oncology hospital unit of the North of Portugal. The sample, obtained through convenience non-probabilistic sampling between October 2015 and July 2016, included 60 patients. The ICIQ-SF was used. The impact on QOL was classified as: zero (0), no impact; from 1 to 3, slight impact; 4 to 6, moderate; from 7 to 9, severe; and, of 10 or more, very serious.

Urinary incontinence had a moderate impact on the perception of QoL of patients in M0 and M1. It was observed that as the symptoms decreased, the patients' perception of QoL increased and M3 and M6 had a slight impact.

**KEYWORDS:** QUALITY OF LIFE; PROSTATE CANCER, URINARY INCONTINENCE.

### INTRODUCTION

The concept of quality of life (QOL) has great significance in the area of health, because the number of people living with chronic diseases is increasing.<sup>(1)</sup>

According to WHO (1995), QoL is "the individual's perception of their insertion in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns."<sup>(2)</sup> From a broad and dynamic subjective concept<sup>(3)</sup>, various terms have been used in the literature to define QOL, such as well-being<sup>(4)</sup> the degree to which people enjoy the possibilities of

their lives, the perception of life satisfaction.<sup>(5)</sup> According to Noronha et al. (2016) the broad dimension of health and its relationship with various positive and negative aspects of life allow different forms of assessment, leading individuals with the same morbidity to manifest different levels of health and well-being, physical and emotional.<sup>(6)</sup> In view of the multidimensionality of QoL, the concept of Health Related Quality of Life (HRQoL) emerged. Quality of life assessment represents an emerging focus in the health area since its use can complement clinical practice and optimize resources.<sup>(6)</sup> Since cancer is a disease with a

high morbidity and mortality rate, it is important to take into account in global care not only survival, but also quality of life <sup>(7)</sup>

Health-related quality of life assessment (HRQoL) provides information on overall health status, signs and symptoms, psychological and social conditions. <sup>(7)</sup>

Prostate cancer and its treatments can affect quality of life; however, the effects differ throughout the disease stage, time and type of treatment. It is diagnosed increasingly early, so the results of survival are increasingly favorable. The basis of selection of treatments has changed, taking into account the quality of life. <sup>(8) (9)</sup>

Urinary incontinence (UI) is one of the most common consequence of prostate cancer and severely affects quality of life. <sup>(10)</sup>

Urinary incontinence is defined as involuntary loss of urine of sufficient gravity to be a health and social problem. Although UI is not a life threatening condition, it can bring about changes in individuals' lifestyles in relation to their sense of well-being. <sup>(11)</sup>

Although most patients regain urinary continence at least one year after surgery, many continue to report the presence of this symptom. <sup>(12)</sup>

Urinary incontinence has a major social and emotional impact on both the patient and the family, and is therefore a significant source of reduced quality of life (QoL) in patients with prostate cancer. <sup>(10)</sup>

## AIM

To identify the evolution of the impact of urinary incontinence on the QoL of the patient with oncologic pathology of the prostate.

## METHODS

A descriptive, analytical and longitudinal study in an hospital in the

north of Portugal. Sample, not probabilistic for convenience, consisting of 60 patients. Data collection performed from October 2015 to July 2016, in the first medical consultation after diagnosis (M0) and one month (M1), three months (M3) and six months (M6) after treatment. The assessment moments match with the follow-up consultations recommended by the institution. The ICIQ-SF was used in order to assess changes in quality of life in patients with urinary incontinence. The impact on QoL was classified as: zero (0), no impact; from 1 to 3,

slight impact; 4 to 6, moderate; from 7 to 9, severe; and, of 10 or more, very serious. <sup>(13)</sup>

Data was analyzed using SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) version 25.0 for Windows. All ethical-legal considerations were respected. The voluntary nature of the participation is emphasized and a declaration of informed consent has been signed by each participant. This research was approved by the board of directors of the institution and the Ethics Committee (Opinion N.º 107/014).



TABLE 1

## CHARACTERIZATION (N = 60)

	N	%
<b>AGE</b>		
45 a 54	3	5,0
55 a 64	17	28,3
65 a 74	22	36,7
75 a 84	11	18,3
85 and more	7	11,7
<b>LITERARY QUALIFICATIONS</b>		
Without qualifications	12	20,0
Up to 12 years of schooling	32	53,3
Higher education Ensino Superior	16	26,7
<b>PROFESSION</b>		
Retired	32	53,3
Unemployed	1	1,7
Representatives of the legislature	1	1,7
Workers in personal protective services	5	8,3
Plant and machine operators	4	6,7
Skilled workers in industry, construction	3	5,0
Farmers and skilled agricultural workers	3	5,0
Specialists in Intellectual and Scientific Activities	10	16,7
Middle level technicians and professions	1	1,7
<b>MARITAL STATUS</b>		
Single	5	8,3
Married	41	68,3
Divorced	4	6,7
Widower	10	16,7

TABLE 2

TYPE OF TREATMENT		
	N	%
Surgical	18	30,0
Non-surgical	27	45,0
Surgical and non-surgical	15	25,0
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

TABLE 3

INTERNAL CONSISTENCY	
Alpha de Cronbach	Avery (2004)
,877	,950

TABLE 4

EVOLUTION OF ICIQ VALUES				
	Minimum	Máximum	Mean	Standard deviation
M0	0	17	4,68	5,79
M1	0	17	5,62	6,26
M3	0	17	3,53	5,40
M6	0	15	2,58	4,92

**RESULTS**

The sample consisted of 60 men with a mean age of 69.8 years (SD = 9.8 years), ranging from a minimum of 51 years to a maximum of 90 years. The majority are in the 65-74 age group (36.7%), are married (68.3%), have up to 12 years of schooling (53.3%) and are in a retirement situation (53.3%). **Table 1.** Almost half of the sample underwent a non-surgical treatment (45%) 30% to a surgery. **Table 2.**

Regarding the internal consistency of the instrument used, and as in Avery et al (2004), the exploratory factorial analysis of ICIQ items confirmed the existence of a single robust factor accounting for 91.2% of the total variance. The internal consistency obtained with Cronbach's alpha coefficient was .877 (good). **Table 3.** In Table 4 and Figure 1 we can see

the evolution of ICIQ values in the 4 evaluation moments. The differences are statistically significant, F (3, 177) = 3,240, p = .023. The paired comparison test indicates that the differences between the initial assessment and the 6th month assessment (p = .044) and the 1st month assessment and the 6th month evaluation (p = .010) are statistically significant. **Table 4 - Figure 1.**

**DISCUSSION**

In prostate cancer, age is an important risk factor, since both incidence and mortality increase significantly after age 50. The mean age of study participants is 69.8 years; 36.7% of the participants are in the age range of 65-74 years, older than 50 years, corroborating with the observation that age

was a factor significant risk for the sample studied.

Regarding the type of treatment, 45% of our sample performed non-surgical treatment (radiotherapy, chemotherapy, hormone therapy or brachytherapy). The same happens in the Oraá study (2017), where 42% of the sample also performed non-surgical treatment. In this study we did not find statistically significant differences when we related the type of treatment and the urinary incontinence. In the study by Chien et al (2017), changes were found depending on the type of treatment selected. (14)

Regarding the impact of the QoL perception of the patients in this study, they had a moderate impact on M0 and M1, and as the symptomatology decreased, the patients' QoL perception increased, with M3 and M6 having a mild impact. which shows that urinary function worsened in the first month after surgery, and showed improvement in the following 12 months.

A study by Chien et al. (2017) reports that the results of urinary incontinence reduced for surgical surgical patients improving slightly at 24 months after treatment. However, the 24 month urinary recovery for surgical patients was significantly worse than for other types of treatment, wich is contrary to the results of our study.

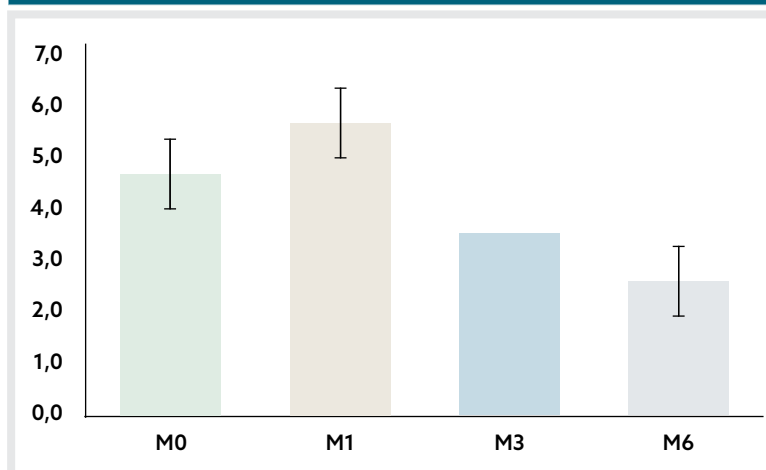
**CONCLUSIONS**

Urinary incontinence has negative implications for both the patient and his or her family, especially on emotional, sexual and social issues, especially the psychic suffering they cause. Studies shows (4), (8), (9) that the impact on quality of life is greatest in the first month after treatment and depending on the type of treatment selected the recovery may be more or less slow. Patients with prostate cancer may experience changes in urinary function with different levels of impact



FIGURE 1

## EVOLUTION OF ICIQ VALUE



on their quality of life. It is critical that nurses identify these changes so that they can implement more effective interventions. The study has some limitations regarding the sample size. With a larger sample larger we could, probably, have obtained more marked responses in this domain. On the other hand, data collection proved to be complex due to the dynamics of the institution, which led to the loss of patients able to participate. It is proposed that further longitudinal studies be conducted to monitor the impact of urinary incontinence on the quality of life of prostate cancer patients taking into account the type of treatment. ▲



## References

- Eton, D.T.; Lepore, S.J. Prostate cancer and health-related quality of life: a review of the literature. *Psycho-oncology*. 2002;11(4):307-26.
- The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995. p. 1403-9.
- Ferrans, C.E. Development of a conceptual model of quality of life. *Sch Inq Nurs Pract* 1996. p. 293-304.
- Guyatt, G.H.; Feeny, D.H.; Patrick, D.L. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993. p. 622-9.
- Noronha, D.D. et al. Factors in adult health-related quality of life: a population-based study. *Cien Saude Colet*. 2016;21(2):463-74.
- Sequeira, T.; Ferreira, P.L.; Teixeira, J.; Peres, I.; Oliveira, J.; Augusta, S. Patient-Reported Outcomes in Prostate Cancer: Prospective Changes Analysis for Prognosis Prediction. *Journal of Cancer Therapy*; 2015. p. 1238-48.
- Oliveira, A.; Pimentel, F.L. Do patients know their diagnosis of cancer? *Progress in Palliative Care*; 2006.
- Oraá-Taberner, N.; Rodríguez, J.A.C.; Lentati, G.O.; Natalia, Pino M.; Sánchez-Fuertes, M.; et al. Efectos del tipo de tratamiento y grupo de riesgo en la calidad de vida y la información, en pacientes con cáncer de próstata. *Psicooncología*; 2017. p. 241-54.
- Orsola, A.; Morote, J. Epidemiología de la incontinencia urinaria en el cáncer de próstata. Incidencia, calidad de vida y aspectos farmacoeconómicos *Arch. Esp. Urol.*; 2009. p. 786-92.
- Bicalho, M.B.; Lopes, M.H.B.M. Impacto da incontinência urinária na vida de esposas de homens com incontinência: revisão integrativa\*. *Rev Esc Enferm USP* 2012. p. 1009-14
- Yuan, H.; Williams, B.A. Knowledge of urinary incontinence among Chinese community nurses and community-dwelling older people. *Health Soc Care Community*. 2010;18(1):82-90.
- Parker, W.R.; Wang R, He C.; Wood, D.P. Five year expanded prostate cancer index composite-based quality of life outcomes after prostatectomy for localized prostate cancer. *BJU Int*. 2011;107(4):585-90.
- Padilha, J.F.; Silva, A.C.; Mazo, G.Z.; Marques, C.G. Investigação da qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. *Umuarama: Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*. 2018. p. 43-8.
- Chien GW, Slezak JM, Harrison TN, Jung H, Gelfond JS, Zheng C, et al. Health-related quality of life outcomes from a contemporary prostate cancer registry in a large diverse population. *BJU International*. 2017;120: 520-9.



**JOSÉ VILELAS**

**Professor Coordenador, Doutor.** UI&DE - Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem, Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa. Lisboa, Portugal.

✉ [jvilelas@esscvp.eu](mailto:jvilelas@esscvp.eu)

**PAULA DIOGO**

**Professora Adjunta, Doutor.** UI&DE - Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa, Portugal.

**ISABEL LUCAS**

**Professora Coordenadora, Doutor.** UI&DE - Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem, Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha de Lisboa. Lisboa, Portugal.

**MARIA JOÃO FERNANDES**

**Professora Coordenadora, Doutor.** UI&DE - Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem, Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches. Lisboa, Portugal.

# A MENTORIA COMO PROCESSO PROMOTOR DA COMPETÊNCIA EMOCIONAL EM ENFERMAGEM: PERSPETIVAS DE ESTUDANTES E PROFESSORES DO CURSO DE LICENCIATURA

Mentoring as a process that promotes emotional competence in nursing: perspectives of students and teachers of the undergraduate course

## Abstract

**Introduction:** Mentoring programs, developed in a close relationship with students, allow for a better academic adaptation, promote the development of emotional and social competencies, and expand the network of academic and professional relationships.

**Aims:** Characterize the emotional experiences of nursing students and understand the importance of mentoring in the process of integrating them in a Lisbon School.

**Methods:** This is a cross-sectional, descriptive and correlational study, with a mixed approach. The emotional competencies survey was applied to 238 students, semi-structured interviews with 12 students and focus groups to 10 teachers.

**Results:** Most students are female and attend the 1st and 2nd year. Female students are associated with a better perception and emotional expression. The student's adaptation to higher education is related to a greater ability to cope with emotions. Lastly, school performance influences the student's ability to manage emotions. As to the findings of the interviews, these revealed: precipitating factors of negative intensity emotional experiences; emotional experiences of negative intensity; emotional management strategies; And the function of mentoring in the development of emotional competence. In the focus groups we assessed that the teachers recognize the emotional experience faced by the students resulting from: events, experiences and academic difficulties that trigger emotions of negative load. The concept of mentoring and mentor are different, with requirements, difficulties and barriers to the implementation of the mentoring process.

**Conclusions:** Mentoring is a process that influences both the coping of academic performance and the development of competence related to emotional management, acceptance and communication, which are fundamental for the nursing practice.

**KEYWORDS:** MENTORS; EMOTIONS; STUDENTS, NURSING; FACULTY

## INTRODUCTION

The term Mentor was used for the first time in Greek mythology in the *Odyssey* of Homero. In the nursing discipline, Florence Nightingale may have been the first mentor<sup>1</sup>. In the modern era, the concept was developed in the USA in the 1980 decade, although in the early years, mentoring was mainly related to post-graduate nurses. Currently, the term mentoring has been applied in several contexts and this fact, associated with its extensive diversity of programs, makes it difficult to have a single definition<sup>2</sup>. If for Poulsen<sup>3</sup> the mentoring is defined as a commitment of learning between two people, with different levels of experience and with the potential to learn, enjoy new approaches and grow, to Eby<sup>4</sup> this is a process that influences the output profile of an organization and enables organizations to interact effectively. It is increasingly recognized that the emotions and the way they are experienced and expressed in the context where the person is inserted, have a fundamental impact on the results related to the performance inherent to the function<sup>5</sup>. The expression and suppression of emotions not only shape how people feel, but also influence the cognitive functioning of individuals, as well as their ability to establish and maintain efficient interpersonal relationships<sup>6</sup>. Students are in a better position to communicate their problems and needs and to get the help they want from others, when they are emotionally available and honest. Sharing the emotions provides necessary information to others, to respond to the needs of students and give a positive and constructive<sup>7</sup> feedback. People who are emotionally available, enjoy better psychological<sup>8</sup> well-being, feel more comfortable

and confident to learn and perform new functions, and improve interaction with others. Through emotional communication, students also have the opportunity to build friendships and proximity with others, either as collaborators or as supervisors<sup>9</sup>. These positive relationships should facilitate both learning and mentoring.

The mentor must be prepared for the management of the students' emotions, keeping an open thought, resorting to interaction, listening, humanism and welcoming in relationships. The mentor potentiates the conversation of subjects/situations, listening, questioning and reflecting. In this partnership process, it enhances the qualities and talent of students, facilitates the best performance and self-knowledge. This is a specific process and individual growth, catalyst of the best performance and effectiveness, transforms the experiences lived and helps each one to overcome themselves<sup>10</sup>. With this work we intend to characterize the emotional experiences lived by the students of the undergraduate Nursing Course of a School in the Lisbon region and understand the importance of mentoring in the process of healthy integration of the student in Higher Education.

The results of this study will contribute to structure the guiding lines of a mentoring program, adapted to the constructive learning and cognitive development and stimulation of the emotional competence of the undergraduate student in nursing.

## MENTORING IN THE EMOTIONAL MANAGEMENT OF THE NURSING STUDENT

The role of the mentor in nursing has been gaining prominence in

recent years, allied to the considerable importance of emotional expressions within the organizations<sup>7,10</sup>. Mentors have a vital contribution to the support and follow-up of students, with a view to achieving learning goals in a practical and theoretical context. The mentor conveys knowledge, instructions and trains competencies, enabling students to develop appropriate behaviors and professional attitudes that lead to the excellence of care.

Nursing students, when they enter higher education, have to deal with change and adaptation to new environments, an experience that some described as highly exhausting from the emotional point of view, generating a high level of anxiety and fear<sup>11</sup>. The more complete the integration process, the greater the resilience of students to these events. Some studies indicate that this association depends largely on the quality of interpersonal relationships that are established. The literature reinforces the view that what students greatly value the support relationship with their mentor<sup>12</sup>.

Clinical learning environments should create a welcoming atmosphere so that students can improve their expression of emotions. This atmosphere implies the reduction of perceived distance between students and health care professionals. Mentors can pre-train emotional strategies, to promote a feeling of emotional confidence<sup>5</sup>. Similarly, they should work closely with the clinical supervisor to jointly develop student-centered learning strategies. Successful mentoring programs facilitate learning about the care area and the institution itself, promoting a positive attitude towards the profession, personal interests and career. These programs require

proactive behavior among students and mentors, promoting a stimulating and motivating teaching-learning environment.

### PROFILE AND SUPPORT FUNCTION OF THE MENTOR

While mentors consider that their competence in teaching or in the evaluation process is an important factor in their effectiveness, students beyond these qualifications value the personal qualities of the mentor: genuine, secure, entrepreneur, visionary and effective in solving problems<sup>12</sup>. The same authors consider these indicators as revealing the importance of mentoring, as a process where formal education is not the only determinant of the success of mentoring. Students consider "good" mentors, those who spend a lot of time with them, have good teaching and communication skills, and transmit their knowledge by adapting them to their needs<sup>12</sup>. On the other hand, the "bad" mentors are those who do not fulfill the promises, have no knowledge or have difficulties in transmitting them. Students perceive that "bad" mentors are not satisfied with their employment and that the other members of the team do not like them. Once again, the emphasis is centered on the personal qualities of the relationship, reflected by words and phrases such as: "support", "encourage", "allow", "a relaxed relationship", "caring for them" and "trust" prevail in the description of the values that mentors must possess. For their part, mentors are concerned about being prepared to perform this function, with the time and energy consumed in the mentoring process, the inherent complexity of the function and the high level of commitment needed to accomplish it with success<sup>13</sup>. The literature revealed that for mentors the area that can cause more uneasiness and anxiety, was

related to the students' assessment. The evaluation of clinical teaching has been recognized as a highly consuming situation in emotional terms. This process can also be aggravated by the detachment of teachers from the environment of practice<sup>14</sup>. It is argued that the need to evaluate students can influence the development of a positive work relationship between mentor and mentee, creating stress for students due to the fear of revealing weak points and fear of failing<sup>13</sup>. Evaluation can be detrimental rather than improving learning. The respondents affirm that the evaluation is a judgment made by someone upon someone else, who necessarily invokes a hierarchical and authoritarian relationship between evaluators and evaluated. This seems to be a negative consequence of having two combined roles of professor and mentor<sup>5,6</sup>.

Psychological and emotional pressures on mentors can be a barrier in the mentoring process. The support that should be made available to the mentor involves access and availability; partnership; documentation and experiences; and yet a reliable, consistent and clear<sup>15</sup> approach, as can be seen in **Figure 1**.

The elements of endorsement or support for mentors are:

- *Access and Availability*: mentors are concerned about the need for support at certain times, for example, when confronted with a new situation and how to deal with students who do not develop the required competencies. Mentors value support, ease of contact, and speed of response to questions posed to "senior or expert" teachers in mentoring<sup>16</sup>.
- *Partnership*: the partnership at work and the development of trust relationships between mentors, and teachers "senior or expert" is essential to ensure that students are able to cope with all

situations in a real care setting and to support their learning<sup>17</sup>. In addition, some authors<sup>18</sup> suggest the partnership between the actors of the mentoring process, to provide students with great academic, personal and social experiences.

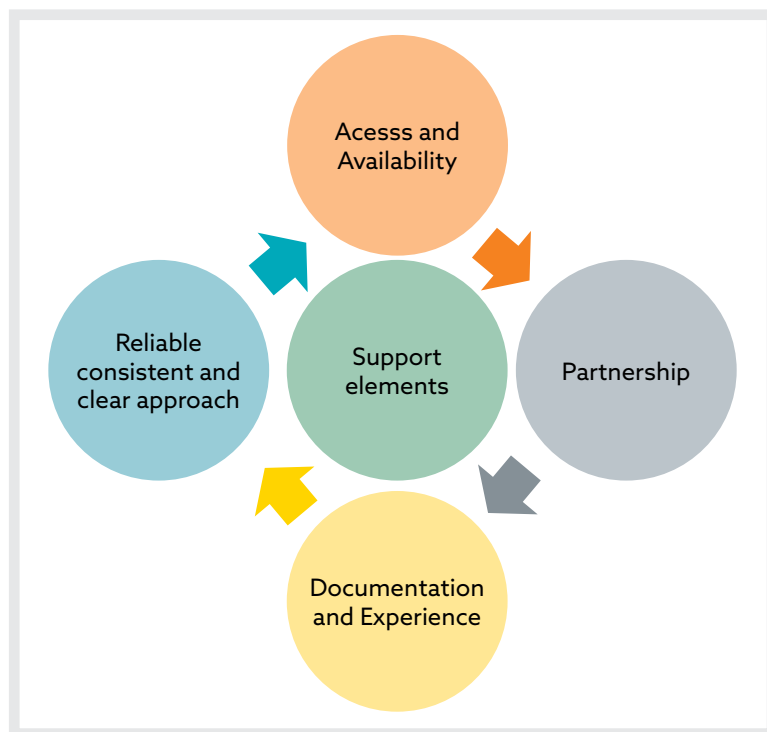
- *Documentation and experiences*: mentors should have all the documentation that regulates the pedagogical procedures and well-defined criteria, which facilitates the orientation processes<sup>18</sup>. Issues related to insufficient documentation and the lack of knowledge of procedures may be related to the high workload of mentors<sup>19</sup>.
- *Reliable, consistent and clear approach*: continuous and reliable support in "senior or expert" mentors is very important for the success of the mentoring process. Also, regular support helps mentors to play their role more effectively and safely. Mentors can be senior students, teachers, recent graduates and specialized professionals<sup>20</sup>. The literature recommends that the profile of mentors should meet the interest in teaching or mentoring, and in the case of professionals, they should have less than 10 years of experience. This fact is often a facilitator, due to the ability to experience the problems/needs of mentees in a more real and current way. However, the more experienced professionals can be very important in the mentoring process due to the richness of their experiences<sup>21</sup>.

### MATERIALS AND METHODS

This is a cross-sectional, descriptive and correlational study, with a mixed approach<sup>22</sup>. The sample consisted of nursing students attending the Bachelor's degree (from the 1st to the 4th year), n = 238 for the quantitative approach and 12 students and 10 professors for the qualitative approach of the

FIGURE 1

## SUPPORT ELEMENTS FOR MENTORS



study. The intentional sampling technique was used for student interviews and focus groups. We used the questionnaire of emotional competence, the Portuguese version, adapted and validated<sup>23</sup> of the "Emotional Skills Competence Questionnaire" (ESCO) that was built and presented by Taksic in 2000 at the European Congress of Psychology. The aim of applying this questionnaire was to identify emotional perception, emotional expression and ability to cope with emotion. This questionnaire consists of 45 items, on a six-point Likert scale, varying between never and always, to three sub-scales: "emotional perception", with 15 items, corresponding to the questions: 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 33, 36, 39, 42 and 44; "emotional expression", with 14 items, corresponding to the questions: 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29, 32, 35, 38 and 41; and "ability to cope with emotion"

with 16 items, corresponding to the questions: 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34, 37, 40, 43 e 45.

The validation study of this questionnaire<sup>39</sup> for the Portuguese population, in a sample of 381 students, showed a good internal consistency, since the results revealed Cronbach's alpha values of the sub-scales of "emotional perception" and "emotional expression" of 0.84 in both, the lowest alpha value was found in the scale "ability to cope" with emotion being 0.67, the alpha value in the total scale was 0.98; In factor analyses, the three factors explained about 30% of the total variance of the results. The items of the three dimensions of the scale are mixed, however, it was possible to identify the dimensions that stood out for the students, depending on the level of education in which they are present; A correlation between the items and the three dimensions of the emo-

tional competence showed internal validity indexes higher than 0.40; the existence of a positive correlation between the three dimensions of the scale; good sensitivity and satisfactory discriminative power. The instrument presents good psychometric qualities, which allows its use in research in the Portuguese context.

In the qualitative approach, we conducted semi-structured interviews with students with the aim of understanding their emotionally intense and disturbing experience; Understand their formative needs aimed at the development of emotional competence; Identify emotional management strategies; identify emotional management resources; analyze mentoring as a resource for the development of emotional competence. Two focus groups were conducted to the teachers, with the aim of understanding the emotionally intense situations of the students; understand the fragilities in the emotional development of students; to analyze the formative needs of students who aim at the development of emotional competence; to analyze mentoring as a resource for the development of emotional competence in nursing.

For the analysis of quantitative nature data, descriptive and inferential statistics of the data obtained was used, the treatment of which was carried out with the help of the SPSS version 23 program.

To analyze the data of qualitative nature, we used the technique of content analysis of Bardin, using the program *Nvivo11*.

In the first phase, we requested the necessary authorizations for the application of the data collection instruments. We have requested authorization from the author of the Emotional Competence Questionnaire, for its use and application. Thereafter, we required the board of Directors of the School of Health, authorization for the ap-

plication of the questionnaire and the interview to students attending the Undergraduate Nursing Course, as well as to the professors of the nursing area and finally we have requested the statement of the Ethics Committee. In view of the opinion 11/2018, the research study did not raise objections of an ethical nature for its completion. In a second phase, we collect data by applying the questionnaire to students. Before its application, we explained the aim of this study. This explanation was exposed in a collective way and in the classroom context. After all doubts were clarified, those who were interested in participating in this study read and signed the informed consent. We then distributed the questionnaire and asked that after duly completed, to place it in a ballot box available for this purpose. Participants (students and teachers) were always asked for their informed consent and permission to use a recorder during interviews and focus group. Each participant had access to a document with information on the research and informed consent form, where we highlighted the voluntary, free and clarified participation, the anonymity and confidentiality of the data collected by the researchers. We consider that the participants benefit from this study, by reflecting on the recognition of their emotional competence, by analyzing emotional management strategies that promote their global well-being and emotional balance, and also by the possibility of identifying resources aimed at their emotional development, enabling them to cope more effectively with adversities. No conflicts of interest or harm to the participants of this study are anticipated.

## PRESENTATION OF RESULTS

The average age of the students in the study was 23.6 years, with

a standard deviation of 6.4 years. Most were females (84%). The distribution of students per year was as follows: 1st year (35%), 2nd year (32%), 3rd year (18%) and 4th year (15%). As for the occupational/professional situation, the majority are students (68.1%), however with a considerable percentage (30.3%) student workers have emerged. In the period of classes 71.8% of the students live with their parents. *Analysis of the data obtained through the application of the Emotional Skills Competence Questionnaire (ESCO) to students:* The analysis of the emotional competencies questionnaire shows that students have high emotional perception ( $M = 5.2$ ); Medium capacity of emotional expression ( $M = 3.9$ ) and medium ability to deal with emotions ( $M = 3.7$ ). When comparing gender and subscales, we can verify that there are statistically significant differences in relation to gender and perception ( $P = 0.011$ ) and emotional expression ( $P = 0.025$ ). We also emphasize that both dimensions are higher among females. The year that the student attends is associated with emotional perception ( $P = 0.001$ ), and this increases proportionally to the year. We can also mention that the more adapted the student feels, the greater their ability to cope with emotion ( $P = 0.006$ ). *Analysis of data obtained from semi-structured interviews conducted to nursing students:* From the analysis of the content of the interviews conducted to 12 students, 4 central categories emerged: "Precipitating factors of negative intensity emotional experiences"; "Emotional experiences of negative load"; "Emotional management: Non-adaptive strategies and adaptive strategies"; "Mentoring function in the development of emotional competence".

### Precipitating factors for negative intensity emotional experiences

Students reveal the factors that

trigger disturbing and intense emotions and feelings throughout the formative experience, namely *to respond to the demands of the course*, because they are confronted with a *demanding study and an intense workload*. Also the *demand of internships and practical teaching* is highly evoked by students:

*(...) It's horrible, because we don't know what's going to happen to us, no matter how prepared we are, we get there it seems we're not, and I think it's a short time. It is a very intensive study for the time it is! E9*

In addition, it is necessary to develop *critical thinking, self-confidence and communication skills*; All this becomes very demanding by the permanent *confrontation with intense emotions*:

*The course is very difficult and is very demanding, and in emotional terms even more! E6*

The experiences of emotionally intensive care also constitute another relevant factor for the students, in particular the *state of confusion and the death/mourning of the client*.

Sometimes, students experience conflicts with the supervising nurses; when *nurses are not available, the nurses consider that they are not teachers, new nurses have less patience to orient or the conception of nursing is not concordant*:

*Although we have to know things, we are also there to learn. They're not our teachers. I've heard it from nurses! Nurses saying "We're not school, we're not your teachers, you have to know things!!!" E1*

But also the unsupportive approach of teachers, constitutes a factor that promotes emotional experiences of negative intensity, characterized by: *teachers without patience and little interactive, lack*

of support during the evaluation and lack of proximity and support in general.

Students also show that they feel lack of preparation for clinical teachings due, on the one hand, to the lack of laboratory practice sessions, and on the other hand, to their lack of experience in health care and difficulties in communicating with the client:

(...) At the practical level for this we have to start dealing and communicating with people and struggled more there, it was a confrontation because I also did not know very well what to expect. E8

The students also refer to the obligation to take advantage due to parental pressure, because they do not want to disappoint them in addition to being economically dependent on them, and the competitiveness among students, as factors that trigger the emotional experiences of negative intensity on their formative path.

### Emotional experiences of negative intensity

From the emotions/feelings experienced by the students, fear is associated with the unknown, exposure to colleagues, the fact that they can fail in the evaluation and confrontation with the death of the client. Disorientation arises when you feel "for nothing" and out of context. Pressure is felt in internships, practical teachings and laboratory practices, in the assessment, or when the student is the focus of attention and has to be able to afford the course. Stress can be physical or emotional and have different levels, being associated with inexperience and difficulty in dealing with care situations. The anxiety resulting from the assessment, the need to manage, the personal characteristics, and is due to intimidation and inexperience. Discouragement is felt when you become unwilling to invest, without encouragement,

worn out and demoralized. Exhaustion manifests itself by fatigue and physical and emotional exhaustion. Lastly, the shock is due to confrontation with the reality of nursing care, to be a student again, by the consciousness that it is necessary to grow and for the demand of the Course:

I think what shocked me the most was the rhythm of work, it was very fast, I was not expecting so much material all of a sudden! E10

### Emotional management: Non-adaptive and adaptive strategies

In view of the intense and negative emotional experience described above, students seek to manage it using strategies of control and repression (non-adaptive strategies) and regulatory strategies (adaptive strategies). Students adopt strategies of non-adaptive management, such as avoiding emotional expression because they do not feel at ease, do not see results and are afraid of the consequences by talking about what they feel or reveal opposite feelings, denial avoiding thinking about what they feel and through the breakout forward and also negatively discharge the others. It is also noteworthy that students refer to adopting harmful strategies for health such as taking an anxiolytic, biting nails, stop eating and smoking a lot.

And I take it out on people a lot! I'm beginning to respond poorly, personally to my closest group of colleagues. They know when I'm nervous, while I say: "Shut up, let me concentrate!", and people know right away when I'm more nervous than my usual, that's it! E7

(...) The stress comes and I (...) Smoke a lot (...). E9

But students adopt adaptive strategies that reveal their resilience; interpersonal strategies, intraperson-

al and extra-personal strategies. Interpersonal strategies refer to sharing with the teacher, sharing with the supervisor, sharing with other people, reflecting with the teacher, helping the care receiver, investing in the interpersonal relationship and socializing with colleagues:

(...) Having colleagues, getting into jokes, that, hours of decompression before the frequency for example (...) E6

The intrapersonal strategies refer to the self-dialogue, mental relaxation, the analysis of what was experienced, the decentralization, the positivism, the awareness of emotions and the need to deal emotionally, and also assume that no one knows everything, take responsibility, believing that they did their best, calm themselves, relativize, motivate, exercise and establish priorities/time management.

(...) I think I'm an organized person, and as I am organized, I end up, as I have things up to date I can have a logical sequence in my thinking, and I end up being able to cope better with this situation because I know: okay, this is going to give me stress but I prepared myself! (...) E8

The extra-personal strategies refer to the support of teachers, internship supervising nurses, colleagues, family and friends:

Professor X, I never thought that she was as she is in teaching, in the internship, because she made us very comfortable if we had a problem to call her and gave us a lot of support even during the formative meetings (...) E2

(...) At the end of the day [the advisor] asked me to stay longer. "And what's going on, and what's going on?" I explained everything to him of what happened and he: "Hmm Ok, so tomorrow we will do things differently" (...) E3

*(...) But without doubt, I needed both family and friends, including teachers... to help me with this. E10*

**The role of mentoring in the development of emotional competence**

Taking into account the emotional experience and the mobilized management strategies, students recognize mentoring among peers as an *important aid*, due to the *academic practice and the godchildren*, but should be a *continuous and individual help and accompaniment*, and still *in person or at a distance*. The mentoring of teachers is also seen as an *important aid*, with a *group and/or individual support*, performed either by *distance or in person*.

This mentoring program can also be carried out by peers and teachers (in complementarity):

*However, not wanting to discredit teachers is obvious, because teachers have much more experience than we do. And maybe at theoretical levels consult the teacher more than a student who is still learning too. Do you understand? But maybe if it was the two of them together it would be good. E2*

Other resources complementary to mentoring, mentioned by the students, are the reflection sessions on the practices, a Curricular Unit on emotional management and a psycho-emotional support office. These resources contribute to the development of the emotional competence of nursing students, since it is possible to enhance adaptive management strategies, and minimize the non-adaptive strategies that may perpetuate the negative experience and evolve to psychopathology, through a structured and continued support and guidance. *Analysis of the data obtained from the focus group performed on the nursing professors* According to the experience shared

by the teachers, we perceive, through the findings obtained, that it is possible and relevant to implement a mentoring program in the view of the emotional experience faced by the students. Two main categories emerged: **Emotional Experience Faced by Students and Implementation of a Mentoring Program.**

The first category arises because teachers recognize events that precipitating negative emotions in students such as: classes and evaluation of practices/laboratory, evaluation in the presentation of papers, when approaching the clinical training and during the same:

*"But I think practices are the great source of stress for them" (FG2:263) "In the Practical Context" (FG1:298) "Practical teaching. Laboratory practices. It is a destabilization for the most part" (FG2:266) "It is there (laboratory) that the thing is more, more severe for them" (FG1:295); "In the practical/laboratory evaluation" I think this increases exponentially" (FG1:275) "Curricular units with laboratory practices that are (aaah) evaluation" (FG1:274); "In the assessments that are through presentations, they are all stressed" (FG2:279); "Before going to the real context" (FG1:276) "Before they go to the real context" (FG1:277) "; "Then in the real contexts is not spoken..." (FG1:339) "They are always with the feeling that they are under evaluation" (FG2:289) constitute an emotional source. And then all the evaluation "all that it is evaluation," (FG2:249) "All evaluation moments," (FG2:254).*

In this category, teachers show emotional experiences of negative intensity such as: concerns, fear, panic, frustration, stress, irritation, anger, discomfort, sadness and

suffering. They also emphasize obstacles faced by students such as: in the construction of happiness and in the fulfillment of rules:

*"The student also has to be happy while he is..." (FG1:580) "They have a lot of difficulty doing that. ... They at least have no strategies to know when they're happy and when they're not. They never seem to be." (FG1:579); "is the compliance of rules" (FG1:75) "the schedules are to fulfill... Perhaps because of professional deformation, perhaps because we are in the nursing area" (FG1:76) "Why can't I have my hair down when I'm in the laboratory" (FG1:84) "Why can't I come with the street shoes" (FG1:85); confrontation with the construction of knowledge "the amount of information they have to internalize, learn, articulate and then the need to demonstrate that they have done this process and that they know what is supposed to know" (FG1:114) confrontation with frustration/failure "have this struggle in managing emotions in the sense (aaah) of non-frustration because all that is difficult frustrates them" (FG1:12) "is the fear of failing here for not being able to use it" (FG1:325); among others.*

They also disclose factors that trigger emotional experiences of negative intensity: immaturity, lack of motivation and disinterest:

*"It has much to do with immaturity" (FG1:436) "adolescence it's not over yet for many of them" (FG2:49); "the interest part, choosing the school and the vocation and helping the other has, in my view, being diminishing in the motivation part" (FG1:45) "In what they want to go over and dispatch" (FG1:53); "but then they end up not corre-*



sponding because they are disinterested and it doesn't work, these people don't work... and... and you see "(FG1:207)" they come because... because it is one more "(FG1:56); ...

The central category **Implementation of a Mentoring Program** emerged from the subcategories and context units described below: Mentoring Concept: As a facilitator process of emotion management and different from coaching; Mentor Concept: As a reference person for the student and an interconnection with other faculty and institution and different tutor; Mentoring Requirements: Availability for mentoring, responsiveness in the mentoring process, training/preparation needs for mentoring, preparatory work, student preparation for mentoring, mentoring evaluation; at last arises the subcategory impediments/barriers to mentoring: which encompasses the inadequacy of physical and human resources as context units. Teachers consider that the **Concept of Mentoring** is defined as a facilitating Process for managing emotions:

*"If this is a process of emotional management things... I know it's not therapeutic, it's different aspects. It is to manage the negative emotion in relation to that person "(FG2:735)" The mentoring may be associated with this issue of emotional experience "(FG2:537)" This is an emotional management process, "(FG2:714)" If this is a process of emotional management things... I know it's not therapeutic, it's different aspects to manage the negative emotion in relation to that person "(FG2:735)*

But it is also a different process of coaching:

*"Now it reminded me of coaching" (FG2:184) "having only five students means that*

*I am doing almost a therapy with them... no, that's not the point, I think, it doesn't make sense "(FG2:607).*

For teachers, the **Mentor Concept** comes from Mentor as a reference person for the student and interconnection with the rest of the faculty members:

*"It is a reference person for the student (FG2:551)" who is available to help them "(FG2:544)." It is something that the school found, (...) the feedback among the colleagues who are part of this year, plus the feedback after the student "(FG2:554)*

The participants distinguish mentor from tutor:

*"It is easier to be a tutor than mentor" (FG2:513) "to be a tutor is to guide the student in his..., to be a facilitator of learning, and to dedicate to the cognitive part is like this... in emotional terms it is complex "(FG2:517)" In emotional terms is complex, even because of our part demands that we do not get involved with certain aspects "(FG2:518)*

Mentoring requirements are revealed, which emerge from the Availability for mentoring:

*"For this to go well, (aaah) that this teacher had (aaah) open mind to receive what the student has to say..." (FG1:468) "there is here..., there had to be always a meeting of (aaah) the person has to be available for this" (FG1:470) "not only to have time availability but also to have personality availability "(FG1:471)" To have an open mind to receive what the student has to say "(FG1:472)*

Responsiveness in the mentoring process was also referred to as a necessary criterion for mentoring: *"people should, should*

*be very conscious when... "(FG2:657)" people should be honest with themselves "(FG2:658)" and have the honesty and the hombrity and the student understand this, because I think in these processes it is important that the student realizes that that teacher who is his mentor does not have the truth... all truths don't even have the... all the solutions to his problems. Isn't it? "(FG1:474)" is a person who will help you reflect "(FG1:475)"... the student needs presence... "(FG1:495)*

Teachers feel the need for training/preparation or mentoring:

*"training"(FG2:674) "training people"(FG2:646) "no one is born taught"(FG1:623) "I don't know"(FG2:599) "I confess my ignorance"(FG2:574) "I don't know if that is the name, "(FG1:492) "but I don't always know... I don't know..." "(FG1:494) "I don't know... I don't know... I'm here now to make it possible..."(FG1:497) "unless I'm very much mistaken"(FG2:629) "That requires knowledge"(FG2:578);*

A preparatory work must also be carried out before the mentoring process is developed:

*"to get there (aaah) there's a path to go..." (FG1:610) "Ah there has to be (a previous work)"*

Student preparation for mentoring is also valued:

*"students must also be instructed... what they can do, what they have at their disposal, what they can actually do, is not to demand, but to ask" (fg2:556) "the student must also understand this...I think this is a process that cannot be only on the part of teachers, the student must... this must be explained very well..." (FG1:479)*

Evaluation as a mentoring monitoring process was mentioned by teachers:

*"... and experimentation and understanding if... it works... if it doesn't. (FG1:621) "And also having the student's feedback if... (...)... really is what he... If this is the way, if we are doing well, if... isn't it? That was very important. Otherwise..." (FG1:622)*

As for the results of the mentoring, the teachers consider that:

*"I'm sure it would help our students..." (FG1:528) "they would be much more successful if they had someone" (FG2:187) "from the moment you feel more suited you will also be able to respond more appropriately and therefore the feedback becomes more positive and ends up being a more positive experience" (FG2:541)*

Impediments/Barriers to mentoring were also highlighted, which arose from: Inadequacy of physical resources:

*"in this aspect... of the follow-up of the student that we are talking about here in my office when I have the other colleague working in the other desk, when she is receiving students, when... when..." (FG1:466) "in the middle of the corridor" (FG1:503)*

And inadequate human resources:

*"we are few..." (FG1:529) "the work of mentoring can never pass as being a mentor of 90 students" (FG2:573) "it is impossible to do a work of this level (...) with 90 students, no way" (FG2:577) "it is not possible" (FG2:575) "It does not cross your mind" (FG2:576)*

## DISCUSSION

The results of this study reveal that mentoring in nursing students integrates individual, organizational, socio-environmental, pedagogical and clinical aspects. The reciprocal relationship between the mentor and the mentee characterized by empathy, respect and authenticity is essential for the mentoring

process to offer opportunities for student guidance and self-realization in academic and professional terms. In a review of 159 studies<sup>24</sup> was confirmed that students valued the personal dimension of the relationship with the mentor, citing qualities such as support, empathy, encouragement and counseling as the most important characteristics for them. The role of the mentor is even more important than initially foreseen. In addition to their role in educating and supporting students, mentors have an increased competence in ensuring the quality of care provided to the citizen, as they are the "role models" that regulate good practice in the profession<sup>13</sup>.

A very notable aspect of this study was the high emotional perception among female students compared to male students. This perception also increases in the same proportion of the year the student attends. Women are encouraged from an early age to reflect and express their feelings, and many men do not receive this kind of encouragement, appearing to lack consideration for the feelings of others, at home and even at school. In terms of emotional management, men and women deal with this very differently. Male gender usually manifests its emotions with states of impulsiveness, while women generally analyze the situations and emotions they share with their peers before making a decision<sup>25</sup>. Students consider that clinical learning is very important because it ensures the mobilization of theoretical content into the real context. It is a learning opportunity that many say is crucial for the development of instrumental, social and emotional skills. However, the results show that clinical teaching is a formative experience that triggers disturbing emotions and feelings, both because of the demands they make and because of the difficulty that students have

in managing time. On the other hand, the teachers mention difficulty in managing these processes, due to their high complexity and lack of preparation and training in emotional management. Some authors<sup>7</sup> present a model to favor student learning and satisfaction, especially in the context of clinical teaching. Students who share their emotions, whether in a theoretical or practical context, tend to make better use of the experiences of clinical teaching and have more promising results than those who suppress their emotions. Emotional behaviors are influenced by the characteristics of each student and by practical situations/scenarios. Another study<sup>27</sup> suggests that mentors find it difficult to deal with situations in which the student becomes irritated, upset or disagrees with their assessment. And highlights the lack of confidence of the mentors and the lack of skills to solve the problems related to students' academic (un)success<sup>43</sup>. Mentors described problematic experiences with students as 'horrendous', 'traumatic' and 'exhaustive'<sup>26,27</sup>. These situations had an emotional impact on the mentors. Mentors experience the intensity of these experiences of dealing with unsuccessful students, months after the event<sup>26</sup>. Course requirements and situations related to assessment, confusion states of care clients, people at the end of life and struggle are relevant factors in the increased experience of negative intensity emotions. The role of the mentor is even more important than initially foreseen. In addition to their role in educating and supporting students, mentors have an increased competence in ensuring the quality of care provided to the citizen, as they are the "role models" that regulate good practice in the profession<sup>13</sup>. On the other hand, the literature indicates that mentoring programs should be planned, tak-

ing into account their monitoring during all years; others offer guidance only in a specific year, or in complex activities, such as Clinical Teaching<sup>28</sup>. As for teachers, they highlight some obstacles and barriers that interfere with the mentoring process, among them the inadequacy of human and physical resources. Mentoring activities should therefore take place over an extended period of time to help strengthen communication processes between mentors and mentees. Evidence<sup>29</sup> shows that mentees are more likely to share personal problems and socialize with their mentors six months after the start of the program. In this sense, the literature recommends an activity or event in which the mentor and mentee can participate, using moments of reflection on the shared experiences and their impact, among others<sup>29</sup>. According to the teachers participating in our study, this process involves monitoring, as well as the prior establishment of the results to be achieved with the mentoring process.

The students, faced with a negative and intense experience, use control and repression strategies - non-adaptive strategies; and regulation strategies - adaptive strategies. Teachers, on the other hand, consider that students should be prepared in advance. Students should (1) find the course interesting and enjoy attending it daily, (2) consider the higher education institution an attractive place to learn, and (3) have an overall positive evaluation of the institution<sup>7</sup>. For the authors<sup>30</sup>, the selection of the situation, cognitive change and

response modulation are also considered effective strategies. However, its application depends on the existence of certain developmental prerequisites, such as the ability to think in an abstract way and the emotional maturity that allows exercising self-control. Finally, students recognize the important role of peers in the mentoring process, rather than the one of teachers. Continuous, individual, distance or face-to-face help plays an important role in the development of the emotional competence of the students in the study. Teachers consider that mentoring can provide close support to the student, a help that facilitate a more appropriate response in emotionally intense situations. Mentors may have one or several mentees, and occasionally more than one person may be a mentor in a group of mentees<sup>31</sup>. As for the form of guidance, some authors argue that it should be face-to-face<sup>32</sup>, but more and more other forms of communication are used, namely via email and by telephone<sup>33</sup>. Mentoring programs are increasingly recognized in schools as key components of the curriculum, and can help in student development, growth, knowledge and skills. On the other hand, nursing training currently values the independence and self-determination of the student for learning, placing the responsibility on them, particularly with regard to the active relationship in the mentoring process.

## CONCLUSIONS

Students admitted to the bachelor's degree in nursing often experience

an intense, stressful and often disruptive emotional experience, which can undermine their health and internal balance. In addition to having to deal with the inherent fragilities of their life and personality development processes, they are also subject to an intense and very demanding academic experience from an emotional point of view. We emphasize that a strong and effective emotional management involves controlling or externalizing emotions depending on the moment and circumstances. It is known that the desired balance is not always achieved, however, it is important to keep trying to find it, through a constant interpretation of the various emotions they feel, and by adopting an efficient mentoring process that involves mentors and mentees.

It is essential that students seek to have at their disposal more precise emotional management strategies to face potentially threatening experiences of their mental health. It is understood that some of the strategies can be learned with the help of a mentoring program, in which mentors - peers or teachers - will enable them to find a better emotional balance.

In light of the results found, the implementation of mentoring programs promote emotional skills, reflecting on how individuals understand and manage emotions. On the other hand, students with this feature improve emotional regulation, which allows them to increase their flexibility and better deal with unforeseen circumstances and change, turning their obstacles into challenges. ▴



## References

1. Pellat G C. The role of mentors in supporting pre-registration nursing students. *Br J Nurs.* 2006; 15(6): 336-340.
2. Grassinger R, Porath M, Ziegler A. Mentoring the gifted : a conceptual analysis. *High Abil Stud.*2016; 21(1): 27-46.
3. Poulsen K . Mentoring programmes : learning opportunities for Mentees, for Mentors, for organisations and for society. *Ind Commer Train.* 2014; 45(5): 255-263.
4. Eby L, Allen T, Hoffman B, Baranik L, Sauer J, Baldwin S, Morrison M, Kinkade K, Maher C, Curtis S, Evans S. An interdisciplinary meta-analysis of the potential antecedents, correlates, and consequences of protégé perceptions of Mentoring. *Psychol Bull.* 2013; 139(2): 441-476.
5. Gray B, Smith P. Emotional labour and the clinical settings of nursing care: The perspectives of nurses in East London. *Nurse Educ Pract.* 2009; 9: 253-261.
6. Gross J, John O. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol.*2003; 85(2): 348-362.
7. Liu Y, Xu J, Weitz B. The Role of Emotional Expression and Mentoring in Internship Learning. *Acad Manag Learn Educ.* 2011;10(1): 94-110.
8. Neff K, Harter S. The role of power and authenticity in relationship styles emphasizing autonomy, connected-ness, or mutuality among adult couples. *J Soc Pers Relat.* 2002; 19(6): 835-897.
9. Thoits A. Managing the emotions of others. *Symbolic Interaction.*1996; 19(2): 85-109.
10. Araújo E, Vieira V. Práticas docentes na saúde: Contribuições para uma reflexão a partir de Carl Rogers. *Revista da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional.* 2013;17(1):97-104.
11. Phillips RM, Davies WB, Neary M. The practitioner-teacher: a study in the introduction of mentors in the preregistration nurse education programme in Wales: part 2. *J Adv Nurs.*2002;23(6):1080-1088.
12. Gray M, Smith L. The qualities of an effective mentor from the student nurse's perspective: findings from a longitudinal qualitative study. *J Adv Nurs.* 2000;32(6):1542-1549.
13. Myall M, Levett-Jones T, Lathlean J. Mentorship in contemporary practice: the experiences of nursing students and practice mentors. *J Clin Nurs.* 2008; 17:1834-1842.
14. Watson R, Stimpson A, Topping A, Porock D. Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature. *J Adv Nurs.*2002;39(5): 421-431.
15. Burden S, Topping AE, O'Halloran C. Mentor judgements and decision-making in the assessment of student nurse competence in practice: A mixed-methods study. *J Adv Nurs.* 2018; 74(5):1078-1089.
16. Henderson A, Twentyman M, Eaton E . Creating supportive clinical learning environments: an intervention study. *J Clin Nurs.*2010; 19(1-2): 177-182.
17. Nursing and Midwifery Council. Standards to Support Learning and Assessment in Practice. NMC Standards for Mentors, Practice Teachers and Teachers. London: NMC; 2008.
18. Mannix J, Wilkes L, Luck L. Key stakeholders in clinical learning and teaching in bachelor of nursing programs: a discussion paper. *Contemp Nurse.*2009; 32(1-2): 59-68.
19. Jokelainen M, Jamookeeah D, Tossavainen K. Building organizational capacity for effective mentorship of pre-registration nursing students during placement learning: Finnish and British mentors conceptions. *Int J Nurs Pract.* 2011; 17(5): 509-517.
20. Veeramah V.What are the barriers to good mentoring? *Nurs. Times.*2012; 108(39): 12-15.
21. Fricke TA, Lee MGY, Brink J, D'Udekem Y, Brizard CP, Konstantinov IE. Early mentoring of medical students and junior doctors on a path to academic cardiothoracic surgery. *Ann Thorac Surg.*2018;105(1):317-320.
22. Vilelas J. A Investigação. O processo de construção do conhecimento. 2ªed. Lisboa: Edições Sílabo; 2017.
23. Santos N, Faria L. Inteligência emocional: Adaptação do "Emotional Skills and Competence Questionnaire"(ESCCQ) ao contexto português. *Revista da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.* 2005; 2: 275-289.
24. Ehrich L, Tennent L, Hansford B. A review of mentoring in education: some lessons for nursing. *Contemp Nurse.* 2002; 12: 253-264.
25. Gray J. *Men Are From Mars, Women Are From Venus How to get What you Want in Your Relationships.* London: Harper Thorsons; 2017.
26. Carr J, Heggarty H, Carr M, Fulwood D, Goodwin C, Walker W, Whittingham K. Reflect for success: recommendations for mentors managing failing students. *Br J Community Nurs.*2010;15(12): 594-596.
27. Duffy K. Integrating the 6Cs of nursing into mentorship practice. *Nurs Stand.* 2015; 29(50): 49.
28. Hawkins A, Jones K, Stanton A. A mentorship programme for final-year students. *Clin Teach.* 2014;11(5):345-349.
29. Lin CD, Lin BY, Lin CC, Lee CC. Redesigning a clinical mentoring program for improved outcomes in the clinical training of clerks. *Med Educ Online.* 2015;20(1):28327.
30. Macedo L, Sperb T. Regulação de Emoções na Pré-Adolescência e Influência da Conversação Familiar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.*2013; 29(2): 133-140.
31. Dalgaty F, Guthrie G, Walker H, Stirling K. The value of mentorship in medical education. *Clin Teach.* 2017;14(2):124-128.
32. Kalen S, Ponzer S, Seeberger A, Kiessling A, Silen C. Longitudinal mentorship to support the development of medical students' future professional role: A qualitative study. *BMC Med Educ.* 2015;15: 97.
33. Tran K, Tran GT, Fuller R. West Yorkshire mentor scheme: teaching and development. *Clin Teach.* 2014;11(1):48-52

**LEONOR TEIXEIRA****Professora Adjunta, Mestre.**

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS-UP). Porto, Portugal.

✉ [loteixeira@esenf.pt](mailto:loteixeira@esenf.pt)**MIGUEL SILVA**

**Enfermeiro, Mestrando.** ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP). Porto, Portugal.

**VANDA BARANDAS**

**Enfermeira, Mestranda.** ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ). Porto, Portugal.

**ANA TEIXEIRA**

**Enfermeira, Doutoranda.** ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS-UP), Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ). Porto, Portugal.

**CRISTINA BARROSO**

**Professora Adjunta, Doutora.** ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Porto, Portugal.

**LUÍS CARVALHO**

**Professor Coordenador, Doutor.** ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

# A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA COMO INDICADOR DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM NO CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Evidence based practice as an indicator of clinical supervision in nursing in context of ambulatory surgery

**Abstract**

Clinical supervision and evidence-based practice in nursing should be understood as complementary and indissociable as they go hand in hand towards the same objectives. Therefore, the supervising process, should boost the evidence-based practice in order to promote better nursing care. The purpose of this study is to evaluate nurse's predisposition to incorporate evidence-based practice into their care and to identify barriers to its application with the purpose of propose contributions for the implementation of a nursing clinical supervision model that encourages the use of the best evidence available into the daily practice.

The study is integrated into the research project "SAFECARE - *Supervisão Clínica para a segurança e qualidade dos cuidados*". It was developed an exploratory-descriptive study in an ambulatory surgery unit of a University Hospital in Porto, Portugal. It had a target population of 59 nurses, and it was used the "Evidence-Based Practice Questionnaire" as a method of collecting data. From the 49 questionnaires collected, we find that the subscale "Practices" has an average score of 4.89, the subscale "Attitudes" 5.36 and the subscale "knowledge/skills and competences" 5.08.

These results showed that nurses have a low use of evidence-based practice when compared with the level of knowledge, skills and competences shown, although they seem to have a positive attitude towards this subject. These results can be partially explained by the overburden felt by the nurses, which identified the lack of time and motivation, but also inappropriate training and scarcity of team meetings and proper tools in the workplace as barriers.

**KEYWORDS: NURSING; EVIDENCE-BASED NURSING; EVIDENCE-BASED PRACTICE; PERIOPERATIVE NURSING; AMBULATORY SURGERY.**

## INTRODUCTION

Currently, in Portuguese health care institutions it is not yet possible to verify a standard use of clinical supervision in nursing practice. In order to overcome that limitation, it has been developed the SAFECARE Project. It aims to implement a Contextualized Nursing Clinical Supervision Model (CNCSM) in different departments of several Portuguese hospitals to promote the safety and quality of nursing care. The SAFECARE project, results from a partnership between the *Escola Superior de Enfermagem do Porto* (ESEP) and the *Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório* (CICA) and it is based on four structuring axes: context (refers to the set of elements and circumstances where care is developed and provided), nursing care (focuses on the interpersonal relationship between a nurse and a client, or between a nurse and a group of clients), professional development (refers to the nurse's need in continuing their training during their professional activity that meets their personal goals, care clients, and context/organizational culture) and clinical supervision (based on concept defended by the Portuguese Nurses Order). The SAFECARE project includes four steps (figure 1). In the first one, a diagnosis of the current situation is performed to assess sensitive indicators to the nurse's personal and professional practice. This sensitive indicator will be important during the implementation of the project because they can serve as process indicators, and later, in the last phase of the project, they will be evaluated as results indicators. In the second step, the main objective is to identify the clinical supervision needs felt by nurses. This is a fundamental step because, in addition of identifying the nurse's needs, it

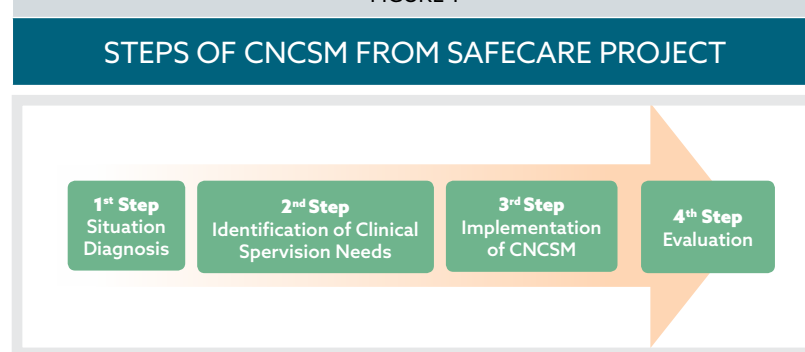
allows the effect of "ice break" between all the participants, which is important for professionals to establish bonds of trust in the process. On the third step, the CNCSM is implemented: group supervision sessions between the supervisors and the supervisees take place. In this third phase, nurses have the chance to discuss various work problems and doubts, related to their daily routine so they can feel more secure, supportive, and less helpless. In the four and last step, the process of the CNCSM implementation is evaluated. In order to do that, the indicators found has sensitive towards the process of clinical supervision are again evaluated with the same "*modus operandis*".

Several indicators were found to be sensitive to the clinical supervision process, and once this project was set in an ambulatory surgery unit, the chosen indicators were post-surgical pain, surgical wound and clinical efficiency and evidence-based practice. This, has was already referred, were the topics used to evaluate the effectiveness of the Clinical Supervision process.

The concept of Clinical Supervision in Nursing (CSN) is not yet consensual between the different authors, with some definitions based on the objectives and purposes of the CSN, others focusing in the supervised person, the supervising strategies or

even in the relations that emerge in the process. However, despite those differences, most authors agree that the main objective of Clinical Supervision is the constant improvement of the work develop by nurses. Therefore we can consider that Clinical Supervision is a formal way of accompaniment and development with the aim to promote the security and quality of nursing care<sup>1</sup>. This definition goes along with the definition of the Department of Health that define Clinical Supervision as a "formal process of professional support and learning which enables practitioners to develop knowledge and competence, assumes responsibility for their own practice and enhance safety of care in complex situations". For Butterworth & Fauquier<sup>2</sup> it is also an exchange between practitioners who enable them to develop their professional skills. According to the literature review, clinical supervision is crucial for the quality of nursing care and it is an important mechanism to support nurses in their clinical practice. Concerning Evidence-based practice (EBP), authors designate the concept as being a methodological approach that promotes health care delivery from clinical decision-making based on the best evidence available, clinical expertise and patients preferences and values, in the context of the available resources<sup>3</sup>.

FIGURE 1

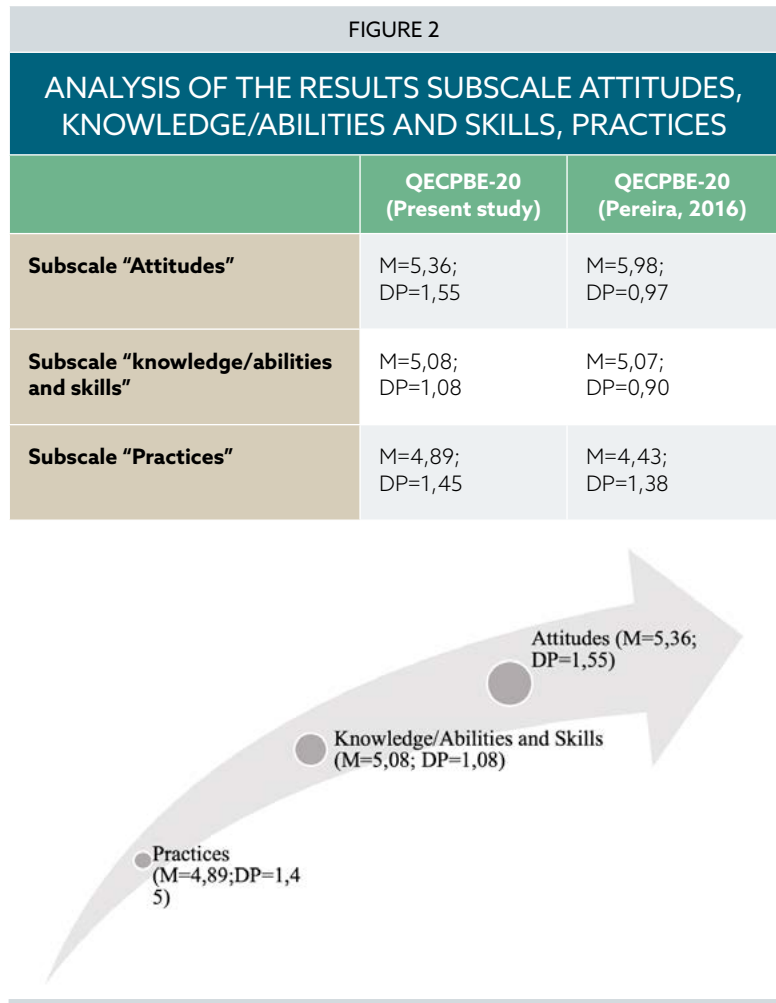


It is crucial to implement mechanisms that support nurses in clinical practice, in order to promote reflective questioning. Individual and organizational Evidence-based practice (EBP) change efforts are more likely to succeed and carry when reflective practice is part of the organizational culture. That way, Evidence-based practice has positive outcomes, such as improved quality of care and patient outcomes and lower hospital costs with a safe practice environment. Authors' findings confirmed that nursing education and namely specialization degree are associated with a positive attitude towards EBP, positive intentions to use research in practice and is also a key predictor of the self-reported EBP competencies.

Commonly, nurses have a positive attitude towards EBP. Although it remains a poor intake of the application and implementation of the process, leading researchers to analyze barriers and facilitators to EBP adoption. Clinical supervision plays a crucial role in professional development through reflective practice and also regarding clinical excellence, quality improvement activities and patient safety. In this way, it is important to examine the relationship between clinical supervision and EBP competency. Evidence-based practice should embrace different types of knowledge, and it's very important to complement the evidence derived from clinical research with the knowledge acquired with the clinical expertise. To do so it's necessary that all this knowledge is shares so it can be analysed and developed. The Clinical Supervision can play a major role in promoting the EBP because it not only helps the nurses to reflect its practices, but also promotes the fusion of the knowledge's derived from different sources <sup>4</sup>. For Melnyk et al. <sup>5</sup>, it may be unreal to expect bedside nurses to add EBP activities to their daily prac-

tice if they are not compensated for the time and have the support of prepared nurses to serve as EBP mentors. There are barriers and facilitators to EBP adoption at the individual and organizational levels. At a nurse-level factor the lack of EBP knowledge and skills, negative attitudes toward research, perceived or real lack of support and beliefs about organizational readiness for EBP can be a negative factor toward EBP. Solutions to the barriers need to be guided to the dimension where the barrier occurs while recognizing that multidimensional approaches and are crucial to the success of overcoming these barriers, involving nurses, managers and the organization. The relationship between EBP research and quality improvement

(QI) research are distinct but related areas. QI activities can provide the local context for EBP efforts. One of the objectives of QI is empowering its practitioners to improve quality on a daily basis. In Portugal, clinical supervision in nursing is not yet a daily practice, and there are still few national studies conducted in this area. Nurses in clinical practice need to demonstrate flexibility and be ready for complex and demanding situations. Health benefits can be attained through clinical supervision since nurses are able to develop their expertise, improve and develop the quality of the care they provide to their clients, reduce stress, optimize their coping resources and emotional intelligence skills. Thus, the awareness of nurses regarding their



place in the organization and in the continuous improvement politics, is fundamental. Clinical supervision plays a crucial role in professional development through reflective practice and also regarding clinical excellence and patient safety. In this way, it is important to explore the relationship between clinical supervision and EBP competency.

## OBJECTIVES

The main objective of this study was to evaluate nurse's predisposition to incorporate evidence-based practice into their care, analyzing this predisposition with some sociodemographic, academics and professional variables and identify barriers to the implementation of EBP into their worksite. This will enable to propose contributions for the implementation of a nursing clinical supervision model that encourages the uses of the best evidence available into the daily practices into their workplace, which will improve the security and quality of the nursing care.

## METHODS

This is an exploratory descriptive study, that take place in an ambulatory surgery unit in a University hospital in Porto, Portugal and it is derived from the broader research project "Clinical Supervision for the Safety and Quality of Care" (SAFE-CARE). The study population was the unit's nursing staff.

The Evidence-Based Clinical Efficacy and Practice Questionnaire (QECPE-20) was developed by Upton and Upton in 2006 and translated and validated for the Portuguese version by Pereira et al <sup>6</sup>. This questionnaire is split into three subscales: practices, attitudes, knowledge / skills and competences, and it was used as the data collection instrument for this study.

The "Evidence-Based Practice Questionnaire" (EBPQ), makes it possible not only to evaluate practices, atti-

tudes, knowledge, abilities and skills but also the support of nursing interventions in order to improve them and the professionalism of nursing staff. It can be useful for the development and evaluation of educational programs, policy developments and for the management of initiatives for nurses and other healthcare professionals. The original version is constituted by 24 questions that are evaluated by a differential semantic scale, organized in three dimensions. The first one evaluates practices, using Likert scale that goes from 1 (never) to 7 (usually), that incorporate 6 items. The second component evaluates attitudes, by verifying the proximity of position adopted in each pair of questions, in a total of 4 items. Finally, the third dimension aims to evaluate knowledge or abilities and skills through a Likert scale, that goes from 1 (the worst) to 7 (the better), in a total of 14 items.

The QECPE-20 was based on the recognition of the applicability in the Portuguese reality and contemplates only 20 items and statistical values that are superior when compared to the Spanish version. In this study the following open-response question was added to the QECPE-20: "In your opinion, what are the main barriers / obstacles to an evidence-based practice?" which has been included to identify barriers and obstacles to EBP and it is possible to produce contributions to minimize these same difficulties identified by professionals.

The modified questionnaire is constituted by 3 dimensions: practices, attitudes, knowledge/abilities and skills. The first dimension evaluates practices using a Likert scale that goes from 1 (never) to 7 (usually), that incorporate 6 items. The second component evaluates attitudes, by verifying the proximity of position adopted in each pair of questions, in a total of 3 items. Finally, the third dimension aims to evaluate knowledge or abilities and skills through

a Likert scale, that goes from 1 (the worst) to 7 (the better), in a total of 11 items.

The present study is part of a larger work, granted authorization by the Ethics Committee of the university hospital and all the participants involved. Participants' consent was considered valid after the submission of the filled questionnaire. The remaining ethical considerations were guaranteed and secured, namely, anonymity and confidentiality of the data. The objectives of the study and contact of the researcher were clearly stated in the cover page of the instrument.

All data was processed using the IBM SPSS software version 24.0. In a first step, the data was submitted to descriptive statistics, analysed its distribution through measures of central tendency, distribution, symmetry, kurtosis and the presence of outliers. The total score of the QECPE-20 scale, as well as the dimensions, was obtained by the following expression: the sum of the items of the dimension or scale/ number of items of the dimension or scale). An exploratory factor analysis of the QECPE-20 scale was performed and the extraction of the main components using varimax rotation was applied. The number of factors to be preserved was obtained using the eigenvalue criterion (factors retained for values greater than 1). The saturation of each item was considered to determine the factors, and each item was added to the factor with the highest factorial weight. The variance of each dimension and factors was also calculated.

The exploratory data analysis was performed using descriptive statistics and factorial validity and internal consistency of the questionnaire were evaluated using factorial confirmatory analysis and Cronbach's alpha coefficient. Finally, t-Student and ANOVA tests were performed to compare results between groups, considering sociodemographic and academic variables.





Internal consistency was assessed using item total correlations and Cronbach's  $\alpha$ . Construct validity was assessed by comparison of questionnaire scores and an independent measure of awareness of a local clinical effectiveness initiative. Afterwards, an analysis was performed whether to verify if the QCEPBE-20 fit the three-factor model suggested by Pereira <sup>6</sup>, using AMOS version 24.0. The analysis was conducted with 20 observed variables, 23 unobserved variables and 3 latent variables. In order to estimate the parameters of each item, to scale each factor, the variance was set at 1. The covariance matrix was considered as input, applying the Maximum Likelihood Method of estimation. The existence of outliers was examined by the squared Mahalanobis distance and normality, by the coefficient of asymmetry and univariate and multivariate kurtosis. No asymmetry values were found  $< \alpha [3]$  and kurtosis  $< \alpha [10]$ . The quality of the fit model was conducted according to the index and respective reference values. The local fit was evaluated by the factorial weights and the individual reliability of the items. The Comparative Fit Index (CFI), Root Mean Square Approach (RMSEA), and confidence intervals (CI) were also considered. The fit of the model considered the theoretical considerations.

The analysis of the linear association between the dimensions and the total scale as well as between scales was executed using the Pearson correlation coefficient. The identification of potential predictive factors (gender, age, professional practice, academic qualifications, the legal status of employment, and place of work, time of service, professional experience and training in clinical supervision) of the full scale, as well as of each one of the dimensions was performed by simple linear regression. Finally, adjusted linear regression models were done in order to identify factors independent

of each of the dimensions and of the total scale.

The cross-sectional study has a target population of fifty-nine nurses, being this non-probabilistic sample intentional. From the population eight nurses were excluded from the study due to prolonged absence from the service and two did not respond. Everyone involved in the study signed an informed consent.

## RESULTS

Forty-nine nurses (96% of the unit's nursing staff) participated in the study, 93% were female, average age was 44 years and average professional exercise time was 20 years. Of the respondents, 80% are nurses and 20% are specialist nurses. The percentage of nurses without experience or training in clinical supervision is 90%.

The analysis of the results (**Figure 2**) prove that the nurses in this study had the highest score and considered more favourable to the EBP, the subscale "Attitudes" ( $M=5.36$ ), followed by the dimension "Knowledge /skills and competences" ( $M=5.08$ ) and the dimension "Practice" ( $M=4.89$ ).

Regarding the internal consistency the original version of the QCEPBE presents the results in three subscales: Practices ( $\alpha = 0.85$ ); Attitudes ( $\alpha = 0.79$ ); Knowledge / Skills and Competencies ( $\alpha = 0.91$ ); and has overall internal consistency of  $\alpha = 0.87$ .

Pereira's study (2005) using QCEPBE-20, obtained the follow  $\alpha$  values: Practices  $\alpha = 0.74$ , Attitudes  $\alpha = 0.75$ , and Knowledge/abilities and skills  $\alpha = 0.95$ , showing an intern consist of  $\alpha = 0.74$ .

Through the table (**figure 3**) it is possible to verify that the present study presented an internal consistency superior to the original version of the QCEPBE and the study of Pereira <sup>6</sup>: Practices ( $\alpha = 0.930$ ); Attitudes ( $\alpha = 0.915$ ); Knowledge / Skills and Competencies ( $\alpha = 0.967$ ).

The assessment of the linear association between the dimensions and the scale was also performed (**Figure 4**), and the dimensions were positively and significantly correlated with each other and with the total scale ( $p < 0.001$  for all calculated correlations). The "Knowledge" dimension displays the highest correlation with the total scale ( $r=0,670$ ), with the "Attitudes" dimension having the lowest correlation ( $r=0,442$ ). The Practices/Knowledge pair is the one with the highest correlation ( $r=0,511$ ). Through the open response question the following barriers to the adoption of EBP were identified by 20% of respondents: Excess of weekly working hours; Lack of time for care; Lack of professional motivation; Lack of training of nurses regarding EBP; Lack of team meetings to exchange experiences; Lack of adequate tools in the workplace.

With the intention of identifying potential predictors for the full scale and for the dimensions, the linear regression models (fit and unfit) were calculated. Considering the academic degrees Bachelor and Licenciata, these study results show that participant nurses with a Specialty presented higher score values on the "Attitudes" dimension than participants with only a Bachelor or Licenciata degree, when fit to the spare variables. Only 6.8% of the variation on the "Attitudes" dimension can be attributed to the variables that integrate the fit model.

From our sample, the nurses are favourable to an EBP, with the dimension Attitude reaching the highest average score, followed by Knowledge and Skills and finally the dimension Practice. Participants with training in Clinical Supervision showed higher values on the dimension Knowledge than participants with no Clinical Supervision training. On the other hand, the nurses with a Specialty presented higher score values on the dimension "Attitudes" than the others.

On the other hand, participants

FIGURE 3

DIMENSIONS INTERNAL CONSISTENCY IN EACH STUDY			
	INTERNAL CONSISTENCY (CHRONBACH'S ALPHA)		
	Prsent study	Upton e Upton (2006)	Pereira (2015)
<b>Subscale "Practice"</b>	$\alpha=0,930$	$\alpha=0,85$	$\alpha=0,74$
<b>Subscale "Attitude"</b>	$\alpha=0,915$	$\alpha=0,79$	$\alpha=0,75$
<b>Subscale " Knowledge/ Abilities and Skills "</b>	$\alpha=0,967$	$\alpha=0,91$	$\alpha=0,95$

FIGURE 4

CORRELATION BETWEEN SUBSCALES		
	CORELATION BETWEEN SUBSCALES (PERSON CORRELATION COEFFICIENT)	
	Knowledge/Abilities and Skills	Attitude
<b>Practice</b>	$r = 0,670$ ; $p = 0,002$ (Pereira, 2015 - $r = 0,47$ ; $p = 0,001$ )	$r = 0,442$ ; $p < 0,001$ (Pereira, 2015 - $r = 0,23$ ; $p < 0,001$ )
<b>Attitude</b>	$r = 0,511$ ; $p < 0,001$ (Pereira, 2015 - $r = 0,21$ , $p < 0,001$ )	

with training in Clinical Supervision presented higher values on the "Knowledge" dimension than the participants without Training in Clinical Supervision, when fit to the remaining variables. Only 9.5% of the variation of the "Knowledge" dimension can be attributed to the variables that integrate the fit model.

### DISCUSSION

The analysis demonstrated empirical evidence on the questionnaire, being valid and adequate for use in the Portuguese context, with robust internal consistency. Given the results obtained, the dissemination and systematized use of QECPBE-20 can be promoted.

The satisfactory results of this validation process reinforce its im-

portance, considering, above all, the respective practical implications. These can be verified at several levels, such as in education, promoting skills and abilities, and in the direct provision of care or nursing research itself, involving professionals. The evaluation of practices, attitudes, knowledge and skills should be a structural support strand and a foundation in the definition of personalized and targeted interventions to specific organizational groups and contexts, aiming to promote and stimulate PBE among nurses. The participants in this study report a positive attitude towards the EBP, recognizing it as a key element to support practice. Similar results were also stated by Pereira <sup>6</sup>. Nevertheless, there are a lot of obstacles that force an effective

EBP application on regular bases. Nurses' believe that EBP is important to professional development and to improve care. It is vital to assess nurse's attitudes, barriers and practices in terms of EBP to outline tailored and specific interventions regarding EBP promotion and dissemination. Among these, academic qualification/long life learning and the organizational commitment seem to be key elementarily. Our findings support that level of nursing education, namely specialization degree, is related with a positive attitude towards EBP. But also, higher levels of education and certification are associated with positive intentions to use research in practice. Other authors further refer to education as a key predictor of the self-reported EBP competencies<sup>5</sup>. On the other hand, participants with training in Clinical Supervision presented higher values of knowledge dimension than participants without it, which demonstrates that clinical supervision can play an important role in the development of evidence-based practice competency. It becomes fundamental to implement mechanisms that support nurses in clinical practice, in order to promote reflective questioning. Without it, individual and organizational EBP change efforts are not likely to succeed and sustain<sup>5</sup>. Also, cultivating the spirit of critical thinking, promotes positive attitudes and beliefs for the development of EBP competency. This study happened in a university hospital in Portugal and our sample does not have representativeness and was not randomized. The fact that the study was done in a single hospital organization should be considered another possible limitation. Thus, it is accepted the importance of carrying out further studies, in other contexts, regarding primary health care, to verify results with concordant or divergent values. Despite these limitations, important data was revealed and showed us

the importance of the implementation of a clinical supervision model for the development of EBP competence in our context.

Even with the limitations of our study, it shows the importance of some key predictors for the development of EBP competence, such as educational level and clinical supervision.

Future research is required to explore the relationship between the implementation of a clinical supervision model and the development of EBP competency, namely, attitudes and beliefs, by promoting reflective practice and also supporting individual and organizational changes.

However, this study has implications also at other levels: continuing education and training, professionals' accountability and awareness and the need for greater organizational support. Behavioural changes are likely to occur; however, it requires a systemic vision at various levels, including teamwork, organizations and even the working environment from a comprehensive perspective.

This study enhances the importance of clinical supervision in daily practice as a key factor for the development of EBP competence, which brings us closer to the development

and testing of tailored interventions using clinical supervision as important support for individual/behavioural and organizational change in practising nurses.

## CONCLUSION

This study found higher average scores for all dimensions of the questionnaire than previously reported by Pereira <sup>7</sup>. However, several limitations to EBP were identified by the participants. Another situation that should also be part of our concern as a possible limitation of the study, is related to the fact that the sample is constituted only by professionals from just one hospital institution, even though it was used a large sample insert in an academic context. In order to overcome those limitations, it has been considered the importance of creating future studies applied to other contexts, in order to verify if the results are similar or divergent.

All in all, this study also supports the importance of the local implementation of protocols for clinical supervision in nursing practice in order to improve evidence-based practice and ensure quality care in the ambulatory surgery setting.

In all studies it is possible to verify that Attitudes dimension presents

most favorable dimension to EBP, showing the higher scores with a M=5.36 in the present study, followed by Knowledge/abilities and skills (M=5.08) and finally Practices (M=4.89).

This study enhances the importance of clinical supervision in daily practice as a key factor for the development of EBP competence, which brings us closer to the development and testing of tailored interventions using clinical supervision as an important support for individual/behavioural and organizational change in practising nurses and APNs. Still, the level of nursing education, namely specialization degree, is associated with a positive attitude towards EBP. In addition, participants with training in Clinical Supervision showed higher values of knowledge dimension.

Clinical supervision can play an important role in the development of evidence-based practice competency.

We can conclude that, the evaluation of practices, attitudes, knowledge / skills and competences should be a structural support strand and a foundation in the definition of personalized interventions directed to specific groups and organizational contexts, aiming to promote and stimulate PBE among nurses. ▴



## References

1. Ordem dos Enfermeiros (OE). Caderno Temático - Modelo de Desenvolvimento Profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências. Ordem dos Enfermeiros. 2010
2. Butterworth, T & Faugier, J. (1992). Clinical supervision and mentorship in nursing. London: Chapman and Hall.
3. DiCensor A, Cullum N, Ciliska D, Evidence Based Nursing. (1998). Implementing Evidence-Based Nursing: Some Misconceptions. Cap. 2, 9-17.
4. Rycroft-Malone Jo et al. - What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*. 47:1 (2004) 81-90.
5. Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2014). The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2014 Feb;11(1):5-15
6. Pereira, R., Guerra, A., Cardoso, M., Santos, A., Figueiredo, M., Vaz Carneiro, A. Validation of the Portuguese version of the evidence-based practice questionnaire. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 345 - 351, 2015.
7. Pereira, Rui. *Enfermagem Baseada na Evidência: Atitudes, Barreiras e Práticas*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2016. Tese de Doutoramento.



# SUPERVISÃO CLÍNICA: ANÁLISE DA AVALIAÇÃO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA EM CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Clinical supervision: analysis  
of postoperative pain evaluation  
in the ambulatory surgery setting

## LEONOR TEIXEIRA

**Professora Adjunta, Mestre.**

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS-UP). Porto, Portugal.

✉ [loteixeira@esenf.pt](mailto:loteixeira@esenf.pt)

## RUI SANTOS

**Enfermeiro, Mestrando.**

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP). Porto, Portugal.

## CRISTINA AUGUSTO

**Enfermeira, Doutoranda.**

CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS-UP). Porto, Portugal.

## CRISTINA BARROSO

**Professora Adjunta, Doutora.**

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

## LUÍS CARVALHO

**Professor Coordenador, Doutor.**

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

## Abstract

Clinical supervision, as a formal process of monitoring professional practice, aims to improve decision-making to contribute to safety and quality of care through reflection processes and analysis of clinical practice. This study aimed to compare the postoperative pain evaluation and clinical recording procedures performed by nursing staff and clinical supervisors in ambulatory surgery patients.

The study was integrated into the research project "SAFECARE". It was developed a descriptive cross-sectional quantitative study in an ambulatory surgery unit of a University Hospital in Oporto, Portugal. The study population was the nursing staff with an intentional non-probabilistic sampling method. A questionnaire was constructed and evaluation of postoperative pain, patient clinical and demographic variables was included. This instrument was applied in 116 patients matched by 12 surgical specialties. Results were compared between nursing staff, clinical supervisors and electronic nursing records.

Patients had an average age of 48.6 years, being mostly female. Regarding pain evaluation, the scale most used by nurses (62.1%) and clinical supervisors (67.2%) was the "Numerical Scale". Postoperative pain evaluation scores ranged from 0 to 7, with score 0 (no pain) presenting more frequently by nurses, electronic nursing records and clinical supervisors. 34.5% of results were not documented in electronic nursing records. These findings support the importance of an intervention of clinical supervision in the indicator "pain" for the outpatient surgery setting. Local protocols of clinical supervision practice would contribute to improve postoperative pain evaluation, as well as standardization and optimization of nursing records, thus ensuring quality care.

**KEYWORDS:** CLINICAL SUPERVISION IN NURSING; PAIN; SURGICAL WOUND; AMBULATORY SURGERY; OUTPATIENT SURGERY.

## INTRODUCTION

Nowadays, Portuguese health professionals face several levels of demands. Firstly, patients in the general hospitals are more complex, since they are older and have multi-pathologies and chronic diseases. Secondly, the knowledge is constantly changing and updating, so health professionals are required to be effectively involved in their practice. Clinical Supervision, considered a well-established support system for nurses in countries, such as the United Kingdom, Australia, New Zealand and countries of Scandinavia<sup>1</sup> could be an important tool to help health professionals and organizations reach the presented assumptions.

There's been a lot of changes through the recent years to the Portuguese National Health System, mainly evoked by the requirement's introduced by the Health Ministry in terms of health certification, of which institutions have been forced to develop a set of efforts directed at the certification or accreditation of their quality management systems. Quality has become a priority in health sector, and carry is the focus of the institutions, being part of its strategies to promote continuous improvement, cementing a culture of quality and safety, and is only possible through the voluntary commitment of all the professionals. There is scientific evidence that points to the benefits of implementing a clinical supervision model in the quality of nurses' care and in the safety of the patients at different levels.

Clinical supervision (CS), as a formal process of monitoring professional practice, aims to improve decision-making, while adopting the utmost and most recent scientific evidence, in order to contribute to safety and quality of care through

reflection processes and analysis of clinical practice.

In Portugal, the emergence of establishing a clinical supervision practice was due to the combination of three factors related to the nurses' professional development: i) the permanent education movement in the 1970 decade; ii) the increase in the number of quality and nursing care studies; iii) the quality certification process<sup>2</sup>. The Nurses' Portuguese Order defined Clinical Supervision as "a formal process of monitoring professional practice, which aims to promote autonomous decision making, valuing the person protection and the safety of care, through reflection processes and analysis of clinical practice"<sup>3</sup>. Clinical Supervision is an activity that allows nurses to echo on their practices, it should not only take place under the guidance of an experienced supervisor (to help conducting the supervisee's reflection process)<sup>4</sup>, but also in a supportive environment (to support the professional development through the sharing of the day-to-day problems with peers), (Brunero and Lamont, 2011)<sup>5</sup>.

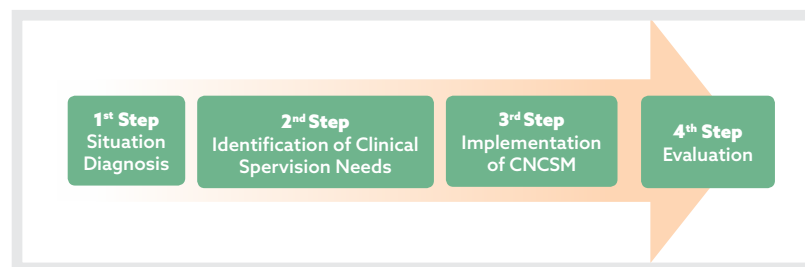
The processes of nurses' clinical supervision are not established in Portugal, although the Portuguese Nurses' Order has published a new model of professional development where it is implicit. The SAFECARE Project aims to implement a Contextualized

Nursing Clinical Supervision Model (CNCSM) in twelve surgical wards of a Portuguese hospital, which aims to contribute to the promotion of safety and quality of nursing care. The SAFECARE project, results from a partnership between the the *Escola Superior de Enfermagem do Porto* (ESEP) and the *Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório* (CICA), and is based on four structuring axes: context (refers to the set of elements and circumstances where care is developed and provided), nursing care (focuses on the interpersonal relationship between a nurse and a client, or between a nurse and a group of clients), professional development (refers to the nurses' need in continuing their training during their professional activity that meets their personal goals, care clients, and context/ organizational culture) and supervision (based on concept defended by the Portuguese Nurses' Order). The SAFECARE project also includes four steps (figure 1).

In the first one, a situation diagnosis is performed to assess sensitive indicators to the nurses' personal and professional practice, these indicators will be submitted to an instrument of evaluation elected by the Major Nurse. During the second step of the SafeCare Model we identified the clinical supervision needs felt by nurses. To do that, we held meetings at AS with all elements of

FIGURE 1

### STEPS OF CNCSM FROM SAFECARE PROJECT

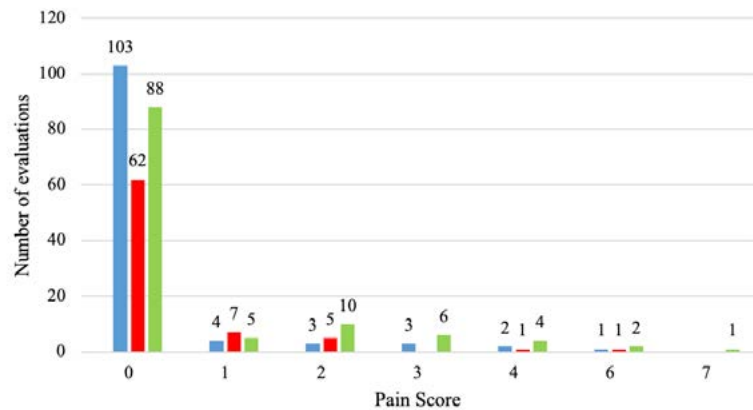


the project, from a Nurse Director, a Nurse Supervisor, to Head Nurses, the project managers and all the nurses from the different teams. In those meetings we explain the project design, the selection criteria of clinical supervisors and clarify all the doubts related with the implementation of the SafeCare Model. This was a way to "break the ice" between the researcher and the participants, since the establishment of trust bonds are very important. On the third step, the (CNCSM) is implemented: group supervision sessions between the supervisors and the supervisees take place, during one year, to meet the supervisory needs felt by nurses. In this third phase, nurses have the chance to discuss various work problems, related to their day-to-day routine so they can feel more secure, supportive, and less helpless. In the four and last step, the process of the CNCSM implementation is evaluated. In order to do that, a relation between the CNCSM applied and all the sensitive indicators to the nurses' personal and professional are again evaluated with the same "modus operandis". The literature states that if the indicators levels are higher after the implementation of a CNCSM, we can predict that the clinical supervision was efficient <sup>6,7</sup>. According to the International Classification of Nursing Practice (ICNP) <sup>8</sup>, pain can be defined as a "compromised perception: increased uncomfortable body sensation, subjective referral of suffering, characteristic facial expression, alteration of muscle tone, self-protection behavior, limitation of attention focus, altered perception of time, escape from social contact, compromised thinking process, distraction behavior, restlessness and loss of appetite". Pain is considered as a physiological phenomenon that can cause physical and psychological suffering to people, and, consequently, a decrease in quality of life. Acute pain is the main reason for seeking health care by

the population. Chronic pain, due to causing pathophysiological changes that will contribute to the emergence of associated organic and psychological comorbidities, was no longer considered a symptom and was evaluated as a disease. Correct evaluation and pain management, as well as being fundamental to the humanization of health care, should be taken as a priority. In 2003, the DGS issued a Regulatory Circular, on 14 June, regarding pain as the 5th vital sign, making regular evaluation and recording of pain intensity in all service providers of health care. The mentioned Normative Circular also indicates the possible scales that should be used in the evaluation of pain intensity, as well as some basic instructions for its correct use. In the surgical hospitalizations in which we implemented the SafeCare Model, the most common type of pain, for obvious reasons, will be postoperative pain. This can be considered as "a set of diverse sensory, emotional and mental unpleasant experiences, associated with autonomic, endocrine-metabolic, physiological and behavioral responses" (International Association for the

Study of Pain, 2010) <sup>9</sup>. According to the International Association for the Study of Pain, more than 80% of patients undergoing surgery report postoperative pain, with a worsening of their control after hospital discharge. It also discloses that less than half of the patients with postoperative pain report having a decrease in it adequately (International Association for the Study of Pain, 2010) <sup>9</sup>. The consequences of poorly controlled post-surgical pain, in the short term, lead to unnecessary suffering, increased risk of postoperative morbidity and mortality, and increased hospitalization times, as well as associated costs. In the long term, acute pain proceeds to chronic pain in 10-50% of patients who have undergone common surgical procedures, and 2-10% of these patients may manifest severe chronic pain (International Association for the Study of Pain, 2010)<sup>9</sup>. This International Association recommends that acute pain in the postoperative period and responses to analgesic treatment be duly documented. Also, that the analgesic treatment is adapted to the surgical procedure, and that pain is the best possible controlled, when it exists, in the preoperative

GRAPHIC 1  
PAIN INTENSITY



H=7,010;gl=2; p=0,030

■ Nurses: N=116 ■ Electronic Nursing Records: N=116 ■ Clinical Supervisors: N=116

period, so that chronic pain can be prevented. The health professionals involved in the peri-operative period should also be sensitized to collaborate in the prevention and treatment of postoperative pain, aiming to improve the clinical outcome (International Association for the Study of Pain, 2010) <sup>9</sup>.

**OBJECTIVES**

The objective of the study is to describe the influence of SafeCare Model (a Nursing Clinical Supervision Contextualized Model) on nurses comparing the postoperative pain evaluation and clinical recording procedures performed by nursing staff and clinical supervisors in ambulatory surgery patients.

**METHODS:**

This is a descriptive cross-sectional quantitative study from the first step from SAFECARE research project that was conducted in the ambulatory surgery (AS) unit of a University

Hospital in Oporto, Portugal. The study population was the unit's nursing staff, with an intentional non-probabilistic sampling method. In order to collect pain evaluation data, an instrument (questionnaire) was built based on the SClínico® software application. This instrument is composed of a first part that makes a brief introduction to the project, explains the objectives of data collection, and provides instructions for completing it. Then a second part arises where it is intended to make a brief characterization of the patient to whom the pain will be evaluated. In addition, finally, a third part where an evaluation of the pain itself is made, through the diagnostic activities, nursing diagnoses and more appropriate interventions.

This instrument was filled three times for each patient selected by the nurse from the set of patients for the shift. Thus, the nurse filled it the first time. The nurse later informed the investigator who the patient was, and the investigator

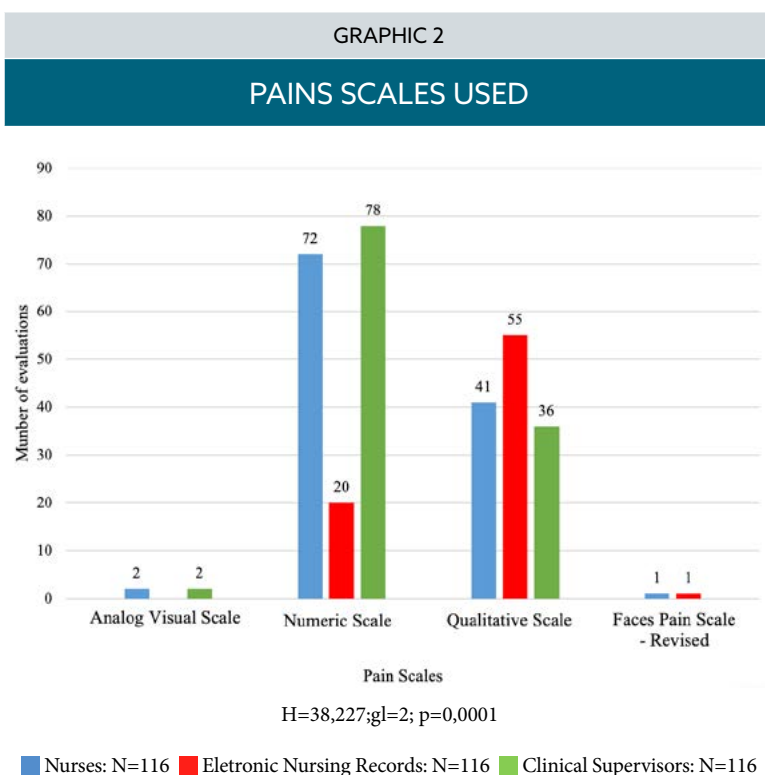
completed the questionnaire again with the patient on the same shift. A third record of the data collection instrument was followed by the investigator, based on records made by the nurse for the shift and for the patient in question.

This instrument was applied to 116 patients matched by 12 surgical specialties. Results were compared between nursing staff, clinical supervisors and electronic nursing records.

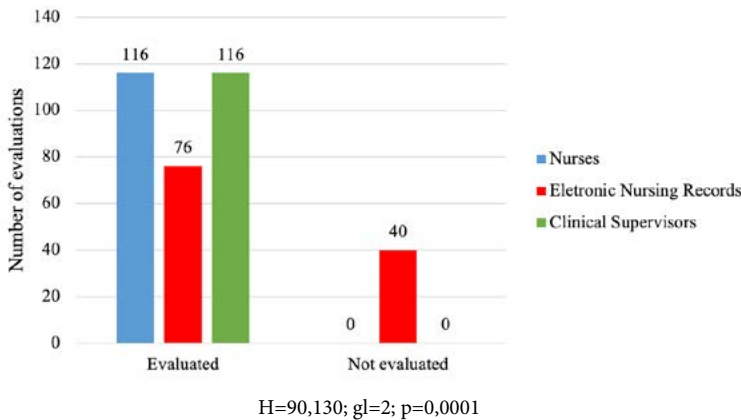
The Board of Directors and the Ethics Committee authorized the study, since all the ethical issues related to the application of this type of instruments were considered.

**RESULTS:**

A total of 348 evaluations were obtained. Patients had an average age of 48.6 years, being 58.6% female and 41.4% male. Regarding pain evaluation, the scale most used by nurses (62.1%) and clinical supervisors (67.2%) was the "Numerical Scale", while the most recorded scale was the "Qualitative Scale" (47.4%). Postoperative pain evaluation scores ranged from 0 to 7, with score 0 (absence of pain) presenting more frequently, namely 88.8% for nurses, 53.4% for electronic nursing records and 75.9% for clinical supervisors. Clinical supervisors registered higher pain scores compared to nurses. 34.5% of results were not documented in electronic nursing records. Analyzing the pain intensity results (**Graphic 1**) it was possible to verify, through the Kruskal-Wallis non-parametric test (H), that there were some statistical differences in the evaluation of pain intensity by the various participants (H = 7.010, gl = 2, p = 0.030). The results with score 0 in the evaluation of pain intensity as the score with more evaluations; to notice that the number of evaluations with this score was different between the three participants, with the nurses' evaluation having the highest number of evaluations (n =

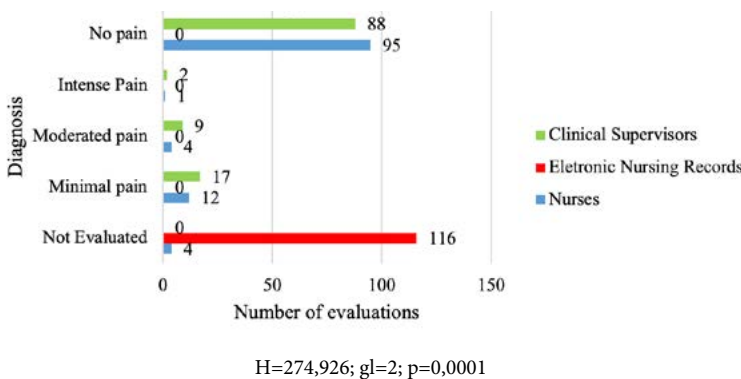


GRAPHIC 3  
DIAGNOSTIC ACTIVITY: MONITOR PAIN



■ Nurses: N=116 ■ Electronic Nursing Records: N=116 ■ Clinical Supervisors: N=116

GRAPHIC 4  
PAIN DIAGNOSIS



■ Nurses: N=116 ■ Electronic Nursing Records: N=116 ■ Clinical Supervisors: N=116

103); the number of evaluations by the Clinical Supervisor was smaller (n = 88) compared to the one previously mentioned, since this participant presents more evaluations in other scores compared to nurses; it should be noted that it was verified that in 40 evaluations there were no records, also justifying the difference in the number of evaluations per score when compared with the nurses' evaluation.

Analyzing the pain scales used (Graphic 2), the Kruskal-Wallis test (H = 38,227; gl = 2; p = 0.0001) showed

that there were compelling statistical differences in the choice of the scale used to evaluate patients pain among the three participants. The most used scales were the Numeric Scale (NS) and the Qualitative Scale (QS), with the Numeric Scale being more used in the evaluation of the Nurse (n = 72) and Clinical Supervisor (n = 78) and the Qualitative Scale being the most used in the nursing records (n = 55) when these were performed.

The results of data collected of the evaluation of pain as a diagnostic

activity (Graphic 3) had statistically significant differences between the three participants through the Kruskal-Wallis test (H = 90,130; gl = 2; p = 0.0001). It was verified that both the nurses and the Clinical Supervisor performed the evaluation of pain as a diagnostic activity in all cases (n = 116), however, in 40 cases the nurses did not document their evaluation.

In the appointment Pain Diagnosis (Graphic 4), the non-parametric Kruskal-Wallis test (H = 274,926; gl = 2; p = 0.0001) showed that there was a statistically significant difference between the three participants. It was verified that the diagnosis of pain in the nursing records was never named, although for 4 times the nurses did not appointed it as well; however, "No pain" was the most nominated by both nurses (n = 95) and Clinical Supervisor (n = 88), being consistent with the pain intensity assessed in the first graphic.

We try to identify too if the intervention "monitor pain" was one of the chosen ones to be carried out periodically by the participants (Graphic 5). It was found that there was a statistically significant difference through the non-parametric Kruskal-Wallis test (H = 26.931; gl = 2; p = 0.0001) and the non-parametric test for the intervention. It was verified that both the Clinical Supervisor and the nursing records evaluated pain in all cases (n = 116), meaning that this intervention was chosen to be performed periodically, whereas in 13 of the cases, the nurses did not choose this intervention.

Observing the number of pain evaluations registered by nurses during hospitalization, it was verified that, on average, 1.84 pain evaluations were recorded per case at admission.

**DISCUSSION:**

The results showed significant differences in pain evaluation, which makes this study important in order to present relevant information to



guide the development of strategies and interventions with the nurses' staff to improve their knowledge and action skills related to pain evaluation.

As a strength points of this study, we can highlight the large number of pain evaluation performed and can present consistent results. Importantly, despite the additional burden of records made by nurses, they were always related to the project. The results presented give a good overview of the state of play and starting point of the SAFECARE Project, providing a solid basis for its continuation and development.

As limitations of the study, it is noteworthy that the pain evaluation of the nurses and the clinical supervisor was not always simultaneous, and this should be taken into account when interpreting the comparison of results between these actors.

### CONCLUSION:

The SafeCare Project enables a culture of professional supervision through the application of a Clinical Supervision Model Contextualized, whose methodology aims to foster

the creation of environments favorable to the practice and development of learning and professional role, through the recognition of the areas sensitive to clinical supervision in Nursing.

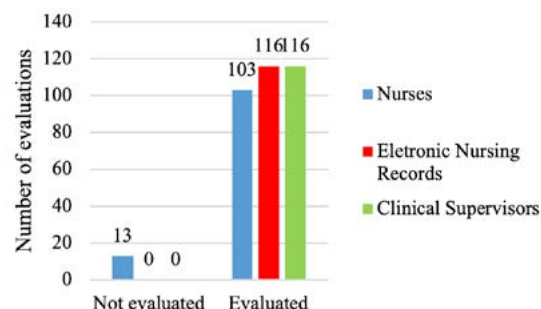
The findings in this article supports the importance of an intervention of clinical supervision in the indicator "pain" for the outpatient surgery setting. Local protocols of clinical supervision practice would contribute

to improve postoperative pain evaluation, as well as standardization and optimization of nursing records, thus ensuring quality care.

The exertion of clinical supervision on nurses could lead to better outcomes in the management of conflicts, more desirable results on the basis of practice, guiding to better quality care, safer for the patients and with the uttermost professional satisfaction. ▴

GRAPHIC 5

### INTERVENÇÃO: MONITOR DOR



H=26,931; gl=2; p=0,0001

■ Nurses: N=116 ■ Electronic Nursing Records: N=116 ■ Clinical Supervisors: N=116



## References

1. Koivu, A., Hyrkäs, K., Saarinen, P. I., 2011. Who attend clinical supervision? the uptake of clinical supervision by hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 69-79. <http://doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01185.x>.
2. Abreu, W. C., 2007. *Formação e Aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau. Formação e Saúde.
3. ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Caderno Temático. Modelo de Desenvolvimento Profissional. Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. 2010, p.5
4. Gonge, H., Buus, N., 2011. Model for investigation the benefits of clinical supervision in psychiatric nursing: A survey study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 102-111. <http://doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00717.x>.
5. (Brunero and Lamont, 2011). Sydney, New South Wales Australia.
6. Koivu, A., Saarinen, P. I., Hyrkäs, K., 2012. Does clinical supervision promote medical-surgical nurses' well-being at work? A quasi-experimental 4-year follow-up study. *Journal of Nursing Management*, 401-413. <http://doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01388.x>.
7. Cruz, S., 2012. *DO AD HOC A UM MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM EM USO*. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.
8. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES -CIPE® Versão 2015 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. Edição Portuguesa - Ordem dos Enfermeiros, maio de 2016DGS, 2008, p.54
9. International Association for the Study of Pain, 2010



**FORUM**  
estudiante

Si quieres comunicarte con los jóvenes,  
**habla con nosotros.**

Con 27 años de existencia, la **Forum Estudiante** es la segunda más antigua revista\* de los jóvenes en Europa y la más antigua de Portugal. Se distribuye gratuitamente en todas las escuelas secundarias de Portugal y tiene una versión online en [www.forum.pt](http://www.forum.pt). Los Cursos, Escuelas y Profesiones son las temáticas principales, pero en la **Forum Estudiante** siempre hay espacio para páginas sobre Música, Deportes, Gaming y Tecnología, entre muchos otros temas de tu interés.

**Para leer y aprender, con diversión.**

**LIA SOUSA**

**Professora Adjunta Principal, Doutoramento.** Escola Superior de Saúde do Vale do Ave – IPSN/CESPU, Vila Nova de Famalicão, Portugal.

✉ [lia.sousa@ipsn.cespu.pt](mailto:lia.sousa@ipsn.cespu.pt)

**LURDES TEIXEIRA**

**Professora Adjunta Principal, Doutoramento.** Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa – IPSN/CESPU. Gandra, Portugal.

**RUI JESUS**

**Professora Adjunta Principal, Doutoramento.** Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa – IPSN/CESPU. Gandra, Portugal.

**FILIPE FERNANDES**

**Professor Adjunto Principal, Licenciatura.** Escola Superior de Saúde do Vale do Ave – IPSN/CESPU. Vila Nova de Famalicão, Portugal.

**ISABEL ARAÚJO**

**Professora Adjunta Principal, Doutoramento.** Escola Superior de Saúde do Vale do Ave – IPSN/CESPU, Vila Nova de Famalicão, Portugal.

# AUTOMEDICAÇÃO: COMPORTAMENTO DE UM GRUPO DE ESTUDANTES DE SAÚDE NO ENSINO SUPERIOR

Self-medication: behavior of a group of health students in higher education

## Abstract

**Introduction:** In developed countries, self-medication has become a common practice, especially where over-the-counter medication is possible. Self-medication is considered one of the main public health problems.

**Aim:** To characterize the profile of a group of students in health higher education, in relation to self-medication during their academic career.

**Methods:** Cross-sectional descriptive exploratory study, framed in the quantitative paradigm. 285 students from the Nursing Degree and Physiotherapy Degree courses, a stratified sample, from a private Higher School of Health in northern Portugal, participated. A structured questionnaire was used to gather the necessary information for the study, the data collection period was from October to December 2017. Data analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS - version 24), using descriptive statistics techniques (univariate and bivariate).

**Results and Discussion:** Participated predominantly female students, with an average age of 21 years. They resort to self-medication, and on their own initiative. The most commonly used drugs were analgesics and anti-inflammatory drugs, which were consumed for short periods. The results obtained with the study are in line with others developed in the area.

**Conclusions:** Students self-medicate and base their decision making with knowledge in pharmacology. These results are important for the population where the study was conducted. It is suggested to approach non-pharmacological interventions to treat pain cause that stood out for self-medication.

**KEY WORDS:** SELF MEDICATION; HEALTH; STUDENTS; SECONDARY EDUCATION

## INTRODUÇÃO

Desde sempre que o Homem procura alívio e tratamento para os sintomas e doenças que o afligem utilizando uma diversidade de recursos terapêuticos, entre os quais a automedicação, que pode ser encarada

como um recurso leigo para o autocuidado<sup>1</sup>. Isto é, para a prática de cuidar de si mesmo, numa postura de responsabilização consigo próprio, com a procura de saúde e com o manter-se saudável<sup>1</sup>. A automedicação, de forma geral, pode ser tida como o ato pelo qual o

indivíduo, por iniciativa própria ou por ação de outros, decide utilizar um medicamento para tratar uma queixa autovalorizada<sup>2</sup>. Segundo o INFARMED<sup>3</sup>, a automedicação diz respeito à utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade.

Nos países onde é possível a venda livre de medicamentos, a automedicação tornou-se uma prática comum e em crescimento. Em Portugal, segundo o último Inquérito Nacional de Saúde<sup>4</sup>, 25,1% das mulheres e 22,5% dos homens afirmam ter consumido medicamentos não prescritos. Na faixa etária dos 15 aos 24 anos, este valor aumenta para 26,6%, continuando a aumentar nos escalões etários seguintes até aos 55 anos, decrescendo ligeiramente nas idades mais avançadas. Estes dados são bem reveladores da importância das práticas de automedicação dos portugueses e da farmacologização da vida moderna. O recurso frequente e relativamente fácil ao medicamento para uso terapêutico sem vigilância e acompanhamento médico tende a ser precocemente incorporado nas práticas das populações jovens como resposta a uma panóplia de situações de sintomas de doença e adversidades do quotidiano. Muitas vezes sem razão clínica que justifique o uso do medicamento, com inevitáveis consequências perniciosas para o cidadão e para a saúde pública, nomeadamente a nível de interações medicamentosas, intoxicações ou outros problemas de saúde<sup>5</sup>.

Apesar da Organização Mundial de Saúde<sup>6</sup> apresentar a automedicação como uma prática inerente ao autocuidado, desde que feita de forma segura e racional; também corroborará esta perspectiva de risco apontando alguns problemas associados à automedicação, como, por exemplo,

o diagnóstico incorreto, o atraso no reconhecimento das doenças e um possível agravamento clínico. A toma incorreta de medicamentos, como a dosagem inadequada e/ou excessiva, e o uso do medicamento por um curto ou excessivo período, podem gerar problemas individuais ou coletivos de saúde.

Não obstante os riscos, a automedicação é um fenómeno prevalente na população adulta<sup>2</sup>, inclusivamente entre a população académica<sup>1,7</sup>. Os estudantes do ensino superior estão expostos a fatores de risco específicos, nomeadamente um contínuo estresse e esforço intelectual intenso, que induzem ao consumo e por vezes abuso de medicamentos, normalmente por automedicação<sup>7</sup>. As principais razões que levam os estudantes a preferir a automedicação em detrimento da consulta médica são o facto de considerarem o problema de saúde ligeiro e que sendo assim não necessitam de intervenção clínica, tendo por base situações anteriores em que o aconselhamento médico não foi relevante para o solucionamento do seu problema<sup>8</sup>.

Este cenário deve merecer especial atenção de agentes e entidades responsáveis, em particular os profissionais de saúde, diretamente responsáveis pela gestão e orientação de regimes terapêuticos de pessoas, grupos e comunidades e pela monitorização da segurança das prescrições, no uso e na administração de medicamentos.

Embora o fenómeno da automedicação represente uma preocupação nacional, é ainda escassa a investigação sobre os fatores desencadeantes, bem como sobre as práticas de recurso à automedicação da população e, em particular, dos estudantes do ensino superior – conhecimento crucial para que os diversos agentes implicados possam atuar estratégica e precocemente na prevenção de comportamentos de medicamentação da

vida diária. Neste enquadramento, o objetivo principal desta investigação consistiu em caracterizar o comportamento de um grupo de estudantes do ensino superior da área de saúde, em relação à automedicação durante o seu percurso académico.

## OBJETIVOS

De modo a caracterizar o comportamento de um grupo de estudantes do ensino superior da área de saúde, em relação à automedicação durante o seu percurso académico, pretendeu-se atingir os seguintes objetivos específicos:

1. Descrever a percentagem de estudantes que se automedicam.
2. Descrever quais os tipos de fármacos que os estudantes mais utilizam por automedicação.
3. Descrever quais as causas mais frequentes para a automedicação dos estudantes.
4. Descrever quais as razões que levam os estudantes à automedicação.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal, que teve a colaboração de um grupo de estudantes, de uma Escola Superior de Saúde, privada, do norte de Portugal. A população alvo foi constituída por N=351 estudantes dos cursos da Licenciatura em Enfermagem e da Licenciatura em Fisioterapia. Na escolha dos participantes foram ponderados cursos de formação que tinham os 4 anos de curso em funcionamento. Procedeu-se a uma amostragem estratificada, por anos e por ciclo de estudos. Para a recolha da informação utilizou-se um questionário estruturado em três grupos: o grupo I, constituído por cinco questões, para a caracterização sociodemográfica (idade, sexo, com quem vive, o curso e o ano que frequentava); o grupo II >

TABELA 1

## CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ESTUDANTES INQUIRIDOS (N=285)

	FISIOTERAPIA			ENFERMAGEM			TOTAL
	N (%)	MÉDIA	DP*	N (%)	MÉDIA	DP*	N (%)
2º ano	52 (46,8%)	-	-	59 (53,2%)	-	-	111 (38,95%)
3º ano	33 (41,2%)	-	-	47 (58,8%)	-	-	80 (28,07%)
4º ano	58 (61,7%)	-	-	36 (38,3%)	-	-	94 (32,98%)
<b>Idade</b>	-	21,61	3,259	-	21,25	2,544	285 (100%)
Fem.	126 (56%)	-	-	99 (44%)	-	-	225 (78,95%)
Masc.	17 (28,3%)	-	-	43 (71,7%)	-	-	60 (21,05%)
<b>Vive com:</b>							
família	135 (50,8%)	-	-	131 (49,2%)	-	-	266 (93,33%)
colegas do mesmo curso	3 (30%)	-	-	7 (70%)	-	-	10 (3,51%)
colegas de outro curso	1 (50%)	-	-	1 (50%)	-	-	2 (0,70%)
sozinho	4 (57,1%)	-	-	3 (42,9%)	-	-	7 (2,46%)

\*DP: Desvio Padrão

composto por duas questões que diziam respeito a informações gerais sobre a medicação; e o grupo III contemplava sete questões baseadas na automedicação. A recolha de dados foi realizada em momentos letivos de presença obrigatória, no período de outubro a dezembro de 2016. Foram respeitados os princípios éticos habituais na investigação com sujeitos humanos. Numa primeira fase foi solicitada autorização à Instituição de Ensino Superior, para a recolha de dados (Parecer nº ESSVA/ENF-VA 008/2015). Foram realizadas reuniões com os coordenadores dos cursos, para agendar a recolha de dados (elaboração de cronograma de recolha de informação). Nas datas acordadas, os diferentes grupos de estudantes foram convidados a participar no estudo, através do preenchimento dos questionários; sendo-lhes previamente apresentada a finalidade e objetivos do estudo, bem como disponibilizado um termo de consentimento informado, para assinarem em sinal de concordância. Recolheram-se 301 questionários, uma vez que 50 estudantes faltaram no momento da recolha de dados. Aquando da organização da informação recolhida, foram eliminados 16 questionários por não se apresentarem completos, pelo que

o tamanho da amostra foi de n=285 estudantes. Os estudantes do 1º ano não foram incluídos, uma vez que estavam no início da sua formação. Os dados recolhidos foram organizados e analisados com recurso ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24, tendo-se utilizado técnicas da Estatística Descritiva (uni e bivariada).

### RESULTADOS

Os estudantes que participaram no estudo tinham uma idade média de 21 anos (18 a 31 anos), sendo na sua maioria mulheres, que coabitam com a família, como pode ser observado na **Tabela 1**.

Constata-se que a maioria dos estudantes consumiu algum tipo de medicamento nos últimos 30 dias e apenas uma minoria de estudantes

TABELA 2

## DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL DA INGESTÃO DE MEDICAMENTOS DOS ESTUDANTES INQUIRIDOS (N=285)

	ENFERMAGEM	FISIOTERAPIA	TOTAL
<b>Frequência</b>	117	109	226
<b>Percentagem</b>	81,8%	76,8%	79,3%

referiram não o ter feito (**Tabela 2**). Dos estudantes que consumiram medicamentos por automedicação, a maioria, recorreu a Analgésicos e Anti-inflamatórios (**Gráfico 1**). Quando questionados sobre as situações em que recorrem à automedicação, e tratando-se de uma questão onde eram possíveis respostas múltiplas, a maioria dos estudantes responderam "em caso de dor" – 265 (93%) ou "em caso de febre" – 171 (60%).

Para a tomada de decisão de se automedicarem, a maioria dos estudantes justificam a sua atitude por "Acredito ter conhecimentos para praticar automedicação" (**Tabela 3**).

### DISCUSSÃO

O objetivo principal do estudo foi caracterizar o comportamento de

um grupo de estudantes do ensino superior da área da saúde, em relação à automedicação, durante o seu percurso académico.

O perfil sociodemográfico dos estudantes que participaram no estudo foi: maioritariamente mulheres, com idade média de 21 anos, que ainda habitam com os pais. Este perfil está em concordância com outros estudos na área que incluem estudantes do ensino superior nas suas amostras<sup>5,9</sup>.

Com este estudo pretendeu-se dar resposta a quatro objetivos específicos, que se explanarão de seguida. Quanto ao primeiro objetivo - Descrever a percentagem de estudantes que se automedicam - foi possível perceber que a maioria dos estudantes que participaram neste estudo (226 ou 79,3%) consumiu algum tipo de medicamento, por automedicação, nos 30 dias anteriores à colheita de dados. Ou seja, uma larga maioria recorreu a algum fármaco sem vigilância clínica, dado bem revelador da importância desta problemática e da ordem de grandeza da prática de automedicação na população universitária. Sublinha-se ainda que este resultado apresenta consonância empírica com outros estudos na área<sup>9-10</sup>, evi-

denciando a importância do tema e a urgência de atenção de entidades e profissionais de saúde.

De facto, o consumo de medicamentos não sujeitos a receita médica para automedicação tem uma tendência crescente inegável<sup>2</sup>, o que, no nosso entender, pode ser devido à existência de novos locais de venda de fármacos, nomeadamente, as designadas parafarmácias e, também, devido ao aumento do acesso a informação acerca de me-

dicação, nomeadamente, em sítios da internet. Sendo necessário validar junto destes estudantes, futuros profissionais de saúde, a literacia em saúde acerca desta temática e a tomada de decisão, para evitar comportamentos de risco e irrefletidos. Relativamente ao segundo objetivo - Descrever quais os tipos de fármacos que os estudantes mais utilizam por automedicação – verificou-se que quando recorrem à automedicação, a maioria dos

GRÁFICO 1

### DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO TIPO DE MEDICAMENTOS A QUE OS ESTUDANTES INQUIRIDOS RECORRERAM, POR AUTOMEDICAÇÃO (N=285)

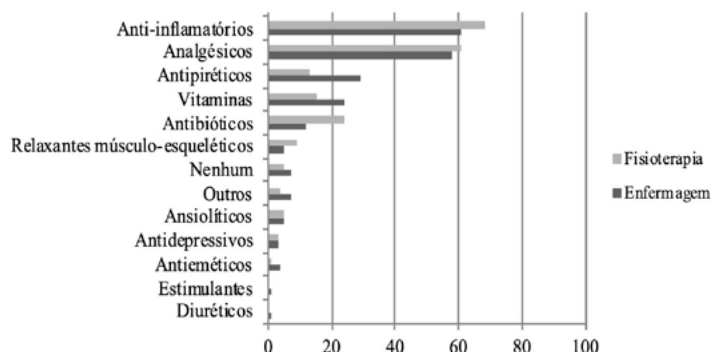


TABELA 3

### DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA E PERCENTUAL DAS RAZÕES QUE LEVAM OS ESTUDANTES INQUIRIDOS A AUTOMEDICAREM-SE (N=285).

		ENFERMAGEM	FISIOTERAPIA
<b>Hábito, uso crónico. Pratiquei uma vez e como resolveu o problema continuei a automedicar-me.</b>	Frequência	9	27
	Percentagem	6,3%	19,0%
<b>Acredito ter conhecimentos para praticar automedicação.</b>	Frequência	59	35
	Percentagem	41,3%	24,6%
<b>Todos os meus familiares praticam e sei que resolve o problema.</b>	Frequência	4	7
	Percentagem	2,8%	4,9%
<b>Todas as anteriores.</b>	Frequência	2	11
	Percentagem	1,4%	7,7%

estudantes, utilizam analgésicos e anti-inflamatórios, tal como foi verificado por outros estudos em que os investigadores tiveram como foco de observação o consumo de medicação<sup>11-12</sup>; tal demonstra que os estudantes da amostra em estudo recorrem a fármacos que são indicados como recurso possível para automedicação<sup>3</sup>, o que denota um uso assertivo da automedicação como recurso de autocuidado. Resultados de investigações recentes na área retratam um alto consumo de substâncias psicoativas, principalmente medicamentos ansiolíticos, inalantes e anorexígenos em estudantes do ensino superior<sup>13</sup>, no entanto, os resultados obtidos neste estudo não corroboram estes dados, o que pode ser interpretado como um aspeto positivo nos participantes deste estudo, sendo revelador de uma utilização responsável da automedicação.

No que concerne ao objetivo 3 - Descrever quais as causas mais frequentes para a automedicação dos estudantes – verificou-se que os estudantes destacam a dor e a febre como principais causas. Este resultado encontra-se em sintonia com um estudo internacional, em que foi observado que o principal problema de saúde que levava os estudantes à automedicação foi a dor<sup>9</sup>. A utilização de automedicação nos casos de dor e febre está descrita na lista de situações passíveis de automedicação publicada pelo IN-FARMED<sup>3</sup>. Se fizermos a ponte com o objetivo anterior, percebemos que os estudantes são congruentes nas

suas decisões de automedicação; pois os tipos de fármacos que mais utilizam por automedicação são os indicados para as causas mais frequentes que referem.

Por fim, relativamente ao quarto objetivo - Descrever quais as razões que levam os estudantes à automedicação - os resultados do estudo apontam que a automedicação é uma decisão autónoma dos estudantes, que consideram ter conhecimentos suficientes para este ato. Eles alegam que os conhecimentos que possuem acerca das indicações, da via de administração e da ação farmacológica dos fármacos que consomem justificam a sua utilização. Tal pode ser devido ao facto de todos os participantes serem estudantes da área da saúde, possuindo bases de farmacologia. Este resultado confirma outros estudos realizados com estudantes do curso de enfermagem, em que se verificou que, de facto, a prática de automedicação sob orientação do próprio é bastante comum e até bastante elevada<sup>5</sup>. Outro estudo faz referência que a automedicação tem influência dos familiares ou por antigas prescrições, o que pode ser explicado por experiências que tiveram sucesso com o medicamento<sup>9</sup>. Destacou-se, ainda, que os estudantes têm conhecimento dos riscos da automedicação e que a praticam por um curto período de tempo. Se a sintomatologia que levou à automedicação não ceder recorrem a um profissional de saúde. Estudos que tiveram o mesmo foco

de atenção descrevem resultados semelhantes aos verificados com este grupo de estudantes<sup>5,11</sup>.

## CONCLUSÕES

Este trabalho permitiu descrever o comportamento de um grupo de estudantes do ensino superior da área da saúde. Dos resultados sobressai um grupo de jovens estudantes do sexo feminino que com alguma frequência recorre à automedicação. Salientou-se o uso de analgésicos e anti-inflamatórios por curtos períodos de tempo, para dar resposta, maioritariamente, a situações de dor e febre. Os estudantes consideram-se com conhecimentos suficientes para praticar a automedicação e fazem-no de forma autónoma.

Os resultados encontrados apresentam algumas limitações, pelas características da amostra e pela metodologia utilizada. No entanto, considera-se que os mesmos são importantes para educadores, profissionais de saúde e responsáveis políticos, dado que ilustra a dimensão da prática de automedicação numa população que se encontra em reconfiguração identitária e comportamental, sendo por isso crucial que sejam desenhadas estratégias de sensibilização para os possíveis riscos inerentes a estes comportamentos.

Estes resultados reforçam ainda a importância de se dar continuidade à investigação sobre esta temática, promovendo a produção de conhecimento multidisciplinar. ▽



## Referências

1. Coelho M, Santos V, Carmo MB, Souza A e França C. Relação entre a autopercepção do estado de saúde e a automedicação entre estudantes universitários. *Rev Psic Div Saude [revista em linha]*. 2017 [citado em 2019 jul 20]; 6(1); 5-13. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1141/817>
2. Cruz PS, Caramona M & Guerreiro MP. Uma reflexão sobre a automedicação e medicamentos não sujeitos a receita médica em Portugal. *Rev Port Farmacoter [revista em linha]*. 2015 [citado em 2019 jul 20]; 7: 83-90. Disponível em: <http://revista.farmacoterapia.pt/index.php/rpf/article/view/2>
3. Portugal. Despacho nº17690/2007, de 23 de julho de 2007. INFARMED - Legislação Farmacêutica Compilada [Internet]. 2007 [citado em 2019 jul 20]. Disponível em: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/legislacao-farmacutica-compilada>
4. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde 2014. Lisboa: INE; 2016 [citado 2019 jul 31]. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2)
5. Mendes E. Automedicação praticada por alunos da licenciatura em enfermagem. [monografia na internet]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2009 [citado em 2019 jul 20]. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1624>
6. Organização Mundial de Saúde. Como Investigar El Uso de Medicamentos por Parte de los Consumidores. Ginebra: Organização Mundial de Saúde; 2001 [citado em 2019 jul 20]. Disponível em: <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s14228s/s14228s.pdf>
7. Cabrita J, Ferreira H, Iglésias P, Baptista T, Rocha E, Silva A e Miguel J. Consumo de Medicamentos: Estudo do Padrão de Consumo de Medicamentos pelos Estudantes da Universidade de Lisboa. *Rev Port Saúde Pública [revista em linha]*. 2001 [citado em 2019 jul 20]; 19(2): 39-40. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/4922>
8. Narciso A. Prevalência da automedicação nos alunos do mestrado integrado em ciências farmacêuticas da ULHT. [Dissertação na internet]. Lisboa: Universidade Lusófona; 2013 [citado em 2019 jul 20]. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/3969?show=full>
9. Galato D, Madalena J & Pereira GB. Automedicação em estudantes universitários: a influência da área de formação. *Cien Saude Colet [revista em linha]*. 2012 [citado em 2019 jul 20]; 17(12): 3323-30. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001200017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001200017)
10. Aquino D, Barros J & Silva M. Automedicação e os Acadêmicos da Área de Saúde. *Cien Saude Colet [revista em linha]*. 2010 [citado em 2019 jul 20]; 15(5): 2533-38. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500027&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500027&script=sci_abstract&lng=pt)
11. Silva FM, Goulart FC & Lazarini CA. Caracterização da prática de automedicação e fatores associados entre universitários do curso de Enfermagem. *Rev Eletr Enferm [revista em linha]*. 2014 [citado em 2019 jul 20]; 16(3): 644-51. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n3/pdf/v16n3a20.pdf>
12. Damasceno D, Terra F, Zanetti H, D'Andréa, Silva H e Leite, J. Automedicação entre graduados de enfermagem, farmácia e odontologia da Universidade Fernando Federal de Alfenas. *REME [revista em linha]*. 2007 [citado em 2019 jul 20]; 11(1): 48-52. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/312>
13. Bortoluzzi M, Capella D, Traebert J e Presta A. Uso de Substâncias Psicoativas entre Estudantes Universitários em Cidade do Sul do Brasil. *Arq Med [revista em linha]*. 2012, [citado em 2019 jul 20]; 26(1): 11-7. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v26n1/v26n1a01.pdf>





# HEALTH LITERACY AND THERAPEUTIC ADHESION IN CHRONIC KIDNEY PATIENTS ON A REGULAR HEMODIALYSIS PROGRAM

Literacia em saúde e adesão terapêutica em doentes renais crónicos em programa regular de hemodiálise

## NUNO ARAÚJO

**Professor Adjunto, Mestre.**  
Escola Superior de Saúde de Vale do Ave - CESPU. Vila Nova de Famalicão, Portugal.

✉ [nuno.araujo@ipsn.cespu.pt](mailto:nuno.araujo@ipsn.cespu.pt)

## MÓNICA SILVA

**Enfermeira, Licenciatura.**  
Departamento de Ciências da Saúde - Escola Superior de Saúde de Vale do Ave - CESPU. Vila Nova de Famalicão, Portugal.

## ANA CANÁRIO

**Enfermeira, Licenciatura.**  
Departamento de Ciências da Saúde - Escola Superior de Saúde de Vale do Ave - CESPU. Vila Nova de Famalicão, Portugal.

## EDUARDA FERREIRA

**Enfermeira, Licenciatura.**  
Departamento de Ciências da Saúde - Escola Superior de Saúde de Vale do Ave - CESPU. Vila Nova de Famalicão, Portugal.

## LIA SOUSA

**Professora Adjunta Principal, Doutoramento.** Departamento de Ciências da Saúde - Escola Superior de Saúde de Vale do Ave - CESPU. Vila Nova de Famalicão, Portugal.

### Abstract

Health literacy can be understood as the set of cognitive and social skills that determine individuals' motivation and ability to make judgments and make decisions about health care, disease prevention, and health promotion.

Therapeutic adherence may be related to a set of behaviors that coincide with the prescribed therapeutic regimen. The different capabilities of individuals to use and process health information, as well as to adhere to the proposed therapy, are of special importance in relation to chronic diseases, such as chronic kidney disease. Taking into account the relationship of this triad of concepts, it was important to know the level of literacy and therapeutic adherence in chronic kidney patients in a regular hemodialysis program.

The methodology used followed a quantitative paradigm, in a cross-sectional descriptive correlational study. The sample consisted of 100 chronic kidney patients in a regular hemodialysis program at a clinic in the northern region of Portugal. The interview was used to gather information.

The results obtained evidenced the existence of low levels of health literacy in 69% of the individuals that correlated with age and level of schooling. Regarding therapeutic adherence, the majority of the sample adhered to the therapy (78%), showing no relation between this and health literacy.

As this is a national problem and leads to a deficiency in the sustainability of the health economy and the quality of life of our population, it is considered fundamental to provide the patient with the skills to deal with their health-disease process.

**KEYWORDS: HEALTH LITERACY, THERAPEUTIC ADHERENCE, HEMODIALYSIS, RENAL DISEASE.**

## INTRODUÇÃO

**A** literacia em saúde define-se como o conjunto de habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter, compreender, avaliar e aplicar a informação de forma a fazer juízos e tomar decisões na vida quotidiana sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção de saúde<sup>1</sup>. Esta acresce de valor quando a confrontamos com resultados em saúde. Diferentes estudos têm demonstrado que um nível inadequado de literacia em saúde reporta alterações significativas nos resultados em saúde. Uma literacia em saúde desajustada está intimamente relacionada com uma maior probabilidade de hospitalizações, prevalência e severidade de algumas doenças crónicas, piores condições gerais de saúde e uma baixa utilização de serviços de saúde para prevenção e rastreios de doenças<sup>4</sup>. Estudos levados a cabo pela Unesco referem que cerca de 16% da população mundial tem falta de capacidades básicas de literacia. Um estudo americano revelou, também, que 40 milhões de americanos adultos têm um nível muito baixo de literacia. No Reino Unido, duas mil pessoas adultas foram alvo de uma investigação que demonstrou que uma em cada cinco tem dificuldade em compreender informação básica de saúde. Por sua vez, no Canadá, 60% dos adultos têm falta de capacidades em obter e compreender informação e, com base nisso, agir de forma assertiva com a sua saúde<sup>5</sup>. Melo<sup>6</sup> afirma que a literacia em saúde para além de determinante de saúde é, também, um fator influenciador da adesão à terapêutica. A adesão à terapêutica pode ser definida como um conjunto de comportamentos, tais como: tomar a medicação, seguir dietas ou executar

mudanças de hábitos de vida que coincidam com o regime terapêutico prescrito<sup>2</sup>. Esta adesão está associada a uma melhor saúde, segurança e qualidade de vida das pessoas. Na perspetiva dos profissionais, a adesão pode significar maior eficácia do tratamento recomendado e melhor estado de saúde e qualidade de vida do doente<sup>7</sup>. Assume um papel importante nos indivíduos portadores de doenças crónicas pelo impacto que induz na qualidade de saúde destes, através da eliminação de comportamentos de risco, difusão de meios de prevenção e a adoção de comportamentos de saúde. A não adesão afeta cerca de 50% dos indivíduos nos países mais desenvolvidos e contribui diretamente para o aumento de hospitalizações, diminuição da qualidade de vida e consequente aumento da morbidade e mortalidade que diretamente geram um desperdício dos escassos recursos de sistema de saúde<sup>8</sup>. A compreensão e adesão ao regime terapêutico são fatores essenciais para o sucesso do controlo da doença, nomeadamente a doença crónica que tem aumentado exponencialmente. Caso disso é a insuficiência renal crónica, que se caracteriza por uma lesão renal que conduz a uma perda progressiva e irreversível da função renal<sup>9,10</sup>. Esta tem aumentado ao longo dos anos e a prevalência de doenças como a diabetes e a hipertensão têm contribuído para este aumento<sup>11</sup>. A perda de capacidades por parte do rim leva ao aparecimento de complicações como a hipertensão arterial, anemia, osteoporose, malnutrição, danos ao nível do sistema nervoso e aumento do risco de doença cardiovascular<sup>10</sup>. A doença renal crónica define-se em estadios, sendo que o tratamento para os doentes que se encontram no estadio 5 passa por terapia de substituição da função renal. A hemodiálise é a opção mais utilizada,

uma vez que permite uma sobrevivência bastante elevada e representa uma maior esperança média de vida para a maioria das pessoas com perturbação renal<sup>12</sup>. O aumento da doença crónica desgasta não só o indivíduo, mas também a vitalidade económica dos sistemas de saúde. Nos países de maior rendimento, o aumento da incidência de doenças crónicas tem consumido uma larga proporção das despesas totais em saúde, assumindo contornos de uma verdadeira crise. Para além disso, representam mais de 60% da morbidade mundial e, consequentemente, uma ameaça para a saúde pública e a economia global, com uma expectativa de consumo de cerca de 80% dos custos em saúde no ano de 2030. Portugal é dos países europeus com maiores taxas de incidência (226.5 novos casos pmh) e de prevalência (1.661.9 casos pmh) de doença renal crónica estadio 5 sob tratamento de substituição da função renal<sup>13</sup>. Em 2016, Pedro, Amaral, Escoval<sup>4</sup>, evidenciaram nos seus estudos a existência de grupos vulneráveis, como sendo os mais velhos, os menos escolarizados, os desempregados e os reformados. Afirmaram, ainda, que foi notória a relação entre o grau de escolaridade e o nível de literacia em saúde, sendo que esta era tanto maior quanto maior fosse o grau de escolarização. Relativamente à adesão terapêutica, os estudos relacionam o grau de escolaridade com a adesão ou não à terapêutica, demonstrando que quanto mais baixo o nível de escolaridade, maior é a probabilidade de abandono do tratamento, uma vez que esta pode comprometer a aprendizagem, pois a complexidade da terapêutica exige dos doentes habilidades cognitivas, muitas vezes, não alcançadas por eles<sup>14</sup>. Cabral e Silva<sup>15</sup> referem também >

que, os fatores socioeconómicos são preditores muito importantes do grau de adesão dos pacientes, afirmando que, para além do baixo nível de escolaridade, o baixo rendimento e o desemprego constituem barreiras significativas para a adesão terapêutica.

Segundo Pierin et al<sup>16</sup>, as doenças crónicas relacionam-se diretamente com a adesão ao tratamento, sendo que os fatores de adesão que interferem neste processo são: a cronicidade, a ausência de sintomatologia e o tipo de tratamento. São vários os investigadores que defendem que doentes com nível de literacia inadequados têm dificuldades na adesão à terapêutica<sup>17</sup>.

Tendo em conta a relação desta tríade de conceitos (Literacia em Saúde, Adesão Terapêutica e Doença renal Crónica), e conhecendo os fatores que os podem influenciar revelou-se importante a concessão de um estudo que determinasse qual o nível de literacia e de adesão terapêutica em doentes renais crónicos em programa regular de hemodiálise, e em que medidas estes conceitos se influenciavam, de forma a aferir resultados que incentivem à elaboração de programas de educação com o objetivo de literar as populações e sensibilizá-las para a importância da adesão terapêutica com vista a participarem ativamente no seu processo de saúde.

### OBJETIVOS

Foram objetivos desta investigação, determinar o nível de literacia em saúde, dos doentes renais crónicos em programa regular de hemodiálise, de uma clínica da região Norte de Portugal; conhecer o seu nível de adesão à terapêutica; verificar se o nível de literacia em saúde e o nível de adesão à terapêutica são conceitos influenciados pelas variáveis sociodemográficas bem como, verificar se existe relação entre literacia em saúde e adesão à terapêutica, nestes doentes.

### MÉTODOS

A metodologia utilizada obedeceu a um paradigma quantitativo. Definimos o estudo do tipo descritivo-correlacional transversal, pois foi do nosso interesse descrever e perceber o comportamento das variáveis "literacia em saúde" e "adesão terapêutica" nos doentes renais crónicos em programa regular de hemodiálise. A nossa população alvo foram doentes renais crónicos em programa regular de hemodiálise utilizando como população acessível os doentes renais crónicos em programa regular de hemodiálise de uma clínica de hemodiálise da região norte de Portugal. Para determinação da amostra, recorremos a um método não probabilístico. Dentro do método não probabilístico definimos a amostragem por conveniência dado que a nossa amostra é constituída por indivíduos acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos. A colheita de dados foi realizada numa clínica de hemodiálise da região norte de Portugal, no período compreendido entre novembro de 2017 e dezembro de 2017. A clínica reúne como população acessível 129 doentes renais crónicos em programa regular de hemodiálise, sendo esta a nossa amostragem. Destes 129 doentes, foram excluídos 29 por decisão da equipa de investigado-

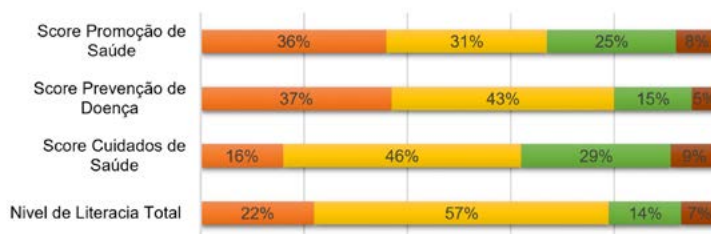
res, uma vez que não reuniam condições de saúde que permitissem a aplicação do questionário usado como instrumento de colheita de dados. O questionário era composto por quatro grupos. O grupo I incluía um conjunto de questões que davam resposta às variáveis sociodemográficas; as questões do grupo II foram geradas para responder às variáveis clínicas; o grupo III permitiu responder à escala de literacia em saúde (HLS-EU) e o grupo IV deu resposta à escala de medida de adesão à terapêutica (MAT). Como a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, quaisquer que sejam os aspetos sobre eles estudados, devem ser regidos por uma conduta ética que se rege pelo cumprimento dos seguintes princípios éticos. Assim, fez-se cumprir o princípio do consentimento informado, o respeito pela privacidade, confidencialidade, justiça e equidade, bem como o consentimento livre e esclarecido.

### RESULTADOS

A amostra analisada era constituída por 100 doentes, dos quais 42% eram do sexo feminino e 58% do sexo masculino, com idades entre os 32 e os 89 anos, sendo que 45% eram indivíduos adultos e 55% indivíduos idosos. Relativamente

GRÁFICO 1

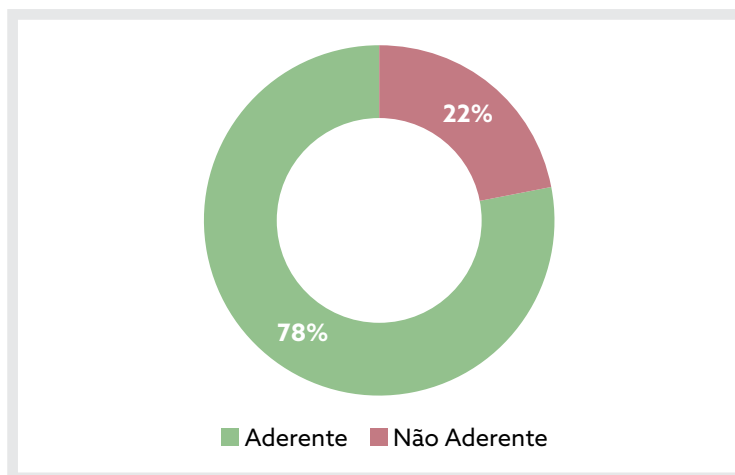
## NÍVEL DE LITERACIA EM SAÚDE (POR CATEGORIAS E DIMENSÕES) EM DOENTES RENAI CRÓNICOS EM PROGRAMA REGULAR DE HEMODIÁLISE DE UMA CLÍNICA DA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL



às habilitações literárias, 12% não tinham escolaridade, 49%, tinham o 1º ciclo, 15% tinham o 2º ciclo, 10% completaram o 3º ciclo, 10% realizaram o ensino secundário e 4% referiram ter o ensino superior. A maioria dos indivíduos eram reformados (87%) devido à idade ou à incapacidade por doença. No que respeita ao nível de literacia em saúde da amostra em estudo, observou-se (**gráfico 1**) que 22% dos indivíduos apresentavam literacia em saúde inadequada, 57% tinham literacia em saúde "problemática", 14% literacia em saúde "suficiente" e 7% literacia em saúde "excelente". Relativamente às dimensões da escala Promoção de Saúde, Prevenção de Doença e Cuidados de Saúde, verificou-se que em todas as dimensões o nível de literacia em saúde é "inadequado" ou "problemático" em mais de 60% dos indivíduos, contudo é na categoria da prevenção de doença onde se verificam os piores resultados, com 37% dos indivíduos com uma literacia inadequada e 43% com literacia problemática. Relativamente à procura de relação entre a literacia em saúde e as variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra em estudo, encontrou-se relação entre a literacia em saúde e a idade dos indivíduos onde se conclui, pelo valor da mediana, que o nível de literacia em saúde é superior nos adultos (30,08) comparativamente aos idosos (27,63). Após análise inferencial, foi obtido um valor de prova de 0,004, permitindo afirmar a existência de correlação estatisticamente significativa entre o nível de literacia em saúde e a idade dos indivíduos, sendo que quanto maior a idade, menor é a literacia em saúde. Para além da idade, observou-se a existência de relação entre a literacia em saúde e as habilitações literárias dos indivíduos, sendo que o nível de literacia é superior em indivíduos com mais escolaridade do que em indivíduos com menos escolaridade (33,49 em indivíduos

GRÁFICO 2

### MEDIÇÃO DA ADESÃO TERAPÊUTICA EM DOENTES RENAI CRÓNICOS EM PROGRAMA REGULAR DE HEMODIÁLISE DE UMA CLÍNICA DA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL



com ensino secundário e terciário e 27,89 e 28,21, em indivíduos com o 1º, 2º ou 3º ciclo e sem escolaridade, respetivamente). Após análise inferencial obteve-se um valor de prova inferior a 0,001 que permite concluir a existência de correlação estatisticamente significativa entre a variável "habilitações literárias" e literacia em saúde, sendo que indivíduos mais escolarizados apresentam maior score de literacia em saúde. No que concerne à adesão terapêutica destes indivíduos, observou-se (**gráfico 2**) que 78% dos indivíduos são aderentes à terapêutica, enquanto que 22% são não aderentes. Não foi encontrada nenhuma relação entre esta variável e as características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos em estudo. Na procura pela existência de relação entre o nível de literacia em saúde e a adesão terapêutica, não se verificou nenhuma influência entre conceitos, já que há uma alta percentagem de indivíduos com inadequada ou problemática literacia em saúde, mas uma taxa de adesão à terapêutica de aproximadamente 80% dos indivíduos.

### DISCUSSÃO

Os principais achados do presente estudo evidenciaram que a literacia em saúde dos indivíduos em estudo é inadequada em 22% dos indivíduos, problemática em 79%, 14% apresenta literacia em saúde suficiente e 7% literacia em saúde considerada excelente. Estes resultados são corroborados por Gonçalves<sup>5</sup>, Serrão, Veiga e Vieira<sup>9</sup>, que referem nos seus estudos uma maior prevalência de indivíduos com baixa literacia em saúde. Também Pedro, Amaral e Escova<sup>4</sup> ao traduzirem e validarem a escala de avaliação da literacia em saúde para Portugal, detetaram uma percentagem de 61% de indivíduos inquiridos com literacia inadequada ou problemática. Para além disso, no mesmo estudo, compararam o nível de literacia dos portugueses com mais oito países europeus, constatando que Portugal foi o segundo país europeu com a média mais baixa de literacia geral ( $31,5 \pm 7$ ), o segundo país com menor média na dimensão de cuidados de saúde ( $32 \pm 7,2$ ); o segundo com menor média em relação ao subíndice de prevenção da doença ( $31,8 \pm 7,7$ ) e o ter-

ceiro país com média mais baixa em relação à promoção de saúde ( $31 \pm 8,0$ ). Para a nossa amostra e como se pode verificar no gráfico 1, os valores assemelham-se ao verificar-se uma literacia em saúde geral de  $29,17 \pm 6,6$ , uma literacia de  $31,85 \pm 9,7$  na dimensão de cuidados de saúde, na prevenção de doença uma média de literacia ligeiramente maior com um valor de  $33,04 \pm 7,4$  e ligeiramente menor na dimensão da promoção de saúde com  $27,51 \pm 7,3$ . Contudo, não deixam de ser valores que pela sua semelhança nos levam a considerar os níveis de literacia em saúde uma problemática global. Relativamente à influência das variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra em estudo com a variável de literacia em saúde, verificou-se a existência de relação entre a idade e a literacia em saúde sendo que, quanto maior a idade menor a literacia em saúde pois a amostra correspondente à idade adulta possuía uma mediana de literacia em saúde de 27,63% enquanto que os idosos possuíam uma mediana de 30,80%, não deixando de ambos pertencer a uma categoria problemática na escala de avaliação de literacia em saúde. Verificou-se, também, a relação entre o nível de escolarização e a literacia em saúde, sendo a literacia tanto maior quanto maior o nível de escolaridade. Os indivíduos com ensino secundário ou terciário possuíam uma literacia em saúde de 33,49%, considerada já literacia em saúde suficiente enquanto que, os indivíduos sem escolaridade ou com o 1º, 2º ou 3º ciclo tinham uma literacia em saúde de 28,31% e 25,77%, respetivamente, sendo por isso considerada problemática. Estes resultados foram ao encontro do estudo de Pedro, Amaral e Escoval<sup>4</sup> que evidenciaram níveis mais baixos de literacia em grupos vulneráveis, como indivíduos com mais idade, menos escolarizados, desempregados e reformados. Também Monteiro<sup>17</sup>, Serrão, Veiga e Vieira<sup>19</sup>, demonstraram a existência de relação entre indivíduos menos lite-

rados quando menos escolarizados, bem como a existência de piores resultados em saúde na população idosa. Ainda assim, há quem afirme que esta relação não é forçosamente válida<sup>17</sup>.

Relativamente à adesão terapêutica e com base nos dados obtidos para a nossa amostra, concluímos que 78% dos indivíduos são aderentes à terapêutica, sendo os restantes 22% não aderentes. Após esta análise, podemos concordar com o estudo de Cabral e Silva<sup>15</sup> que afirma que a idade pode não ser um fator preditor para a falta de adesão à terapêutica. Na nossa amostra, a maior percentagem de aderentes diz respeito a indivíduos idosos enquanto que, a maior percentagem de não aderentes corresponde a indivíduos adultos. Ainda assim, Dias et al<sup>2</sup> referiu que a adesão terapêutica depende de fatores sociais, económicos e culturais, sendo que o nível de escolaridade e a situação de emprego exercem forte influência sobre esta adesão. Contudo, tal não foi verificável na nossa amostra uma vez que, da percentagem aderente, 66% eram reformados e 49% não tinham escolaridade ou possuíam apenas o 1º ciclo de escolaridade. Também Pereira<sup>8</sup>, havia verificado que uma baixa literacia em saúde estava diretamente relacionada com uma pobre adesão aos regimes terapêuticos. Mais uma vez, contrariando a tendência observada para a amostra em estudo já que, embora com baixos níveis de literacia em saúde, estes indivíduos possuem uma taxa de adesão terapêutica de aproximadamente 80%. Denota-se, ainda, que no estudo de Iuga, McGuire<sup>9</sup> o esquecimento foi a principal causa de abandono da medicação/terapêutica. A nossa amostra contraria esta tendência, uma vez que à questão "Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?" inserida na medida de adesão ao tratamento correspondente ao grupo IV do nosso questionário, 73% dos indivíduos referiram que nunca

ou raramente se haviam esquecido de tomar os medicamentos (48% e 25%, respetivamente). Cremos, desta forma, que é importante refletir sobre o tipo de doentes e o acompanhamento que é realizado para com eles por parte dos profissionais de saúde da clínica onde se encontram em tratamento já que, são doentes que beneficiam de monitorização continua e qualquer desvio da normalidade resulta em implicações mais ou menos graves na saúde destes. Para além de que, Knish et al<sup>11</sup>, enfatizou que o estabelecimento de uma boa relação com a equipa de saúde é especialmente importante na aceitação de um esquema terapêutico. Podemos, por isso, crer que estes resultados podem ser explicados à luz desta afirmação de Knish et al, já que à questão oito do grupo II do questionário aplicado que pergunta "Qual o grau de satisfação para com a equipa multidisciplinar da clínica onde se encontra em tratamento hemodialítico?", 57% dos indivíduos responderam estar "Muito Satisfeitos" e 42% "Satisfeitos". Relativamente à variável adesão terapêutica e à forma como esta podia ser influenciada pelas variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra em estudo, não foi observada nenhuma relação estatisticamente significativa.

Paradoxalmente àquilo que enuncia a literatura, dos indivíduos que não aderiam à terapêutica, estes eram na sua maioria indivíduos com maior grau de escolaridade, tendo por isso sido alvo da nossa reflexão e acreditando que tal facto se justifica pela maior literacia destes doentes que lhes permite ser mais críticos e com maior capacidade de tomada de decisão em relação ao seu processo de saúde-doença. Por último observando o comportamento da literacia em saúde e da adesão terapêutica, não foi possível identificar a existência de relação entre ambas as variáveis. Após análise estatística, verificou-se que a literacia em saúde dos indivíduos aderentes

correspondia a 28,99% enquanto que a dos indivíduos não aderentes era de 29,81%. Embora não sendo estatisticamente significativo, denota-se que esta literacia chega a ser superior em indivíduos não aderentes, o que contraria a maioria dos estudos, como referido por Monteiro<sup>17</sup>, Rodrigues e Prates<sup>21</sup> e Melo<sup>6</sup> que sugerem que existe uma tendência para que indivíduos mais literados sejam também indivíduos com maiores taxas de adesão terapêutica.

## CONCLUSÕES

Concluindo, percecionamos a importância da literacia em contextos de saúde, reconhecendo que esta não se caracteriza apenas pelas capacidades de leitura mas também pela capacidade de compreender informação em saúde muitas vezes complexa, assim como a capacidade de tomar decisões terapêuticas, avaliar a credibilidade de informação recolhida, analisar riscos e benefícios, calcular dosagens e interpretar alguns resultados de saúde. Torna-se desde logo notável que a melhoria da qualidade de vida e resultados em saúde, bem como a redução de custos para a sustenta-

bilidade da economia na saúde não pode ser alcançada sem a melhoria desta literacia. Existem fortes conceitos influenciadores que devem ser trabalhados, nomeadamente no que concerne à escolaridade/educação dos indivíduos, onde se formam e fomentam as capacidades de escrita, leitura, interpretação e juízo crítico. Por isso, a grande prevalência de literacia limitada, demonstrada nos nossos resultados e comprovada pela literatura referenciada, deve constituir um desafio nas políticas e práticas de cada governo. Para além da literacia em saúde, foi objeto de estudo o comportamento da variável "adesão terapêutica" e de que forma esta poderia ser influenciada pelo nível de literacia em saúde. Quanto maior a adesão à terapêutica, melhores são os resultados em saúde, segurança e qualidade de vida das pessoas. Embora não tenhamos observado a relação entre a literacia em saúde e a adesão terapêutica cremos que o tipo de doentes e a monitorização regular que é feita são fatores que possam ter influenciado os resultados uma vez que, qualquer desvio da normalidade implica complicações na homeostasia destes

indivíduos, muitas vezes difíceis de contornar. Assim, consideramos importante a avaliação destes conceitos e a sua influência na gestão de saúde, no sentido de se identificarem handicaps que possam ser alvo de reestruturação e implementação de intervenções que capacitem os indivíduos a gerir o seu processo de saúde favoravelmente. É fundamental munir o doente com competências para lidar com o seu processo de saúde-doença, motivando-o para uma atitude proativa, eficiente e eficaz perante a sua saúde. Relativamente a todos os resultados obtidos, parece-nos pertinente reparar que devem ser tidas em conta as seguintes limitações do estudo: o tamanho reduzido da amostra, o método de amostragem por conveniência, não permitindo a generalização dos resultados para a população, bem como a extensibilidade do questionário de avaliação colocado. Para além disso, os pacientes encontravam-se em tratamento hemodialítico, podendo, por isso, existir o viés da debilidade física e mental do próprio inquirido ou a resposta rápida (não a necessariamente mais ajustada à sua realidade). ▴



## Referências

1. Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Publ Health* [Revista em linha]. 2012 [acedido em 2017 mai 30]; (80): 12:80. Disponível em: <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>.
2. Dias AM, Cunha M, Santos AMM, Neves APG, Pinto AFC, Silva ASA, et al. Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura. *Rev Millen* [Revista em linha]. 2011 [acedido em 2017 mai 20]; 40: 201-219. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/8228>
3. Reis LASB. O conhecimento sobre o medicamento e literacia em saúde: Um estudo em adultos, utentes de farmácias do concelho de Lisboa. [Dissertação na Internet]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2010. [citado em 2017 mai 27]. Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/6032>.
4. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em Saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Rev Port Saú Públ* [Revista em Linha]. 2016 [acedido em 2017 jun 4]; 34 (3): 259-75. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0870-90252016000300008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0870-90252016000300008&lng=es&nrm=iso).
5. Gonçalves, AM. Literacia em Saúde e utilização dos serviços de saúde. [Dissertação na Internet]. Porto: Instituto Politécnico do Porto; 2015. [citado em 2017 mai 27]. Disponível em: <https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/8926/1/MGO-2110042-Literacia%20em%20Saúde.pdf>
6. Melo LCF. Relação entre literacia em saúde, adesão à terapêutica e crenças sobre a medicação de uma população utilizadora de medicamentos no Brasil. [Dissertação na Internet]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2015. [citado em 2017 mai 25]. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/28958>
7. Henriques MAP. Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade: Eficácia das intervenções de enfermagem. [Tese na Internet]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2011. [citado em 2017 jun 2]. Disponível em: <https://repositorio>

- torio.ul.pt/bitstream/10451/3801/1/ulsd060959\_td\_MAdriana\_Henriques.pdf
8. Pereira IG. Literacia em Saúde no Doente Coronário. [Dissertação na Internet]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2013. [citado em 2017 dez 27]. Disponível em: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-qjD\\_07lgqEEJ:https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D27772%26code%3D319+%&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt&client=safari](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-qjD_07lgqEEJ:https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D27772%26code%3D319+%&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt&client=safari)
  9. Luga AO, McGuire MJ. Impacto da adesão terapêutica nos custos dos cuidados de saúde. *Rev Port Med Ger Fam [Revista em linha]*. 2014 [citado em 2017 dez 17]; 30: 268-70. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2182-51732014000400010](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732014000400010)
  10. National Kidney Foundation. About Chronic Kidney Disease. [Web page] New York: National Kidney Foundation; 2017 [atualizado em 2017; citado 2017 jun 2]. Disponível em: <https://www.kidney.org/atoz/content/about-chronic-kidney-disease>.
  11. Knihns NS, Sartori DL, Zink V, Roza BA, Schirmer J. A vivência de pacientes que necessitam de transplante renal na espera por um órgão compatível. *Rev Text Cont Enf Florian [Revista em linha]*. 2013 [citado em 2017 out 23]; 22 (4): 1160-8. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71429843035.pdf>
  12. Portal da Diálise. Insuficiência Renal. [Web page] Portugal; 2016 [atualizado 2016; citado em 2017 jun 2]. Disponível em: <https://www.portaldadialise.com/portal/insuficiencia-renal>.
  13. Coelho AP. Análise de uma política pública de saúde: Gestão Integrada da Doença. [Tese na Internet]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical; 2014. [citado em 2017 dez 29]. Disponível em: <https://run.unl.pt/handle/10362/13967>
  14. Sagnaolin V, Prado AE, Figueiredo L. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise. *Jorn Bras Nefrol [Revista em linha]*. 2012 [citado em 2019 jul 20]; 34 (2): 109-16. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-28002012000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002012000200002)
  15. Cabral MV, Silva PA. Adesão à Terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas. Lisboa: Apifarma; 2010 [citado em 2019 mai 20]. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/11160>
  16. Pierin AMG, Silva SSB, Colósimo FC, Toma GA, Serafim TS, Meneghin P. Cronicidade e doença assintomática influenciam o controle dos hipertensos em tratamento na atenção básica. *Rev Esc Enf USP [Revista em linha]*. 2016 [acedido em 2019 jan 4]; 50(5):763-770. Disponível em: [https://www.redalyc.org/pdf/3610/361048760008\\_2.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/3610/361048760008_2.pdf)
  17. Monteiro MMMCF. A Literacia em Saúde. [Dissertação na Internet]. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2009. [acedido em 2017 jun 20]. Disponível em <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/1161>.
  18. Fortin MF, Cotê J, Filion F. Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidata; 2009.
  19. Serrão C, Veiga S, Vieira IM. Literacia em Saúde: Resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Rev Port Enf Saú Ment [Revista em linha]*. 2015 [acedido em 2019 abr 2]; 2: 33-38. Disponível em: <http://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/5979>.
  20. Rodrigues MB, Prates BJ. Programa de Intervenção para a Adesão ao Regime Medicamentoso [Em linha]. Idanha: Casa de Saúde Idanha, Irmãs Hospitaleiras; 2011. [acesso em 2017 dez 29]. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/Resumo\\_Programa\\_Adesao\\_Regime\\_Medicamentoso\\_Casa\\_de\\_Saude\\_da\\_Idanha\\_1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/Resumo_Programa_Adesao_Regime_Medicamentoso_Casa_de_Saude_da_Idanha_1.pdf)



**ISABEL ARAÚJO**

**Professora Adjunta Principal, Doutoramento.** Escola Superior de Saúde do Vale do Ave. Portugal.

✉ isabel.araujo@ipsn.cespu.pt

**LURDES TEIXEIRA**

**Professora Adjunta Principal, Doutoramento.** Escola Superior de Saúde do Sousa. Portugal.

**RUI JESUS**

**Professor Adjunto Principal, Doutoramento.** Escola Superior de Saúde do Sousa. Portugal.

**FILIFE FERNANDES**

**Professor Adjunto Principal, Doutoramento.** Escola Superior de Saúde do Vale do Ave. Portugal.

**LIA SOUSA**

**Professora Adjunta Principal, Doutoramento.** Escola Superior de Saúde do Vale do Ave. Portugal.

# NÍVEL DE E-LITERACIA EM SAÚDE EM ALUNOS DO ENSINO SECUNDÁRIO PRIVADO

## Level of e-literacy in health in private secondary school students

### Abstract

**Introduction:** e-literacy in health is related to the use of Internet or other electronic means related to the dissemination or visualization of information about health and / or health services.

**Objectives:** To describe the level of e-literacy in health, in a group of students of a private high school, in the North of Portugal; To relate the level of e-literacy in health with sociodemographic data; To relate the level of e-literacy in health with the contextual variables of the students.

**Method:** Descriptive, correlational and transversal quantitative study. 102 students from the science and technology course of a private high school in the north of Portugal participated. A questionnaire was applied consisting of 3 **groups:** group I sociodemographic variables; group II consisted of contextual variables and group III constituted by the "eHEALS - eHealth Literacy Scale" scale.

**Results:** Students presented positive levels of e-Literacy in health. They know how to use the Internet to find health information and recognize its usefulness and importance, but did not have confidence in the information obtained when making decisions on health.

**Conclusion:** Students present positive levels of e-literacy in health but need guidance to the sources of consultation in order to rely on the information accessed for health project management.

**KEYWORDS:** HEALTH LITERACY; ADOLESCENT; TECHNOLOGY; HEALTH EDUCATION.

### INTRODUÇÃO

A sociedade da informação gera rápidas mutações, produz novas dinâmicas económicas, sociais e culturais. A utilização exponencial das novas tecnologias reflete-se, pelas crescentes taxas de adesão à Internet que pela sua versatilidade, direta ou indiretamente, contagia a sociedade em geral. Mais de metade

da população mundial tem acesso à internet. O último Relatório Digital de 2018, referencia que somos mais de 4 bilhões de pessoas conectadas à rede, enquanto as estimativas mais recentes apontam para uma população global de 7,6 bilhões de seres humanos<sup>1</sup>. Portugal também não tem sido alheio à contínua adesão à Internet<sup>2</sup>. No ano de 2003 eram 29%, da



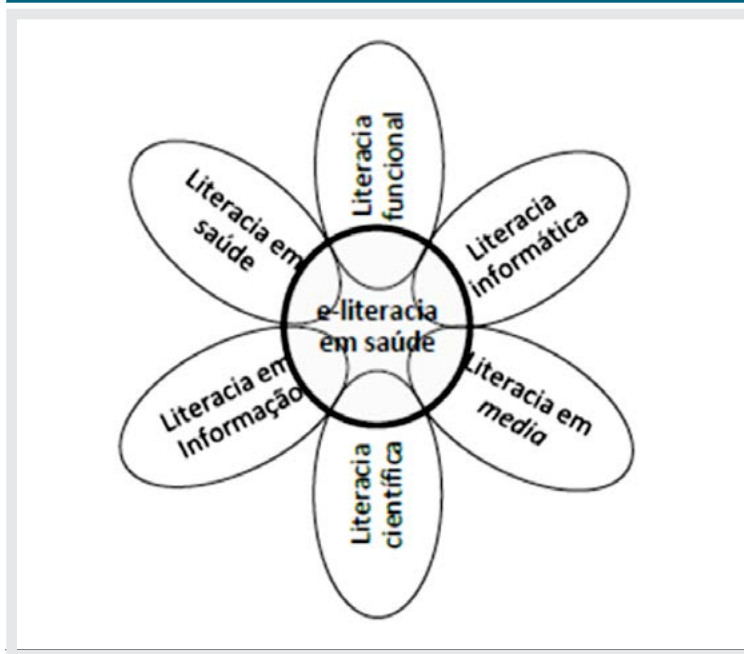
população, passando para 35.7% em 2006, 38.9% em 2009 e estabelecendo-se nos 49.1% em 2011.

A necessidade de ajustamento à sociedade da informação tem levado à construção de diversas políticas promotoras do potencial das tecnologias de informação e comunicação (TIC) e disponibilização de novos serviços. Pela pesquisa realizada, constata-se um aumento da utilização das TIC's, em particular, com recurso à internet, na área da saúde. Este recurso capacita os cidadãos para calcular riscos e benefícios sobre diferentes tomadas de decisão da sua vida e dos que os rodeiam<sup>3</sup>. Para usar as TIC's na área da saúde são necessários conhecimentos específicos que permitam aos cidadãos aceder, compreender e utilizar de forma eficaz as informações e serviços disponibilizados. Surge assim, o termo e-literacia em saúde. A e-literacia em saúde refere-se à capacidade de procurar, encontrar, compreender e avaliar a informação, em saúde, a partir de fontes eletrónicas sendo capaz de aplicar os conhecimentos obtidos para analisar ou solucionar problemas de saúde<sup>4,7</sup>.

De acordo com o Modelo de Lírio (Figura 1), utilizado para a conceção da eHealth Literacy Scale, a e-literacia em saúde engloba seis competências ou Literacias que integram uma rede interativa que funciona sempre que se realiza uma tarefa em e-saúde (como procurar informação sobre saúde ou monitorizar o estado de saúde), utilizando, ferramentas tecnológicas do tipo analítico e de contexto. As do tipo analítico são: a Literacia funcional, a Literacia em informação e a Literacia nos *media*. Aplicam-se a um grande número de fontes de informação, independentemente do tema ou contexto. As de contexto incorporam, a Literacia em saúde, a Literacia científica e a Literacia informática. Estão relacionadas com as circunstâncias em que a informação é procurada (equipamentos

FIGURA 1

### MODELO LÍRIO DE LITERACIA EM SAÚDE (ADAPTADO DE NORMAN & SKINNER, 2006:8)



utilizados e condições de pesquisa), tipo de informação apresentada (científica ou não) e temáticas procuradas, neste caso, relacionadas com a saúde<sup>4,8</sup>.

O Modelo de Lírio está representado em forma de flor, as pétalas reportam-se às competências que dão origem ao conceito central e-literacia em saúde.

Cada uma das seis competências descritas incorporam conhecimentos e habilidades específicas: a Literacia informática descreve habilidades de conhecimento básico de utilização de um computador; a Literacia em informação engloba as habilidades para conjugar as necessidades de informação, localizar, avaliar e utilizar informações, e aplicar essa informação para criar e comunicar conhecimento; a Literacia em multimédia é a capacidade de selecionar, interpretar, avaliar, contextualizar e criar significado a partir de recursos apresentados

numa variedade de formas visuais ou áudio; a Literacia funcional refere-se à capacidade de aplicar habilidades básicas para a saúde. Esta é o tipo de Literacia usada em situações de transmissão de informação aos utentes; a Literacia científica inclui a familiaridade com os conceitos do método científico, bem como a capacidade de compreender, avaliar e interpretar resultados de investigação em saúde, usando o raciocínio científico adequado; a Literacia em saúde é a aquisição, avaliação e aplicação adequada das informações relevantes em saúde, que permite que os utentes comuniquem entre si sobre saúde, que tomem decisões sobre a sua saúde e que utilizem os serviços de saúde<sup>4</sup>. A escala *eHealth Literacy Scale*, é constituída por 8 itens, com a função de medir o "conhecimento combinado, o conforto e as habilidades percebidas dos consumidores ao encontrar, avaliar e aplicar infor- ➤

mações de saúde eletrônicas aos problemas de saúde<sup>4</sup>. Esta escala está organizada em 3 subescalas: e-literacia em Saúde Funcional, e-literacia em Saúde Comunicacional e e-literacia em Saúde Crítica. A escala possui duas dimensões: aspetos de procura da informação e capacidade de utilização da informação. A escala foi traduzida e validada para a população portuguesa por Tomás, Queirós e Ferreira<sup>6</sup>, num grupo de adolescentes.

Pelas nossas práticas e por resultados de trabalhos de investigação consideramos que as TIC's tem um papel importante nos contextos de informação em saúde, tornando-se fontes privilegiadas para toda a população, em particular para os adolescentes. Apesar de serem um grupo bastante familiarizado com as tecnologias, colocam-se algumas questões acerca da qualidade dos seus acessos à internet, apresentando este grupo algumas dificuldades em compreender ou utilizar a informação sobre saúde disponível online. Este segmento da população confronta-se com um elevado volume de informação disponível, no entanto, nem sempre sabem selecionar a informação mais credível<sup>5,6,8,9</sup>.

Face ao supracitado questionamos: Qual o nível de e-literacia em saúde de um grupo de alunos do ensino secundário privado, de uma região Norte de Portugal?

## OBJETIVOS

Descrever o nível de e-literacia em saúde de um grupo de alunos de uma escola secundária privada de uma região Norte de Portugal; Relacionar o nível de e-literacia em saúde com os dados sociodemográficos dos alunos; Relacionar o nível de e-literacia em saúde e as variáveis contextuais dos alunos.

## METODOLOGIA

Foi realizado um estudo quantitativo do tipo descritivo-correlacional

e transversal. Consideramos a população acessível alunos portugueses a frequentar uma Escola de ensino secundário de uma região norte de Portugal (N= 122), alunos que estavam a frequentar o curso de Ciências e Tecnologias (49 alunos do 11º ano e 73 alunos do 12º ano). Foi aplicado um questionário de autopreenchimento. Consideramos uma amostra de conveniência. Foram devolvidos 107 questionários, mas 5 deles foram eliminados por não estarem completos, resultando numa amostra de 102 alunos. O questionário inclui três grupos de variáveis: No grupo I figuravam questões sociodemográficas (sexo e idade). O grupo II composto por questões contextuais (o ano que frequentava, se era portador de alguma patologia crónica, se era

TABELA 1

### DADOS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS ALUNOS DO ENSINO SECUNDÁRIO PRIVADO, DE UMA ESCOLA DO NORTE DE PORTUGAL (N=102)

Variável		Frequência	Percentagem (%)
Sexo	Feminino	56	54,9%
	Masculino	46	45,1%
Ano de frequência	11º ano	40	39,2%
	12º ano	62	60,8%
		<b>Média ± DP</b>	<b>Amplitude</b>
Idade		16,7 ± 0,62	16 - 19

TABELA 2

### DADOS CONTEXTUAIS DOS ALUNOS DO ENSINO SECUNDÁRIO PRIVADO, DE UMA ESCOLA DO NORTE DE PORTUGAL (N=102)

		N	%
Tem doença crónica?	Sim	16	15,7%
	Não	86	84,3%
É seguido em consulta de saúde?	Sim	10	9,8%
	Não	92	90,2%
Recorre à internet para obter informação acerca de saúde?	Sim	91	89,2%
	Não	11	10,8%

seguido em alguma unidade de saúde, e se recorre à internet para obtenção de informação acerca de saúde). No grupo III incluiu-se a Escala de e-literacia em Saúde<sup>6</sup>. Esta escala é composta por 10 itens e reporta-se a duas dimensões: a procura de informação (itens 3, 4, 5 e 6) e a utilização da informação (itens 7, 8, 9 e 10). Os itens 1 e 2, apesar de não fazerem parte da escala, complementam a informação<sup>6</sup>. A possibilidade de resposta foi por escala tipo Likert, com cinco opções, que vão de "discordo totalmente" a "concordo totalmente" (pontuações de 1 a 5).

O estudo respeitou os princípios éticos de investigação com humanos e em meio escolar. Foi solicitada autorização aos autores da escala; efetuado pedido de recolha de

TABELA 3

PERCENTAGENS DE RESPOSTA A CADA ITEM E OPÇÃO DA ESCALA DE E-LITERACIA EM SAÚDE DOS ALUNOS DO ENSINO SECUNDÁRIO PRIVADO, DE UMA ESCOLA DO NORTE DE PORTUGAL (N=102)

Item da escala		1	2	3	4	5
Q1	Até que ponto considera que a internet é útil para o/a ajudar a tomar decisões sobre a sua saúde?	1,0%	6,9%	31,4%	46,1%	14,7%
Q2	Até que ponto considera importante para si poder ter acesso a recursos sobre saúde na internet?	2,0%	2,0%	10,8%	48,0%	37,3%
Q3	Sei quais são os recursos sobre saúde disponíveis na internet.	2,0%	17,6%	40,2%	37,3%	2,9%
Q4	Sei <u>onde</u> encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.	2,0%	12,7%	33,3%	47,1%	4,9%
Q5	Sei <u>como</u> encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.	0,0%	4,9%	29,4%	58,8%	6,9%
Q6	Sei como usar a internet para responder às minhas perguntas sobre saúde.	0,0%	2,9%	22,5%	68,6%	5,9%
Q7	Sei como usar a informação sobre saúde que encontro na internet para me ajudar.	0,0%	3,9%	28,4%	55,9%	11,8%
Q8	Consigo avaliar os recursos sobre saúde que encontro na internet.	1,0%	16,7%	27,5%	36,3%	18,6%
Q9	Sei distinguir os recursos de elevada qualidade dos de fraca qualidade entre os recursos sobre saúde da internet.	0,0%	9,8%	28,4%	41,2%	20,6%
Q10	Sinto-me confiante a usar informação da internet para tomar decisões sobre saúde.	3,9%	20,6%	45,1%	22,5%	7,8%

Legenda: 1. Discordo totalmente | 2. Discordo | 3. Indeciso | 4. Concordo | 5. Concordo totalmente (exceto na Q1 {1. Absolutamente inútil ... 5. Muito útil}, e na Q2 {1. Absolutamente nada importante ... 5. Muito importante})

informação a um Agrupamento de Escolas do norte de Portugal (Ref: ESSVA/ENF-VA-005/2016); realizado pedido à Direção Geral de Ensino (MIME: Inquérito nº 0589100001); e efetuado pedido de consentimento informado aos encarregados de educação e aos alunos.

Após autorização do agrupamento e orientação da diretora do centro de formação, foi agendada uma reunião com a diretora da Escola, onde foi discutida a metodologia de recolha de informação e a data de entrega e de recolha dos questionários aos diretores de turma. Estes autores explicaram o objetivo do estudo e solicitaram a participação dos alunos. A recolha de dados decorreu entre janeiro e março de 2018. Após a recolha de informação, cada questionário foi codificado com um

número e com uma letra. A análise estatística foi realizada com o software IBM SPSS versão 25.

Na caracterização global da amostra, as variáveis numéricas são resumidas através da média e desvio padrão (DP), e são apresentadas no texto através da média  $\pm$  DP. Para as variáveis qualitativas recorre-se às frequências absolutas e relativas. Para verificar a existência de relações entre as variáveis sociodemográficas/contextuais e a e-literacia, foram utilizados testes t para amostras independentes (comparação da e-literacia entre dois grupos de sujeitos), e de correlação de Spearman (relação entre a idade e a e-literacia). Todos os valores de prova dos testes (valor-p) consideraram-se estatisticamente significativos se fossem inferiores a 0,05.

## APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Expomos num primeiro momento a caracterização dos participantes segundo as variáveis sociodemográficas e contextuais e por último o nível de e-literacia em saúde do grupo de alunos em estudo. Posteriormente, apresentamos informação referente ao cruzamento das variáveis para dar resposta aos objetivos.

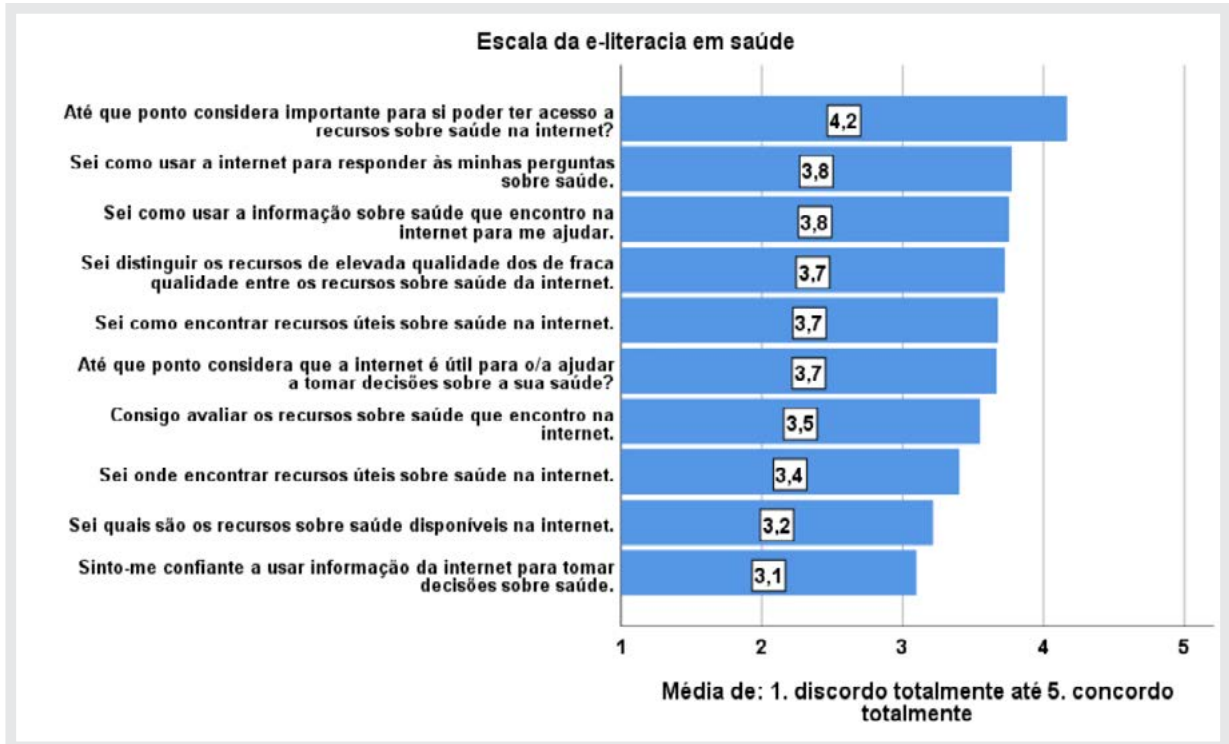
### A) Variáveis sociodemográficas

A amostra incluía alunos de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 16 e os 19 anos. Pela leitura da **tabela 1** podemos verificar uma maior percentagem de participantes do sexo feminino com uma média de idades de aproximadamente 17 anos.

### b) Variáveis contextuais

GRÁFICO 1

## NÍVEL MÉDIO DE E-LITERACIA EM SAÚDE DOS ALUNOS DO ENSINO SECUNDÁRIO PRIVADO, DE UMA ESCOLA DO NORTE DE PORTUGAL (N=102)



Sobre as variáveis contextuais podemos ler, na **tabela 1**, que 39,2% (40) estavam a frequentar o 11º ano e 60,8% (62) encontravam-se a frequentar o 12º ano.

Verificou-se a presença de patologia crónica em 15,7% (16) dos alunos, **tabela 2**, sendo a asma a patologia mais comum, correspondendo a 6,9% (7) dos participantes. Dentro do grupo de alunos portadores de patologia crónica, 15,7% (16) encontravam-se a ser seguidos em consulta específica, maioritariamente numa unidade de saúde pública.

Relativamente ao recurso à internet como fonte de informação de saúde verificou-se que 89,2% (91) recorriam à internet para obter informação acerca de saúde.

### c) Nível de e-literacia em saúde dos alunos do ensino secundário

Para melhor compreender o nível de e-literacia em saúde dos participantes, apresentamos na **tabela 3** a

percentagens de resposta dadas a cada opção dos itens da escala. A consistência interna da escala, medida através do coeficiente *alfa de Cronbach*, foi razoavelmente elevada: 0,8. Isto significa que esta escala é fiável para medir aquilo a que se propõe – a e-literacia em saúde. Variando as opções de resposta de 1 a 5, o meio da escala situa-se no valor 3. Como tal, todos os itens em que a média das 102 respostas excede este valor de '3', podem-se considerar «positivos» (os inquiridos concordam mais do que discordam desse item da escala). O nível de e-literacia em saúde de cada aluno, foi traduzido pela média de todas as respostas aos itens da escala, e varia de um mínimo de '1' até um máximo de '5' pontos.

O **gráfico 1** permite constatar que estes alunos concordam mais do que discordam de todos os itens da escala.

O item mais bem pontuado foi o Q2 – “Até que ponto considera importante para si poder ter acesso a recursos sobre saúde na internet?” – em que a média foi 4,2 pontos, ou seja, a resposta mais típica dos alunos foi 'Importante'.

O item menos bem pontuado foi o Q10 – “Sinto-me confiante a usar informação da internet para tomar decisões sobre saúde.” – em que a média foi 3,1 pontos, ou seja, praticamente a neutralidade absoluta.

Analisando a e-literacia em saúde por dimensões verifica-se que a pontuação média dos 102 alunos se fixou nos 3,60 pontos  $\pm$  0,50. Os participantes apresentaram bons níveis de e-literacia em saúde, tanto na dimensão de pesquisa de informação ( $3,52 \pm 0,57$ ), como na dimensão de utilização da informação encontrada ( $3,53 \pm 0,66$ ), ambos acima do valor neutro de '3'.

Foi intenção dos investigadores analisar os fatores que influenciam os níveis de e-literacia em saúde deste grupo de alunos do ensino secundário. A **tabela 4** resume esses fatores e conclui-se que nenhum deles é preditivo dos níveis de e-literacia em saúde.

Constata-se que as raparigas (3,64) têm mais e-literacia em saúde do que os rapazes (3,56), mas essa diferença não se revelou estatisticamente significativa.

A análise por ano escolar também não revelou diferenças estatisticamente significativas, entre os alunos do 11º e do 12º ano, com os primeiros a ter níveis e-literacia em saúde ligeiramente superiores (3,70 vs. 3,54, em média).

O facto de ter ou não, uma doença crónica também não influencia os níveis de e-literacia em saúde destes alunos (3,58 vs. 3,61). Pelo contrário, os alunos que recorrem à Internet para obter informação de saúde têm mais e-literacia em saúde do que os alunos que não recorrem à Internet para obter informação de saúde. Neste caso, os que recorrem à Internet têm uma média de 3,62 pontos, e os que não recorrem à Internet têm uma média de 3,47 pontos; mas essa diferença não se revelou estatisticamente significativa.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O principal objetivo deste trabalho de investigação, como referido previamente, foi o de identificar o nível de e-literacia em saúde num grupo de alunos de uma escola secundária do norte de Portugal. Contamos com a participação de 102 alunos do ensino secundário de uma escola privada da região norte de Portugal, com idades compreendidas entre os 16 e os 19 anos, sendo a média de idades de 17 anos, sendo que o sexo feminino se apresentava em maior número e com maior número de participantes a frequentar o 12º ano. Uma pequena percentagem dos alunos eram portadores de doença crónica com acompanhamento especializado em unidades de saúde pública.

O perfil sociodemográfico e clínico dos participantes evidencia significativas semelhanças com as características da amostra do estudo de Tomás, Queirós, Ferreira.<sup>6</sup> Esta similitude de características entre as amostras é metodológica e cientificamente relevante já que foram precisamente estes autores que procederam à validação da escala de e-literacia em Saúde<sup>6</sup> para a população portuguesa e que foi utilizada neste estudo. O valor de *alfa de Cronbach* foi semelhante ao do estudo de validação da escala.

Evidenciou-se que os alunos apresentavam valores de e-literacia em saúde elevados nos diferentes itens que compõem a escala de avaliação. Esta evidência salienta que o uso da Internet revolucionou a maneira pela qual os adolescentes acedem a informações sobre saúde. Posicionaram-se com níveis elevados para a dimensão de pesquisa de informação como na dimensão de utilização da informação a que têm acesso. Consideram a internet como um recurso muito importante para ter informação sobre saúde, no entanto, não se sentem confiantes na informação a que acedem para as tomadas de decisão em saúde. Uma reflexão destes resultados com as diferentes competências descritas no Modelo Lírio em saúde permite-nos compreender que os alunos tem Literacia em informática - habilidade básica para utilizar o computador. Mas manifestam fragilidades para localizar avaliar e aplicar a informação, ou seja, menor nível de Literacia em informação, multimédia, funcional, científica e em saúde<sup>4</sup>. Estudos internacionais, realizados com estudantes do ensino universitário, corroboram este resultado<sup>10</sup>. Apesar dos níveis de ensino serem diferentes, o perfil dos participantes foi semelhante, revelando igualmente débeis competências em e-literacia em saúde. Esta evidência científica merece reflexão por parte dos profissionais de saúde e docentes do ensino secundário e universitário. Como a adolescência é um período caracterizado por profundas mudanças fisiológicas e comportamentais representa uma fase determinante para a (re)modelação de estilos de vida saudáveis e potenciadores de uma boa gestão da saúde, sendo, portanto, um momento crucial para que todos, agentes políticos, educadores e responsáveis, incrementem um forte investimento no projeto de saúde destes cidadãos<sup>9</sup>. Entre outras medidas, importa ponderar a incorporação de planos e atividades de aprendizagem que potenciem o

TABELA 4

### FATORES QUE INFLUENCIAM OS NÍVEIS DE E-LITERACIA EM SAÚDE DOS ALUNOS INQUIRIDOS (N=102)

Fator	Nível de e-literacia (Média ± DP)	valor-p
Feminino	3,64 ± 0,45	0,419
Masculino	3,56 ± 0,55	
11º ano	3,70 ± 0,53	0,114
12º ano	3,54 ± 0,47	
Com doença crónica	3,58 ± 0,38	0,851
Sem doença crónica	3,61 ± 0,52	
Usa Internet para obter informação de saúde	3,62 ± 0,50	0,361
Não usa Internet para obter...	3,47 ± 0,44	

desenvolvimento de habilidades, conhecimento e competências para localizar e avaliar a informação disponível na Internet. A vastidão das disponibilidades informativas existentes no mundo virtual exigem, cada vez mais, que os adolescentes/jovens possuam competências de seriação criteriosa, sendo capazes de selecionar a informação credível e passível de ser adequadamente utilizada da informação duvidosa ou incorreta e igualmente passível de produzir efeitos perniciosos nas condutas juvenis. Tendo em consideração que o uso adequado ou inadequado da informação pode originar importantes impactos na saúde, propõe-se a inclusão de programas curriculares que melhorem a e-Literacia em saúde e possam influenciar positivamente as práticas de saúde dos alunos e deste modo promover a saúde.

Da correlação das variáveis sociodemográficas e das contextuais com a variável principal, e-literacia em saúde, não foi identificado nenhum fator preditivo, no entanto, os valores mais elevados de e-literacia em saúde foram nos alunos que recorrem à internet para obter informação de saúde, do sexo feminino, a frequentar o 11º ano.

Um ponto forte deste estudo é o facto dos alunos que mais recorrem à Internet manifestarem níveis mais elevados de e-literacia em saúde. Assim, as TIC's podem representar um importante veículo de informação e comunicação com este segmento da população, fortemente potenciado pela manifesta apetência pelo uso permanente da Internet.

Estudos recentes apontam que baixos níveis de e-literacia em saúde representam fatores de risco para a saúde<sup>11</sup>. Esta evidência mostra que os resultados deste estudo são indicadores importantes para os profissionais de saúde. Em particular, para a área da saúde escolar,

considerada como vital para a prevenção da doença e a modelação de comportamentos saudáveis na idade adulta. Assim, o enfermeiro ou a equipa multidisciplinar devem integrar nos planos de educação para a saúde atividades que promovam a capacitação dos adolescentes e jovens para a aquisição e desenvolvimento de competências que possibilitem o uso adequado da informação virtual. Identificar e analisar os fatores influenciadores do comportamento digital dos jovens na busca de informação sobre saúde é essencial para melhorar o estado de saúde dos adolescentes<sup>12</sup>, representando um investimento para ganhos de qualidade de vida no presente e no futuro.

Os resultados obtidos permitiram-nos compreender quais os níveis de e-literacia em saúde dos alunos do ensino secundário privado, de uma escola do Norte de Portugal e também quais as competências que estes necessitam de desenvolver, nomeadamente na pesquisa e utilização de informações sobre saúde na internet. Salienta-se a importância dos profissionais de enfermagem pelo papel que desempenham no âmbito da saúde escolar e nas interações privilegiadas que desenvolvem com os adolescentes e jovens. Fazendo uso destas competências, os enfermeiros devem promover a e-literacia em saúde, capacitando os jovens para a seriação e avaliação da informação passível de boa utilização.

A importância crescente desta temática e a sua vasta influência no comportamento dos jovens tem ocupado a comunidade científica e os agentes responsáveis pelas políticas de ensino e de saúde. É hoje consensual que a Web pode potenciar a e-literacia em saúde e a promoção da saúde de adolescentes e jovens<sup>13</sup>.

Os resultados aqui apresentados não são passíveis de ser generali-

zados pelas limitações do estudo: número reduzido de participantes, estudantes de uma só área de formação, metodologia utilizada. Assim, sugere-se continuidade do estudo em comunidades estudantis mais alargado.

## CONCLUSÃO

O acesso a informação via web sobre a saúde é uma prática frequente dos adolescentes. Dado o vasto leque de diversas fontes de informações de saúde de diferentes organizações e identidades privadas, foi importante entender como os adolescentes avaliam e selecionam as fontes que usam e, mais especificamente, como avaliam sua credibilidade e confiabilidade, de modo que possam ter um efeito positivo sobre as suas tomadas de decisões em saúde.

Os resultados apresentados descrevem níveis elevados de e-literacia em saúde de um grupo de alunos que frequentavam uma Escola secundária privada de uma região do Norte de Portugal e não foram identificados fatores preditores destes resultados.

Particularidades desta investigação podem orientar docentes e enfermeiros, em particular os responsáveis pela saúde escolar, para orientarem os adolescentes para as fontes seguras de informação em saúde e desenvolverem estratégias que promovam a capacitação dos adolescentes nas tomadas de decisão para comportamentos de salutogenicos. Ficou evidente que os alunos sabem aceder e compreendem a informação mas não a sabem avaliar e utilizar de forma eficaz. As TIC's, em particular o recurso à internet pode ser uma boa ferramenta para atividades de educação para a saúde e de promoção de saúde para os profissionais que trabalham com adolescentes. ▀



## Referências

1. We Are Social. Global Digital Report in 2018. [web page] Nova Iorque: We Are Social; 2018 [atualizado em 2018; citado em 2019 20 Jul]. Disponível em: <https://digitalreport.wearesocial.com/>
2. Roberto MF, Fidalgo A & Buckingham D. De que falamos quando falamos de infoexclusão e Literacia digital? Perspetivas dos nativos digitais. OBS\* [revista em linha]. 2015 [citado em 2019 20 Jul]; 9(1): 43-54. Disponível em: <http://obs.obercom.pt/index.php/obs/article/view/819/698>
3. Fedoce RS. Mobile Technology and the Potential of Communication in education. [Dissertação na Internet]. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo; 2011 [citado em 2019 20 Jul]. Disponível em: <http://tede.metodista.br/jspui/handle/tede/927>.
4. Norman C & Skinner H. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. J Med Internet Res [revista em linha]. 2006 [citado 2019 Jul 20]; 8(4): e27. Disponível em: <https://www.jmir.org/2006/4/e27/>
5. Tomás C. Literacia em Saúde na Adolescência. [Tese na Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2014 [citado em 2019 20 Jul]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/81283> 2014
6. Tomás C, Queirós P & Ferreira T. Análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa de um instrumento de avaliação de e-literacia em saúde. Rev Enf Ref [revista em linha]. 2014 [citado 2019 Jul 20]; 4(2): 19-28. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIvN2/serIvN2a03.pdf>
7. Silva I & Jóluskin G. Escala de e-literacia em Saúde (EeLS): Contributo para a construção e validação de um instrumento de e-literacia em saúde. R Est Inv Psico y Educ [revista em linha]. 2017 [citado 2019 Jul 20]; (14): A14-157. Disponível em: <http://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/view/reipe.2017.0.14.2613/pdf>
8. Chan CV, Matthews LA & Kaufman DR. A taxonomy characterizing complexity of consumer eHealth literacy. AMIA Annu Symp Proc [revista em linha]. 2009 [citado 2019 Jul 20]; 2009: 86-90. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2815448/>
9. Loureiro A & Rocha D. Literacia Digital E Literacia Da Informação- Competências De Uma Era Digital [Congresso TicEduca 2012; 2012 nov/dez 30-2; Lisboa, Portugal]. Disponível em: <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/758>
10. Goldfeld S, Quach J, Nicholls R, Reilly S, Ukoumunne OC, Wake M. Four-year-old outcomes of a universal infant-toddler shared reading intervention: the let's read trial. Arch Pediatr Adolesc Med [Revista em linha]. 2012 [citado 2019 Jul 22]; 166(11): 1045-52. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22986757&lang=pt-br&site=ehost-live>
11. Stewart DW, Adams CE, Cano MA, Correa-Fernández V, Li Y, Waters AJ, et al. Associations between health literacy and established predictors of smoking cessation. Am J Public Health [Revista em linha]. 2013 [citado 2019 Jul 22]; 103(7): e43-9. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=23678912&lang=pt-br&site=ehost-live>
12. Neumark Y, Lopez-Quintero C, Feldman BS, Hirsch Allen AJ, Shtarkshall R. Online health information seeking among Jewish and Arab adolescents in Israel: results from a national school survey. J Health Commun [Revista em linha]. 2013 [citado 2019 Jul 22]; 18(9): 1097-115. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=23829662&lang=pt-br&site=ehost-live>
13. Loureiro L, Mendes A, Barroso T, Santos JC, Oliveira R, Ferreira R. Literacia de la salud mental de la adolescencia y juventud: conceptos y desafíos. Rev. Enf. Ref. [Revista em linha]. 2012 [citado 2019 Jul 22]; serIII( 6 ): 157-166. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0874-02832012000100015&lng=pt&nrm=i&tlng=es](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832012000100015&lng=pt&nrm=i&tlng=es)

**CLARA SIMÕES****Professora Adjunta, Doutora.**

Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, Vila Nova de Famalicão, Portugal.

✉ clara.simoese@ipsn.cespu.pt

**ISABEL ARAÚJO****Professora Coordenadora,****Doutora.** Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, Vila Nova de Famalicão, Portugal.**NUNO ARAÚJO****Professor Adjunto, Mestre.**

Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, Vila Nova de Famalicão, Portugal.

**FILIPE FERNANDES****Professor Adjunto, Doutorando.**

Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, Vila Nova de Famalicão, Portugal.

**LIA SOUSA****Professora Adjunta, Doutora.**

Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, Vila Nova de Famalicão, Portugal.

# PRINCIPAIS PROBLEMAS ÉTICOS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

## Major ethical problems in primary health care

**Abstract****Introduction:** Identifying the ethical problems experienced in Primary Health Care leads us to the importance of reflection on them being essential for a humanizing care culture.**Aim:** To describe the main ethical problems in the daily life of health professionals in Primary Health Care.**Methods:** Integrative Literature Review, conducted between October / December 2016. The following databases were used: Medline, Scielo, UCP Institutional Repository and RCAA. Inclusion criteria were: primary studies that met the study objectives and studies under 10 years. We found 200 studies. 97 were excluded for not meeting the study objectives, 24 because they were not from primary sources, 45 because they were not fully presented, and 34 because they were older than 10 years. They incorporated the integrative review 5 articles.**Results and Discussion:** It was noticed that the main ethical problems identified can be distributed in 3 groups: ethical problems in relations with users and families; ethical problems in team relations and ethical problems in health system relations. It has been noted that as the number of years of experience increases, ethical problems become more supported and sustained. It was found that there are differences in the identification of ethical problems between nurses and doctors working in Primary Health Care.**Conclusions:** All studies present ethical issues in relationships with clients and family members; interprofessional relations and relations with the health system. In addition, it was found that ethical problems are influenced by length of service and profession.**KEY WORDS:** ETHICS; PROFESSIONAL COMPETENCE; PRIMARY HEALTH CARE

## INTRODUÇÃO

**A**s mudanças ocorridas ao longo do tempo, desde os conceitos de saúde e de doença, as alterações sociodemográficas, a pressão socioeconómica e a não equidade de acesso aos cuidados de saúde implicaram uma necessidade de melhorar a resposta

por parte dos sistemas de saúde, tornando desde modo os Cuidados de Saúde Primários o centro de atenção por parte dos políticos, dos gestores e das próprias populações. Também face a estas mudanças e à evolução da sociedade, a Ética ganha um papel de extrema importância nas profissões de saúde, pois



durante a prestação de cuidados, os profissionais de saúde estabelecem relações com o utente/família e com a equipa de saúde, criando um processo de interação contínua, que potencia a vivência de problemas éticos que exigem tomadas de decisões refletidas e orientadas por esta ciência<sup>1-2</sup>.

A preocupação com os problemas éticos nos cuidados de saúde têm ganho, em todo mundo, maior visibilidade nas últimas décadas, tanto pela natureza das práticas em saúde, quanto pela complexidade dos avanços tecnológicos, quer pela escassez de recursos e contenção de gastos em detrimento das expectativas de maior consumo em saúde<sup>3</sup>. No quotidiano, é importante que os profissionais de saúde identifiquem os problemas éticos, reflitam e procurem a resolução dos mesmos para uma melhor prestação de cuidados<sup>4</sup>.

O profissional de saúde independentemente da sua área de intervenção confronta-se, cada vez mais, com problemas éticos que exigem tomadas de decisões cada vez mais complexas e que exigem adequação às normas e aos valores da prática diária. Um dos desafios que se coloca no futuro dos profissionais de saúde é a excelência. Esta exige responsabilidade, credibilidade e dignidade profissional, assim como, a necessidade de desenvolvimento de conhecimentos e capacidades que se direcionem em prol de uma resposta – humanizar a vida.

Os problemas da bioética são usualmente abordados utilizando os quatro princípios: autonomia/autodeterminação, beneficência/não maleficência, justiça e vulnerabilidade. Cada um destes princípios está associado ao respeito de determinados valores, como: a autonomia ou liberdade, o seu bem-estar, a igualdade ou a imparcialidade<sup>5</sup>. Estes princípios proporcionam apenas uma estrutura para identificar e refletir acerca dos problemas éticos<sup>6</sup>.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) exigem e fomentam a autorresponsabilização, a autonomia e a participação ativa da comunidade e da pessoa no planeamento; na organização; no funcionamento e no controlo dos cuidados de saúde, tirando o maior partido possível dos recursos locais, nacionais e internacionais, desenvolvendo a capacidade participativa das comunidades (Simões, 2010). Estes são o pilar essencial do Sistema Nacional de Saúde (SNS), sendo o primeiro contacto das pessoas da família e da comunidade com o sistema de saúde<sup>7</sup>.

No quotidiano, é importante que os profissionais de saúde identifiquem os problemas éticos, reflitam e procurem a resolução dos mesmos para uma melhor prestação de cuidados<sup>4</sup>. A competência surge também como um conceito importante, pois é considerada uma capacidade de decidir para solucionar problemas, exercer a sua profissão em diferentes situações, desempenhar o seu papel social a partir de conhecimentos, experiências, valores, atitudes e aplicar os seus conhecimentos num contexto específico<sup>8</sup>.

Através da análise de vários estudos realizados sobre este tema, verificamos que, não só em Portugal, mas por todo o mundo, os problemas éticos nos cuidados de saúde apresentam uma elevada prevalência nas últimas décadas, tanto pela natureza das práticas em saúde, quanto pela complexidade dos avanços tecnológicos, quer pela escassez de recursos e contenção de gastos em detrimento das expectativas de maior consumo em saúde.

Daí que se compreenda que esta temática seja um problema à escala mundial. Sendo um problema macro, este trabalho foca-se numa esfera particular, que são os principais problemas éticos vivenciados pelos profissionais de CSP. Sendo estes o primeiro contacto das pessoas da família e da comunidade com o sistema de saúde.

Os resultados desta pesquisa podem ser uma mais-valia para delinear habilidades de tomar decisões frente aos problemas éticos, que são fundamentais para a excelência profissional, pois a qualidade do cuidado não é apenas uma questão de competência técnica e científica, mas também uma capacidade e atitude profissional para identificar problemas éticos e gerir conflitos de valores.

Face ao supracitado foram definidos os seguintes objetivos: Descrever a evidência empírica dos principais problemas éticos no quotidiano dos profissionais de saúde dos CSP; Conhecer se os problemas éticos com os quais os profissionais de saúde dos CSP se deparam são influenciados pelos anos de serviço; Conhecer se existem diferenças na identificação dos problemas éticos entre os profissionais de saúde dos CSP.

## MÉTODOS

Optou-se por realizar uma Revisão Integrativa da Literatura. A revisão integrativa da literatura é um método de pesquisa que permite a síntese de vários estudos publicados e facilita conclusões gerais a respeito de uma área de estudo, dando suporte para a tomada de decisão e melhoria da prática clínica<sup>9</sup>. O trabalho foi desenvolvido de forma sequencial respeitando a orientação de Mendes, Silveira & Galvão<sup>9</sup>. 1º- identificação do tema e seleção da questão de partida; 2º- estabelecimento dos critérios para inclusão e exclusão dos estudos; 3º- definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4º- avaliação dos estudos; 5º- interpretação dos resultados; 6º- apresentação da síntese do conhecimento. Assim, questionamos: "Quais os principais problemas éticos no quotidiano dos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários.

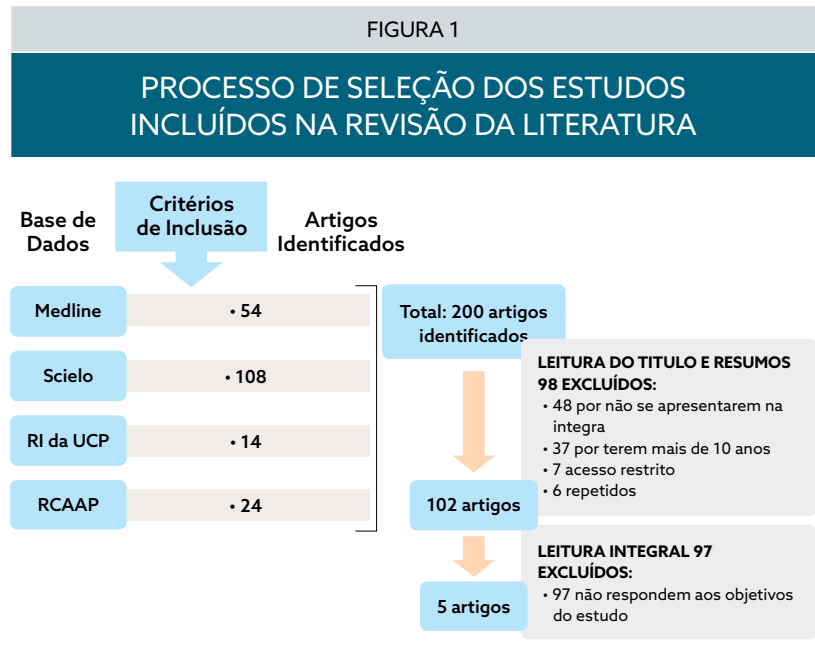
A recolha de informação para a revisão integrativa da literatura foi >

realizada no período compreendido de Outubro a Dezembro de 2016, tendo-se pesquisado artigos científicos através da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline); Scientific Electronic Library Online (SciELO); repositório institucional da Universidade Católica Portuguesa e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

Os descritores utilizados foram validados através da Biblioteca Virtual em Saúde através dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), de onde surgiram nomeadamente: Ética, Competência Profissional e Cuidados de Saúde Primários. Tornou-se necessário definir critérios de inclusão, que tiveram como finalidade orientar a pesquisa e seleção da literatura científica de modo a aumentar a precisão dos resultados face à questão de investigação - Quais os Principais Problemas Éticos no Quotidiano dos Profissionais de Saúde dos Cuidados de Saúde Primários?

Assim, foram considerados os seguintes critérios: estudos publicados entre 2007 e 2016 e em Inglês, Português ou Espanhol e com texto integral em acesso livre.

Ao longo da pesquisa foram encontrados 200 estudos dos quais foram excluídos por não satisfazerem os critérios de inclusão 195. Para verificar a adequação do artigo aos critérios de inclusão estabelecidos, percorreram-se as seguintes etapas: inclusão/exclusão do artigo pela leitura do título e do resumo; inclusão/exclusão do artigo pela leitura



do texto integral. Dos 200 artigos, 5 integraram a revisão, como se pode verificar na **Figura 1**.

Os artigos incluídos na revisão integrativa foram sujeitos a análise categorial, através de quatro categorias pré-estabelecidas: objetivo, método, principais resultados e os problemas éticos que emergem dos resultados. A apresentação dos resultados foi realizada de forma descritiva.

**RESULTADOS**

Os 5 estudos que integram a revisão integrativa distribuem-se por diferentes tipos de métodos: 3 utilizam metodologia quantitativa; 1 de cariz qualitativo e 1 de metodologia trian-gular (metodologia quantitativa e

qualitativa). Os estudos que integram a revisão e os resultados encontrados estão explanados na **Tabela 1**. Após a análise dos resultados, verificou-se que os problemas éticos vivenciados pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), podem ser distribuídas por três áreas de problemas éticos: Problemas éticos nas relações com os utentes e famílias; Problemas éticos nas relações entre equipas e Problemas éticos nas relações com o sistema de saúde. Os Problemas éticos nas relações com os utentes e famílias e os Problemas éticos nas relações com o sistema de saúde, ocorreram com maior frequência do que os Problemas éticos nas relações entre equipas, que podem ser observados na **tabela 2**.

**TABELA 1**

**SÍNTESE DE EVIDÊNCIA EMPÍRICA**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	PARTICIPANTES/AMOSTRA	OBJETIVO GERAL
Amado, J.D.N. (2010). Avaliação da ocorrência de problemas éticos em cuidados de saúde primários. Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Portugal	Estudo quantitativo	Enfermeiros e Médicos a trabalhar nos CSP em Portugal. Amostra constituída por 91 sujeitos, dos quais, 17 eram médicos e 74 eram enfermeiros.	Disponibilizar para Portugal um instrumento de avaliação da ocorrência de problemas éticos em CSP.

**Principais Resultados:** Após a aplicação do instrumento de avaliação de problemas éticos em CSP constituído por 39 enunciados e adaptado para a população portuguesa, foi possível constatar que 83% da amostra considerou os enunciados como um problema ético e apenas 9 enunciados se encontravam abaixo dos 75%.

Este instrumento é dividido em 3 áreas de problemas éticos: Problemas éticos nas relações com os utentes e famílias; Problemas éticos nas relações entre equipas e Problemas éticos nas relações com o sistema de saúde. Os Problemas éticos nas relações com os utentes e famílias e Problemas éticos nas relações com o sistema de saúde, ocorreram com maior frequência do que os Problemas éticos nas relações entre equipas.

Relativamente aos dados discriminados por profissão, verificou-se que mais de 50% dos médicos, não consideraram os seguintes enunciados como problemas éticos: Excesso de famílias atribuídas a cada equipa/profissional; Dificuldades e falta de recursos no sistema de saúde para realizarem exames complementares; Falta de estrutura no CS/USF para a realização de visitas domiciliárias; Falta de condições no CS/USF para atendimentos de emergência e Falta de retaguarda de serviço de transporte/transferência.

Os enfermeiros identificaram os seguintes enunciados que ocorrem com maior frequência: Omitir ao utente informações relevantes ao seu estado de saúde; Transmissão de informação sobre a saúde de um dos membros da família aos restantes; Falta de apoio com ações intersectoriais para discutir e resolver problemas éticos; Excesso de famílias atribuídas a cada equipa/profissional. Os problemas éticos Dificuldades em preservar a privacidade devido a problemas na estrutura física da USF/CS e rotinas da equipa de prestação de cuidados de saúde à família, ocorreram com menor percentagem na prática clínica dos enfermeiros do que na prática clínica dos médicos.

No que respeita ao tempo de exercício em cuidados de saúde primários, aqueles que apresentam menor tempo de serviço nos CSP é o grupo profissional dos enfermeiros, com uma média de oito anos de exercício profissional.

Simões, J.A.R. (2010). Ética e Cuidados de Saúde Primários – um estudo descritivo em Centro de Saúde. Tese para a obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, Portugal	Um estudo quantitativo e qualitativo, de tipo descritivo, com componente analítica, de tipo não normativo.	Médicos de família e enfermeiros a trabalhar nos Centros de Saúde (CS) da área geográfica da ARS-C. Amostra constituída por 180 Médicos de família (especialistas de medicina geral e familiar e clínicos gerais com listas de utentes) e 190 Enfermeiros (especialistas e não especialistas) a trabalhar nos Centros de Saúde da região Centro de Portugal.	Construir uma escala de avaliação das atitudes éticas dos profissionais de saúde dos CSP; Analisar o quadro de atitudes éticas nas relações dos profissionais de saúde com os utentes e suas famílias; Analisar o quadro de atitudes éticas nas relações interprofissionais e inter pares; Analisar o quadro de atitudes éticas na gestão/organização do Centro de Saúde/sistema de saúde.
---	--	--	--

**Principais Resultados:** Após a aplicação do instrumento de colheita de dados constatou-se que as atitudes éticas dos profissionais de saúde não são influenciáveis pela profissão (médico ou enfermeiro), assim como, o género (masculino ou feminino) também não é influenciado.

No que diz respeito ao número de anos de profissão à medida que aumenta a idade e o número de anos de profissão tornam-se mais firmes as atitudes éticas dos profissionais de saúde.

Por fim, é possível verificar que as atitudes éticas dos profissionais de saúde foram mais firmes para a dimensão Problemas éticos nas relações dos profissionais de saúde com os utentes e suas famílias nos profissionais que trabalham em áreas urbanas.

Lima, A. C., Morales, D. A., Zoboli, E. L. & Sartório, N. A. (2009) Problemas éticos na atenção básica: a visão de enfermeiros e médicos.	Estudo quantitativo -qualitativo	Enfermeiros e médicos que atuam na Atenção Básica no município de São Paulo. Amostra constituída por 33 médicos e 30 enfermeiros.	Identificar problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos que atuam nos três tipos mais comuns de serviços na atenção básica existentes no Município de São Paulo.
---	----------------------------------	---	---

**Principais Resultados:** Os resultados da análise efetuada mostraram dificuldade por parte dos enfermeiros e médicos em lidar com as questões éticas identificadas, por serem amplas, diversificadas e influenciadas pelo contexto social. Assim sendo, estas dificuldades sentidas por parte dos profissionais de saúde, intervêm como um obstáculo na prática de uma atenção integral, muitas vezes já comprometida pelas relações entre os profissionais que dificultam o trabalho em equipa.

Os resultados referem também a falta de espaço para discussão dos problemas éticos entre os diferentes membros da equipa de saúde.

Os problemas identificados neste estudo foram: Problemas éticos nas relações com as famílias/utente que se destaca pela falta de respeito dos profissionais pelo utente; Problemas éticos nas relações entre as equipas; Problemas éticos nas relações com o sistema de saúde.

Os problemas éticos referidos, demonstram que será difícil humanizar sem considerar as dimensões: ética e social, do processo de saúde e doença.

Oliveira, A.M. (2013). Problemas éticos vivenciados por enfermeiro e médicos na estratégia de saúde da família. Tese no âmbito do programa doutoral em bioética, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.	Estudo empírico, quantitativo, exploratório.	Enfermeiros e médicos da região metropolitana de Goiânia.  No estudo participaram 207 profissionais, sendo 90 médicos e 117 enfermeiros das UBSF de Goiânia.	Reunir evidências psicométricas da adequação do Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária em Saúde (IPE-APS) como instrumento de percepção e quantificação de problemas éticos na atenção básica em saúde para enfermeiros e médicos.
--	--	--	--

**Principais Resultados:** Neste estudo foram apenas considerados os itens que obtiveram percentual de resposta positiva igual ou superior a 60%. Foram identificados 3 agrupamentos de problemas éticos: problemas éticos com utentes e as famílias; problemas éticos nas relações da equipa e problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde. Estes 3 agrupamentos de problemas éticos foram divididos em dois fatores, o fator I designado de Vínculo/Responsabilização que é composto por 14 itens e o fator II denominado de Estrutura e apoio laboral composto por 11itens.

No fator I - relacionado com vínculo/responsabilização, foram identificados três níveis relacionais. O primeiro nível engloba problemas com o utente tais como o preconceito, a informação/consentimento e informação/confidencialidade. O segundo nível está relacionado com a equipa e diz respeito ao compromisso com o trabalho, o respeito, a omissão diante do erro profissional e Informação/confidencialidade. O terceiro nível está ligado à gestão e engloba o preconceito/ Julgamento parcial e o Respeito.

O fator II - relacionado com Estrutura e apoio Laboral, foram também subdivididos em 3 níveis relacionais. O primeiro nível está relacionado com o utente e engloba o processo de comunicação. O segundo nível está ligado à equipa e abrange a competência técnica. Por último, o terceiro nível relacionado com a gestão revela as condições de trabalho.

Assim, o estudo conclui que o Inventário de problemas éticos na atenção primária adaptado (Zoboli & Silva, 2008) mostrou-se um instrumento de medida Psicométrica da percepção de problemas éticos na Estratégia de Saúde de Família, fidedigno e validado pois permite avaliar a percepção de problemas éticos na atenção primária à saúde, por parte dos profissionais (enfermeiros e médicos).

No que diz respeito à descrição da hierarquia das prioridades valorativas nos cuidados de saúde primários, pode-se dizer que os enfermeiros e médicos deste estudo apresentaram convergência no padrão valorativo da necessidade de amor, pertença social, estabelecimento de relações e de partilha de cuidados entre os pares.

Fortes, P.A. C. & Zoboli, E. L. C (2004) Bioética e atenção básica: Um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família, São Paulo, Brasil	Estudo qualitativo	Enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família (PSF), no Município de São Paulo, Brasil.  A amostra é constituída por 17 enfermeiros e 16 médicos.	Identificar e comparar, os problemas éticos a partir de depoimentos de enfermeiros e médicos que atuam no PSF em São Paulo, Brasil.
---	--------------------	---	---

**Principais Resultados:** Dos problemas éticos vividos pelos profissionais de saúde, o estudo refere que os inquiridos, apresentaram como problema ético situações como a tomada de decisão perante utente/família. Seis, (dois enfermeiros e quatro médicos) não apresentaram nenhuma situação específica. Dois enfermeiros referiram como potencial problema ético a discordância e desentendimento entre os membros da equipa sem envolver os utentes e três dos enfermeiros referiram as rotinas administrativas como sendo um potencial gerador de problemas éticos.

A relação com os utentes e família encontra-se ligada à relação humana na saúde. O estudo revelou que a equipa não se encontra preparada para lidar com situações que estejam próximas do utente e família, sendo que se mantem focada nos procedimentos, normas, rotinas do serviço e técnicas, de modo a realizar o melhor para o utente/família

Os problemas éticos que estão relacionados com a relação entre a equipa são esperados uma vez que cada profissional de saúde tem o seu próprio saber, o que faz com que cada um desenvolva práticas distintas.

## DISCUSSÃO

Para uma melhor estruturação e compreensão dos resultados, iremos analisar e responder de acordo com os objetivos do estudo.

### Descrever a evidência empírica dos principais problemas éticos no qu-

### tidiano dos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários

Verificamos que de entre os cinco artigos selecionados, 4 respondem a este objetivo. Através da sua análise, pode-se constatar que existe uma semelhança nos resultados obtidos.

Todos os 4 artigos dividiram os problemas éticos encontrados em 3 áreas distintas: problemas éticos nas relações com os utentes e famílias; problemas éticos nas relações entre equipas e problemas éticos nas relações com o sistema de saúde.

No estudo realizado por<sup>4</sup> constatou-se que 88% dos casos éticos são relativos a problemas éticos na relação com os utentes e a família, 89% estão relacionados com problemas éticos nas relações entre as equipas de saúde e por último 70% dizem respeito a problemas éticos nas relações com o sistema de saúde. Dentro destas três categorias são encontrados problemas éticos como a "Omissão de informação ao utente"; "Omissão do consentimento informado à família para publicação científica"; "Transmissão de informação sobre o utente aos restantes membros da família"; "Pré- julgamento do médico perante valores religiosos do utente"; "Falta de respeito pelo utente"; "Quebra do sigilo profissional ao publicarem casos" e "Pré- ajuizamento do utente por parte da equipa de saúde", tal como aconteceu com o estudo de<sup>10</sup>. Para além dos anteriores, estes autores referem ainda como sendo problemas éticos mais comuns, as dificuldades em limitar o papel e as responsabilidades de cada profissional; o facto de os utentes solicitarem ao médico e enfermeiro os procedimentos que desejam e ainda os utentes que se recusam a seguir indicações médicas ou a fazerem exames.

Outro estudo realizado por<sup>11</sup> vai de encontro aos resultados obtidos no estudo referido anteriormente, que revela como sendo um problema ético a tomada de decisão perante os utentes e/ou suas famílias. Num estudo desenvolvido por Oliveira<sup>3</sup>, os resultados encontrados foram divididos em dois fatores distintos: o fator I, denominado "Vínculo/Responsabilização", que engloba o campo do preconceito, respeito, informação, autonomia, justiça, compromisso e erro profissional. E, o fator II, denominado de "Estrutura e apoio laboral", abrange os itens que são relativos a situações éticas quotidianas que prejudicam o bom funcionamento das unidades, e que têm como excelência o processo de

comunicação, competência técnica e condições de trabalho.

Os resultados obtidos neste estudo mostram que no que diz respeito a problemas éticos com os utentes os mais comuns foram os seguintes: o preconceito que apresentou no "Pré-julgamento dos usuários por parte das equipas", e a informação/consentimento e informação/confidencialidade. No que está relacionado com os problemas éticos entre equipa destaca-se a omissão diante o erro profissional e o compromisso com o trabalho. Por último, nos problemas éticos relacionados com a gestão do serviço de saúde destaca-se o preconceito/julgamento e a informação/confidencialidade. Quanto ao fator II os resultados obtidos mostram que no que diz respeito a problemas éticos com os utentes o mais comum foi o processo de comunicação. Nos problemas

TABELA 2

ÁREA DE PROBLEMA ÉTICO – SITUAÇÕES ÉTICAS	
ÁREA DE PROBLEMA ÉTICO	SITUAÇÕES ÉTICAS
<b>Problemas éticos nas relações com os utentes e famílias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de respeito dos profissionais pelo utente</li> <li>• Omitir ao utente informações relevantes ao seu estado de saúde</li> <li>• Excesso de famílias atribuídas a cada equipa/profissional</li> <li>• Preconceito</li> <li>• Falta de informação/consentimento</li> <li>• Falta de informação/confidencialidade</li> <li>• Processo de comunicação inadequado.</li> </ul>
<b>Problemas éticos nas relações entre equipas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotinas da equipa de prestação de cuidados de saúde à família</li> <li>• Falta de compromisso com o trabalho</li> <li>• Falta de respeito</li> <li>• Omissão diante o erro profissional</li> <li>• Falta de informação/confidencialidade</li> <li>• falta de espaço para discussão dos problemas éticos entre os diferentes membros da equipa de saúde</li> <li>• Falta de competência técnica.</li> </ul>
<b>Problemas éticos nas relações com a gestão do/e sistema de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de apoio com ações intersectoriais para discutir e resolver problemas éticos</li> <li>• Dificuldades em preservar a privacidade devido a problemas na estrutura física da USF/CS</li> <li>• preconceito/Julgamento parcial e desrespeito</li> <li>• Condições de trabalho inadequadas.</li> </ul>

éticos entre equipas destaca-se a competência técnica e por fim, nos problemas éticos relacionados com a gestão do serviço de saúde destaca-se as condições de trabalho. Num estudo realizado por Simões<sup>6</sup>, os resultados obtidos demonstram que os problemas éticos nos CSP são mais imperceptíveis, mas, que não são menos complexos do que os problemas éticos encontrado nos cuidados hospitalares. O mesmo autor refere ainda que, estes problemas podem assumir várias formas, entre elas, problemas éticos relacionados com a medicina preventiva; com o pedido de tratamento e exames de diagnóstico; com o pedido de privilégio e de confidencialidade da prática do médico de família e nas relações interprofissionais. Estes resultados vão de encontro a um estudo norte-americano que engloba enfermeiros e médicos de

serviços de atenção básica no Kentucky, que também registou como problemas éticos mais frequentes questões como o desrespeito dos profissionais de saúde para com os utentes; a solicitação de procedimentos por parte do utente que são desnecessários; a informação fornecida inadequadamente ao utente; a solicitação de informações por parte da família podendo ocorrer assim uma quebra da preservação da privacidade do utente e uma violação da confidencialidade do utente<sup>12</sup>. Um outro estudo realizado em Israel a enfermeiros de atenção comunitária, os problemas éticos encontrados foram os conflitos entre as necessidades dos utentes e da família; o cuidado a utentes ofensivos; a denúncia de atos incompetentes de médicos ou enfermeiros; o comportamento rude dos profissionais para com o utente; a omissão de informação ao usuário por pressão da família e a administração do tratamento errado ou de validade questionável<sup>13</sup>.

Situações como preconceito/pré-julgamento podem estar relacionadas com o facto de o profissional de saúde se dirigir para o utente/família com ideias e atitudes preconcebidas para diferentes contextos sociais comprometendo assim a construção de laços de amizade e afetividade, assumindo por consequência uma posição tendenciosamente parcial e injusta que compromete todo o núcleo do processo de atenção à saúde preconizada pelas unidades de saúde<sup>3</sup>.

Em relação ao consentimento informado e do sigilo profissional notas-se uma crescente preocupação por parte dos profissionais de saúde. A confidencialidade é tanto um direito do utente quanto um dever do profissional. Este termo está relacionado com o conceito de privacidade e com o conceito de comunicação privilegiada. No estudo realizado por Oliveira<sup>3</sup>, os profissionais revelam que a maioria da quebra do sigilo profissional e das questões

relacionadas com a privacidade acontece por parte dos profissionais designados "agentes comunitários" ou quando eles partilham com os demais informações que possuem sobre os utentes/famílias. Os profissionais revelam ainda que as condições nas habitações dos utentes aquando da visita domiciliária expõe a privacidade e a intimidade de um membro para os outros da família. Os teóricos da linha de pensamento humanista, entre eles Loch<sup>14</sup>, defendem que a confidencialidade não se deve reduzir apenas a uma obrigação moral de segredo, mas sim ao favorecimento e fortalecimento de uma relação clínica eticamente adequada.

Após análise dos artigos selecionados, relativamente aos problemas éticos na relação entre equipa evidenciou-se como problemas éticos a falta de compromisso dos profissionais; a falta de companheirismo e colaboração entre as equipas; desrespeito entre os membros da equipa; dificuldades para delimitar as especificidades e responsabilidades de cada profissional; quebra do sigilo médico por outros membros da equipa ao publicarem relatos de casos e não solicitação de consentimento da equipa para relatar casos em publicações científicas.

A equipa de saúde é um núcleo de relações ligada no quotidiano, entre pessoas com diferentes conhecimentos e que desenvolvem diferentes práticas, o que requer uma certa disponibilidade por parte dos profissionais que constituem a equipa para reconhecerem e respeitarem essas diferenças. As situações eticamente significativas ou problemáticas, na sua maioria, envolvem mais do que um profissional ou até mesmo a equipa como um todo. As relações da equipa são importantes para uma boa qualidade dos serviços prestados, mas, por vezes, constituem fonte de problemas éticos<sup>15</sup>. O comprometimento, envolvimento, responsabilização e vínculo são aspetos fundamentais e determi-

nantes para um bom funcionamento das equipas<sup>3</sup>. Com a ocorrência de conflitos os quatro itens anteriormente descritos podem ficar comprometidos o que consequentemente pode levar a roturas nas relações de confiança e credibilidade entre os membros da equipa e quando isso é percebido pelo utente pode também criar uma rotura nas ligações entre profissional e utente uma vez que transmite instabilidade e insegurança.

A partilha de informações dentro da equipa é fundamental para a qualidade dos serviços prestados às famílias, mas, o facto do trabalho ser multiprofissional não significa que todos os membros da equipa devam ter acesso a todas as informações referentes ao utente. Assim, cada profissional deve ter acesso apenas à informação necessária para realizar as suas actividades em benefício do utente e/ou família<sup>16</sup>.

Quando um profissional omite um erro de outro profissional ou até mesmo o seu próprio erro é considerado imprudente e negligente<sup>3</sup>. Assim, tanto por ação como por inação do profissional poderá resultar consequências para a saúde dos utentes. Isto representa o núcleo das obrigações deontológicas dos profissionais de saúde conforme o que está escrito nos códigos deontológicos.

Por último, no que é referente aos problemas éticos nas relações com a organização e o sistema de saúde, os estudos evidenciam dificuldades por parte dos profissionais para preservar privacidade por problemas na estrutura física e rotinas da Unidade de Saúde Familiar; falta de estrutura nesta unidade para a realização das visitas domiciliárias; falta de apoio estrutural para discutir e resolver os problemas éticos; falta de transparência da direção desta unidade na resolução de problemas com os profissionais; dificuldades no acesso a exames complementares e recursos para efetuar os mesmos e dificuldades quanto ao

retorno e confiabilidade dos resultados de exames laboratoriais.

Numa pesquisa realizada por Lima, Morales, Zoboli & Sartório<sup>10</sup>, entre os problemas éticos identificados na organização do sistema de saúde, destaca-se também o "demérito dos encaminhamentos feitos pelos médicos do PSF", o que sugere uma certa desvalorização do nível básico da atenção em relação aos restantes.

Nesta última categoria mais uma vez é focada a questão da privacidade como sendo um problema ético vivido pelos profissionais, pois esta não fica totalmente restrita às atitudes dos trabalhadores que têm acesso às informações da intimidade dos utentes e famílias, mas também em relação às condições arquitetónicas; às relações diárias e aos procedimentos e rotinas da unidade e da equipa. Estas situações podem ser evitadas e cabe aos profissionais preservar a privacidade física e moral dos utentes e famílias<sup>15</sup>.

Alguns autores<sup>15</sup> consideram que as decisões éticas são entoadas pelas condições do local de trabalho, assim recomendam que sejam implementadas estratégias para apoiar o processo de tomada de decisão e também que sejam criadas oportunidades para os profissionais de saúde se incorporarem em discussões de temas éticos, devendo esta preocupação estar no foco central dos administradores que desejam promover um ambiente de trabalho saudável e colaborativo. Para que isto seja possível é necessário desenvolver a capacidade de comunicação da organização para que seja potencializado a capacidade dos trabalhadores para ponderarem a realização de cursos de ação alternativos de maneira a justificar a escolha feita com razões válidas. Os mesmos autores em relação à falta de transparência por parte da direção referem que a administração tem como grande desafio orientar os profissionais a enfrentarem os conflitos pela essência das

questões, e não pela personalidade dos envolvidos ou pelos interesses pessoais afetados, mostrando que a resolução dos conflitos deve basear-se no mérito e não em ataques e privilégios pessoais<sup>15</sup>.

Concluimos assim, que os problemas éticos mais comuns estão relacionados com o preconceito; respeito; com a informação/consentimento; informação/confidencialidade; compromisso com o trabalho e a omissão diante do erro profissional; com processo de comunicação, com a competência técnica e com as condições no trabalho.

#### **Conhecer se os problemas éticos com os quais os profissionais de saúde se deparam são influenciados pelos anos de serviço**

No estudo desenvolvido por Simões<sup>6</sup> verifica-se que, à medida que aumenta o número de anos de profissão, os problemas éticos tornam-se mais suportados e sustentados. Ao passo que, os profissionais com menos de 5 anos de profissão também apresentam problemas éticos sustentados, mas menos suportados. Podemos dizer que quanto mais anos de profissão, maior a oportunidade de adquirir experiência no contexto em que se inserem, pelo que mais capacidade e habilidade estes profissionais tem para identificar e solucionar os problemas éticos de forma sustentável. Por outro lado, o estudo desenvolvido por Amado<sup>4</sup>, através de uma amostra dividida em três grupos consoante o tempo de serviço no CSP, mostrou-nos que, o grupo que tinha menos tempo de exercício profissional identificou em maior percentagem, os seguintes problemas: "Falta de apoio com ações intersectoriais para discutir e resolver os problemas éticos"; "Pedidos à equipa por parte de menores de idade de procedimentos e exames sem a autorização ou o conhecimento dos pais" e "recusa por parte dos utentes, para seguir as indicações médicas ou fazer exames". De acordo com o mesmo autor este resultado

poderá ter por base o facto de este grupo poder estar mais sensível, menos experiente em resolver nos problemas encontrados.

Em suma, podemos afirmar que os anos de serviço podem influenciar os problemas éticos com os quais se deparam, visto que ao ter mais anos de serviço tem maior probabilidade e oportunidade de se encontrarem com esses problemas, mas também de obter de forma concisa e sustentável a tomada de decisão para a resolução dos mesmos.

#### **Conhecer se existem diferenças na identificação dos problemas éticos entre os profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários.**

A cultura e os estereótipos profissionais influenciam o modo dos profissionais de saúde agirem sobre os problemas éticos, o que justifica determinadas diferenças no equacionamento ético entre os enfermeiros e os médicos<sup>16</sup>.

Por outro lado, Simões<sup>6</sup> refere que os problemas éticos não são influenciados entre os profissionais de saúde dos CSP, pois segundo os seus resultados, apesar das médias na identificação dos problemas éticos serem mais elevadas nos médicos do que nos enfermeiros, estes resultados não são estatisticamente significativos. No entanto existem outros estudos<sup>15</sup> que não apontam diferenças entre estes dois grupos de profissionais de saúde.

No estudo realizado por Amado<sup>4</sup>, existem diferenças na identificação dos problemas éticos entre os enfermeiros e os médicos dos CSP. Segundo os resultados do estudo e após a implementação do instrumento de avaliação dos problemas éticos nos CSP, mais de metade dos médicos não considerou "Excesso de famílias atribuídas a cada equipa/profissional"; "Dificuldades e falta de recursos no sistema de saúde para a realização de exames complementares"; "Falta de estrutura no CS/USF para a realização de visitas domiciliárias"; "Falta de condições no CS/USF para atendimentos de

emergência" e "Falta de retaguarda de serviços de transporte/transfêrencia" como sendo problemas éticos. Importante referir que todos estes problemas fazem parte do mesmo grupo de problemas éticos. No entanto é também neste grupo de problemas éticos que se encontra a maior discrepância entre as percentagens de resposta entre médicos e enfermeiros. Segundo o mesmo autor, esta evidência poderá ser justificada pelas quatro situações seguintes: melhores condições infraestruturais concedidas aos médicos; uma melhor adaptação ao sistema de saúde, pela menor proximidade às queixas e manifestações dos utentes face ao sistema de saúde e por fim poderá ser devido a uma formação menos consistente na área da ética.

De acordo com os resultados do estudo de Amado<sup>4</sup>, os problemas éticos predominantemente identificados pelos enfermeiros com uma diferença significativa relativamente aos médicos foram os seguintes: "Omitir ao utente informações relevantes ao seu estado de saúde"; "Transmissão de informação sobre a saúde de um dos membros da família aos restantes"; "Falta de apoio com ações intersectoriais para discutir e resolver problemas éticos"; "Excesso de famílias atribuídas a cada equipa/profissional" e "Publicação de um caso por um especialista de referência sem autorização da equipa de prestação de cuidados de saúde à família". Relativamente aos problemas éticos "Omitir ao utente informações relevantes ao seu estado de saúde" e "Transmissão de informação sobre a saúde de um dos membros da família aos restantes", o autor refere que pode ser devido a uma maior sensibilidade do enfermeiro e também por este estar mais próximo do utente. Os problemas éticos "Falta

de apoio com ações intersectoriais para discutir e resolver problemas éticos" e "Excesso de famílias atribuídas a cada equipa/profissional", são justificados pelo facto do enfermeiro ser um profissional de saúde de primeira linha que tenta resolver os problemas logísticos.

Segundo outros estudos encontrados na literatura revelam que os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, compreendem a importância de procurar o melhor para os utentes, a partir de perspetivas diferentes, sendo que os enfermeiros apresentam uma maior sensibilidade e respeito pela vontade do utente e uma preocupação com a dignidade, segurança, conforto e direitos dos mesmos. Por outro lado, os médicos direccionam a sua prática para uma abordagem mais focada na doença e no tratamento<sup>17-18</sup>. Esta ligação da enfermagem com o cuidado e a necessidade de criar uma relação próxima com o utente deve-se ao desenvolvimento da sua identidade como profissão e pela própria influência dos estereótipos profissionais que conferem aos médicos a tarefa de curar e aos enfermeiros o ato de cuidar. Estes estereótipos advêm da história destas duas profissões marcada pelas relações de género, com a associação da enfermagem ao feminino e da medicina ao masculino<sup>19</sup>.

Da análise dos resultados, ressalta que os problemas éticos mais comuns nos CSP foram problemas éticos nas relações com os utentes e famílias; problemas éticos nas relações entre equipas, e, por último, problemas éticos nas relações com o sistema de saúde. Em relação aos problemas éticos com os quais os profissionais de saúde dos CSP se deparam são influenciados pelos anos de serviço, os resultados demonstraram que quanto mais anos de serviço maior a probabilidade e

oportunidade de se encontrarem problemas éticos, mas também de obter de forma concisa e sustentável a tomada de decisão para a resolução dos mesmos. Por último, também se verifica que existem diferenças entre enfermeiros e médicos no que diz respeito à identificação de problemas éticos.

## CONCLUSÕES

Os estudos sobre esta temática, embora reduzidos, apresentam elevada metodologia e altos níveis de evidência empírica. Através deste estudo foi possível verificar no que concerne aos principais problemas éticos no quotidiano dos profissionais de saúde dos CSP, pôde-se constatar que através dos estudos analisados existe semelhança nos resultados obtidos, sendo muito similares entre si, uma vez que todos eles dividiram os problemas éticos em três categorias diferenciadas, sendo elas, problemas éticos nas relações com os utentes e famílias; problemas éticos nas relações entre equipas e problemas éticos nas relações com o sistema de saúde. Além disso, pôde-se apurar que a identificação destes problemas éticos é influenciada pelo tempo de serviço e pela profissão exercida. O facto de os problemas éticos nos CSP não serem caracterizados como situações dramáticas e urgentes merecedoras de um desatque mediático, não significa que sejam de menor importância. Pensamos ser fundamental educar e alertar os profissionais e estudantes da área da saúde para os problemas éticos, pois essa formação manifestar-se-á em construções de personalidades sensíveis, competentes, responsáveis e preparadas para enfrentar os exigentes desafios nos diversos contextos em que irão ter contacto. ▴





## Referências

- Schaefer R & Vieira M. Competência Ética como Recurso de Enfrentamento do Sofrimento Moral em Enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [revista em linha]. 2015 [citado em 2019 jul 30]; 24(2): 563-73. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt\\_0104-0707-tce-24-02-00563.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00563.pdf)
- Vital E & Teixeira J. Cuidados de saúde primários: as regras do jogo. *Saúde & Tecnologia* [revista em linha]. 2012 [citado em 2019 jul 30]; 7: 9-17. Disponível em: <https://web.estesl.ipl.pt/ojs/index.php/ST/article/view/444/434>
- Oliveira AM. Problemas éticos vivenciados por enfermeiros e médicos na estratégia saúde da família. [Tese na Internet]. Porto: Faculdade de Medicina da Faculdade do Porto; 2014. [citado em 2019 jul 20]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76227/2/31417.pdf>
- Amado JDN. Avaliação da ocorrência de problemas éticos em cuidados de saúde primários. [Dissertação na Internet]. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; 2010. [citado em 2019 jul 20]. Disponível em: [http://www.nevesamado.net/investigacao\\_docs/NevesAmado\\_2011Mestrado.pdf](http://www.nevesamado.net/investigacao_docs/NevesAmado_2011Mestrado.pdf)
- Archer L, Biscaia J & Osswald W. Bioética. São Paulo: Editorial Verbo; 1996.
- Simões JAR. Ética e cuidados de saúde primários - um estudo descritivo em centro de saúde. [Tese na Internet]. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2010. [citado em 2019 jul 20]. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/45638961/Etica-e-Cuidados-de-Saude-Primarios-Um-estudo-descritivo-em-centros-de-saude>
- Pizarro M. Orientações para a organização e funcionamento das unidades de cuidados na comunidade. [página WEB]. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2011 [Acedido 2015 Jun 13]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/orientacoes-para-a-organizacao-e-funcionamento-das-unidades-de-cuidados-na-comunidade.aspx>
- Camelo SHH & Angeramill ELS. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. *Texto contexto enf* [revista em linha]. 2013 [citado em 2019 jul 20]; 22(2):552-60. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000200034&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000200034&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto enf* [revista em linha]. 2008 [citado em 2019 jul 20]; 17(4): 758-64 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018)
- Lima AC, Morales DA, Zoboli EL & Sartório NA. Problemas éticos na atenção básica: a visão de enfermeiros e médicos. *Cogitare Enferm* [revista em linha]. 2009 [citado em 2019 jul 20]; 14(2):294-303. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/15621>
- Zoboli E & Fortes P. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [revista em linha]. 2004 [citado em 2019 jul 20]; 20(6):1690-99 Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/bad0/cb4a3ae057264c985bfd457fdadd8373eb87.pdf>
- Robillard HM, High DM, Sebastian JM, Pisaneschi JI, Perritt LJ & Mahler DM. Ethical issues in primary health care: a survey of practioners' perceptions. *J Community Health* [revista em linha]. 1989 [citado em 2019 jul 20]; 14: 9-17. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2715384>
- Wagner N & Ronen I. Ethical dilemmas experienced by hospital and community nurses: an Israeli survey. *Nurs Ethics* [revista em linha]. 1996 [citado em 2019 jul 20]; 3(4): 294-304. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/096973309600300403>
- Loch J. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. *Bioética* [revista em linha]. 2003 [citado em 2019 jul 20]; 11(1): 51-64. Disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/149/153](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/149/153)
- Silva L, Zoboli E & Borges A. Bioética e atenção básica: Um estudo exploratório dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos no PSF. *Cogitare Enferm* [revista em linha]. 2006 [citado em 2019 jul 20]; 11(2): 133-42. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/6855/4869>
- Rickard M, Kushe H & Singer P. Caring and justice: a study of two approaches to health care ethics. *Nurs Ethics* [revista em linha]. 1996 [citado em 2019 jul 20]; 3(3): 212-23. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8850922>
- Grundstein AR. Differences in ethical decision-making processes among nurses and doctors. *J Adv Nurs* [revista em linha]. 1992 [citado em 2019 jul 20]; 17(2): 129-37. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1556321>
- Richter J. Decision-making in the treatment of elderly people: a crosscultural comparison between Sweedish and German physicians and nurses. *Scand J Caring Sci* [revista em linha]. 2002 [citado em 2019 jul 20]; 16(2): 149-156. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12000668>
- Zoboli E. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa saúde da família. [Tese na internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003. [citado em 2019 jul 23]. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/doutorado/TeseElmaLourdes.pdf>



# CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO IDOSO SUBMETIDO A IMPLANTAÇÃO DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATETER E FAMÍLIA NA PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA: REVISÃO SCOPING

Nursing care to the elderly submitted to transcatheter aortic valve implantation and family in the preparation of homecare: scoping review

## LILIANA SILVA

**Enfermeira Especialista,** Mestre. Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Portugal.

✉ [verissimo.lilianasilva@gmail.com](mailto:verissimo.lilianasilva@gmail.com)

## IDALINA GOMES

**Professora,** Doutoramento. Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Portugal.

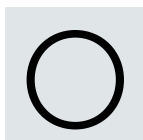
### Abstract

Transcatheter aortic valve implantation, despite the success rate, is a procedure with complications that may decrease the functional capacity of the elderly person and hamper their return to daily life at home. In order to identify the nursing care to the elderly submitted to TAVI and family that facilitates the preparation of homecare, a literature review was performed based on the Joanna Briggs Institute model for Scoping Reviews. Of the all articles found, twelve were included. The authors highlighting the importance of the relationship of trust established between the nurse and the elderly and family in the development of an individualized nursing intervention in the preparation of homecare, in which the management of the expectations with the treatment, the screening of complications, pain control, and promotion of comfort and functionality of the elderly are central.

We conclude that the multidimensional evaluation of the elderly at the time of admission allows planning of adequate interventions to prevent complications and maintain their functional capacity on the way home. It is important to develop nursing care protocols to meet these needs.

**KEYWORDS:** AGED; FAMILY; PATIENT DISCHARGE; NURSING CARE; VALVULOPLASTY.

## INTRODUÇÃO



aumento da esperança média de vida e a mudança do perfil das doenças conduziram a uma população envelhecida com uma complexa variedade de doenças crónicas <sup>1</sup>. As doenças cardiovasculares têm uma grande prevalência nas pessoas idosas e são uma das principais causas de mortalidade em Portugal. Entre estas doenças, salientamos a estenose aórtica (EA), com sintomatologia incapacitante nas pessoas com mais de 75 anos <sup>2</sup>. A nível mundial, esta doença tem se tornado cada vez mais prevalente como resultado do envelhecimento da população. A implantação da válvula aórtica transcater (TAVI), desenvolvida desde 2002, está estabelecida como o tratamento de eleição para os doentes com EA grave considerados inoperáveis ou de alto risco cirúrgico pelas suas comorbilidades e fragilidades <sup>3,4</sup>. O propósito deste tratamento não é apenas salvar a vida, mas reduzir os sintomas e aumentar a qualidade de vida dos doentes <sup>5</sup>. A TAVI é realizada em ambiente hospitalar, eletivamente, e apesar da elevada taxa de sucesso, com melhoria da sobrevivência e qualidade de vida do doente, continua a ser uma intervenção complexa, com sérias complicações reconhecidas <sup>6</sup>. A necessidade de repouso no leito e a presença de dor após o procedimento poderão agravar a imobilidade do doente e dificultar a sua recuperação <sup>7,8</sup>. Além disso, o simples internamento hospitalar surge como uma experiência geradora de *stress*, que exige uma adaptação à nova situação, podendo causar o aparecimento ou agravamento de problemas na pessoa idosa <sup>9</sup>. A crescente preocupação com o envelhecimento saudável e a necessidade de promover a máxima autonomia e independência da pessoa idosa promovendo o cuidado de

Si, tendo como foco de atenção os seus projetos de saúde e trabalhando em parceria com ela para que possa prosseguir com o seu projeto de vida e saúde <sup>10</sup>, motivou-nos a aprofundar o conhecimento sobre os cuidados de enfermagem à pessoa submetida a TAVI, nomeadamente na preparação do regresso a casa. É nossa preocupação identificar e promover intervenções que possam capacitar a pessoa e família a melhorarem a gestão da sua situação de saúde e a de quem cuidam <sup>11</sup>. A preparação do regresso a casa de uma pessoa idosa submetida a TAVI é uma situação complexa, em que a transição dos cuidados do hospital para a continuidade dos cuidados no domicílio deve ser iniciada no momento da admissão e na qual o enfermeiro tem um papel fundamental <sup>12,13</sup>. A gestão de recursos e os custos com a saúde são também preocupações dos profissionais de saúde, a par das necessidades em saúde das pessoas, pelo que facilitar o regresso a casa tem repercussões positivas na vida e situação de saúde da pessoa idosa e família e está diretamente relacionada com a duração do internamento e a redução dos custos hospitalares <sup>14</sup>. A intervenção de enfermagem na preparação do regresso a casa da pessoa idosa e família passa por desenvolver programas que promovam a informação, envolvimento e preparação da pessoa idosa e família para os processos de transição que experienciam, com foco nas suas necessidades, capacidades e preferências pessoais <sup>15</sup>. A sua sistematização tem sido associada a satisfação por parte de doentes e prestadores de cuidados, melhoria da referenciação, melhor utilização dos serviços da comunidade, menos complicações após a alta, diminuição do número de readmissões, do tempo de internamento e custos. Uma vez que a TAVI é um procedi-

mento relativamente novo a literatura, previamente consultada sobre o tema não apresentava informação sistematizada sobre as intervenções de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI, nomeadamente ao nível da avaliação inicial da pessoa idosa que facilitasse o planeamento dos cuidados imediatos após procedimento para controlo de complicações e a continuação dos cuidados para a promoção do cuidado de Si, na preparação do regresso a casa. Esta revisão surge com o objetivo de mapear a informação sobre os cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa, permitindo facilitar a transição da pessoa idosa submetida a TAVI e família para o domicílio.

## OBJETIVO

O objetivo deste estudo é analisar e mapear o conhecimento existente sobre os cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa.

## METODOLOGIA

A realização da revisão *scoping* sobre os cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI e família na preparação do regresso a casa, seguiu a metodologia do Instituto Joanna Briggs (2015) <sup>16</sup> e o modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*). O protocolo de pesquisa possibilitou a enumeração dos artigos publicados e a compreensão e relação dos dados obtidos <sup>17</sup>. A questão de investigação foi formulada de acordo com a terminologia População, Contexto e Conceito (PCC): “*Quais os cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a implantação de válvula aórtica transcater (TAVI) e família na*

TABELA 1

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO				CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
POPULAÇÃO	CONCEITO	CONTEXTO	LÍNGUA DE PUBLICAÇÃO	
<p>Pessoas idosas (com idade igual ou superior a 65 anos) com estenose aórtica;</p> <p>Pessoas idosas submetidas a TAVI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervenções ou cuidados de enfermagem à pessoa submetida a TAVI e família;</li> <li>- Intervenções para a preparação do regresso a casa da pessoa submetida a TAVI e família.</li> </ul>	<p>Consultas de cardiologia;</p> <p>Consultas de avaliação e/ou seguimento pré e pós-procedimento;</p> <p>Unidades de internamento/UCI de foro cardíaco.</p>	<p>Artigos em Português, Inglês ou Espanhol.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudos sobre doentes submetidos a cirúrgica cardíaca;</li> <li>- Estudos sobre patologia cardíaca não valvular;</li> <li>- Estudos sobre intervenções de outros profissionais de saúde.</li> </ul>

preparação do regresso a casa?". Os termos de pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão e os métodos utilizados para a realização desta revisão foram detalhadamente especificados e determinados num protocolo de pesquisa prévio.

Os critérios de inclusão e exclusão dos artigos, que se encontram sumarizados na **Tabela 1**, foram definidos de acordo com a população, conceitos, contexto e língua de publicação. A questão de investigação foi formulada com base na terminologia PCC, definindo-se as palavras-chave, os descritores *Medical Subject Headings* (MeSH) e *headings*. Os termos de pesquisa, quando agrupados através de operadores booleanos, formulam a expressão booleana para a realização da pesquisa nas bases de *dados electrónicos*: [(MH "Frail Elderly") OR (MH "Aged") OR "elderly"] AND [(MH "Patient Discharge") OR "discharge planning" OR "return home" OR "after hospitalization" OR "nurs\*"] AND [(MH "Aortic Valve Stenosis") OR (MH "Transcatheter Aortic Valve Replacement") OR "percutaneous aortic valve implantation"].

As bases de dados electrónicas utilizadas para a pesquisa de artigos sobre a temática em estudo foram: Cinahl Complete, Medline Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials e Cochrane Database

of Systematic Reviews, MedicLatina, Nursing & Allied Health Collection; Comprehensive. Não foi aplicado nenhum filtro temporal pelo facto do procedimento em estudo (TAVI) ser recente, com início em 2002, havendo a hipótese de algum artigo anterior aos últimos 5 anos trazer con-

tributos para o conhecimento atual. A pesquisa foi realizada em maio de 2019, tendo sido incluídos todos os tipos de estudos, independentemente do seu desenho, respeitando os critérios de inclusão previamente definidos. Não foi realizada pesquisa na literatura cinzenta, constituindo

FIGURA 1

### FLUXOGRAMA PRISMA: ILUSTRAÇÃO DO PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS

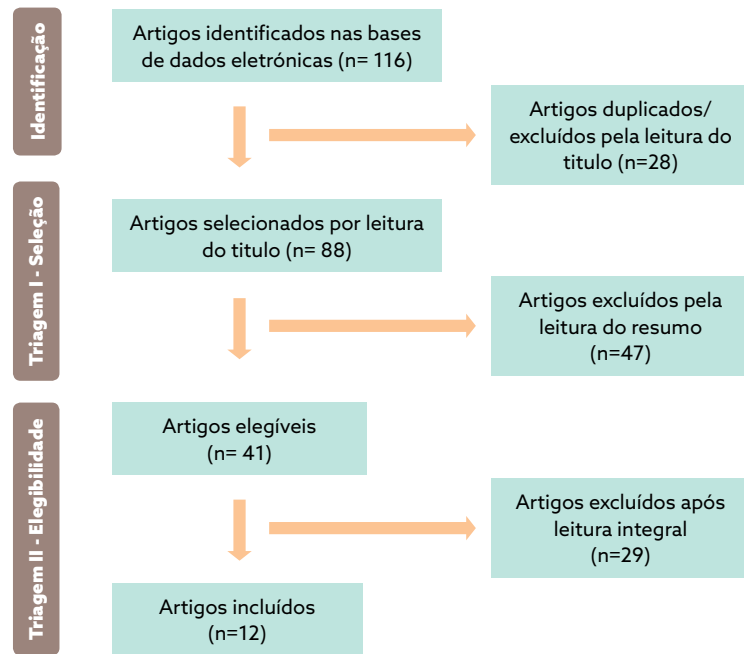


TABELA 2

## OBJETIVOS E RESULTADOS RELEVANTES DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SCOPING

TÍTULO DO ESTUDO/ AUTOR, ANO	OBJETIVO	RESULTADOS RELEVANTES PARA A REVISÃO
<i>The nursing aspects of a transcatheter aortic valve implantation patient's pathway</i> Carpenter, 2019	Revisão da literatura sobre a avaliação do doente com EA, elegibilidade para TAVI, descrição do procedimento e dos cuidados de enfermagem perioperatórios.	O doente e família devem ter acesso a toda a informação sobre o processo de avaliação, elegibilidade, procedimento, complicações e cuidados após a alta. Existe consenso sobre a importância de um programa de educação para a saúde, reabilitação e controlo do stress na melhoria física e psicológica dos doentes após TAVI.
<i>Transitional care post TAVI: A pilot initiative focused on bridging gaps and improving outcomes</i> Wong, Montoya & Quinlan, 2018	Estudo qualitativo que pretende estabelecer um protocolo de <i>follow up</i> dos doentes submetidos a TAVI.	O protocolo de follow up estabelecido promove o acesso aos cuidados de saúde, o controlo de sintomas e complicações, e na gestão da terapêutica, reduzindo número de reinternamentos.
<i>Understanding experiences of undergoing transcatheter aortic valve implantation: one-year follow-up</i> Baumbusch,, et al, 2018	Estudo qualitativo que pretende descrever as experiências e as perspetivas dos doentes submetidos a TAVI e seus cuidadores informais após 1 ano do procedimento.	Os participantes do estudo, doentes e familiares, mostraram-se gratos para ter uma hipótese de tratamento com o procedimento, mas continuam a experimentar alterações de saúde relacionadas com comorbilidades e fragilidade, e com impacto em suas capacidades funcionais. Os participantes referem desajuste entre expectativas com TAVI e a realidade, nomeadamente limitações físicas e perdas profissionais e sociais. O grupo apresenta sugestões valiosas sobre possíveis melhorias nos cuidados, particularmente em relação à informação aos doentes e cuidadores sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- o período de recuperação de modo a facilitar a transição para casa,</li> <li>- o aconselhamento em relação às expectativas em torno da capacidade funcional e da vida a longo prazo.</li> </ul>
<i>Patient-defined goals for the treatment of severe aortic stenosis: a qualitative analysis.</i> Coylewright et al , 2015	Estudo qualitativo, que pretende identificar os objetivos dos doentes face à decisão de tratamento para a estenose aórtica grave.	O principal objetivo dos doentes com o tratamento é manter a independência e a capacidade de realizar várias atividades.
<i>Managing patient expectations: transcatheter aortic valve implantation.</i> Frame & Barker, 2015	Artigo de opinião de enfermeiras especialistas num centro de TAVI, que visa discutir a gestão das expectativas dos doentes.	A gestão das expectativas dos doentes e família em relação ao tratamento poderá melhorar os seus resultados em saúde e a satisfação do doente.
<i>Management of severe aortic stenosis.</i> Teehan et al, 2015	Descrever o protocolo de avaliação dos doentes idosos para TAVI e o papel do enfermeiro especialista em cardiologia.	A enfermeira perita em cardiologia tem um papel fundamental na recolha de dados sobre a história clínica, exame físico, avaliação da qualidade de vida e índice de fragilidade do doente, crucial para a decisão de tratamento e planeamento de cuidados de enfermagem.
<i>Early discharge after transfemoral transcatheter aortic valve implantation.</i> Barbanti et al, 2015	Avaliar a viabilidade e segurança da alta precoce após TAVI	A alta precoce do doente submetido a TAVI é segura, em doentes sem complicações imediatas, permitindo diminuir o tempo de internamento.



<p><b>Immediate post-operative responses to transcatheter aortic valve implantation: An observational study.</b></p> <p>Egerod et al, 2014</p>	<p>Descrever as respostas dos doentes pós-TAVI</p>	<p>Devem ser exploradas as intervenções não-farmacológicas para prevenir dor e promover o sono/descanso, assim como intervenções de vigilância de hemorragia.</p>
<p><b>Transcatheter Aortic Valve Implantation Options For Treating Severe Aortic Stenosis in the Elderly. The Nurse's Role in Postoperative Monitoring and Treatment.</b></p> <p>Panos &amp; George, 2014</p>	<p>Melhorar a compreensão dos cuidados de enfermagem imediatos após TAVI.</p>	<p>A reabilitação física e o plano de regresso a casa devem ser discutidos com o doente e família. A idade avançada dos doentes submetidos a TAVI requer considerações especiais na sua reabilitação física.</p>
<p><b>Treatment of older patients with aortic valve stenosis.</b></p> <p>Madden &amp; Hill, 2009</p>	<p>Aumentar o conhecimento sobre as opções de tratamento da EA grave.</p>	<p>Os cuidados de enfermagem após TAVI englobam: vigilância e controlo de complicações, controlo da dor; repouso no leito e preparação da alta.</p>
<p><b>Transcatheter and Transapical Aortic Valve Replacement.</b></p> <p>McRae et al, 2009</p>	<p>Descrever os cuidados de enfermagem aos doentes submetidos a TAVI.</p>	<p>Considerando as comorbilidades destes doentes, devem ser desenvolvidas intervenções de enfermagem para monitorização de valores séricos e diurese; monitorização neurológica e ventilatória; vigilância de reação alérgica ao contraste iodado, hemorragia e hematoma no acesso vascular; perfusão periférica dos membros inferiores; monitorização da dor; despiste de infeção local ou sistémica e de complicações major como tamponamento cardíaco ou disseção da artéria femoral.</p>
<p><b>A New Option for the Treatment of Aortic Stenosis: Percutaneous Aortic Valve Replacement.</b></p> <p>Lauck et al, 2008</p>	<p>Descrição da TAVI e das implicações para os cuidados de enfermagem.</p>	<p>A avaliação inicial do doente, do suporte familiar e social e da qualidade de vida são cruciais para identificar as necessidades do doente durante internamento e facilitar o planeamento do regresso a casa. No pós-procedimento imediato é essencial o despiste de complicações neurológicas, cardíacas, hemodinâmicas, hemorrágicas e tromboembólicas. O controlo da dor promove conforto e a mobilidade, minimizando o aumento do esforço cardíaco e ansiedade.</p>

uma limitação do estudo. Da pesquisa realizada nas bases de dados eletrónicas resultaram 116 artigos que foram, após identificação e exclusão dos duplicados, sujeitos a um processo de análise, elegibilidade e inclusão. O processo de elegibilidade dos artigos consistiu na aplicação de dois testes de triagem. O Teste de Triagem I permitiu analisar o título e o resumo dos artigos, tendo em conta os critérios de inclusão definidos, enquadrando-os na população, conceito e contexto. Dos 116 artigos foram excluídos 28 por serem du-

plicados e pela leitura do título e posteriormente foram excluídos 47 artigos relacionados com estudos sobre diferente patologia cardíaca, cirurgia cardíaca, especificidades do procedimento, comparação de técnicas, custos e grupos de pessoas, estratificação de risco e complicações associadas. No Teste de Triagem II foi realizada a leitura integral dos restantes 41 artigos, analisando o seu enquadramento na população, conceito e contexto definidos, ficando reduzidos a 12 artigos. Os resultados e principais conclusões descritos nos 29 artigos excluídos

pelo segundo teste de triagem não demonstraram ser relevantes para este estudo. Os 12 artigos cumpriam os critérios de inclusão estabelecidos, de acordo com a população em estudo, o conceito, o contexto e área de intervenção, assim como a língua de publicação. A **figura 1** ilustra o procedimento de identificação e seleção de artigos – Fluxograma PRISMA. A extração dos dados dos artigos incluídos nesta revisão scoping decorreu de acordo com as orientações de Joanne Briggs Institute (2015) para as revisões scoping. Foi reali-

zada uma tabela com os seguintes itens a responder para cada artigo: título, autores e ano de publicação, objetivos, população, metodologia, resultados e principais conclusões, facilitando a posterior análise dos estudos. A extração dos dados foi feita de forma independente, pelos dois autores, e as discordâncias que existiram foram resolvidas por meio de discussão.

## RESULTADOS

A análise dos estudos engloba os aspetos descritivos dos estudos, ano e país de publicação, e as suas características metodológicas, nomeadamente desenho do estudo, população/amostra e contexto onde decorre o estudo e os respetivos objetivos, assim como os resultados obtidos.

Os artigos obtidos nesta revisão são recentes, com 1 publicação em 2019, duas em 2018, 4 em 2015, duas em 2014, duas em 2009, e uma de 2008. Quanto ao país de origem, os artigos relevantes são oriundos de EUA (dois artigos), Canadá (quatro), Inglaterra (três), Itália, Dinamarca e Irlanda.

Em termos das suas características metodológicas, cinco artigos são revisões narrativas da literatura, dois são artigos de opinião, e dos restantes, três estudos qualitativos, um estudo quantitativo e um de metodologia mista. Nestes cinco últimos artigos a população em estudo são pessoas idosas com EA grave, elegíveis ou submetidas a TAVI. Os autores dos restantes artigos, revisões da literatura e artigos de opinião, são enfermeiras.

Os objetivos e os principais resultados, com relevância para a presente revisão scoping, estão apresentados na **tabela 2**, apresentados por ordem cronológica dos estudos.

## DISCUSSÃO

A TAVI é um procedimento recente, pelo que os estudos sobre os cuida-

dos de enfermagem à pessoa idosa e família são escassos e, apesar de haver bastante bibliografia sobre os resultados do procedimento, pouco ainda se conhece sobre a recuperação funcional dos doentes na transição do hospital para casa <sup>18</sup>.

As intervenções de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI e família devem iniciar-se antes do procedimento, não passando apenas pela monitorização e despiste de complicações, mas também pelo estabelecimento de uma relação de confiança, que permita conhecer a pessoa e família, os seus problemas e necessidades e o que esperam alcançar com o tratamento. A idade avançada destes doentes submetidos a TAVI requer considerações especiais na sua reabilitação, pelo que o plano de tratamento e de regresso a casa deve ser discutido com a pessoa e família <sup>19,20</sup>. A gestão das expectativas dos doentes e família poderão ter um impacto positivo nos seus resultados em saúde, pelo que é crucial o papel do enfermeiro na comunicação e informação ao doente e família, ajudando-os a clarificar e gerir as suas expectativas relativamente ao tratamento, cuidados peri-operatórios e possíveis complicações, no planeamento das intervenções de enfermagem e na transição do hospital para casa <sup>20,21,22</sup>. Foram identificadas quatro diferentes categorias de objetivos com o tratamento pelos doentes elegíveis para TAVI: capacidade de realizar atividades específicas, tais como atividades de lazer/hobbies (48%); manutenção da independência (30%); redução/eliminação de dor ou sintomas (15%), e manter-se vivo (7%). Segundo os autores, encorajar os doentes a definir os seus objetivos, permite a priorização dos principais resultados esperados com o tratamento e o planeamento de intervenções de acordo com essas prioridades <sup>23</sup> e facilita o ajuste das expectativas com a realidade após TAVI <sup>22</sup>.

A avaliação inicial do doente com a identificação dos seus recursos

internos e externos permite a identificação das necessidades em saúde, facilitando o planeamento do regresso a casa. A avaliação do doente e da sua situação familiar, assim como a comunicação efetiva com o doente e família, permitem identificar as necessidades do doente durante o internamento e facilitar o processo de planeamento para o regresso a casa <sup>20,24</sup>. O plano de alta deve ser iniciado antes do procedimento em que a avaliação inicial do doente, através de colheita de dados, da sua história de saúde, exame físico completo, e avaliação da sua qualidade de vida e nível de fragilidade, permite um planeamento adequado das intervenções de enfermagem e uma boa compreensão dos resultados da intervenção, antecipando complicações <sup>22,25</sup>. Podemos assim afirmar que a informação ao doente e família sobre o tratamento promove a comunicação entre enfermeiro e doente/família, facilita a tomada de decisão informada, permite a definição de objetivos com o tratamento e o planeamento do regresso a casa, e potencia os resultados em saúde <sup>20</sup>. Por sua vez, o controlo da dor e das possíveis complicações, como o despiste rápido de complicações major e uma melhor resposta imediata a situações emergentes, têm impacto positivo no sono e repouso do doente, contribuindo para maior bem-estar, uma mais rápida recuperação com diminuição do tempo de internamento. Nos artigos analisados são identificadas as complicações mais comuns após a TAVI e as intervenções de enfermagem para o despiste e controlo dessas complicações. As complicações referidas são: distúrbios do sono (63%) e distúrbios no repouso (55%), dor (57%), hemorragia (45%), hematoma (19%) e desconforto (44%) no local de acesso femoral, náuseas (26%) e vômitos (9%) <sup>26</sup> e necessidade de implantação de pacemaker (18,2%) <sup>18</sup>. Relativamente às intervenções terapêuticas, foram administrados medicamentos indutores do sono a 46% dos doentes

tes, 31% necessitaram de medicação para estabilização hemodinâmica e 19% de reposição de fluidos devido a hemorragia; a 71% dos doentes foi permitida a mobilização<sup>26</sup>. A duração do internamento após TAVI é um dos principais fatores que contribuem para o aumento dos custos do procedimento. O despiste e controlo de alterações do ritmo cardíaco, hemorragia e complicações vasculares são intervenções de enfermagem cruciais para reduzir o tempo de internamento e promover um regresso a casa mais rápido e seguro<sup>27</sup>. O enfermeiro, além do despiste de complicações neurológicas, cardíacas, hemodinâmicas, hemorrágicas e tromboembólicas, deve ter especial atenção ao controlo da dor, de modo a proporcionar conforto, minimizar complicações como aumento do esforço cardíaco e da ansiedade, e melhorar a mobilidade<sup>24, 28, 29</sup>. Os doentes devem ser estimulados a andar assim que for possível, preferencialmente no dia seguinte ao procedimento, promovendo a mobilidade e retorno ao seu estado funcional prévio, mantendo a vigilância. A promoção do sono/reposo, da nutrição e da mobilidade permitem uma melhor e mais rápida reabilitação física, contribuindo para o regresso a casa mais precoce. Os autores recomendam o desenvolvimento de intervenções de enfermagem relacionadas com a avaliação e gestão do conforto, dor,

descanso e sono, a atenção ao desconforto e hemorragia no local do acesso vascular, fundamentais para promover a recuperação e o bem-estar no regresso a casa<sup>26, 27</sup>, assim como um protocolo de seguimento dos utentes no domicílio, facilitando o acesso aos serviços de saúde, o controlo de sintomas, complicações e esclarecimento de dúvidas<sup>18</sup>. A avaliação inicial da pessoa idosa permite compreender a sua vulnerabilidade e antecipar as possíveis complicações pós-TAVI devido a comorbilidades e fragilidades, assim como identificar os fatores facilitadores e inibidores de uma transição saudável do hospital para casa. O desenvolvimento de protocolos de cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI permite uma atuação direcionada à resolução de complicações e à promoção da funcionalidade.

## CONCLUSÕES

A presente pesquisa teve como objetivo identificar os cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a TAVI e família que contribuem para a preparação do regresso a casa. Nesta revisão foram identificados como principais cuidados de enfermagem na preparação do regresso a casa a informação ao doente e família sobre tratamento, riscos/benefícios e complicações; a avaliação inicial do doente e identificação dos

seus recursos internos e externos, o controlo da dor e de complicações neurovasculares, cardíacas e hemorrágicas, e a promoção de sono/reposo, nutrição e mobilidade. Os resultados encontrados evidenciaram a importância de uma avaliação multidimensional da pessoa idosa para o planeamento adequado das intervenções de enfermagem no pré e pós-operatório imediato e para o planeamento do regresso a casa, assim como a importância do estabelecimento de uma comunicação efetiva entre enfermeiro e a pessoa e família, que os ajude a tomar uma decisão informada sobre os seus cuidados, indo ao encontro das suas reais expectativas. A criação de protocolos de cuidados de enfermagem a estes doentes é essencial para os resultados em saúde e para uma intervenção individualizada e especializada.

Como limitação do estudo referimos o fato desta revisão não ter incluído literatura cinzenta, o que constitui uma motivação para as autoras continuarem a pesquisa na área e aprofundarem o conhecimento. Não obstante, consideramos que os resultados desta revisão são úteis para sistematizar as intervenções de enfermagem na preparação do regresso à casa da pessoa idosa submetida a TAVI, para a prática e formação dos enfermeiros e para servir de base a futuras revisões. ▀



## Referências

1. Direção Geral da Saúde (DGS). (2018). Principais Indicadores de Saúde para Portugal, 2013-2017. Consultado a 2 Maio de 2019, em <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude.aspx>
2. Rosa, V. et al (2013). O Heart Team é fundamental para o Tratamento Transcateter da Estenose Aórtica? Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 102(5). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2014000500018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014000500018)
3. British Cardiovascular Interventions Society (BCIS). (2019). Service Specification for Transcatheter Aortic Valve Implantation. Disponível em: <https://www.bcis.org.uk/resources/service-specification-for-transcatheter-aortic-valve-implantation-tavi/>
4. Ruparelia, N. & Prendergast, B. D. (2016). Technical Aspects of Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI). E-journal



- of Cardiology Practice, 14(5). Disponível em: <http://www.escardio.org/Guidelines-&Education/Journals-and-publications/ESC-journals-family/E-journal-of-Cardiology-Practice/Volume-14/technical-aspects-of-transcatheter-aortic-valve-implantation-tavi>
5. Olsson, R. et al. (2017). Patients' self-reported function, symptoms and health-related quality of life before and 6 months after transcatheter aortic valve implantation and surgical aortic valve replacement. *European Journal of Cardiology Nursing*, Vol. 16 (3):213-21. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27169460>
  6. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2012). Transcatheter aortic valve implantation for aortic stenosis. Interventional procedure guidance. Consultado a 21 Junho 2016, de: <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg421>
  7. Almeida, A., Grassia, R. & Nascimento, T. (2015). Pós-operatório de implante de bioprótese aórtica por cateter: intervenções de enfermagem. *Revista SOBPEC*, 20(3): 134-62. Disponível em <http://www.sobpec.org.br/arquivos/artigos/2015/pdfs/v20n3/134-142.pdf>.
  8. Borja, M. e Olvera-Arreola, S. (2015). Cuidado de enfermería a la persona con estenosis aórtica severa posterior al implante valvular aórtico transcatheter. *Investigacion en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 17(1): 45-64. Disponível em: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/8205>
  9. Fulmer, T. (2007). How to try this: Fulmer Spices. *American Journal of Nursing*, 107(10): 40-8. Disponível em: [http://journals.lww.com/ajnonline/Citation/2007/10000/How\\_to\\_Try\\_This\\_\\_Fulmer\\_SPICES.29.aspx](http://journals.lww.com/ajnonline/Citation/2007/10000/How_to_Try_This__Fulmer_SPICES.29.aspx)
  10. Gomes, I. D. (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.
  11. Ordem dos Enfermeiros (OE) (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
  12. Pereira, I. (2013). *Regresso a Casa. Estrutura da ação de enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
  13. Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. USA: Springer Publishing Company.
  14. Mallikethi-Reddy, S. et al (2017). Transcatheter aortic valve implantation in the United States: Predictors of early hospital discharge. *Journal of Interventional cardiology*; Vol. 30 (2): 149-55. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28247569>
  15. Dyrstad, D. N., Laugaland, K. A., Storm, M. (2015). An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge – exploring patient and next of kin perspectives. *Journal of Critical Nursing*, Vol. 24 (11-12): 1693-1706. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25727777>
  16. The Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. Methodology for JBI Scoping Reviews*. Disponível em: [http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers- Manual\\_Methodology-for-JBI-Scoping](http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers- Manual_Methodology-for-JBI-Scoping)
  17. Ribeiro, J. L. (2014). Revisão de Investigação e Evidência Científica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(3): 671-82. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862014000300009](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000300009)
  18. Wong, S.; Montoya, L.; Quinlan, B. (2018). Transitional care pos TAVI: a pilot initiative focused on bridging gaps and improving outcomes. *Geriatric Nursing*, Vol.39 (5): 548-53
  19. Panos, A. & George, E. (2014). Transcatheter Aortic Valve Implantation Options For Treating Severe Aortic Stenosis in the Elderly. *The Nurse's Role in Postoperative Monitoring and Treatment. Dimensions of Critical Care of Nursing*, 33(2): 49-56. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24496250>.
  20. Carpenter, S. (2019). The nursing aspects of a transcatheter aortic valve implantation patient's pathway. *British Journal of Cardiac Nursing*, Vol.4, No.4.
  21. Frame, A. & Barker, S. (2015). Managing patient expectations: transcatheter aortic valve implantation. *British Journal of Cardiac Nursing*, 10(6): 285-89. Disponível em: <http://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/bjca.2015.10.6.285>
  22. Bauschaum, J. et al (2018). Understading experiences of undergoing transcatheter aortic valve implantation: one year follow-up. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Vol 17 (3): 280-8.
  23. Coylewright, M., Palmer, R., O'Neill, E., Robb, J. & Fried, T. (2015). Patient-defined goals for the treatment of severe aortic stenosis: a qualitative analysis. *Health Expectations*, July: 1-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5054836/>.
  24. Lauck, S., Mackay, M., Galte, C. & Wilson, M. (2008). A new option for the treatment of aortic stenosis: percutaneous aortic valve replacement. *Critical Care Nurse*, 28(3): 40-51. Disponível em: <http://ccn.aacnjournals.org/content/28/3/40.full>
  25. Teehan, S., McKee, G. & Dempsey, O. (2015). Management of severe aortic stenosis. *WIN*, 22(10). Disponível em: <https://www.inmo.ie/tempDocs/TAVI%20Decpage63%20dec14-jan15.pdf>
  26. Egerod, I., Nielsen, S., Lisby, K., Darmer, M. & Pedersen, P. (2014). Immediate Post-operative Responses to Transcatheter Aortic Valve Implantation: An observational study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(3): 232-39. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24550558>.
  27. Barbanti, M. et al (2015). Early discharge after transfemoral transcatheter aortic valve implantation. *Heart Online First*, Jun, 1-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26076940>.
  28. Madden, A. & Hill, E. (2009). Treatment of older patients with aortic valve stenosis. *Nursing Standard*, 24(12): 42-8. Disponível em: <https://journals.rcni.com/nursing-standard/treatment-of-older-patients-with-aortic-valve-stenosis-ns2009.11.24.12.42.c7398>
  29. McRae, M., Rodger, M. & Bailey, B. (2009). Transcatheter and Transapical Aortic Valve Replacement. *Critical Care Nurse*, 29(1): 22-38. Disponível em: <http://ccn.aacnjournals.org/content/29/1/22.long>.



# PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA VACINAÇÃO DOS DOENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS DA HEMATOPOIESE

Nursing intervention program on the vaccination of patients undergoing hematopoietic stem cell transplant

## LÚCIA BACALHAU

**Doutoranda** em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

✉ [luciabacalhau@gmail.com](mailto:luciabacalhau@gmail.com)

## PATRÍCIA PONTÍFICE-SOUSA

**Professora Auxiliar**, Doutor. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, Portugal.

## RITA MARQUES

**Professora Adjunta**, Doutor. Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa. Lisboa, Portugal.

## ELSA OLIVEIRA

**Head Nurse**, Mestre. Serviço de Transplante de Células Progenitoras da Hematopoiese, IPO Francisco Gentil, EPE. Lisboa, Portugal.

## Abstract

The vaccination project for patients undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplant (HSCT) arose because they lose the immunization provided by vaccines administered prior to transplantation and are extremely vulnerable to infection. This program began in 2012, was based on the organization of the post-HSCT vaccination schedule in nursing consultations aimed at providing the patient with vaccination and verifying compliance with the National Vaccination Plan. The aim of this article is to evaluate the results of the implementation of the vaccination project of patients undergoing hematopoietic stem cell transplant.

The method used was a retrospective quantitative analysis of the application of the project methodology, through the defined outcome quality indicator - vaccination rate of patients undergoing HSCT with the National Vaccination Plan. From 2017 to 2018, the number of telephone contacts made in the scope of vaccination was defined as a process quality indicator and the content analyzed.

We covered a population of 348 people, 229 patients undergoing allogeneic HSCT and 119 autologous. We achieved vaccination rates of 100. By implementing improvement strategies over the years we have been able to improve project effectiveness and vaccination for a larger number of patients.

The project plays an important role in the area of public health and rehabilitation of patients undergoing HSCT as it allows the patient to be linked to the caregiver community, which contributes to a greater connection and proximity of the person to the health unit. enabling them to better integrate into everyday life in the various dimensions of the person.

**KEYWORDS:** VACCINATION, IMUNIZATION PROGRAMS, VACINES, HEMATOPOIETIC STEM CELLS TRANSPLANTATION, BONE MARROW TRANSPLANTATION.

## INTRODUÇÃO



s doentes sujeitos a Transplante de Células Progenitoras da Hematopoiese (TCPH) apresentam

disfunções do sistema imunitário que perduram no tempo. Após o primeiro ano de transplante de células progenitoras da hematopoiese (autólogo/alogénico) verifica-se uma diminuição dos anticorpos para doenças prevenidas por vacinas <sup>(1)</sup>. A diminuição destes anticorpos não é imediata podendo ser verificada durante os primeiros meses após TCPH, através de análises clínicas <sup>(2)</sup>. Verificando-se a diminuição dos anticorpos, as doenças prevenidas através da vacinação constituem um risco acrescido para doentes submetidos a TCPH <sup>(3)</sup>. Assim, torna-se necessário a revacinação destes doentes cumprindo o Plano Nacional de Vacinação <sup>(5,12)</sup>.

O TCPH alogénico e autólogo diferem nas características da recuperação imunológica. Embora existam diferenças nesta recuperação, o risco de perder imunidade para agentes infecciosos severos é similar após TCPH alogénico e autólogo <sup>(4)</sup>. Os resultados da vacinação são similares, embora existam alguns relatórios que indicam que o tipo de transplante interfere nos resultados. No entanto, está definido que é aplicado a todos os doentes transplantados o mesmo plano de vacinação <sup>(5)</sup>. Neste sentido, a repetição do esquema de vacinação deve ser efetuada por todos os doentes sujeitos a TCPH (autólogo e alogénico) <sup>(4)</sup>. As vacinas que contêm organismos inativos, antigénios, ou subunidades demonstram-se seguras para o doente transplantado e sem mais efeitos secundários do que os característicos para a população saudável. As vacinas que contêm organismos vivos podem causar a doença em

TABELA 1

### DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS DOS DOENTES VACINADOS NO ÂMBITO DO PROJETO DE VACINAÇÃO DOS DOENTES SUBMETIDOS A TCPH

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	TOTAL
Adrenoleucodistrofia	2
Anemia Blackfan-Diamond	3
Anemia de Fanconi	8
Bone Marrow failure	1
Doença de Hodgkin	28
Doença Granulomatosa Crónica	2
Drepanocitose	2
Hemoglobinúria Paroxística Noturna	1
Imunodeficiência: SCID	2
Leucemia Mielóide Monocítica Crónica (LMMC)	1
Leucemia Aguda	2
Leucemia Linfoblástica Aguda	36
Leucemia Linfoblástica Crónica	1
Leucemia Linfocítica T	1
Leucemia Mielóide Aguda	74
Leucemia Mielóide Crónica	9
Linfoma de Burkitt	1
Linfoma Não Hodgkin	55
LMMC Juvenil	1
Meduloblastoma	10
Mielofibrose	4
Mieloma Múltiplo	51
Neuroblastoma	7
PNET	4
Retinoblastoma	1
S. Anemia Aplásica	14
S. Hemafagocítico	1
S. Hurler	2
S. Kostman	1
S. Wiskott Aldrich	2
Sarcoma Ewing	2
Seminoma	1
Síndrome Mielodisplásico	10
Talassémia	3
Trombocitopénia amegacariocítica	2
Tumor células germinativas	1
Tumor saco vitelino	1
Tumor Testículo	1
<b>Total:</b>	<b>348</b>

doentes imunocomprometidos e não devem ser administradas (BCG e vacina para a poliomielite viva) ou algumas (varicela, rubéola e sarampo) poderão ser administradas em determinadas situações definidas pelo médico assistente<sup>(9)</sup>.

A imunização é importante por três razões principais: (i) a mais importante é a necessidade de proteger o doente sujeito a transplante de infeções prevenidas com a vacinação, que podem ocorrer no período pós transplante, (ii) sobre o ponto de vista da saúde pública, é a promoção da vacinação do maior número possível de cidadãos, de forma a não existir um número acrescido de indivíduos vulnerá-

veis aos agentes infecciosos, (iii) aos profissionais de saúde compete divulgar o programa, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas suscetíveis (11). Este artigo tem como objetivo divulgar o projeto de vacinação dos doentes submetidos a transplante de células progenitoras da hematopoiese, estratégia de intervenção, resultados e suas conclusões. O projeto de vacinação dos doentes submetidos a TCPH teve início em 2012 e baseou-se na organização do esquema vacinal pós TCPH em consultas de enfermagem que têm como objetivo informar e orientar o doente acerca do programa de vacinação, articu-

lar com as unidades de saúde locais para se cumprir a vacinação e por fim verificar o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação.

## MÉTODO

Como método recorreu-se à análise quantitativa retrospectiva da aplicação da metodologia de projeto, através do indicador de qualidade de resultado definido - taxa de vacinação dos doentes submetidos a TCPH com o Plano Nacional de Vacinação. Como amostra deste estudo, utilizou-se a técnica de amostragem por conveniência, incluímos todas as doentes submetidas a TCPH com condições clínicas para iniciar a vacinação. No período compreendido entre 2017 e 2018, foi definido como indicador de qualidade de processo o número dos contactos telefónicos realizados no âmbito da vacinação e feita a análise de conteúdo dos mesmos.

## RESULTADOS

Inicialmente o projeto destinou-se apenas aos doentes sujeitos a transplante alogénico, tendo sido, no fim do ano de 2016, alargado aos doentes sujeitos a transplante autólogo de acordo com as orientações da Direção Geral de Saúde. A população a que se refere este projeto está caracterizada na **tabela 1 e 2**. No total foram vacinados 348 doentes.

A população do estudo é constituída maioritariamente por pessoas do sexo masculino, cerca de 58%, com idades dispersas entre várias faixas etárias até aos 70 anos assumindo o escalão etário dos 51 a 60 anos uma percentagem relativamente mais elevada em relação aos restantes.

O tipo de transplante alogénico tem uma predominância não relacionado e os diagnósticos clínicos mais frequentes são leucemia mielóide aguda, leucemia linfoblástica aguda, linfoma de Hodgkin

TABELA 2

### CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES VACINADOS NO ÂMBITO DO PROJETO DE VACINAÇÃO DOS DOENTES SUBMETIDOS A TCPH

CRITÉRIO	NºABSOLUTO	PERCENTAGEM
<b>SEXO</b>		
Masculino	202	58%
Feminino	146	42%
<b>PRODUTO</b>		
PHSP	265	76%
MO	77	22%
SCU	6	2%
<b>TIPO DE TRANSPLANTE</b>		
Haploidêntico	21	6%
Alogénico não Relacionado	140	40%
Alogénico relacionado	68	20%
Autólogo	119	34%
<b>IDADE</b>		
0 a 5	29	8%
6 a 10	39	11,4%
11 a 20	41	12%
21 a 30	24	7%
31 a 40	46	13%
41 a 50	56	16%
51 a 60	67	19%
61 a 70	44	13%
>70	2	0.6%

FIGURA 1

EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE VACINAÇÃO CONTRA DOENÇA INVASIVA PNEUMOCÓCICA AO LONGO DOS ANOS

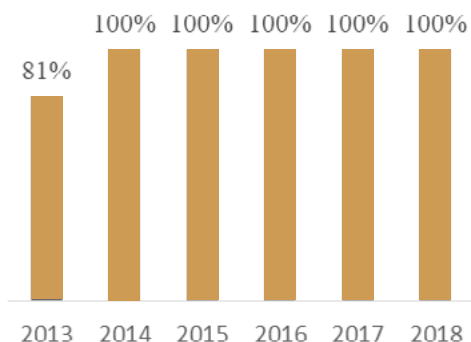


FIGURA 2

EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE VACINAÇÃO COM O PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO AO LONGO DOS ANOS

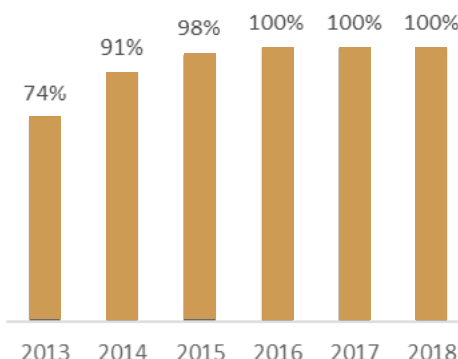


FIGURA 3

PERCENTAGEM DO TIPO DE CHAMADAS ATENDIDAS NO PROJETO DE VACINAÇÃO DE DOENTES SUBMETIDOS A TCPH

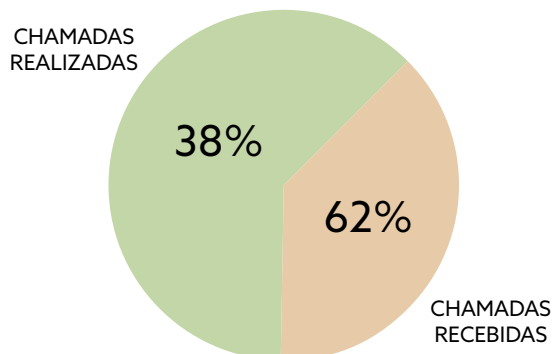
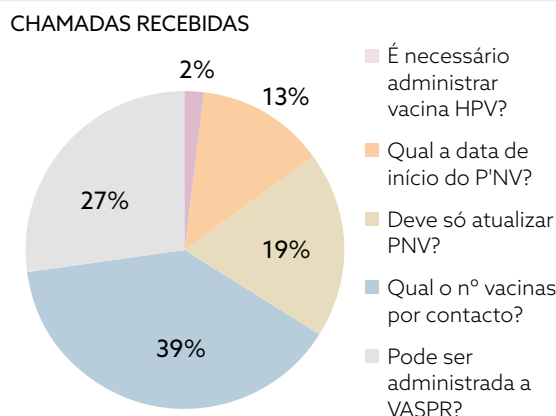


FIGURA 4

QUESTÕES COLOCADAS NAS CHAMADAS RECEBIDAS E SUA PERCENTAGEM



e não Hodgkin. Denota-se que o diagnóstico de mieloma múltiplo assume grande representatividade, o que se deve a ser um dos principais objetivos de tratamento do autotransplante. Até à data já iniciaram o processo de vacinação 348 doentes em centro de saúde/unidade de saúde familiar de Norte a Sul de Portugal. Foram realizados 290 contactos com estas unidades de saúde afetando cerca de 2/3 do país.

Para conseguir avaliar a eficácia do projeto e estabelecer ações de melhoria foram delineados 2 indicadores de qualidade: taxa de vacinação contra a DIP e taxa de vacinação com PNV. Ao fim de um ano de implementação do projeto, em 2013, foi avaliada a eficácia do mesmo, através da análise da taxa de doentes vacinados com o esquema de vacinação para prevenção da infeção por Pneumococos e com o Programa

Nacional de Vacinação (PNV). Para o esquema de prevenção de infeção por pneumococos, ao fim de um ano de implementação do projeto, atingiu-se uma taxa de cobertura vacinal de 81% dos doentes. Nesse mesmo ano, analisando o cumprimento do PNV, 74% dos doentes estavam a cumpri-lo, sendo este processo influenciado pelo estado clínico dos mesmos. Ao longo dos anos foi feita avaliação das taxas de vacinação e

adotadas medidas de melhoria da implementação do projeto. As medidas implementadas têm vindo a ter resultados positivos no projeto, observando-se o aumento das taxas de vacinação (**figura 1 e 2**).

As medidas adotadas relacionaram-se com a formação de todos os elementos da equipa de enfermagem sobre o processo de vacinação, a sistematização da informação sobre os doentes e quais os que podiam ser vacinados. Para além disso, foram reformuladas as cartas de transferência e a forma de registo da atividade do projeto. De forma a divulgar o projeto e a informar os enfermeiros das unidades locais de saúde, este foi apresentando em congressos e conferências na área da saúde e saúde comunitária.

Em 2017 e 2018 foram registados os contactos telefónicos, 290 é o número de contactos telefónicos registados, referente tanto aos doentes submetidos a transplante alogénico como autólogo (**figura 3**). Da totalidade dos contactos, foram realizados cento e onze (38%) contactos telefónicos pelos enfermeiros da unidade de transplante para as unidades locais de saúde de forma a informar a mesma da necessidade de o doente iniciar o protocolo de vacinação.

Registaram-se ainda como recebidos no hospital de dia da unidade de transplante cento e setenta e nove contactos (62%).

Estes contactos são fundamentais para partilhar e discutir informação do doente e esclarecer dúvidas sobre a vacinação destes doentes. Os motivos de contacto são variados e pertinentes perante um doente sujeito a transplante de células progenitoras da hematopoiese, nomeadamente: (i) se doentes com mais de 40 anos necessitam de realizar a vacinação contra HPV (27%), (ii) qual a data autorizada para iniciar o PNV (13%), (iii) se é só necessário atualizar o PNV (19%), (iv) qual o número de vacinas

aconselhadas a serem administradas por contacto (39%), (v) e se pode ser administrada a vacina VASPR (2%) (**figura 4**).

## DISCUSSÃO

Perante os resultados pudemos perceber que foram atingidas elevadas taxas de vacinação com a implementação do projeto. Consideramos que tal se deve pela proximidade no acompanhamento aos doentes bem como, pelo facto de se ter assumido como primordial a necessidade de vacinação. Para além disso, os próprios doentes estão sensibilizados para a vacinação e defendem que a mesma é necessária e importante para a recuperação no processo pós transplante.

É de realçar que neste trabalho foram tratados os dados dos doentes com situação clínica favorável para iniciar a vacinação. As complicações clínicas que se revelaram impeditivas do início do PNV são doença viral, a infeção bacteriana, doença do enxerto contra hospedeiro, recaída da doença, hemólise, falha do enxerto e a toma de imunossupressão. Tais situações levam ao agravamento do estado clínico do doente e/ou à necessidade da administração de corticoides e/ou alargamento do tempo de imunossupressão. Estes motivos já foram enunciados por Silva, et al, (2017) e Ariza-Heredia et al., (2014) quando analisaram as dificuldades à vacinação dos doentes submetidos a transplante de células progenitoras da hematopoiese. Este facto é gerador de controvérsia entre a equipa de enfermagem nas unidades de saúde locais, uma vez que, a data de início da vacinação não é coincidente com o enunciado no plano de vacinação, já também descrito por Ariza-Heredia et al., (2014).

Foi evidente, como dificuldade à eficácia da implementação deste projeto, o desconhecimento do PNV

a cumprir pelos doentes submetidos a TCPH após o transplante pelos enfermeiros das unidades de saúde locais. A falta de divulgação da necessidade de revacinação e do plano específico dificulta o início e a continuação da vacinação nos centros de saúde, tal como foi evidenciado anteriormente através dos contactos telefónicos. Para minimizar esta dificuldade recorreremos a estratégias como contactos formais (contactos telefónicos, troca de e-mails e fax) o que vem de encontro à estratégia evidenciada na literatura<sup>(8)</sup>.

Algumas questões surgiram por parte dos enfermeiros das unidades locais de saúde tais como: a idade limite de vacinação com HPV o que se justifica pelo facto do PNV ser igual à população em geral, o número de vacinas a administrar por contacto, (embora esteja explícito no PNV qual o número e os intervalos entre cada vacina, esta dúvida surge pelo medo de intercorrências entre vacinas por esta ser considerada uma população especial). Por outro lado, a vacinação com a VASPR cria dúvidas devido a ser uma vacina considerada viva atenuada e estes doentes não poderem ser vacinados com vacinas vivas. Tal, revela-se pertinente, no entanto, a literatura referencia que vacinas atenuadas como a VASPR podem ser administradas dois anos após o transplante, se o doente estiver imunocompetente<sup>(9)(3)</sup>.

## CONCLUSÃO

Este projeto torna-se inovador pela abordagem da área da vacinação destes doentes uma vez, que a mesma não estava a ser restabelecida de forma sistemática. Prima pela articulação dos cuidados o Centro de Saúde/ Unidade de Saúde Familiar da área de residência promovendo o contacto do doente com este, fidelizando-o e garantindo a continuidade dos cuidados de saúde. Quanto aos custos do proje-

to estes são pouco quantificáveis uma vez que, não envolveu gastos de implementação ou promoção. No entanto, como dificuldade surgiu o desconhecimento do plano nacional de vacinação para doentes sujeitos a transplante de células estaminais medulares ou periféricas por parte dos enfermeiros dos Centros de Saúde. Para além disso, surge como principal obstáculo a dificuldade em estabelecer

o contacto com os enfermeiros do Centro de Saúde/USF. Numa perspectiva futura, pretendemos avaliar quantitativamente as causas do atraso do início da vacinação e discutir com a equipa multidisciplinar a titulação dos anticorpos após a vacinação, de forma a avaliar a resposta imunitária, aspeto já recomendado pelas guidelines internacionais <sup>(10)</sup>.

O projeto assume um papel impor-

tante na área da saúde pública e na reabilitação do doente submetido a TCPH. Este projeto permite ao doente vincular-se à comunidade prestadora de cuidados o que vem contribuir para uma maior ligação e proximidade da pessoa com a unidade de saúde local capacitando-a para uma melhor integração na vida do quotidiano nas várias dimensões da pessoa. ▴



## Referências

- Hilgendorf I, Freund M, Jilg W, Einsele H, Gea-Banacloche J, Greinix H, et al. Vaccination of allogeneic haematopoietic stem cell transplant recipients: Report from the International Consensus Conference on Clinical Practice in chronic GVHD. *Vaccine*. 2011,29(16):2825–33.
- Ljungman P, Avetisyan G. Influenza vaccination in hematopoietic SCT recipients. *Bone Marrow Transplant*. 2008,42(10):637–41.
- Conrad A, Alcazer V, Valour F, Ader F. Vaccination post-allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: what is feasible? *Expert Rev Vaccines* [Internet]. 2018,17(4):299–309. Available from: <https://doi.org/10.1080/14760584.2018.1449649>
- Ljungman P, Cordonnier C, Einsele H, Englund J, Machado CM, Storer J, et al. Vaccination of hematopoietic cell transplant recipients. *Bone Marrow Transplant* [Internet]. 2009,44(8):521–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/bmt.2009.263>
- Ariza-Heredia EJ, Gulbis AM, Stolar KR, Kebriaei P, Shah DP, Mcconn KK, et al. Vaccination guidelines after hematopoietic stem cell transplantation: Practitioners' knowledge, attitudes, and gap between guidelines and clinical practice. *Transpl Infect Dis*. 2014,16(6):878–86.
- Programa Nacional de Vacinação 2012 / Direcção-Geral da Saúde. Lisboa: DGS
- Programa Nacional de Vacinação 2017 / Direcção-Geral da Saúde. Lisboa: DGS
- Norma 011/2015 de 23/06/2015 atualizada a 06/11/2015 da DGS para doentes com idade superior a 18 anos
- Norma nº 012/2015 de 23/06/2015 atualizada a 06/11/2015 da DGS para doentes com idade inferior a 18 anos



# REVISÃO BIBLIOMÉTRICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA SEGUNDO A FENOMENOLOGIA DA PRÁTICA DE VAN MANEN

Bibliometric review: scientific production in oncologic nursing using the phenomenology practice of Van Manen

## LÚCIA BACALHAU

Doutoranda em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, Portugal.

✉ [luciabacalhau@gmail.com](mailto:luciabacalhau@gmail.com)

## PATRÍCIA PONTÍFICE-SOUSA

Professora Auxiliar, Doutor. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, Portugal.

## RITA MARQUES

Professora Adjunta, Doutor. Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa. Lisboa, Portugal.

## Abstract

The phenomenology of practice is a qualitative scientific method, defended by van Manen, who intends to analyze the phenomenon associated with one's lived experience. This article aims to analyze the application of the scientific method of the phenomenology of practice in the scientific production published in the oncology nursing discipline between 2010 and 2018, through a bibliometric analysis. As a method of analysis of the articles we resorted to bibliometric review because it allows a quantitative and objective reflection through the use of bibliometric indicators. As a result of the analysis of the 19 articles, 73% of the articles have as target population the cancer patient and their experience of the disease and its treatment. The publications are made in journals with an average IF of 1,337 and with the maximum number of citations of 54. As a conclusion of this bibliometric analysis, the fact that the method of phenomenology of practice has been increasingly applicable in Nursing stands out. Oncology in recent years, with relevance in the production of knowledge and which provides this discipline to illustrate the life experience of the people being studied.

**KEYWORDS:** HUMANS, ONCOLOGY NURSING, BIBLIOMETRICS, PUBLICATIONS, KNOWLEDGE, NURSING, QUALITATIVE INVESTIGATION.



## INTRODUÇÃO

A fenomenologia da prática, método qualitativo, fundamenta-se na filosofia, utilizando métodos filosóficos, filológicos e das ciências humanas <sup>(13)</sup>. A fenomenologia permite-nos compreender a experiência humana, para o pré-refletido, tal como é vivida sem conceptualizações, reflexões ou teorias <sup>(13)</sup>. A fenomenologia da prática cedia-se na fenomenologia filosófica pura e distingue-se desta por se debruçar sobre o estudo das práticas do dia-a-dia tanto pessoais, como profissionais ou sociais. Este método surgiu da necessidade da aplicabilidade prática da fenomenologia, transpondo-a para lá da componente académica <sup>(7)</sup>. A fenomenologia hermenêutica de van Manen tem sido particularmente influente na investigação da experiência vivida associada a situações de saúde/doença (8,14). É um método científico e rigoroso para analisar fenomenologicamente dados recolhidos de várias fontes <sup>(4)</sup>. Para a enfermagem este método de investigação permite: "(...)aceder à possibilidade de compreensão do modo como experienciamos o mundo. Desta forma, poderão ser produzidos sentidos cognitivos e não cognitivos, perceções existenciais que nos permitem um vislumbre do significado de um fenómeno para as pessoas de quem cuidamos" (Pereira, 2015, p. 9). Tal, permite estabelecer relações entre o processo de cuidar e a compreensão de que a pessoa faz do mesmo, o que permite aprofundar o conhecimento, centrando-nos na experiência vivida dos sujeitos implicados no cuidar.

### MÉTODO: REVISÃO BIBLIOMÉTRICA COMO MÉTODO DE PESQUISA

Com o processo de pesquisa, inerente à construção deste artigo, preten-

de-se identificar quais os objetos de estudo a que este método qualitativo de investigação se destina, analisar a sua utilização ao longo dos anos, os países que mais a empregaram e em que âmbito de investigação em enfermagem tem sido utilizado. Para realizar esta análise foi adotado como procedimento metodológico uma revisão bibliométrica da literatura. A análise bibliométrica da literatura emerge como uma ferramenta importante, uma vez que, permite mapear e gerar indicadores de gestão da informação e do conhecimento <sup>(11)</sup>.

A crescente exigência para estruturar e organizar informação, adquirida de domínios científicos e académicos, permitiu aos investigadores adotar a revisão bibliométrica para analisar os dados com detalhe (11). Este tipo de revisão distingue-se de outras revisões por poder ser usada como argumento para novas pesquisas <sup>(6)</sup> uma vez que, se constrói como um método coerente para responder a uma pergunta específica, permitindo recolher, selecionar e analisar criticamente os estudos <sup>(9)</sup>. Neste processo de revisão seguiu-se a metodologia idealizada por Ana Andrés (2009), que sugere o cumprimento de quatro etapas fundamentais para a elaboração de uma análise bibliométrica:

- 1) Definição do tópico de estudo e respetivo nível de aplicação (autores, grupos de investigação, disciplinas científicas, revistas, países, entre outros);
- 2) Pesquisa bibliográfica para a recolha de dados e sua posterior normalização;
- 3) Análise estatística dos dados;
- 4) Apresentação dos resultados e discussão dos mesmos.

Os investigadores em Enfermagem comumente avaliam o impacto do seu trabalho na disciplina e no domínio da saúde em geral. A biblio-

metria, método estatístico baseado na análise da citação e do conteúdo, é uma abordagem quantitativa que calcula os resultados e avalia o valor e mérito dos resultados científicos <sup>(4,5)</sup>.

### Objeto de estudo

Com este trabalho pretende-se compreender o rumo da investigação em enfermagem na área da oncologia que tem vindo a utilizar a fenomenologia da prática, sob uma perspetiva bibliométrica. Definiu-se como objeto de estudo desta investigação a produção científica em enfermagem na área de oncologia que utilizou como método de pesquisa a fenomenologia da prática, sem limite de data de publicação. Neste sentido, a questão de investigação aplicada ao processo de investigação foi "Qual a aplicabilidade da fenomenologia da prática na disciplina de enfermagem oncológica?"

Foram feitas pesquisas eletrónicas através de vários motores de busca científica, nomeadamente MEDLINE, EBSCO nas bases de dados CINAHL® Plus with Full Text. Como o método de investigação não surge no título das publicações científicas a pesquisa foi realizada em todo o texto, de forma a encontrar resultados compatíveis com o objeto de estudo. Atendendo à especificidade do tema, para a seleção dos artigos desta revisão bibliométrica foram estabelecidos critérios de inclusão e de exclusão (**tabela 1**), para facilitar e orientar a localização e seleção de estudos relevantes dentro da temática a abordar.

Para seleção dos artigos realizou-se a leitura do título e do resumo de cada uma das 382 publicações, da qual resultou uma seleção de 56 resultaram 19 artigos compatíveis com os critérios definidos constituindo-se estes a amostra do estudo (**figura 1**)

### Ferramentas informáticas utilizadas na análise dos dados

As análises bibliométricas, dado o seu carácter quantitativo e matemático, utilizam a estatística como o instrumento de fundamental importância. Nesta revisão utilizou-se a estatística descritiva univariada e multivariada, com a finalidade de "[...] observar, registar, classificar e descrever as características das unidades [dados] que constituem uma determinada amostra ou população. O tratamento dos dados é traduzido em tabelas, gráficos, medidas estatísticas, que representam e traduzem, de forma simples, a problemática em estudo" (Rodrigues, Pinho e Oliveira, 2010, p. 13). Para o tratamento e análise estatística dos dados foram utilizadas neste processo de investigação as seguintes ferramentas informáticas: Microsoft Office Excel 2007; VOSviewer; Google académico; Fator de impacto foi retirado do site de cada revista referente ao ano de 2018. Os dados estatísticos utilizados, designados por variáveis estatísticas, são variáveis qualitativas nominais<sup>(11)</sup>. Foi realizada uma análise estatística

univariada em que cada variável foi tratada isoladamente, calculando-se as frequências absolutas e relativas (11). Foi também utilizada a estatística multivariada para analisar o conteúdo temático dos artigos selecionados.

### Indicadores bibliométricos calculados

Foram utilizados indicadores de produção científica, de colaboração e de impacto para avaliar o conhecimento dos artigos da área de Enfermagem Oncológica, que utilizaram como método de pesquisa a fenomenologia da prática, desde o ano de 2010. Definimos os seguintes indicadores bibliométricos<sup>(11)</sup>: produção científica por ano, produção científica por temática, produção científica por locais de publicação, número total de revistas de publicação, fator de impacto das revistas de publicação, número de citações da produção científica e a análise das palavras comuns.

O último indicador define-se como bibliométrico multidimensional. Este tipo de indicador recorre a técnicas da estatística multivariada,

que permite elaborar mapas a partir da análise da coocorrência de palavras (*co-word*); também designados como mapas cognitivos, constroem-se a partir da ocorrência das mesmas palavras numa dada amostra documental<sup>(12)</sup>. Optou-se pela utilização deste tipo de mapas porque possibilitam alargar a recolha a bases de dados que utilizam qualquer vocabulário controlado para indexar os documentos nelas contidos<sup>(13)</sup>.

## RESULTADOS

Foi feita a análise dos dados dos artigos que constituíram a amostra, centrada no objeto de estudo, utilizando a estatística para o tratamento dos dados (**tabela 2**). Analisam-se seguidamente os dados recolhidos através dos indicadores bibliométricos definidos.

### Produção científica anual

A produção científica em estudo é constituída por um total de 19 artigos, produzidos entre 2010 e 2018, que se distribuem do seguinte modo: o ano 2010 reúne apenas um trabalho, tendo surgido apenas no ano de 2012 três novos artigos (**tabela 2**). Nos anos seguintes, de 2012 a 2017, houve um incremento do número de artigos publicados, atingindo quatro publicações no ano de 2015. Em 2018 regista-se apenas 1 artigo publicado.

### Artigos por temática

Com a aplicação deste indicador pretende-se identificar as linhas de orientação temática, que caracterizam os estudos de Enfermagem oncológica, que utilizam a fenomenologia da prática como método de estudo e reconhecer os campos científicos de excelência destes estudos. Nos domínios de estudo de enfermagem oncológica optou-se por categorizar as temáticas de acordo com a população alvo de estudo: doentes, familiares e profissionais.

A partir do estudo do indicador bibliométrico «Área Temática» consta-

FIGURA 1

## PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS INDEXADOS NAS BASES DE DADOS SOBRE O OBJETO DE ESTUDO

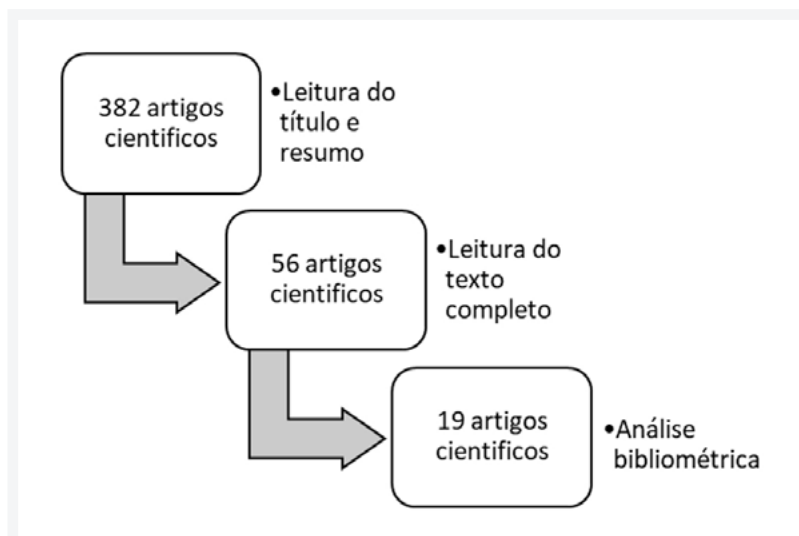


TABELA 1

## CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E EXCLUSÃO UTILIZADOS NA SELEÇÃO DE ARTIGOS

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
<b>Participantes</b>	Doentes, enfermeiros e cuidadores	Exclusivamente outros profissionais/outra área de conhecimento
<b>Intervenção</b>	Oncologia	-
<b>Contexto do estudo</b>	Estudos realizados em contexto hospitalar e comunitário	-
<b>Desenho do estudo</b>	Estudos de investigação como método a fenomenologia da prática	-
<b>Data de publicação</b>	De 2010 a 2018	-

ta-se que a área de investigação no âmbito dos estudos de enfermagem oncológica é a vivência da doença pelos doentes com 74% de relevância nomeadamente determinados aspetos da doença e do seu tratamento. No lugar seguinte, os restantes artigos distribuem por várias temáticas descentradas (**tabela 3**).

#### Produção científica por locais de publicação

Os países onde tem sido utilizada a fenomenologia da prática estão dispersos entre os EUA e a Europa, não tendo uma incidência marcada num território geográfico específico uma vez que o número de artigos publicados é igual em ambos. A análise dos dados possibilitou a recolha de vários locais de publicação, dos quais 4 são europeus, a Inglaterra, Noruega, Suécia e Irlanda. Dos Estados Unidos da América surgiram como locais os estados de Carolina do Sul, Minnestosa, Virginia e New Jersey. Destaca-se o Canadá onde se identificam 2 publicações (ver tabela 2). Em Portugal não se encontrou uma publicação, em forma de artigo científico de investigação, em enfermagem, que tenha utilizado a fenomenologia da prática.

#### Número total de revistas de publicação

Os resultados da avaliação dos dados demonstram que existe uma distribuição heterogénea de artigos publicados. Destaca-se que a Onco-

logy Nursing Forum tem 9 artigos publicados desde 2010 e no European Journal of Oncology Nursing surgiram 2 artigos. Destaca-se que são várias as revistas que têm vindo a publicar artigos com esta metodologia (**Tabela 4**). Daqui se depreende que esta metodologia tem sido apreciada como importante para a investigação em Enfermagem não só pelos investigadores que a usaram como por quem a avalia na qualidade dos artigos realizados.

#### Fator de impacto das revistas de publicação

De forma a avaliar a qualidade das revistas onde foram publicados os artigos científicos foi identificado o fator de impacto (FI) no ano de 2017 (ver tabela 4). Destaca-se a revista Cancer Nursing com FI de 1,844 seguida da European Journal of Oncology Nursing com 1,812 e a Art & Science Research com 1,8. Com FI mais baixo surge a Issues in Comprehensive Pediatric Nursing com apenas 0,32. Constata-se que as revistas com maior número de publicações são aquelas que têm um fator de impacto maior. Realçando a média do FI de 1,337, o que é significativo nas publicações na área de enfermagem.

#### Número de citações da produção científica

Para avaliar o impacto da publicação científica no conhecimento atual foi identificado o número de citações

de cada uma (**Tabela 2**). Destaca-se um dos artigos com 54 citações denominado *Talking With Death at a Diner: Young Women's Online Narratives of Cancer*. Em segundo lugar com 18 citações, surge o artigo *The Lived Experience of Men Diagnosed With Prostate Cancer*. Existem alguns artigos que ainda não foram citados, tal deve-se à recente data de publicação.

#### Análise das palavras comuns

Para analisar o conteúdo dos artigos de forma quantitativa foi utilizado o *software* VOSviewer. Para realizar esta análise foi necessário converter o ficheiro para o formato RIS. Foram analisados os dados de texto, título e resumo, desta análise surgiram dois mapas bibliométricos. Primeiramente, foi utilizado o VOSviewer para realizar a análise quantitativa das palavras-chave que ocorriam nas 5 publicações selecionadas. Foi definido que seria incluídos no mapa os termos que tinham pelo menos 8 ocorrências em cada artigo (critério de seleção recomendado pelo programa informático). O mapa bibliométrico (**figura 2**) demonstra que as palavras *nurse*, *van Manen*, *participant* e *patient*, *cancer* destacam-se como as palavras mais citadas nos artigos analisados. Observa-se ainda que a distância entre cada termo, a cor e a dimensão do *cluster* é idêntica, o que significa que cada termo tem a mesma representatividade nos artigos citados. Pelas ligações

TABELA 2

ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DOS ARTIGOS SELECIONADOS

ARTIGO	JORNAL	LOCAL	DATA	NÚMERO DE CITAÇÕES
Invisibility <sup>(4)</sup>	Cancer Nursing	Birmingham, England	2012	23
A nurse's phenomenological enquiry into doctors' end-of-life decision making <sup>(5)</sup>	Journal of Research in Nursing	United Kingdom	2016	1
Education and counselling group intervention for women treated for gynaecological cancer: does it help? <sup>(6)</sup>	Scandinavian Journal of Caring Sciences	Bergen, Norway,	2013	22
Exploring moral distress in pediatric oncology; a sample of registered practitioners <sup>(7)</sup>	Issues in Comprehensive Pediatric Nursing	Southampton, United Kingdom	2013	16
It's a question of endurance e Patients with head and neck cancer experiences of 18F-FDG PET/CT in a fixation mask <sup>(8)</sup>	European Journal of Oncology Nursing	Uppsala, Sweden	2017	0
Like being covered in a wet and dark blanket e Parents' lived experiences of losing a child to cancer <sup>(9)</sup>	European Journal of Oncology Nursing	Sweden	2015	5
Oncology Nurses and the Experience of Participation in an Evidence-Based Practice Project <sup>(10)</sup>	Oncology Nursing Forum	Memorial Sloan Kettering Cancer Center,	2014	4
Parental Decision Making Regarding the Disclosure or Nondisclosure of a Mutation-Positive BRCA1/2 Test Result to Minors <sup>(11)</sup>	Oncology nursing forum	Canadá	2015	1
Patients' lived experience of myeloma. <sup>(12)</sup>	Art & Science Research	Irlanda	2010	16
Who is a survivor? Perceptions from individuals who experienced pediatric cancer and their primary support persons <sup>(13)</sup>	Support Care Cancer	Orlando, Canada	2017	0
Taking Lemons and Making Lemonade Posttraumatic Growth From Pediatric Cancer <sup>(14)</sup>	Clinical Nurse SpecialistA	Canada	2018	0
Talking With Death at a Diner: Young Women's Online Narratives of Cancer <sup>(15)</sup>	Oncology Nursing Forum	Virginia in Charlottesville	2012	54
The Experience of Initiating Oral Adjuvant Treatment for Estrogen Receptor-Positive Breast Cancer <sup>(16)</sup>	Oncology nursing forum	Boston	2015	2
The Lived Experience of Chemo Brain in Early Stage Breast Cancer in Women 50 and Under <sup>(17)</sup>	Tese de doutoramento		2017	0
The Lived Experience of Men Diagnosed With Prostate Cancer <sup>(18)</sup>	Oncology Nursing Forum	Minnesota	2012	44
The Meaning of Touch to Patients Undergoing Chemotherapy <sup>(19)</sup>	Oncology Nursing Forum	Minnesota	2015	9
Oncology Nurses' Experiences With Patients Who Choose to Discontinue Cancer Chemotherapy <sup>(20)</sup>	Oncology nursing forum	South Carolina	2016	4
Self-Transcendence in Stem Cell Transplantation Recipients: A Phenomenologic Inquiry <sup>(21)</sup>	Oncology Nursing Forum	New Jersey, USA.	2012	10
Experiences in Sexual Health Among Women After Hematopoietic Stem Cell Transplantation <sup>(22)</sup>	Oncology nursing forum	Boston	2016	0

em rede de cada termo verificamos a interligação entre cada um destes na redação do artigo.

A partir desta análise podemos aferir que estes artigos utilizam o método da fenomenologia para compreender o significado da experiência vivida da pessoa no contexto de doença oncológica.

Para uma segunda análise dos conceitos abordados nos artigos foram determinados como critérios a contagem total do número de ocorrências da mesma palavra. Desta contagem foram selecionadas as palavras com pelo menos 8 ocorrências nos 19 artigos. Desta análise surgiu o mapa da **figura 3**.

A partir da observação do mapa bibliométrico<sup>1</sup> consegue-se verificar uma associação dos termos *experience*, *study* e *cancer*, para além disso, estes possuem uma coloração mais forte o que significa que são termos que tiveram maior número de citações. As palavras *patient* e *meaning* surgem destacadas numa coloração forte. Daqui constata-se que nestes artigos, o que é compatível com o defendido por van Manen, que este método é aplicável na compreensão do significado da experiência de vida de processos de doença tão específica como a oncológica.

## DISCUSSÃO

A análise bibliométrica das publicações científicas encontradas permite ilustrar o interesse da aplicabilidade do método fenomenologia da prática, no contexto científico de enfermagem oncológica. Trata-se de um método atual, que tem vindo a ser um recurso importante na investigação qualitativa, sendo a sua utilização predominante na última década. A sua aplicabilidade atual centra-se em doentes adultos que vivenciam situações de crise ou processo de transição de saúde e doença tal como defendido por van Manen (1)(2). Os processos de doença a que esses artigos se direcionam têm

POPULAÇÃO	DIMENSÕES	Nº DE ARTIGOS
Doentes	Vivência da doença	6
	Vivência dos sobreviventes	2
	Vivência de alguns aspetos dos tratamentos	6
Pais	Decisão parental	1
	Vivência da perda de um filho	1
Enfermeiros	Distress moral em pediatria	1
	Experiência de participar num projeto de intervenção	1
	Vivência da desistência do tratamento por um doente	1

REVISTA	FATOR DE IMPACTO	Nº DE PUBLICAÇÕES
Art & Science Research	1,8	1
Clinical Nurse SpecialistA	1,012	1
European Journal of Oncology Nursing	1,812	2
Issues in Comprehensive Pediatric Nursing	0,32	1
Journal of Research in Nursing	0,69	1
Oncology Nursing Forum	1,785	9
Scandinavian Journal of Caring Sciences	1,318	1
Support Care Cancer	1,45	1
Cancer Nursing	1,844	1
	<b>Média=1,337</b>	<b>Total= 19</b>

uma maior predominância na área da vivência do doente oncológico. Este método de investigação proporciona conhecimento aprofundado sobre o tema, de forma que os artigos têm sido identificados em revistas com um relevante fator de impacto (3). Este conhecimento proporciona um enriquecimento da ciência em Enfermagem o que se revela no número de citações dos artigos. Tendo em conta a análise da distribuição dos artigos por locais de produção,

denota-se que este método está disseminado nos vários países que desenvolvem investigação, compreendendo-se a sua distribuição pela comunidade científica.

## CONCLUSÃO

Compreende-se a importância e pertinência da abordagem da experiência da pessoa, para além da vivência da doença considerando que o foco da fenomenologia da prática

FIGURA 2

ANÁLISE DAS PALAVRAS-CHAVE CITADAS NOS ARTIGOS SELECIONADOS

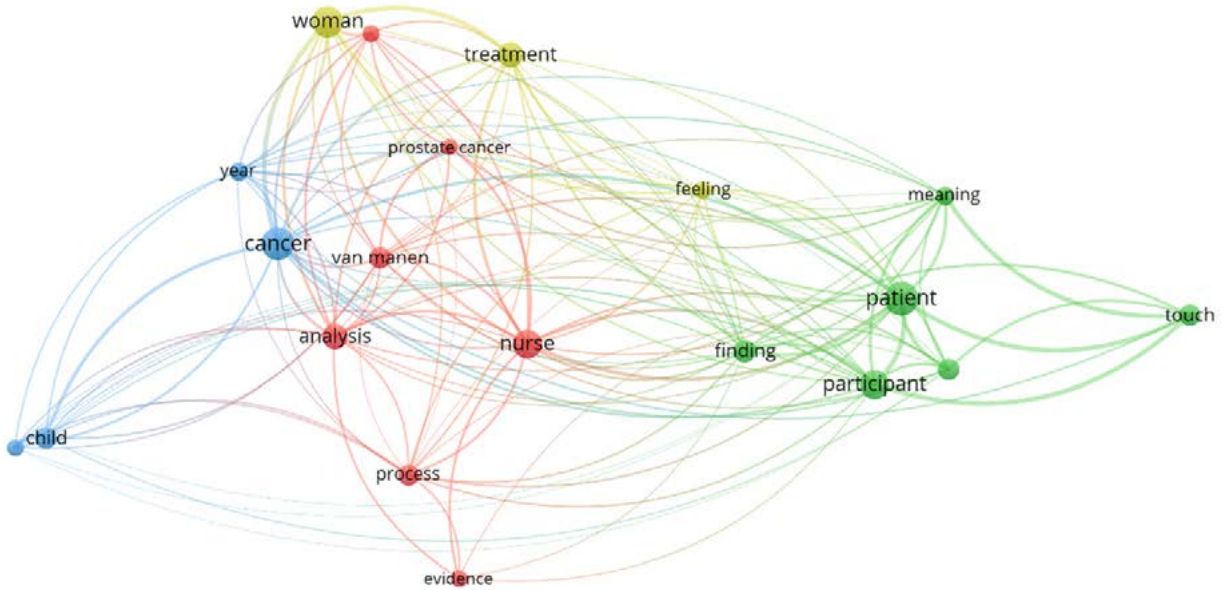
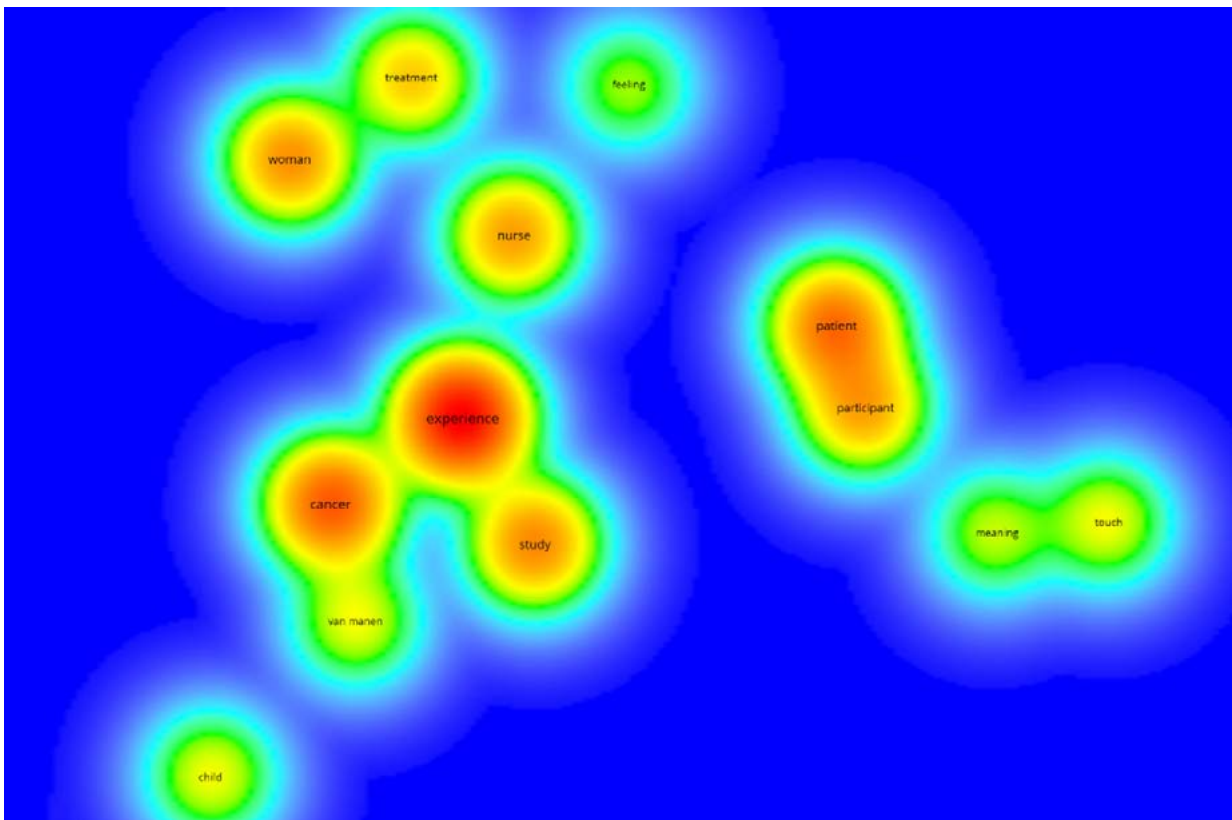


FIGURA 3

REPRESENTAÇÃO DA ANÁLISE DAS PALAVRAS MAIS UTILIZADAS



de van Manen é a experiência vivida da pessoa e observando a evolução no número de artigos publicados ao longo dos anos. Para além disso, este método possibilita o atualizar e aprofundar do conhecimento sobre o que a pessoa vive, para além da manifestação de sinais e sintomas, permitindo conhecer o foco de cui-

dados, as necessidades, as emoções e as interpretações que irão ter consequências na prestação de cuidados. Consegue fornecer uma ilustração fidedigna do episódio de vida, de acordo com a experiência vivenciada pelo sujeito do estudo. Fornece-nos informações sobre como um episódio, um fator do cuidado ou

uma crise interfere com a sua esfera familiar, bio-psico-sociocultural. Tal, possibilita ao enfermeiro conhecer com maior profundidade para melhor cuidar. Este método abre-nos o campo de intervenção da enfermagem para a vivência da pessoa além da doença. ▴



## Referências

1. Van Manen M. Phenomenology in Its Original Sense. *Qual Health Res.* 2017;27(6):810-25.
2. Pereira PS. ARTIGO ANÁLISE REFLEXIVA FENOMENOLOGIA DA PRÁTICA : INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM DA EXPERIÊNCIA VIVIDA. *Rev Enferm UFPE Line.* 2015;9(10).
3. Umbelino FMBC. Factor de Impacto de Revistas Científicas na Área de Enfermagem Impact Factor of Scientific Journals in the Nursing Area. *Rev Ref.* 2999;8(II):95-100.
4. Jefferies H, Clifford C. Invisibility. *Cancer Nurs* [Internet]. 2012;35(5):382-9. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00002820-201209000-00008>
5. Charman LA, Esterhuizen P. A nurse's phenomenological enquiry into doctors' end-of-life decision making. *J Res Nurs.* 2016;21(2):82-93.
6. Sekse RJT, Blaaka G, Buestad I, Tengesdal E, Paulsen A, Vika M. Education and counselling group intervention for women treated for gynaecological cancer: Does it help? *Scand J Caring Sci.* 2014;28(1):112-21.
7. Pye K. Exploring moral distress in pediatric oncology; A sample of registered practitioners. *Compr Child Adolesc Nurs.* 2013;36(4):248-61.
8. Andersson C, Röing M, Tiblom Ehrsson Y, Johansson B. It's a question of endurance - Patients with head and neck cancer experiences of 18F-FDG PET/CT in a fixation mask. *Eur J Oncol Nurs.* 2017;29:85-90.
9. Björk M, Sundler AJ, Hallström I, Hammarlund K. Like being covered in a wet and dark blanket - Parents' lived experiences of losing a child to cancer. *Eur J Oncol Nurs.* 2016;25:40-5.
10. Fridman M, Frederickson K. Oncology Nurses and the Experience of Participation in an Evidence-Based Practice Project. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2014;41(4):382-8. Available from: <http://onf.ons.org/onf/41/4/oncology-nurses-and-experience-participation-evidence-based-practice-project>
11. Seenandan-Sookdeo K-A, Hack T, Lobchuk M, Murphy L, Marles S. Parental Decision Making Regarding the Disclosure or Nondisclosure of a Mutation-Positive BRCA1/2 Test Result to Minors. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2016;43(3):330-41. Available from: <http://onf.ons.org/onf/43/3/parental-decision-making-regarding-disclosure-or-nondisclosure-mutation-positive-brca12>
12. Kelly M, Dowling M. Patients' lived experience of myeloma. *Nurs Stand.* 2011;25(28):38-44.
13. Molinaro ML, Fletcher PC. Who is a survivor? Perceptions from individuals who experienced pediatric cancer and their primary support persons. *Support Care Cancer* [Internet]. 2017; Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00520-017-3931-1>
14. Molinaro ML, Fletcher PC. Taking Lemons and Making Lemonade: Posttraumatic Growth from Pediatric Cancer. *Clin Nurse Spec.* 2018;32(5):268-78.
15. Keim-Malpass J, Steeves RH. Talking With Death at a Diner: Young Women's Online Narratives of Cancer. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2012;39(4):373-8. Available from: <http://onf.ons.org/onf/39/4/talking-death-diner-young-womens-online-narratives-cancer>
16. Flanagan J, Tetler D, Winters L, Post K, Habin K. The Experience of Initiating Oral Adjuvant Treatment for Estrogen Receptor-Positive Breast Cancer. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2016;43(4):E143-52. Available from: <http://onf.ons.org/onf/43/4/experience-initiating-oral-adjuvant-treatment-estrogen-receptor-positive-breast-cancer>
17. Gibbons PA, Lothian J, Sturm B, Wells M. The Lived Experience of Chemo Brain in Early Stage Breast Cancer in Women 50 and Under. 2017; Available from: <https://search.proquest.com/openview/41e8e9f481088d2b46b87e161c172c64/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
18. Krumwiede K a., Krumwiede N. The Lived Experience of Men Diagnosed With Prostate Cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2012;39(5):E443-50.
19. Leonard K, Kalman M. The Meaning of Touch to Patients Undergoing Chemotherapy. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2015;42(5):517-26. Available from: <http://onf.ons.org/onf/42/5/meaning-touch-patients-undergoing-chemotherapy>
20. Dhotre, K.B, Swann , A.A, Bottai, M, Heiney, S.P. Oncology Nurses' Experiences With Patients Who Choose to Discontinue Cancer Chemotherapy. *ONCOLOGY NURSING FORUM.* [Online] 2016;43(5): 617-623. Available from: <http://dx.doi.org/10.1188/16.ONF.617-623> [Accessed 15 January 2019].
21. Williams, B.J, Swann , A.A, Bottai, M, Heiney, S.P. Self-Transcendence in Stem Cell Transplantation Recipients: A Phenomenologic Inquiry. *ONCOLOGY NURSING FORUM.* 2012;39(1): 41-48.
22. Astarita, S, Caruso, L, Barron, A.M, Rissmiller, P. Experiences in Sexual Health Among Women After Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *ONCOLOGY NURSING FORUM.* [Online] 2016;43(6): 754-759. Available from: <http://dx.doi.org/10.1188/16.ONF.754-759> [Accessed 15 January 2019].

**MANUELA FERREIRA**

PhD. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

✉ [mmcferreira@gmail.com](mailto:mmcferreira@gmail.com)

**LÍDIA CABRAL**

PhD. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

**SOFIA CAMPOS**

PhD. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal. CI&DEI: Centro de Estudos em Educação e Inovação, Viseu, Portugal.

**JOÃO DUARTE**

PhD. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

**CLÁUDIA CHAVES**

PhD. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal. CI&DEI: Centro de Estudos em Educação e Inovação, Viseu, Portugal.

**RAQUEL GUINÉ**

PhD. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior Agrária, Viseu, Portugal. CERNAS - Centro de Estudos de Recursos Naturais, Ambiente e Sociedade, Coimbra, Portugal.

# PERFORMANCE DE APRENDIZAGEM E O ABANDONO ESCOLAR NO ENSINO SUPERIOR

## Learning performance and school dropout in higher education

### Abstract

**Introduction & Objectives:** Learning performance is related to the individual, pedagogical, institutional and external factors. This study aims to test the factor structure of the Learning Performance Scale and how it relates to school dropout.

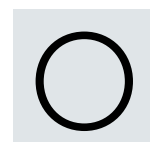
**Methodology:** A quantitative, transversal, descriptive and correlational study. A socio-demographic and academic characterization questionnaire of the students of Higher Education and the Learning Performance Scale of Young, Klemz & Murphy (2003), adapted by Costa (2013), was used as a data collection instrument. The sample consisted of 891 students from Polytechnic Higher Education, with a mean age of 19.68 years ( $\pm 2.34$  years). The female gender is more representative, with 68.2%, being the minimum age 17 years and maximum 40 years.

**Results and Discussion:** The Learning Performance Scale is unifactorial and consists of 6 items. It has been found that the model is well adjusted. The internal consistency obtained by the composite reliability is very good, but there is no convergent validity. Female students had a higher rate of learning performance (Mean=70.87 $\pm$ 11.71). The majority of students with older age (41.4%) present a low learning performance.

**Conclusions:** The results show that the learning performance is predictive of the intention to drop out of school, which implies considering this variable in the programs that promote the continuation of studies in higher education.

**KEYWORDS:** LEARNING PERFORMANCE; SCHOOL DROPOUT; HIGHER EDUCATION.

### INTRODUÇÃO



abandono no ensino superior é um fenómeno com crescente visibilidade política e social, constituindo-se um tema de reflexão por parte da comunidade científica e das instituições do ensino superior<sup>1</sup>. A implementação do Processo de Bolonha obrigou a repensar o ensino superior, resultando em trans-

formações do papel do aluno, do professor, do processo de aprendizagem e das formas de avaliação. Num estudo realizado com estudantes de um Instituto Superior Técnico de Portugal, Correia, Gonçalves e Pile<sup>2</sup> referem que os fatores, individual, pedagógicos, institucional e a envolvente externa, estão relacionados com a aprendizagem. A dimensão indi-



vidual abarca o percurso escolar, desempenho escolar, dados socioeconómicos, fatores psicológicos. A dimensão pedagógica compreende as questões relacionadas com os currículos e os professores, destacando-se a interação professor/estudante, a atratividade do curso, os ritmos de trabalho, a organização curricular e a transmissão de conhecimento. A dimensão institucional abrange as questões associadas aos equipamentos e serviços, condições de frequência, grau de integração e participação. A dimensão da envolvente externa diz respeito à transição do espaço cultural e do espaço geográfico<sup>2</sup>.

Na perspetiva dos autores, a performance de aprendizagem dos estudantes do ensino superior prende-se com a sua perceção acerca dos conteúdos lecionados no curso, o conhecimento que adquirem, as competências que desenvolvem, o esforço que despendem, a capacidade para aplicarem os conhecimentos adquiridos e o desejo para aprenderem mais acerca dos conteúdos lecionados<sup>2</sup>.

Numa abordagem diferente da anterior, Pereira, Motta, Vaz, Pinto, Bernardino, Melo, et al.<sup>3</sup> apresentam alguns fatores que interferem na performance de aprendizagem dos estudantes do ensino superior: "fatores relacionados com a transição e adaptação ao ensino superior, fatores relacionados com as questões académicas, incluindo os currículos, o stress e ansiedade perante as avaliações, e fatores relacionados com o desenvolvimento pessoal". Os mesmos autores salientam ainda que, quer os problemas de natureza pessoal, quer os relacionados com o processo de desenvolvimento do estudante, quer os de natureza patológica, interferem na aprendizagem dos estudantes, assim, torna-se prioritário que se intervenha ao nível da sua saúde física e mental.

Beck e Rausch<sup>4</sup> referem como

principais fatores que interferem na Performance de aprendizagem dos estudantes do ensino superior: o estudante, o assunto e os professores. O fator estudante abrange variáveis relacionadas com as suas motivações pessoais e profissionais, por meio de experiências profissionais, relação estabelecida com os vários agentes educativos e a atitude do estudante para com o desenvolvimento do seu conhecimento, através da dedicação, participação, elaboração de trabalhos, atividades extracurriculares, entre outros. O fator assunto abarca outras variáveis relevantes para o processo de ensino e aprendizagem, como a estrutura, a forma e sequência lógica em que ocorre esse processo. As variáveis relativas ao fator professor remetem para o posicionamento do professor perante os estudantes, pela sua organização na prática de ensino, utilização de recursos, horários, poder de comunicação, condução do processo avaliativo, incluindo o feedback do desenvolvimento e progressos, bem como o relacionamento de forma geral.

### OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo testar a estrutura factorial da Escala de Performance de Aprendizagem e verificar qual a sua relação com a intenção de abandono escolar.

### MÉTODOS

Estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional. Utilizou-se como instrumento de recolha de dados um questionário de caracterização sociodemográfica e académica dos estudantes do Ensino Superior, a Escala de Performance de Aprendizagem de Young, Klemz & Murphy (2003), adaptada por Costa<sup>5</sup> e a Escala de Intenção de abandono escolar (M-ES)<sup>6</sup>. A amostra ficou constituída por 891 estudantes

do Ensino Superior Politécnico, com uma idade média de 19,68 anos ( $\pm 2,34$  anos). O género feminino apresenta uma maior representatividade, com 68,2%, sendo a idade mínima 17 anos e máxima 40 anos.

### RESULTADOS

Apura-se que, os índices mínimos e os índices máximos da performance de aprendizagem, para o total da amostra, oscilam entre 0,00 e 100,00, com uma média de  $66,61 \pm 12,54$ . Os estudantes do sexo masculino revelam um índice mais baixo de performance de aprendizagem (Média=13,79 $\pm$ 20,61) em comparação com o sexo feminino (Média=70,87 $\pm$ 11,71). Para o sexo feminino os valores mínimos e máximos oscilam entre 0,00 e 100,00 e para o sexo masculino entre 25,00 e 100,00. Os coeficientes de variação revelam dispersão moderada e baixa face às médias encontradas.

No caso dos resultados da performance de aprendizagem em função do sexo, verifica-se que 55,5% dos estudantes do sexo feminino revelam baixa performance de aprendizagem. É também neste grupo que se registam as percentagens mais elevadas relativamente à performance moderada (54,0%) e à alta performance de aprendizagem (73,0%), com diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=27,946$ ;  $p=0,000$ ).

No que diz respeito à idade, verifica-se que os estudantes mais velhos ( $\geq 20$  anos), apresentam percentuais mais elevados de baixa e alta performance de aprendizagem, 41,4% e 39,3%, respetivamente. Os estudantes mais novos revelam, maioritariamente, moderada performance de aprendizagem (36,2%). São os estudantes que não possuem estatuto que apresentam percentuais mais elevados em todos os grupos de corte da performance de aprendizagem, nomeadamen-

TABELA 1

## CONSISTÊNCIA INTERNA DA ESCALA DA PERFORMANCE DE APRENDIZAGEM

n.º	Itens	Media	Desvio Padrão	Correlação Item/total	R <sup>2</sup>	α	h <sup>2</sup>
1	O conhecimento que adquiriu.	3,75	0,662	0,685	0,543	0,761	0,664
2	As competências que desenvolveu.	3,68	0,620	0,658	0,530	0,769	0,637
3	O esforço que dispendeu.	3,84	0,826	0,410	0,187	0,828	0,302
4	A sua capacidade para aplicar os conhecimentos adquiridos.	3,63	0,682	0,618	0,440	0,775	0,592
5	O seu desejo para aprender mais acerca dos temas do curso.	4,20	0,763	0,530	0,332	0,795	0,459
6	O seu entendimento acerca das matérias do curso.	3,63	0,657	0,618	0,445	0,776	0,573
Coeficiente Split-half				Primeira Metade 0,716		Segunda Metade 0,743	
Coeficiente alpha Cronbach global				0,814			

te: 88,7% com baixa performance de aprendizagem, 95,1% moderada e 92,2% alta performance de aprendizagem, com diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=6.648$ ;  $p=0,036$ ), situando-se entre os estudantes sem estatuto e com moderada performance de aprendizagem e os que possuem estatuto com baixa performance de aprendizagem.

Relativamente aos resultados em função dos benefícios sociais, constata-se que são os estudantes que não possuem qualquer benefício social que revelam um percentual mais elevado de baixa, moderada e alta performance de aprendizagem, com 63,9%, 54,4% e 52,0%, respetivamente, com diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=9,611$ ;  $p=0,048$ ).

Em relação aos dados em função da deslocação da residência habitual, verifica-se que no grupo de estudantes com baixa performance de aprendizagem estão em maioria os que estão deslocados (72,2%), sendo também os deslocados que apresentam uma percentagem mais elevada de moderada (70,6%) e alta (63,5%) performance de aprendizagem.

No tocante à regularidade de estudo, na baixa performance, estão

em maioria, os estudantes que estudam ocasionalmente (56,7%). Já na moderada e alta performance encontram-se os que estudam frequentemente, 39,3% e 50,8%, respetivamente, com diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=78.941$ ;  $p=0,000$ ).

Da análise em função das habilitações literárias do pai, verifica-se que em todos os scores da performance de aprendizagem, as percentagens mais elevadas correspondem aos estudantes cujo pai possui o ensino básico, nomeadamente: 45,1% com baixa performance de aprendizagem, 44,5% mode-

rada e 40,4% alta performance de aprendizagem.

Em relação às habilitações literárias da mãe, são igualmente mais expressivas as percentagens dos estudantes cuja mãe possui o ensino básico, designadamente: 37,3% de estudantes com baixa performance de aprendizagem, 36,5% moderada e 36,9% alta performance de aprendizagem.

#### Estudo psicométrico da Escala da Performance de Aprendizagem

Inicia-se o estudo psicométrico da Escala Performance de Aprendizagem determinando as estatísticas

TABELA 2

## ESTIMATIVAS, RÁCIOS CRÍTICOS E COEFICIENTES LAMBDA DA ESCALA PERFORMANCE DE APRENDIZAGEM

TRAJETÓRIAS			ESTIMATIVAS	RÁCIOS CRÍTICOS	P
epa1	<---	F1	1,000		
epa2	<---	F1	,998	16,912	***
epa3	<---	F1	,632	8,466	***
epa4	<---	F1	,669	11,739	***
epa5	<---	F1	,705	9,777	***
epa6	<---	F1	,727	12,546	***

de cada um dos itens e procedemos à análise de consistência interna (**Tabela 01**).

Tabela 01. Consistência Interna da Escala da Performance de Aprendizagem

Os índices mínimos e máximos para cada um dos itens, situam-se entre 1 e 5, sendo 1, extremamente baixo e 5 extremamente elevado. A correlação item total indica que o coeficiente mais elevado ( $r=0,685$ ) regista-se no item 1 "O conhecimento que adquiriu" e o menor ( $r=0,410$ ) no item 3 "O esforço que despendeu", com uma variabilidade de 54,3% e 18,7%, respetivamente. Os coeficientes de alfa de Cronbach, dos itens são razoáveis, oscilando entre ( $\alpha=0,761$ ) no item 1 e ( $\alpha=0,828$ ) no item 3, com um alfa global de 0,814. O valor do índice de fiabilidade de split-half é ligeiramente inferior ao alfa global, com um alfa de 0,716 para a primeira metade e 0,743 para a segunda metade.

Considerando que todos os itens apresentavam correlações superiores a 0,20, procedeu-se à análise fatorial exploratória.

A medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) registou um valor de 0,825, sugestivo de boa correlação entre os itens o que é indicativo que a análise fatorial exploratória é apropriada. O teste de Bartlett's Test of Sphericity (teste de especificidade) é de 936,452 com um p-value de 0,000 que assinala que os itens não se encontram correlacionados.

Realizada a extração dos fatores pelo método de rotação varimax e com eigenvalues (valores próprios) superiores a 1 obteve-se uma estrutura unifatorial que explica 53,78% da variância total. O gráfico de declive (Scree plot), atesta a estrutura unifatorial conforme o ponto de inflexão da curva.

Submetemos o modelo unifatorial hipotetizado a análise fatorial confirmatória. Na avaliação da sensibilidade dos itens, observaram-se

TABELA 3		
CORRELAÇÕES DE PEARSON ENTRE VARIÁVEIS INDEPENDENTES E AS DIMENSÕES DA INTENÇÃO DE ABANDONO ESCOLAR		
VARIÁVEIS	R	P
<b>Dimensão Organizacional</b>		
Idade	-0.047	0.078
Sexo	-0.045	0.091
Performance de aprendizagem	-0.117	0.000
<b>Dimensão Gestão de Vida</b>		
Idade	-0.051	0.065
Sexo	-0.178	0.000
Performance de aprendizagem	-0.027	0.210
<b>Dimensão Profissão/carreira</b>		
Idade	-0.078	0.010
Sexo	-0.056	0.047
Performance de aprendizagem	-0.134	0.000
<b>Dimensão Relacional</b>		
Idade	-0.034	0.152
Sexo	0.028	0.200
Performance de aprendizagem	-0.165	0.000
<b>Dimensão Intenção de Abandono global</b>		
Idade	-0.063	0.030
Sexo	-0.078	0.010
Performance de aprendizagem	-0.128	0.000

valores de assimetria e curtose que revelam itens aproximadamente simétricos, a oscilarem em valores absolutos para a assimetria entre 1,06 no item 3 e 1,65 no item 1 e para a curtose entre 1,21 no item 3 e 3,34 no item 6 com um coeficiente multivariado de Mardia (0,928) inferior ao valor de referência (5,0).

A **tabela 02** explana os rácios críticos e as saturações dos itens, aferindo-se pelos rácios críticos que todos os itens apresentam significância estatística com o fator correspondente.

Tabela 02. Estimativas, rácios críticos e coeficientes Lambda da Escala Performance de Aprendizagem A **Figura 01** atesta a saturação dos itens pelo fator sendo que a menor saturação regista-se nos itens epa3

( $r=0,460$ ) e a maior no item epal ( $r=0,810$ ). Decidimos pela manutenção do item 3 dada a relevância do mesmo para o fator.

A fiabilidade individual dos itens regista índices superiores a 0,25 com exceção do item acima referido.

O índice de bondade de ajustamento global no primeiro modelo revela valores pouco adequados para a razão do  $\chi^2/df=8,747$  e RMSEA= 0,132 e adequados para o GFI= 0,943; CFI= 0,920, RMR= 0,027 e SRMR= 0,052. Realizou-se o refinamento do modelo com os índices de modificação propostos pelo AMOS. A **figura 02** expressa o resultado obtido e representa o modelo final, verificando-se desta forma que não existem problemas de colineariedade.

FIGURA 01

MODELO INICIAL

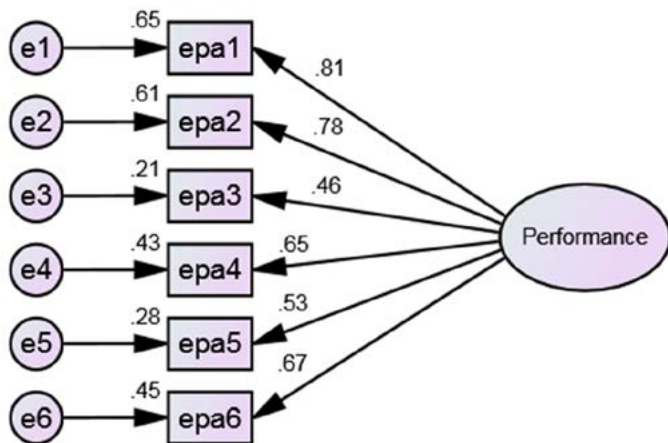
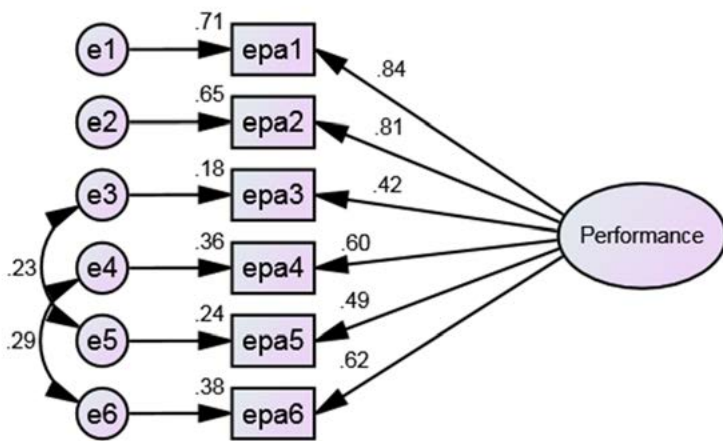


FIGURA 02

MODELO FINAL AJUSTADO COM ÍNDICES DE MODIFICAÇÃO



A **tabela 5** apresenta os índices de bondade de ajustamento global, obtidos nos diferentes passos. Pelos dados registados apura-se que o modelo se encontra bem ajustado ( $\chi^2/g.l = 4,103$ ;  $GFI = 0,979$ ;  $CFI = 0,975$ ;  $RMSEA = 0,084$ ;  $RMR = 0,017$ ;  $SRMR = 0,035$ ). Por outro lado, a consistência interna obtida pela fiabilidade compósita é muito boa ( $FC = 0,804$ ), contudo, não encontramos valida-

de convergente ( $VEM = 0,419$ ). Uma vez que a escala é unifactorial não foi avaliada a validade discriminante.

**Escala de Intenção de Abandono Escolar**

A Escala de Intenção de Abandono do Ensino Superior (M-ES)<sup>6</sup> é uma escala brasileira constituída por 53 itens relacionados com os motivos

que influenciam um estudante do ensino superior a evadir-se do seu curso. A chave de resposta é tipo likert de cinco pontos, de "1 – muito fraco" a "5 – muito forte". O instrumento está subdividido em cinco fatores: Fator 1, Motivos Institucionais; Fator 2, Motivos Pessoais; Fator 3, Motivos relacionados à falta de suporte; Fator 4, Motivos relacionados à carreira; Fator 5, Motivos relacionados ao desempenho académico; Fator 6, Motivos interpessoais; Fator 7, Motivos relacionados à autonomia.

Iniciou-se o estudo psicométrico com a determinação das estatísticas de cada um dos itens e procedeu-se de seguida à análise de consistência interna. Assim, a Escala de Intenção de Abandono do Ensino Superior ficou composta por 30 itens. A análise fatorial exploratória e confirmatória demonstrou a validade da sua estrutura em quatro dimensões: Dimensão 1, Organizacional, formada por 8 itens; Dimensão 2, Gestão de vida, formada por 7 itens; Dimensão 3, Profissional/carreira, formada por 8 itens; e Dimensão 4, Relacional, formada por 7 itens.

Para se estudar a relação entre a dimensão organizacional e as variáveis sociodemográficas (idade e sexo) e a performance de aprendizagem efetuou-se uma regressão linear múltipla univariada, por ser o método mais utilizado quando se pretende analisar em simultâneo a relação entre uma variável dependente e duas ou mais variáveis independentes, de natureza quantitativa. Como método de estimação usado para seleção das variáveis independentes optou-se pelo método stepwise, que gera tantos modelos quantos os necessários até à determinação das variáveis predictoras. A variável sexo, para poder figurar na regressão múltipla, foi transformada em variável dummy, sendo coligido o sexo masculino com o código 0 e o feminino com o código 1.

TABELA 4

## ANÁLISE DE VARIÂNCIA ENTRE AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES E AS DIMENSÕES DA INTENÇÃO DE ABANDONO ESCOLAR

Pesos de Regressão Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	P
<b>Variável dependente: Dimensão Organizacional</b>				
R=0,208; R <sup>2</sup> =0,043; R <sup>2</sup> Ajustado=0,039; Erro padrão de estimativa=19,47; Incremento de R <sup>2</sup> =0,005; F=4,73; p=0,030				
Constante	9.510		8.795	0.000
Sexo	-3.248	-0.076	-2.274	0.023
Performance de aprendizagem	-0.290	-0.183	-5.052	0.000
<b>Variável dependente: Dimensão gestão de vida</b>				
R=0,224; R <sup>2</sup> =0,050; R <sup>2</sup> Ajustado=0,047; Erro padrão de estimativa=21,78; Incremento de R <sup>2</sup> =0,010; F=9,20; p=0,002				
Constante	46,795		10,233	0.000
Sexo	-8,476	-0,177	-5,335	0.000
Performance de aprendizagem	-0,195	-0,110	-3,035	0,002
<b>Variável dependente: Dimensão profissão/carreira</b>				
R=0,188; R <sup>2</sup> =0,035; R <sup>2</sup> Ajustado=0,031; Erro padrão de estimativa=18,68; Incremento de R <sup>2</sup> =0,006; F=5,67; p=0,017				
Constante	56,832		13,113	0.000
Sexo	-3,817	-0,094	-2,775	0,006
Performance de aprendizagem	-0,181	-0,120	-3,275	0,001
<b>Variável dependente: Dimensão relacional</b>				
R=0,224; R <sup>2</sup> =0,050; R <sup>2</sup> Ajustado=0,046; Erro padrão de estimativa=18,14; Incremento de R <sup>2</sup> =0,007; F=9,54; p=0,011				
Constante	34,984		7,624	0.000
Performance de aprendizagem	-0,218	-0,147	-4,277	0.000
<b>Variável dependente: Intenção de Abandono escolar Total</b>				
R=0,192; R <sup>2</sup> =0,037; R <sup>2</sup> Ajustado=0,034; Erro padrão de estimativa=16,59; Incremento de R <sup>2</sup> =0,011; F=10,02; p=0,002				
Constante	45.248		11.999	0.000
Sexo	-4.045	-0.112	-3.328	0.001
Performance de aprendizagem	-0.219	-0.163	-4.800	0.000

Estudou-se através da regressão múltipla, as dimensões da intenção de abandono escolar.

Assim, com exceção da idade para a dimensão relacional ( $r=0,028$ ), todas apresentam valores correlacionais negativos. A performance de aprendizagem apresenta evidência estatística em todas as dimensões ( $p=0,000$ ), excetuando a dimensão gestão de vida. O sexo apresenta evidência estatística nas dimensões gestão de vida, profissão/carreira e intenção de abandono global,  $p=0,000$ ,  $p=0,047$ , e  $p=0,010$ , respectivamente. Já a idade

apresenta evidência estatística nas dimensões profissão/carreira e intenção de abandono global, com  $p=0,010$  e  $p=0,030$ , respectivamente (**Tabela 03**).

De acordo com a **tabela 04** a performance de aprendizagem é preditora em todas as dimensões da intenção de abandono escolar, por outro lado o sexo é preditor em todas as dimensões com exceção da dimensão relacional. Pelos coeficientes padronizados beta, para todas as dimensões da intenção de abandono escolar, verifica-se que a performance de

aprendizagem e o sexo estabelecem uma relação inversa, sugerindo que quanto menos performance de aprendizagem e independentemente do sexo, mais os estudantes tendem a revelar intenção de abandono escolar tendo subjacente a dimensão organizacional.

### DISCUSSÃO

Os resultados obtidos em relação à performance de aprendizagem, revelam que estudantes do sexo masculino apresentam um índice mais baixo de performance de

aprendizagem (Média=13,79±20,61) comparativamente ao sexo feminino (Média=70,87±11,71). Neste sentido, Costa<sup>5</sup> refere que o desempenho ou performance de aprendizagem constituiu-se como um constructo de grande relevância para se alcançar o sucesso académico, estando associada à motivação, à capacidade cognitiva dos estudantes, sendo um fator que pode interferir na intenção de abandono escolar.

Afonso<sup>7</sup> no seu estudo com 173 estudantes do primeiro ano da Universidade da Beira Interior, numa amostra maioritariamente feminina, com idade compreendida entre os 17 e os 35 anos (M=19,6±2,34), constatou que as mulheres apresentam melhor qualidade de vida académica, estando os resultados apurados no presente estudo em concordância. Santos e Almeida<sup>8</sup> mencionam que a qualidade de vida académica e a performance

de aprendizagem são fatores que variam de acordo com as vivências de cada estudante, com impacto individual. Contudo, ainda em conformidade com os mesmos autores, independentemente das características de cada estudante, determinadas variáveis do contexto académico são importantes per se. No nosso estudo quanto menos performance de aprendizagem demonstram os estudantes, independentemente do sexo, e maior a perceção emocional mais os estudantes tendem a revelar intenção de abandono escolar. A performance de aprendizagem é preditora da dimensão gestão de vida dos estudantes do ensino superior.

### CONCLUSÕES

Dos resultados obtidos, verificamos que, o modelo final ajustado com índices de modificação da Escala de Performance de aprendizagem

está bem ajustado e que a consistência interna obtida pela fiabilidade compósita é muito boa (FC= 0,804), porém, não se encontrou validade convergente (VEM= 0,419). Os resultados apontam que a performance de aprendizagem é preditora da intenção de abandono escolar, o que implica considerar esta variável nos programas promotores de prosseguimento de estudos no âmbito do ensino superior. Perante estas evidências, importa mencionar que o abandono escolar no ensino superior potencia as desigualdades económicas, sociais e culturais da sociedade portuguesa. Torna-se imperioso a implementação de medidas que minimizem o impacto, não só no sistema educativo, mas também na sociedade. É basilar o papel dos agentes educativos, quer na sensibilização e capacitação dos seus estudantes, como na participação em programas que permitam inovar o sistema. ▀



## Referências

1. Ferreira F, Fernandes, P. Fatores que influenciam o abandono no ensino superior e iniciativas para a sua prevenção o olhar de estudantes. *Educação, Sociedade & Culturas*. 2015;45:177-97. Disponível em <http://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/ESC45Ferreira.pdf>
2. Correia T, Gonçalves I, Pile M. Insucesso académico no IST. Lisboa: Instituto Superior Técnico; 2013.
3. Pereira A, Motta D, Vaz A, Pinto C, Bernardino O, Melo AC, et al. Sucesso e desenvolvimento psicológico no ensino superior: Estratégias de intervenção. *Análise psicológica*. 2006;1(XIV):51-9.
4. Beck F, Rausch RB. Fatores que influenciam a processo ensino-aprendizagem na percepção de discentes do curso de Ciências Contábeis. In: Congresso USP de Controladoria e Contabilidade, 2014; São Paulo. Disponível em <http://www.congressosp.fipecafi.org/>
5. Costa TMS. O abandono escolar no meio rural. Os jovens entre os dois saberes: Escola e trabalho. In: IV Congresso Português de Sociologia, 2013; Lisboa. Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia; 2013. Disponível em [http://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR462de7d2c3524\\_1.pdf](http://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR462de7d2c3524_1.pdf)
6. Ambiel RAM. Construção da Escala de Motivos para Evasão do Ensino Superior. *Avaliação Psicológica*. 2015;14(1):41-52. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v14n1/v14n1a06.pdf>
7. Afonso TJM. Transição e adaptação ao ensino superior: Vivências académicas e identidade vocacional [dissertação de mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2012. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.6/2670>
8. Santos L, Almeida LS. Vivências académicas e rendimento escolar: Estudo com alunos universitários do 1º ano. *Análise Psicológica*. 2001;XIX(2):205-17.

# TransCoCon Project

TRANSCULTURAL COLLABORATION AND COMPETENCE IN NURSING

[www.transcocon.ac.uk](http://www.transcocon.ac.uk)

2017-2-UK01-KA203-036612

## Our aims

TransCoCon will focus on promoting internationalisation, recognition and mobility whilst enhancing cultural awareness and the promotion of transcultural competence in the professional context of nursing and healthcare.

The project group will consult with nursing students, practitioners, teachers and service users, using a participatory design approach to investigate 'real life' scenarios in nursing which will aid the development of a new multimedia based training platform.

## Execution

01-09-2017 until 31-07-2020

## Overall budget

€ 234.755,00

## Agency

Erasmus+ UK National Agency

## Partners

- The University of Nottingham (UK)
- Fachhochschule Bielefeld (Germany)
- Escola Superior de Enfermagem do Porto (Portugal)
- Hogeschool Gent (Belgium)
- St. Angela's College (Ireland)

## About

TransCoCon will focus on enhancing cultural awareness and promotion of transcultural competence in the professional context of nursing and healthcare, by:

Establishing a transnational partnership including nursing students, practitioners, teachers and service users; to use a participatory design approach investigating real life scenarios.

Designing, testing and adapting an online platform to share findings and learning, related to scenarios and narratives.

Facilitating student participant reflection on best evidence for nursing practice, including equality, diversity and inclusivity to widen professional evidence.





# ANSIEDADE PERIOPERATÓRIA EM ADOLESCENTES: MANIFESTAÇÕES E NECESSIDADES DE CONTROLO. REVISÃO INTEGRATIVA

Perioperative anxiety in adolescents: manifestations and control needs.  
An integrative review

## MÁRCIA PESTANA-SANTOS

RN, MsC, PhD Student. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (EEnfC), Coimbra, Portugal, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Pediátrico, Coimbra, Portugal.

✉ [marcianpsantos@gmail.com](mailto:marcianpsantos@gmail.com)

## MARGARIDA REIS SANTOS

**Professora Coordenadora,** Doutor. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research, Porto, Portugal.

## ADRIANA PESTANA-SANTOS

**Enfermeira.** Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, CRI de Psiquiatria, Coimbra, Portugal.

## CLÁUDIA PINTO

**Enfermeira.** Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Departamento Pediátrico (CHUC-HP), Coimbra, Portugal.

## LURDES LOMBA

**Professor Adjunto.** Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA-E), Coimbra, Portugal, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (EEnfC), Coimbra, Portugal.

### Abstract

**Background:** In a phase of development as complex as adolescence, the surgical experience is a great challenge. While there is some knowledge about manifestations of anxiety in children, less is known about manifestations of anxiety in adolescents. Likewise, the knowledge about adolescents needs for control of anxiety in the perioperative period is missing.

**Aims:** To synthesize the existing research on the manifestations of anxiety in adolescents in the perioperative period and to identify the adolescents needs for control of anxiety in the perioperative period.

**Methods:** An integrative review was conducted using a literature search in five different health databases. Only original studies related to the study topic were included. A six-step method was used to develop the revision and to analyze the results.

**Results:** Of the 251 articles initially selected, only five met the inclusion criteria. A total of 114 adolescents from five different countries were represented. The manifestations of anxiety were grouped in psychological, social and physical. These manifestations were mostly related with fear of surgery, how would they deal with pain, body image change, anxiety itself and the separation from their friends. The needs were 'to be informed' and 'to be involved in the decisions about their own care process'.

**Conclusions:** The adolescents have manifestations of anxiety and specific needs to deal with perioperative anxiety, which need to be taken into account in the planning of perioperative care. Further research is needed to promote the development of an evidence-based program tailored to answer to the adolescent's needs and to minimize their manifestations of anxiety in the perioperative period.

**KEYWORDS:** ADOLESCENT, ANXIETY, PERIOPERATIVE PERIOD, PERIOPERATIVE NURSING, NEEDS ASSESSMENT



## INTRODUÇÃO

**A**nualmente, em Portugal, são realizados 17000 procedimentos cirúrgicos a crianças e adolescentes<sup>(1)</sup>. No Canadá são operados 65000<sup>(2)</sup> e nos EUA são realizadas sete milhões<sup>(3,4)</sup> de cirurgias a adolescentes, por ano. Ainda assim, e apesar da adolescência ser considerada a fase mais saudável do desenvolvimento, acredita-se que o número de intervenções cirúrgicas, nesta população, aumente nos próximos anos<sup>(4)</sup>. Nos EUA, alguns dos procedimentos cirúrgicos mais comumente realizados em adolescentes são no âmbito da cirurgia plástica<sup>(4)</sup>, correção de escoliose<sup>(5)</sup> e pectus excavatum<sup>(6)</sup>. A prevalência de escoliose nos adolescentes situa-se entre 0,5% e 5,2%, diferindo na proporção de 3:1 entre mulheres e homens<sup>(5)</sup>. A incidência de pectus excavatum é de 0,1 a 0,8 por 100 indivíduos, sendo o sexo masculino mais afetado que o sexo feminino, numa proporção que varia entre 2:1 a 9:1<sup>(6)</sup>. Os estudos realizados com adolescentes para avaliar a ansiedade perioperatória, relacionam-na com o momento de indução anestésica<sup>(7,8)</sup>, com a dor<sup>(9-11)</sup>, com a imagem corporal<sup>(12)</sup>, com a presença parental<sup>(13)</sup> e com a disponibilização de informação<sup>(14)</sup>. Neste sentido, compreendemos que a experiência cirúrgica apresenta desafios para os adolescentes, que têm necessidades de autocontrolo, privacidade e interação com os pares<sup>(15)</sup>. Associado às necessidades que apresentam, e independentemente da idade ou procedimento cirúrgico a realizar, os adolescentes podem apresentar um conjunto de sinais e sintomas que se relacionam com a manifestação de ansiedade perioperatória<sup>(16)</sup>. Estas manifestações incluem preocupação, medo, tristeza e, às vezes, até mesmo mudanças de comportamento evidentes.

Também podem surgir respostas como tensão muscular, taquipneia, taquicardia, hipertensão, sudorese e náuseas<sup>(16)</sup>. As manifestações de ansiedade perioperatória nos adolescentes podem estar presentes no pós-operatório, em casa, e incluir pesadelos, transtornos alimentares, ansiedade de separação e sentimentos de impotência<sup>(17)</sup>. Do ponto de vista do adolescente, os riscos da cirurgia podem estar relacionados com a separação das pessoas significativas, especialmente dos colegas, com a dor física, o medo da mutilação corporal, com a alteração das suas rotinas habituais, incluindo as atividades escolares, as atividades desportivas e convívio com os colegas, com a falta de mobilidade, deficiência temporária ou permanente e com a alteração da imagem corporal<sup>(15)</sup>. Desta forma, eles necessitam que a informação disponibilizada pelos profissionais seja coerente com aquilo que querem saber, contribua para o seu bem-estar e influencie na sua recuperação<sup>(4,18)</sup>. Neste sentido, no perioperatório é importante o enfermeiro estar desperto para as particularidades do desenvolvimento e preocupações específicas do adolescente, de modo a implementar intervenções que deem resposta às necessidades que eles apresentam<sup>(4)</sup>. Caso contrário, se as necessidades e experiências que os adolescentes trazem para o seu evento perioperatório<sup>(4)</sup> não forem identificadas previamente, os profissionais de saúde podem investir recursos e energias na implementação de mudanças, para melhorar a prestação de cuidados, que podem ter pouca ou nenhuma importância para os visados<sup>(18)</sup>. Apesar dos estudos realizados com adolescentes, a identificação das manifestações de ansiedade, assim como a compreensão das necessidades de controlo da ansiedade no

perioperatório, carece de melhor explicitação.

## OBJETIVOS

Os objetivos desta revisão são sintetizar a investigação existente sobre as manifestações de ansiedade expressas pelos adolescentes no perioperatório e identificar as necessidades de controlo da ansiedade referidas pelos adolescentes no perioperatório. Para alcançar os objetivos propostos, definimos as seguintes questões para revisão: Quais as manifestações de ansiedade expressas pelos adolescentes no perioperatório? Quais as necessidades de controlo de ansiedade referidas pelos adolescentes no perioperatório?

## MÉTODOS

### Processo de revisão

A revisão integrativa é um método que permite que o investigador sintetize a literatura disponível sobre uma área de interesse, de uma forma integrativa, gerando uma nova compreensão e novas perspetivas<sup>(19)</sup>. A revisão decorreu em seis etapas: 1) elaboração da questão orientadora; 2) realização da pesquisa na literatura; 3) categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos no trabalho; 5) interpretação dos resultados; 6) síntese da revisão desenvolvida<sup>(19)</sup>. As questões de orientação do estudo foram: Quais as manifestações de ansiedade expressas pelos adolescentes no perioperatório? Quais as necessidades de controlo de ansiedade referidas pelos adolescentes no perioperatório? A elaboração das questões seguiu a mnemónica PICO, definindo como população de estudo adolescentes entre os 10 e 19 anos, conforme definição da Organização Mundial da Saúde<sup>(20)</sup>. O >

## QUADRO 1.

## EXEMPLO DE ESTRATÉGIA DE PESQUISA REALIZADO NA MEDLINE VIA PUBMED

```

((((adolescen*[Title/Abstract]) OR "Adolescent"[Mesh])) AND
(((anxiety[Title/Abstract] OR psychologic*[Title/Abstract])) OR
"Anxiety"[Mesh:NoExp])) AND (((perioperative[Title/Abstract] OR
preoperative[Title/Abstract] OR postoperative[Title/Abstract])) OR
(("Perioperative Care"[Mesh]) OR "Perioperative Period"[Mesh]))
AND ((need*[Title/Abstract]) OR "Needs Assessment"[Mesh])

```

Filtros aplicados: Published in the last 10 years; Language: English; Portuguese.

contexto é o período perioperatório, no qual se inclui o pré-operatório, o intra-operatório e o pós-operatório. Os fenômenos de interesse são as manifestações de ansiedade e as necessidades de controlo da ansiedade. Os resultados foram analisados numa ótica exploratória.

#### Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios definidos para a inclusão dos artigos na revisão integrativa foram estudos publicados em inglês e português, primários, realizados com adolescentes com idade compreendida entre 10 e 19 anos. O período selecionado foi entre janeiro de 2009 e maio de 2019. Os critérios de exclusão incluíram estudos sem resultados específicos para a população adolescente, não abordar o tema em estudo, artigos de revisão, artigos de opinião e texto completo indisponível.

#### Estratégia de pesquisa

A pesquisa da literatura foi realizada em maio de 2019 pelas autoras MP-S e CP. Foram utilizadas cinco bases de dados para realização da pesquisa, Medline via Pubmed, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), LILACS via Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO e RCAAP (Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal), para encontrar artigos que se relacionassem com o tópico de pesquisa, publicados entre janeiro de 2009 e

maio de 2019. Os descritores selecionados para pesquisa incluíram os termos em linguagem natural "perioperative", "postoperative", "preoperative", "adolescen\*", "anxiety", "psychologic\*" e "need\*" combinados através dos operadores booleanos 'AND' e 'OR'. Foram ainda utilizados os termos MeSH (Medical Subject Heading): "adolescent", "perioperative period", "perioperative care", "needs assessment", "anxiety". A pesquisa inicial foi construída na Medline via Pubmed, como apresentado no **Quadro 1**, e posteriormente adaptada às bases de pesquisa subsequentes para refletir a sintaxe entre as diferentes bases de dados utilizadas.

Utilizou-se o gestor de referências bibliográficas EndNote X9. Na pesquisa inicial encontraram-se 251 resultados, correspondentes a 248 encontrados nas bases de dados e três foram adicionados manualmente. Depois de eliminados os 14 estudos repetidos, foram incluídos um total de 237 para leitura de título e resumo. Com base na leitura de título e resumo, os estudos não relevantes para o objetivo deste estudo foram eliminados. A inclusão e leitura de título e resumo obteve consenso mútuo (MP-S e CP). De seguida, os artigos originais foram recuperados e lidos na íntegra para delimitação do *corpus* de análise. Foram avaliados 64 estudos, dos quais 59 foram excluídos por não cumprirem os critérios de

inclusão. Os motivos de exclusão foram: não abordarem o tema em análise (n=35), não apresentarem resultados para adolescentes (n=10), texto completo indisponível (n=5), artigos de revisão de literatura (n=5) e artigos de opinião (n=4). Um total de cinco estudos<sup>(21-25)</sup> cumpriram os critérios de inclusão. Estes artigos foram analisados por MP-S e discutidos com AP-S, MRS e LL. O processo de seleção de triagem dos artigos está representado no fluxograma da **Figura 1**, elaborado com base no Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Foi elaborado um instrumento específico para extração dos dados dos artigos. O resumo é apresentado no **Quadro 2**. Trata-se de um quadro que nas colunas inclui dados sobre os artigos, nomeadamente, ano de publicação, país, autores, desenho, objetivo, amostra, resultados e conclusões. A cada linha correspondem os dados de cada um dos artigos considerados para análise.

#### Avaliação da qualidade metodológica

Para avaliação da qualidade metodológica dos artigos utilizaram-se duas *checklist*: The Critical Appraisal Skills Programme (CASP)<sup>(26)</sup>, composta por 10 questões, para avaliação dos estudos qualitativos e a Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale (adaptada para estudos transversais)<sup>(27)</sup>, composta por sete questões. A avaliação dos estudos foi feita de forma independente por duas investigadoras (MP-S e CP). Houve concordância entre as investigadoras.

Esta etapa foi considerada com o intuito de dispor de uma maior confiabilidade dos resultados e conclusões a apresentar neste estudo.

## RESULTADOS

### Características dos estudos

Os cinco estudos selecionados

## QUADRO 2

## RESUMO DOS ARTIGOS ANALISADOS

AUTORES, ANO E PAÍS	DESENHO E MÉTODO DE ANÁLISE	OBJETIVO	AMOSTRA (M/F) IDADE DOS PARTICIPANTES	MÉTODO DE COLHEITA DE DADOS	RESULTADOS/ CONCLUSÕES
Rullander, A-C, et al (2013) Suécia <sup>(21)</sup>	Qualitativo Análise de conteúdo	Descrever as experiências dos adolescentes que realizaram cirurgia para correção de escoliose	6 adolescentes (2M/4F), 15-18 anos	Entrevista individual	<p><b>Resultados:</b> Identificados três temas principais: Aspectos emocionais - Pesadelos, dificuldade em dormir; acordar com medo intenso, ansiedade aquando das consultas no pós-operatório. Aspectos físicos - Dor; náuseas; alteração da imagem corporal; imobilização. Aspectos sociais - Perda de autonomia; separação dos amigos; interrupção das atividades letivas e desportivas por um longo período. Os participantes referem querer estar no controle da situação, e a ausência desse controle afetava o seu bem-estar.</p> <p><b>Conclusões:</b> Os cuidados perioperatórios aos adolescentes necessitam de otimização. Para melhorar a preparação psicológica antes da cirurgia, as enfermeiras pediátricas e equipa interdisciplinar, devem conhecer melhor o adolescente e as suas necessidades, para planear cuidados holísticos. Os aspetos físicos, emocionais e sociais devem ser avaliados após a alta.</p>
Honeyman, C & Davison, J (2016) Reino Unido <sup>(22)</sup>	Qualitativo Análise temática	Explorar a forma como os adolescentes interpretam a sua experiência cirúrgica	6 adolescentes (2M/4F), 15-18 anos	Entrevista individual	<p><b>Resultados:</b> Foram identificados quatro temas principais: Choque, medo do desconhecido, preocupações com a cirurgia e ajuda dos pais no perioperatório.</p> <p><b>Conclusões:</b> Os adolescentes lidaram bem com a cirurgia, aceitaram as dificuldades associadas, mostraram-se motivados e otimistas. No entanto, revelaram necessitar do acompanhamento dos pais no hospital.</p>

<p>Chan, P, et al (2016) Estados Unidos da América<sup>(23)</sup></p>	<p>Estudo quantitativo, transversal</p> <p>Análise estatística (teste t 2 amostras)</p>	<p>Avaliar as preocupações dos adolescentes [e dos pais] para tratá-las com aconselhamento pré-operatório adequado</p>	<p>48 adolescentes (5M/43F), 10-18 anos; 48 pais; 4 cirurgias de ortopedia infantil</p>	<p>Questionário elaborado pelos autores</p>	<p><b>Resultados:</b> Os adolescentes [e os pais] mostraram-se preocupados com a dor pós-operatória. Os três grupos de participantes referiram estar preocupados com o risco de lesão neurológica.</p> <p><b>Conclusões:</b> A preparação pré-operatória, baseada nas necessidades dos adolescentes, representa um desafio. Esta deve abordar temas como a dor e a lesão neurológica. A implementação de intervenções que abordem estes temas poderá ajudar a minimizar a ansiedade pré-operatória e a otimizar os resultados da experiência perioperatória dos adolescentes.</p>
<p>Bogusaite L, Razleviče I, Lukosiene L, Macas A (2018) Lituânia<sup>(24)</sup></p>	<p>Estudo quantitativo exploratório</p> <p>Análise estatística descritiva</p>	<p>Determinar as necessidades de informação pré-operatória das crianças e pais antes da anestesia para cirurgia eletiva</p>	<p>43 adolescentes, 10-17 anos; 92 pais; 23 anestesiológicos pediátricos</p>	<p>Questionário elaborado pelos autores</p>	<p><b>Resultados:</b> As informações, relacionadas com o perioperatório, mais solicitadas pelos adolescentes foram sobre a recuperação pós-operatória incluindo da anestesia, o controle da dor pós-operatória e o tempo de duração da anestesia. Os adolescentes referiram preferir que as informações pré-operatórias fossem fornecidas por escrito e consideraram que o melhor momento para as disponibilizar seria no dia anterior à realização da cirurgia.</p> <p><b>Conclusões:</b> A elaboração de um folheto informativo para distribuir no pré-operatório, contribuirá para: melhorar a qualidade do serviço disponibilizado, reduzir a ansiedade dos adolescentes e aumentar a satisfação com a experiência clínica e cirúrgica.</p>

abordam as necessidades manifestadas pelos adolescentes no perioperatório. No global participaram 114 adolescentes. Dependendo do estudo, as amostras variaram entre 6 a 48 participantes. Quatro<sup>(21-23,25)</sup> dos cinco estudos distinguem o sexo dos adolescentes, verificando-se que o sexo feminino era o mais repre-

sentativo, com cerca de cinco vezes mais participantes em comparação com o sexo masculino. As idades dos adolescentes variaram entre os 10 e os 18 anos. Os estudos foram desenvolvidos em cinco países, representando culturas diferentes: Canadá<sup>(25)</sup> Reino Unido<sup>(22)</sup>, Lituânia<sup>(24)</sup>, Estados Unidos da América<sup>(23)</sup> e Suécia<sup>(21)</sup>.

No que respeita ao desenho, três estudos são de natureza qualitativa<sup>(21,22,25)</sup> e dois são quantitativos<sup>(23,24)</sup>. Três dos estudos abordam, numa ótica exploratória, as manifestações de ansiedade e necessidades referidas pelos adolescentes no perioperatório<sup>(21,22,25)</sup>. Os outros<sup>(23,24)</sup> abordam, separadamente, as neces-

McCulloch R, et al (2009) Canadá <sup>(25)</sup>	Qualitativo Análise de conteúdo	Determinar a percepção das necessidades de informação e apoio dos adolescentes com escoliose [propostos para cirurgia]	11 adolescentes (2M/9F) 10-18 anos	Entrevistas individuais e Grupos focais	<b>Resultados:</b> Foram identificadas necessidades relacionadas com a: Recuperação em casa e no hospital; aparência pós-cirúrgica; impacto emocional da cirurgia e <i>coping</i> ; interferência da cirurgia na realização das atividades diárias; impacto da cirurgia no percurso escolar, relacionamentos entre pares e outras interações sociais; tomada de decisão sobre cirurgia; estar no centro cirúrgico e preocupação com o futuro. <b>Conclusões:</b> Os adolescentes atribuíram parecer positivo à criação de um website que fosse centrado nas suas necessidades, com informação abrangente e inclusão da oportunidade de apoio entre pares. Pediram ainda que este website fosse moderado por profissionais de saúde.
--	------------------------------------	--	---------------------------------------	---	--

sidades dos adolescentes e as preocupações dos pais e médicos. Dos cinco estudos analisados, quatro<sup>(21-23,25)</sup> foram desenvolvidos com adolescentes em situação perioperatória para correção de escoliose. Da análise dos estudos emergiram quatro temas, dos quais, três relacionados com as manifestações de ansiedade e um sobre as necessidades dos adolescentes. Os temas identificados foram 'manifestações psicológicas', 'manifestações sociais', 'manifestações físicas' e 'necessidade de estar informado e de ser envolvido nas decisões'.

#### Manifestações psicológicas

O impacto emocional da cirurgia no pré e pós-operatório e a forma como os adolescentes lidaram com os seus pensamentos, sentimentos e preocupações relacionados com a cirurgia emergiram como um tópico significativo. As manifestações psicológicas apresentadas pelos adolescentes foram referidas em quatro<sup>(21-23,25)</sup> dos cinco estudos analisados.

A ansiedade é expressa por motivos díspares. Por um lado, os adolescentes querem 'o problema resolvido'<sup>(25)</sup>, por outro a ansiedade surge pela incerteza do resultado da cirurgia<sup>(21-23)</sup>. Uma vez presente, este problema pode prolongar-se por um longo período no pós-operatório, dependendo da experiência cirúrgica vivida pelo adolescente<sup>(21)</sup>, interferindo com o seu estado emocional, repetindo-se nas vindas futuras ao hospital.

No pré-operatório, o medo manifestado pelos adolescentes relaciona-se com a anestesia<sup>(21,24)</sup> e com o risco de ocorrência de lesão neurológica grave durante a cirurgia ou com a dor no pós-operatório<sup>(24)</sup>. Atendendo experiência perioperatória, houve adolescentes que referiram sentir pesadelos, dificuldade em dormir e/ou acordar ao meio da noite com medo intenso<sup>(21)</sup>.

#### Manifestações Sociais

O impacto da cirurgia na consecução das atividades escolares e nas relações entre os pares foi

também mencionado pelos adolescentes<sup>(21,25)</sup>. Alguns referiram que perder o contacto com os amigos foi uma das coisas mais difícil de lidar, dado o tempo de recuperação e as alterações ocorridas durante o processo<sup>(21)</sup>. Houve adolescentes que mencionaram terem ficado angustiados quando os amigos não estavam satisfeitos com a sua decisão de realizar a cirurgia ou não os visitavam durante o processo de recuperação<sup>(25)</sup>.

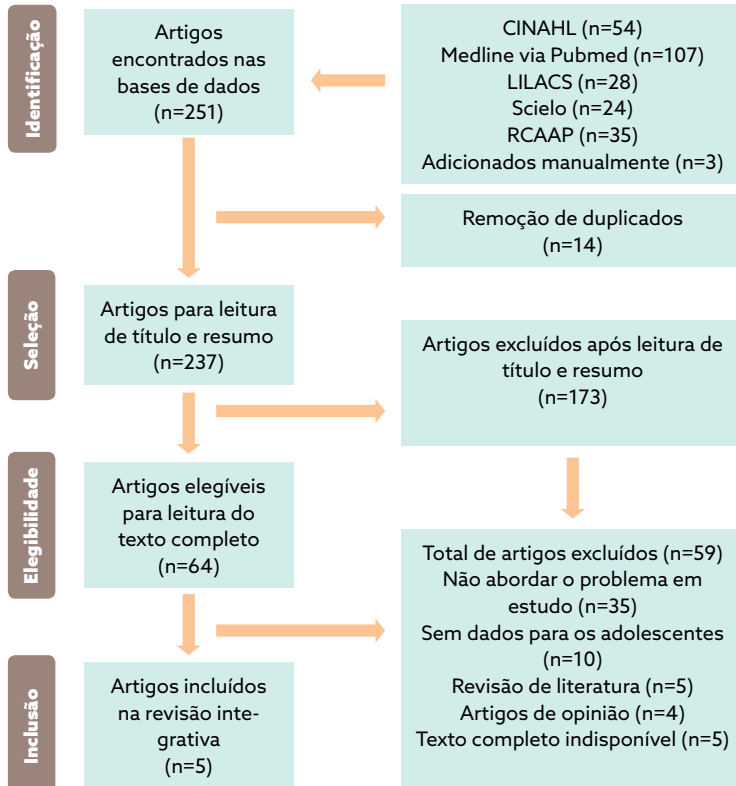
Os adolescentes referiram que o apoio disponibilizado pela família foi útil no processo de recuperação. No entanto, essa dependência súbita foi considerada um desafio para os adolescentes<sup>(21,25)</sup>. Por outro lado, alguns adolescentes reportaram a necessidade de ter os pais, geralmente a mãe, consigo no hospital<sup>(22)</sup>, como forma de apoio, ajuda e 'proteção'.

#### Manifestações físicas

Das manifestações de carácter físico referidas pelos adolescentes, a dificuldade em lidar com a dor no

FIGURA 1

## FLUXOGRAMA PRISMA: ILUSTRAÇÃO DO PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS



pós-operatório foi referenciada em todos os estudos<sup>(21-25)</sup>. Houve adolescentes que manifestaram não se sentirem preparados para lidar nem com a dor nem com o desconforto<sup>(22,23,25)</sup>. Alguns adolescentes também referiram estar preocupados com a dependência de analgésicos no pós-operatório<sup>(25)</sup>.

As alterações gastrointestinais, relacionadas com a presença de náuseas também foram mencionadas<sup>(21)</sup>.

A preocupação relacionada com alteração da imagem corporal, devido à presença das cicatrizes, foi referida pelos participantes de três dos estudos<sup>(21,22,25)</sup>. Houve ainda adolescentes que referiram não estar preparados para a alteração física global resultante da cirurgia<sup>(21,25)</sup>. O facto de não estarem preparados

para a forma como iria decorrer o processo de recuperação, nomeadamente a imobilização<sup>(21)</sup> e a perda de autonomia, também foi manifestado pelos adolescentes<sup>(25)</sup>.

### Necessidade de estar informado e de ser envolvido nas decisões

Os adolescentes referiram vontade de manterem a sua autonomia, serem escutados e terem oportunidade de participar nas decisões sobre os cuidados pré e pós-operatórios<sup>(21,22,25)</sup>. Expressaram ainda a necessidade de receber informação prévia relacionada com o controlo da dor, recuperação pós-operatória, no hospital e em casa, com a sua aparência e impacto que este evento crítico iria ter nas atividades escolares<sup>(25)</sup>. Para além da informação habitual disponibilizada, a

maioria dos adolescentes, de dois dos estudos, solicitou informação adicional<sup>(24,25)</sup>.

### DISCUSSÃO

As manifestações psicológicas, que incluem o controlo da ansiedade e do medo referidos pelos adolescentes em situação perioperatória, estiveram presentes nos relatos dos adolescentes<sup>(21-23,25)</sup>. Algumas razões para estas manifestações podem ser justificadas com as incertezas dos acontecimentos, dos riscos inerentes à realização de uma cirurgia e das suas consequências a longo prazo<sup>(28)</sup>. Os traços de personalidade dos adolescentes também podem influenciar estes resultados, uma vez que adolescentes menos sociáveis apresentam níveis de ansiedade mais elevados durante o período perioperatório<sup>(29)</sup>. A ansiedade pré-operatória também tem sido relacionada com a presença de dor pós-operatória<sup>(11,29)</sup>, e adolescentes com níveis mais elevados de ansiedade, antes da cirurgia, apresentam níveis de dor mais elevados no pós-operatório<sup>(11)</sup>.

Verificámos que nos estudos incluídos, os adolescentes mostraram-se preocupados com as alterações da imagem corporal decorrentes da cirurgia<sup>(21-23,25)</sup>. Uma das razões para a ocorrência desta manifestação pode estar relacionada com a expectativa pré-operatória dos adolescentes, daí a importância da avaliação das expectativas dos adolescentes, relativamente à sua aparência e imagem corporal, antes da cirurgia<sup>(12)</sup>.

As manifestações físicas, que interferem sobre como podem lidar com a dor, são referidas em todos os estudos analisados nesta revisão. Estas são as mais comumente relacionadas com a presença da ansiedade nos indivíduos em situação perioperatória<sup>(10,11,30)</sup>. Pela falta de informação, de conhecimento e de preparação, prévios à cirurgia, os adolescentes podem exacerbar

a descrição da dor<sup>(30,31)</sup>. Por outro lado, capacitar os adolescentes para a utilização de estratégias de  *coping*  da dor pode ajudá-los a reduzir a dor antes da cirurgia e a otimizar os resultados relacionados com a dor no pós-operatório<sup>(4,10,32)</sup>. A necessidade de obter informação sobre a gestão da dor, nomeadamente, acerca das estratégias farmacológicas e não farmacológicas, são tópicos mencionados pelos adolescentes, quer no pré quer no pós-operatório, quando falam da sua experiência perioperatória<sup>(4)</sup>. Também pode acontecer os adolescentes não questionarem os profissionais no pré-operatório, por não saberem o que perguntar, ou nem estarem cientes do que necessitam questionar<sup>(31)</sup>. Uma sugestão apresentada, por alguns autores, para ajudar a reduzir a dor pós-operatória, é treinar as habilidades dos adolescentes para lidar com a dor e manipular o equipamento de auto gestão de analgesia, por exemplo, analgesia controlada pelo doente<sup>(11,32)</sup>. A manifestação de náuseas foi referida<sup>(21)</sup> enquanto resposta à presença de ansiedade<sup>(15)</sup>. A necessidade de obter informação sobre as rotinas escolares, assim como acerca do contacto com os amigos foi outro fator relevante nos estudos analisados<sup>(21,25)</sup>. Dadas as características de desenvolvimento dos adolescentes, a família, os colegas, os namorados e namoradas são considerados apoiantes importantes nos esforços para alcançar a normalidade durante o período de recuperação perioperatória<sup>(17)</sup>. A necessidade de obtenção de informação sobre o processo perioperatório foi referida nos estudos analisados<sup>(24,25)</sup>. A disponibilização da informação deve ser considerada uma componente importante da preparação psicológica aquando uma cirurgia<sup>(18)</sup>, assim como uma fonte de apoio importante para o controlo da ansiedade do adolescente<sup>(14)</sup>. Entrevistar o adolescente no pré-operatório aumenta

a possibilidade de se obter uma compreensão mais aprofundada e individualizada permitindo personalizar a informação e a preparação pré-operatória<sup>(18,33)</sup>. A educação perioperatória, baseada nas necessidades, diminui a ansiedade no pré-operatório e aumenta a satisfação, comparativamente à educação padronizada<sup>(34)</sup>. Neste mesmo estudo, as investigadoras verificaram que a educação baseada nas necessidades demonstradas pelo indivíduo requer menos tempo, pois aproximadamente metade dos participantes preferiu uma abordagem mais concisa da informação, em comparação com a modalidade padronizada.

Os adolescentes demonstram a necessidade de ter os pais junto a si no perioperatório<sup>(22)</sup>. No entanto, também manifestam necessidade de envolvimento nas decisões sobre os seus cuidados perioperatórios<sup>(21,22,25)</sup>. O desenvolvimento do senso de identidade do adolescente, o aumento da autoconsciência e o desejo de autonomia<sup>(4)</sup> denotam que o enfermeiro deve incluir o adolescente nas discussões relacionadas com a experiência cirúrgica<sup>(35)</sup>. O envolvimento dos adolescentes, assim como a otimização da informação de suporte disponibilizada pode constituir um ativo inestimável, melhorando o conforto pós-operatório e aliviando potenciais efeitos colaterais relacionados com os cuidados perioperatórios<sup>(14)</sup>. Como limitações, consideramos que a inclusão de estudos tanto qualitativos como quantitativos complexificou o processo de análise e extração de resultados. No entanto, também pode ser tido como um ponto favorável, pois uma maior variedade no tipo de metodologias tem o potencial de aumentar a profundidade e abrangência das conclusões da revisão<sup>(19)</sup>. Apesar de optarmos por um intervalo de 10 anos (2009-2019) para realização da pesquisa, apenas cinco estudos foram incluídos nesta revisão, sen-

do dois deles realizados há mais de cinco anos<sup>(21,25)</sup>. O número limitado de artigos incluídos revela a reduzida investigação existente e publicada neste âmbito. Os estudos qualitativos<sup>(21,22,25)</sup>, embora com reduzido número de participantes cada, são os mais referenciados ao longo da nossa análise, dada a riqueza do conteúdo. De referir que quatro<sup>(21-23,25)</sup> dos cinco artigos analisados se reportam a estudos realizados com adolescentes submetidos a cirurgia de correção de escoliose. Sendo este um procedimento muito específico, as necessidades manifestadas pelos adolescentes submetidos a outro tipo de cirurgia, podem ou não coincidir com as aqui analisadas. Outra limitação a assinalar é a dos participantes dos estudos serem maioritariamente do sexo feminino, ou não serem distinguidos, como acontece num dos estudos<sup>(24)</sup>. Este facto não nos permite perceber se há diferenças entre as manifestações de ansiedade e as necessidades referidas, de acordo com o sexo dos adolescentes. Um dos motivos para que o maior número de participantes nos estudos seja do sexo feminino pode ter a ver com o facto da prevalência da escoliose ser superior nas raparigas, em comparação com os rapazes<sup>(6)</sup>.

## CONCLUSÕES

No presente estudo, identificamos as manifestações psicológicas, sociais e físicas relacionadas com a ansiedade dos adolescentes no perioperatório. As mais evidentes são o medo dos riscos da realização da cirurgia, como lidar com a dor, a alteração da imagem corporal, a ansiedade em si, a separação dos amigos e a alteração das rotinas. Identificamos, também, as necessidades referidas pelos adolescentes. Estas prendem-se com a obtenção de informação acerca da cirurgia e as necessidades relacionadas com a vontade de ser envolvido nas decisões sobre os seus cuidados. Não

obstante, e apesar de privilegiarem a sua independência, os adolescentes manifestam necessidade de ter os pais junto a si durante o perioperatório. Porém, a avaliação da ansiedade e suas manifestações nos adolescentes, assim como, a descrição das necessidades que estes apresentam no perioperatório, continuam a representar tópicos

de interesse que ainda carecem de investimento, dada a escassez de estudos encontrados sobre este tema.

É, também, importante investigar se há diferenças nas necessidades manifestadas pelos adolescentes do sexo feminino e masculino e integrar nos estudos adolescentes submetidos a procedimentos ci-

rúrgicos diversos da correção de escoliose.

Os programas perioperatórios para preparação dos adolescentes para serem efetivos devem ser desenhados tendo em consideração as manifestações de ansiedade e as necessidades de controlo de ansiedade dos adolescentes no perioperatório. ▴



## Referências

1. Statistics Portugal. Health Statistics 2015 [Internet]. Lisbon: Statistics Portugal; 2017. [citado 2019 Mai 7]. Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=257779974&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257779974&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt).
2. Wright JG, Menaker RJ, Group CPSWTS. Waiting for children's surgery in Canada: the Canadian Paediatric Surgical Wait Times project. *CMAJ*. 2011;183(9):E559-64.
3. Goldschmidt K, Woolley A. Using Technology to Reduce Children's Anxiety Throughout the Perioperative Period. *J Pediatr Nurs*. 2017;36():256-8.
4. Monahan JC. Using an age-specific nursing model to tailor care to the adolescent surgical patient. *AORN Journal*. 2014;99(6):733-49.
5. Choudhry MN, Ahmad Z, Verma R. Adolescent Idiopathic Scoliosis. *Open Orthop J*. 2016;10():143-54.
6. Brochhausen C, Tural S, Müller FK, Schmitt VH, Coerdet W, Wihlm JM, et al. Pectus excavatum: history, hypotheses and treatment options. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2012;14(6):801-6.
7. Sola C, Lefauconnier A, Bringuier S, Raux O, Capdevila X, Dadure C. Childhood preoperative anxiety: Is sedation and distraction better than either alone? A prospective randomized study. *Paediatr Anaesth*. 2017;27(8):827-34.
8. Kassai B, Rabilloud M, Dantony E, Grousson S, Revol O, Malik S, et al. Introduction of a paediatric anaesthesia comic information leaflet reduced preoperative anxiety in children. *Br J Anaesth*. 2016;117(1):95-102.
9. Rabbitts JA, Groenewald CB, Tai GG, Palermo TM. Presurgical psychosocial predictors of acute postsurgical pain and quality of life in children undergoing major surgery. *J Pain*. 2015;16(3):226-34.
10. Ferland CE, Saran N, Valois T, Bote S, Chorney JM, Stone LS, et al. Preoperative Distress Factors Predicting Postoperative Pain in Adolescents Undergoing Surgery: A Preliminary Study. *Journal Of Pediatric Health Care: Official Publication Of National Association Of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*. 2017;31(1):5-15.
11. Connelly M, Fulmer RD, Prohaska J, Anson L, Dryer L, Thomas V, et al. Predictors of postoperative pain trajectories in adolescent idiopathic scoliosis. *Spine*. 2014;39(3):E174-E81.
12. Sieberg CB, Manganella J, Manalo G, Simons LE, Hresko MT. Predicting Postsurgical Satisfaction in Adolescents With Idiopathic Scoliosis: The Role of Presurgical Functioning and Expectations. *Journal of Pediatric Orthopedics*. 2017;37(8):e548-e51.
13. Özalp Gerçeker G, Karayağız Muslu G, Yardımcı F. Children's postoperative symptoms at home through nurse-led telephone counseling and its effects on parents' anxiety: A randomized controlled trial. *J Spec Pediatr Nurs*. 2016;21(4):189-99.
14. Tomaszek L, Cepuch G, Fenikowski D. Influence of preoperative information support on anxiety, pain and satisfaction with postoperative analgesia in children and adolescents after thoracic surgery: A randomized double blind study. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. 2019;163(2):172-8.
15. Busen NH. Perioperative preparation of the adolescent surgical patient. *AORN J*. 2001;73(2):337-41.
16. Alpert O, Iqbal I, Andrade G, Marwaha R, Ebben J, Zappia K. Perioperative Psychiatric Conditions and Their Treatment in Children and Adolescents. In: Zimbren PC, Oldham MA, Benjamin H, editors. *Perioperative Psychiatry - A guide to Behavioral Healthcare for the Surgical Patient*. 1st ed. Switzerland: Springer; 2019. p. 265-87.
17. Rullander A-C, Lundström M, Östlund U, Lindh V. Adolescents' Experiences of Scoliosis Surgery and the Trajectory of Self-Reported Pain: A Mixed-Methods Study. *Orthopaedic Nursing*. 2017;36(6):414-23.
18. Davis Y, Perham M, Hurd AM, Jagersky R, Gorman WJ, Lynch-Carlson D, et al. Patient and family member needs during the perioperative period. *J Perianesth Nurs*. 2014;29(2):119-28.
19. Mendes KDS, Silveira RCdCP, Galvão CM. Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto enfermagem*. 2008;17(4):758-64.
20. World Health Organization. *Mental Health Status of Adolescents in south-East of Asia: Evidence for Action 2017*. [internet]. [Citado 2018 Jun 17]. Disponível: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254982/1/9789290225737-eng.pdf?ua=1&ua=1&ua=1>.
21. Rullander A-C, Isberg S, Karling M, Jonsson H, Lindh V. Adolescents' Experience with Scoliosis Surgery: A Qualitative Study. *Pain Management Nursing*. 2013;14(1):50-9.
22. Honeyman C, Davison J. Patients' experience of adolescent



- idiopathic scoliosis surgery: a phenomenological analysis. *Nurs Child Young People*. 2016;28(7):29-36.
23. Chan P, Skaggs DL, Sanders AE, Villamor GA, Choi PD, Tolo VT, et al. Pain is the Greatest Preoperative Concern for Patients and Parents Before Posterior Spinal Fusion for Adolescent Idiopathic Scoliosis. *Spine (03622436)*. 2017;42(21):E1245-E50.
  24. Bogusaite L, Razlevica I, Lukosiene L, Macas A. Evaluation of Preoperative Information Needs in Pediatric Anesthesiology. *Med Sci Monit*. 2018;24:8773-80.
  25. Macculloch R, Donaldson S, Nicholas D, Nyhof-Young J, Hetherington R, Lupea D, et al. Towards an understanding of the information and support needs of surgical adolescent idiopathic scoliosis patients: a qualitative analysis. *Scoliosis*. 2009;4():12.
  26. CASP-checklists CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP) UK2018. [internet]. [Citado 2019 Jun 10]. [Disponível: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>].
  27. Modesti PA, Reboldi G, Cappuccio FP, Agyemang C, Remuzzi G, Rapi S, et al. S1 Text: NewCastle-Ottawa Quality Assessment Scale (adapted for cross sectional studies). Panethnic Differences in Blood Pressure in Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016;11(1):e0147601.
  28. Peters ML, Sommer M, de Rijke JM, Kessels F, Heineman E, Patijn J, et al. Somatic and psychologic predictors of long-term unfavorable outcome after surgical intervention. *Ann Surg*. 2007;245(3):487-94.
  29. Fortier MA, Del Rosario AM, Martin SR, Kain ZN. Perioperative anxiety in children. *Paediatr Anaesth*. 2010;20(4):318-22.
  30. Bray L, Craske J. Idiopathic scoliosis: managing pain before and after spinal surgery. *Nursing Children & Young People*. 2015;27(10):22-5.
  31. Bull J, Grogan S. Children having spinal surgery to correct scoliosis: a qualitative study of parents' experiences. *J Health Psychol*. 2010;15(2):299-309.
  32. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, et al. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *J Pain*. 2016;17(2):131-57.
  33. Rullander AC, Lundström M, Lindkvist M, Hägglöf B, Lindh V. Stress symptoms among adolescents before and after scoliosis surgery: correlations with postoperative pain. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc)*. 2016;25(7-8):1086-94.
  34. Wongkietkachorn A, Wongkietkachorn N, Rhunsiri P. Preoperative Needs-Based Education to Reduce Anxiety, Increase Satisfaction, and Decrease Time Spent in Day Surgery: A Randomized Controlled Trial. *World J Surg*. 2018;42(3):666-74.
  35. Mower J. Incorporating Age-Specific Plans of Care to Achieve Optimal Perioperative Outcomes. *AORN J*. 2015;102(4):369-85.



**MARGARIDA ABREU**

**Professora Coordenadora,**  
Doutoramento. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

✉ [mabreu@esenf.pt](mailto:mabreu@esenf.pt)

**ELISABETE BORGES**

**Professora Adjunta,**  
Doutoramento. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

**CRISTINA QUEIRÓS**

**Professora Associada,**  
Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.

# EFICÁCIA DOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NOS LOCAIS DE TRABALHO: REVISÃO INTEGRATIVA

Effectiveness of workplace health promotion programs: integrative review

## Abstract

**Introduction & Objective:** The current perspective of healthy workplaces implies reinventing new approaches to the relationships between health and work, emphasizing it as a health-promoting agent. Thus, welfare programmes have emerged that include best practices in occupational health. The aim of this study is to present the data gathered on the effectiveness of health promotion programmes in the workplace, through an integrative review.

**Methodology:** Integrative review of the literature according to the Whitemore and Knafl methods, based on English and Portuguese literature published between 2010 and 2019 in the Medline (via PubMed) and EBSCO databases. Grey literature collection was based on searches in the Open Access Scientific Repositories of Portugal and Google Scholar. Studies with experimental, quasi-experimental and descriptive design were included.

**Results:** A total of 57 studies were extracted, in which 98% of the programmes were included in the generation of well-being, namely programmes focused on disease management, treatment of chronic diseases, lifestyle management or prevention of chronic diseases. Most of the programmes showed positive results, since participants decreased body weight, blood pressure, cholesterol level, glycaemia, tobacco consumption, sedentarism and stress level, and increased the level of knowledge, confidence, physical activity, overall health and consumption of healthy food.

**Conclusion:** The results of this study are of potential interest for health professionals and policy-makers, as they provide valuable information for the design of new strategies to promote the health of employees.

**KEYWORDS:** OCCUPATIONAL HEALTH; PROGRAMS; HEALTH PROMOTION

## INTRODUÇÃO

**A** O local de trabalho é considerado um dos contextos prioritários para a promoção da saúde no século XXI <sup>(1,2,3)</sup>, pois influencia diretamente a nível físico, mental, económico e social dos trabalhadores e, conseqüentemente, das suas famílias, comunidades e sociedade. Oferece ainda um ambiente ideal e as infraestruturas para apoiar um grande grupo <sup>(3)</sup>. Assim, é necessário reinventar novas abordagens das relações entre saúde e o trabalho, para que o trabalho tenha maior importância como agente promotor de saúde e permita abordagens que se situam para além dos fatores profissionais de risco <sup>(4)</sup>. Note-se que no dia mundial da saúde e segurança no trabalho, a OIT <sup>(2)</sup> recomenda investimentos inovadores nas capacidades das pessoas, permitindo-lhes adquirir e atualizar habilidades e apoiá-las nas transformações que ocorrem no seu curso de vida. Em Portugal, o “Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC): Extensão 2018/ 2020” renova a ambição e o compromisso de proteger e promover a saúde de todos os trabalhadores <sup>(5)</sup>.

Uma das definições mais reconhecidas de promoção da saúde no local de trabalho (PSLT) é a da European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA, <sup>6)</sup>, que refere os esforços combinados de empregadores, trabalhadores e da sociedade para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas no trabalho. Implica, ainda: a combinação da melhoria da organização do trabalho e do ambiente de trabalho; promoção da participação dos trabalhadores em todo o processo da PSLT; permissão de escolhas saudáveis e incentivo ao desenvolvimento pessoal. Esta Agência defende, também que a PSLT significa mais do que aten-

der aos requisitos legais de saúde e segurança, implicando que os empregadores ajudem ativamente os trabalhadores a melhorar a sua saúde geral e bem-estar.

O conceito de local de trabalho promotor de saúde está a tornar-se cada vez mais relevante à medida que as organizações reconhecem que o sucesso de um mercado globalizado só pode ser alcançado com trabalhadores saudáveis <sup>(3)</sup>. Assim, o desenvolvimento de programas de PSLT será um pré-requisito para o desenvolvimento social e económico sustentável dos diferentes países <sup>(3)</sup>.

Segundo Graça <sup>(7)</sup> os paradigmas destes programas têm evoluído, emergindo os programas que consideram o bem-estar como fundamental para uma estratégia de saúde. Estes programas têm o potencial para melhorar comportamentos de saúde a nível individual e permitir mudanças estruturais a nível organizacional para proporcionar um ambiente e uma força de trabalho saudáveis <sup>(8)</sup>.

Este trabalho pretende apresentar os dados obtidos através de uma revisão integrativa sobre a eficácia dos programas de promoção de saúde nos locais de trabalho.

## METODOLOGIA

### **Pesquisa da literatura**

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura de acordo com o modelo proposto por Whittemore e Knafl <sup>(9)</sup>, o qual permite incluir todo o tipo de literatura relacionada com o objeto de estudo e, conseqüentemente, conhecer melhor o tema. Colocou-se como ponto de partida a questão “Qual a eficácia dos programas de promoção da saúde nos locais de trabalho?”

Para tal, efetuou-se uma pesquisa nas bases de dados bibliográficas Medline (via PubMed), EBSCO,

Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e Google Scholar (estas duas últimas para pesquisar “literatura cinzenta”, isto é, trabalhos académicos, dissertações, teses, posters, comunicações, etc.), nos idiomas português e inglês, publicados entre janeiro de 2010 e janeiro de 2019. Os descritores pesquisados incluíram a combinação das palavras “promoção da saúde”, “programa” e “local de trabalho”, em português e inglês.

### **Avaliação dos dados**

Na busca inicial foram encontrados 722 documentos, em seguida analisados em função do seu título e resumo no sentido de identificar os que incluíam a avaliação dos programas de PSLT. Após a eliminação dos textos repetidos, incompletos, de revisão e dos que descreviam projetos, restaram 57 publicações, analisadas com ferramentas de avaliação da qualidade do Joanna Briggs Institute (JBI, <sup>9,10</sup>).

### **Análise de dados**

Foi construída uma tabela para análise de conteúdo dos documentos, considerando os seguintes campos para cada estudo: país de publicação, número de participantes, percentagem por sexo, média de idades, foco e formato da intervenção, existência de grupo comparativo e de follow-up, duração do programa e principais resultados.

### **Resultados**

Da análise efetuada obteve-se a **Tabela 1** que inclui os autores, ano de publicação, país, tamanho da amostra, sexo e idade.

### **País do estudo**

Nos 57 estudos analisados verificou-se que 33 tiveram como país de origem os Estados Unidos da América (USA); três a Holanda e o Japão; dois a Austrália, França,

Malásia, Portugal e Reino Unido. Com apenas uma publicação surge a África do Sul, Alemanha, Bélgica, Brasil, Finlândia, Itália, República da Coreia e Suíça.

### **Caraterísticas dos participantes**

Os programas abrangeram um total de 190 empresas, de pequena, média e grande dimensão, nomeadamente: instituições de saúde (e.g. 59); instituições de governo local e regional (e.g. 38); ensino (e.g. 59); serviços da administração pública (e.g. 57); exército (e.g. 62); empresas de transportes e oficinas de reparação destes (e.g. 36); agricultura (e.g. 56); empresas de construção (e.g. 59); empresas de manufatura, (e.g. 38); comércio e retalho (e.g. 12); empresas de logística (e.g. 41); *call center* (e.g. 38); fábrica de automóveis (e.g. 18); fundação e hotéis, (e.g. 3); bancos (e.g. 16); empresas farmacêuticas (e.g. 55); empresas de gás e energia (e.g. 39); seguradoras (e.g. 16) e outras não especificadas (e.g. 54). Note-se que alguns estudos incluíram várias empresas, simultaneamente, e no que se refere ao número de trabalhadores, estiveram envolvidos 25.592, constituindo as mulheres a maioria (54%) dos participantes. **Tabela 1**

### **Caraterísticas dos programas**

A análise de conteúdo permitiu a classificação dos programas de PSLT relativamente ao foco e formato da intervenção, grupo comparativo, duração e follow-up e principais resultados (**Tabela 2**).

### **Foco e formato da intervenção**

Relativamente ao foco da intervenção, a maioria (61%) inseriu-se no âmbito da gestão dos estilos de vida (e.g. 67); 32% na prevenção das doenças crónicas (e.g. 13); 7% na gestão da doença (e.g. 63) e 5% além da prevenção das doenças crónicas e da gestão dos estilos de vida também tiveram em atenção os custos/efetividade da intervenção (e.g. 30).

Relativamente ao formato da intervenção, 91% decorreu de forma presencial (e.g. 67); 53% foram multicomponentes (e.g. 62) e 22% basearam-se em teorias e modelos, sendo o modelo ecológico social o mais utilizado (e.g. 46).

### **Grupo comparativo, duração e follow-up**

A maioria dos estudos (65%) incluiu um grupo comparativo (e.g. Salinardi et al., 2019). A duração das intervenções foi muito variável, sendo a mais curta a Pillay e colaboradores<sup>(34)</sup>, com cinco sessões de dez minutos cada, numa semana, enquanto a mais longa foi a de Lemon e colaboradores<sup>(32)</sup>, com dois anos. Quanto ao follow-up, 30% não possuiu, 19% ocorreu aos 12 meses, 18% aos 24 meses e 2% aos 36 meses (e.g. 13).

### **Principais resultados**

Como se observa na **Tabela 2**, independentemente das características das intervenções, a maioria teve resultados positivos, pois os participantes diminuíram o peso, pressão arterial, nível de colesterol, glicemia, consumo de tabaco, sedentarismo e nível de stress, tendo aumentado o nível de conhecimentos, de confiança, de atividade física, de saúde em geral e consumo de alimentos saudáveis.

## **DISCUSSÃO**

Da análise de eficácia dos programas de PSLT verificou-se que a maioria teve como alvo a gestão da doença, a gestão dos estilos de vida e a prevenção das doenças crónicas e que, independentemente das características das intervenções, a maioria teve resultados positivos. Para Saliba e Barden<sup>(68)</sup>, os programas encontrados são de bem-estar e as empresas onde foram implementados adotam perspectiva de que os seus trabalhadores não vão lá só para um salário mas também para obter bem-estar pessoal<sup>(69)</sup>.

Segundo a EU OSHA<sup>(6)</sup> os trabalhadores não podem ser forçados a mudar os seus comportamentos de saúde, mas, através do desenvolvimento de um ambiente de trabalho de apoio, podem ser encorajados a adotar comportamentos e atitudes saudáveis.

Assim, espera-se que os efeitos da PSLT se manifestem a nível físico, mental e social<sup>(3,6)</sup>. Este estudo mostrou que as intervenções implementadas produziram melhorias a nível: (i) físico (e.g. diminuição do peso, colesterol e pressão arterial); (ii) mental (e.g. diminuição das emoções negativas, stress e depressão) e (iii) social (e.g. aumento do espírito de camaradagem e formação de equipas, discussão com o grupo de pares acerca da saúde e do investimento enquanto trabalhadores e perceção de apoio para mudar os estilos de vida). Os estudos mostraram ainda que os participantes nas intervenções diminuíram o absentismo e aumentaram a produtividade. Alguns estudos permitiram, também, avaliar os programas a médio prazo, nomeadamente 2-3 anos depois<sup>(70)</sup>. Assim, dos 34 programas de gestão dos estilos de vida encontrados, os de Dekkers e colaboradores<sup>(16)</sup>, LeCheminant e colaboradores<sup>(23)</sup> e Nakamura e colaboradores<sup>(30)</sup> foram avaliados aos dois anos. Do primeiro resultou diminuição de peso, colesterol e aumento do fitness aeróbico; do segundo, aumento da frequência e volume de exercício físico, consumo de vegetais e fruta; e, o último, mostrou que o sucesso da intervenção dependia do grau de dependência tabágica. Quanto à prevenção das doenças crónicas, dos 18 estudos o de Siegel et al.<sup>(13)</sup> foi avaliado aos três anos, tendo-se registado uma diminuição de IMC. Aos 2 anos foram avaliados os programas de Eastbrook e colaboradores<sup>(22)</sup>, sem diminuição do IMC. No estudo de Lemon e colaboradores<sup>(29)</sup> ocorreu uma diminuição

TABELA 1

### DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

ESTUDO (AUTOR)	PAÍS	TAMANHO DA AMOSTRA (N)	% SEXO		MÉDIA DE IDADE (ANOS)
			HOMEM	MULHER	
Katcher et al. <sup>(11)</sup>	Estados Unidos	726	29,4	70,6	42,0
Robroek et al. <sup>(12)</sup>	Holanda	726	44,0	56,0	42,0
Siegel et al. <sup>(13)</sup>	Estados Unidos	288	26,2	73,8	40,0
Taylor et al. <sup>(14)</sup>	Estados Unidos	14	32,9	57,1	40,0
Wilson et al. <sup>(15)</sup>	Estados Unidos	557	31,0	69,0	36,0
Dekkers et al. <sup>(16)</sup>	Holanda	276	69,2	30,8	42,0
Hochart et al. <sup>(17)</sup>	Estados Unidos	6568	39,0	61,0	42,0
Jackson et al. <sup>(18)</sup>	Estados Unidos	539	84,0	16,0	52,0
McEachan et al. <sup>(19)</sup>	Reino Unido	1260	45,5	54,5	42,7
Terry <sup>(20)</sup>	Estados Unidos	391	59,3	40,7	43,9
Dias et al. <sup>(21)</sup>	Portugal	339	52,9	47,1	-
Estabrook et al. <sup>(22)</sup>	Estados Unidos	-	-	-	-
LeCheminant et al. <sup>(23)</sup>	Estados Unidos	229	58,7	41,3	42,9
Linde et al. <sup>(24)</sup>	Estados Unidos	1672	37,4	62,6	42,9
McHugh et al. <sup>(25)</sup>	Suíça	238	65,0	35,0	41,0
Thorndike et al. <sup>(26)</sup>	Estados Unidos	84	69,8	30,2	42,9
Clark et al. <sup>(27)</sup>	Estados Unidos	84	25,0	75,0	-
Dejoy et al. <sup>(28)</sup>	Estados Unidos	167	97,0	3,0	45,0
Lemon et al. <sup>(29)</sup>	Estados Unidos	782	33,0	67,0	45,0
Nakamura et al. <sup>(30)</sup>	Japão	155	96,7	3,3	44,2
Coffeng et al. <sup>(31)</sup>	Holanda	412	60,0	40,0	-
Lemon et al. <sup>(32)</sup>	Estados Unidos	782	33,0	67,0	45,0
Liau et al. <sup>(33)</sup>	Malásia	17	29,4	70,6	38,2
Pillay et al. <sup>(34)</sup>	Africa do Sul	58	58,6	41,4	31,7
Williams et al. <sup>(35)</sup>	Estados Unidos	6519	48,3	51,7	46,0
Brace et al. <sup>(36)</sup>	Estados Unidos	479	94,0	7,0	46,0
Burton et al. <sup>(37)</sup>	Estados Unidos	101	31,3	69,3	49,0
Harden et al. <sup>(38)</sup>	Estados Unidos	1790	26,6	73,4	46,9 s
Kim et al. <sup>(39)</sup>	Republica da Coreia	205	100,0	-	41,0
Lawton et al. <sup>(40)</sup>	Reino Unido	1260	-	-	-

TABELA 1

ESTUDO (AUTOR)	PAÍS	TAMANHO DA AMOSTRA (N)	% SEXO		MÉDIA DE IDADE (ANOS)
			HOMEM	MULHER	
Mache et al. (41)	Alemanha	3095	55,0	45,0	44,0
Musich et al. (42)	Estados Unidos	24651	73,0	27,0	42,0
Weinhold et al. (43)	Estados Unidos	69	20,3	79,7	51,0
Bellicha et al. (44)	França	1328	-	-	-
Jamal et al. (45)	Malásia	194	27,3	72,7	40,5
LaCaille et al. (46)	Estados Unidos	407	14,9	85,1	43,0
Lucini et al. (47)	Itália	1089	70,5	29,5	-
Miller et al. (48)	Estados Unidos	68	30,6	79,4	51,2
Osondu et al. (49)	Estados Unidos	297	22,0	78,0	49,9
Taylor et al. (50)	Estados Unidos	175	18,0	82,0	43,0
Tucker et al. (51)	Estados Unidos	42	-w	100,0	43,0
Wieneke et al. (52)	Estados Unidos	666	-	-	-
Wilson et al. (53)	Estados Unidos	362	-	-	-
Aitassalo et al. (54)	Finlândia	396	5,0	95,0	42,6
Arrogi et al. (55)	Bélgica	300	22,0	78,0	42,9
Balaguier et al. (56)	França	16	62,5	37,5	45,1
Barlett et al. (57)	Austrália	120	25,0	75,0	-
Schopp et al. (58)	Estados Unidos	180	34,2	65,8	45,7
Caperchione et al. (59)	Austrália	19	-	-	-
Kubo et al (60)	Japão	83	77,1	22,9	29,0
Rivera et al. (61)	Portugal	53	6,7	93,3	44,2
Paiva (62)	Estados Unidos	5703	56,8	43,2	34,6
Smith et al. (63)	Estados Unidos	181	12,9	87,1	47,9
Watenabe et al (64)	Japão	190	60,0	40,0	-
Werneburg et al. (65)	Estados Unidos	137	11,8	88,2	-
Salinardi et al. (66)	Estados Unidos	133	42,0	58,0	44,7
Silva et al. (67)	Brasil	175	26,7	73,3	

TABELA 2

## ESTRUTURA DAS INTERVENÇÕES E RESULTADOS

ESTUDO	FOCO E FORMATO DA INTERVENÇÃO	GRUPO COMPARATIVO	DURAÇÃO	FOLLOW-UP	RESULTADOS (REDUÇÃO EM)	RESULTADOS (MELHORIA EM)
Katcher et al. <sup>(11)</sup>	Nutrição vegan diabéticos	Sim	22 semanas Sessões educativas	-	-	Saúde geral Funcionamento físico Saúde mental Vitalidade Satisfação com a dieta Produtividade
Robroek et al. <sup>(12)</sup>	Incentivar o uso de website sobre atividade física Promoção de alimentação saudável e Identificar os fatores relacionados com o seu uso	Sim	Mensal/3 meses	-	-	Cerca de 1/2 dos partici- pantes usou o site Numero de mulheres
Siegel et al. <sup>(13)</sup>	Obesidade Multicomponente	Sim	2 em 2 meses/3-9 reuniões/ano acadêmico	3 anos	Índice de massa corporal	-
Taylor et al. <sup>(14)</sup>	Atividade física	-	6 meses/117 sessões	-	Peso Colesterol HDL	-
Wilson et al. <sup>(15)</sup>	Estilos de vida (Atividade física) Multicomponente Centrada nos trabalhadores e equipa Centrada na organização	Sim	9 a 19 semanas 10mn/dia	-	-	O nível de implementação afeta o grau de mudança no vigor da atividade física
Dekkers et al. <sup>(16)</sup>	Estilos de vida (Doenças cardiovasculares) Telefone e Internet	Sim	6 meses 10 contactos	6 e 24 meses	Peso Colesterol	Fitness aeróbico
Hochart et al. <sup>(17)</sup>	Fatores de risco Utilização e Custos dos serviços de saúde Multicomponente	-	12 meses	-	Pressão arterial Colesterol	Pequeno dos custos com cuidados de saúde
Jackson et al. <sup>(18)</sup>	Controle Hipertensão Multicomponente	Sim	4 emails/4-5 meses	6 meses	-	Compreensão e controle da pressão sanguínea Compreensão das opções de tratamento
McEachan et al. <sup>(19)</sup>	Atividade física Custos Teoria do Comportamento Planeado	Sim	3 meses	9 meses	Pressão arterial	Índice massa corporal Não provou ser custo-efetivo
Terry <sup>(20)</sup>	Cessaçao tabágica Telefone	Sim	-	Pré/pós teste	-	Cessaçao tabágica

TABELA 2

Dias et al. (21)	Gestão de stress Multicomponente	-	6H de sessões gestores; 3H de sessões trabalhadores	-	percepção e quantidade de exigência emocional, especialmente para os gestores	Estratégias de coping
Estabrook et al. (22)	Prevenção da obesidade Multicomponente (Intervenção ecológica)	-	2 anos	12 e 24 meses	Não ocorreu modificação do IMC	-
LeCheminant et al. (23)	Estilos de vida Multicomponente Modelo de mudança de comportamento de O'Donnell	-	-	12 e 24 meses	-	Frequência e volume de exercício Consumo de vegetais e frutos
Linde et al. (24)	Prevenção do ganho de peso Multicomponente (Intervenção no Ambiente)	Sim	2 anos	2 anos	A massa corporal não foi significativamente afetada pela intervenção	-
McHugh et al. (25)	Gestão do peso Online	Sim	Mensal/1 ano	2 anos	HDL	Pressão arterial Açúcar no sangue
Thorndike et al. (26)	Prevenção ganho de peso	Sim	10 semanas 30mn/ semana	1 ano	Peso moderada	Dieta Exercício físico
Clark et al. (27)	Atividade física e Gestão de stress (Programa cognitivo comportamental)	-	12 semanas	1 mês	Stress Bem-estar espiritual Qualidade do sono	Atividade física Dieta saudável
Dejoy et al. (28)	Prevenção da diabetes Sessões individuais Base no comportamento	-	16 sessões/24 semanas	1 ano	Peso	-
Lemon et al. (29)	Prevenção do ganho de peso	Sim	2 anos	12 e 24 meses	Peso	-
Nakamura et al. (30)	Cessaçãotabágica e custo efetividade de apoio individualizado Multicomponente	-	1vez/ semana/6 meses	24 meses	-	Sucesso quanto menor o nível de dependência O grau de dependência determina o custo efetividade
Coffeng et al. (31)	Fadiga física e mental Multicomponente	Sim	Sessões de 90 mn/3.5 meses	12 meses	Não melhorou a necessidade de recuperação	-
Lemon et al. (32)	Prevenção do ganho de peso Multicomponente	Sim	2 anos	12-24 meses	Modesta de peso	-
Liau et al. (33)	Riscos cardiovasculares Multicomponente	-	6 meses	Não	-	Estado de saúde física e mental



TABELA 2

Pillay et al. (34)	Atividade física	-	1 semana/5 sessões de 10mn	-	-	Os resultados apoiam mensagens AF atuais que usam o termo caminhada rápida como referência para MPA.
Williams et al. (35)	Gestão de peso (obesidade) Modelo ecológico social	Sim	48 semanas/30 mn	12 e 24 meses	IMC, mas sem diferenças estatisticamente significativas	-
Brace et al. (36)	Prevenção da diabetes Multicomponente Sessões, posters, website para colaboração família	-	16 sessões de 30 min a 1H	6 e 12 meses	Peso	-
Burton et al. (37)	Gestão da diabetes Programa educacional	-	12 meses	6 e 12 meses	-	Conhecimentos Não existiu melhoria significativa nos dados biométricos
Harden et al. (38)	Perda de peso Internet Multicomponente (Estratégias comportamentais)	Sim	1 email diário/12 meses	12 meses	Peso pouco significativa, sem implicações a nível do absentismo e presentismo	-
Kim et al. (39)	Perda de peso Multicomponente	Sim	24 semanas Sessões de grupo + 1 email/semana	-	Não houve redução significativa de peso nos homens obesos	-
Lawton et al. (40)	Atividade física Multicomponente	Sim	15H/3 meses	9 meses	-	Número de participantes que fazem dieta
Mache et al. (41)	Comportamento alimentar Atitudes relacionadas com saúde	Sim	Sessões de 30 a 60min/semana	12 meses	-	Comportamento alimentar
Musich et al. (42)	Impacto financeiro PPS Mudança riscos em saúde Multicomponente	Sim	-	0-6 meses	-	Saúde Produtividade
Weinhold et al. (43)	Estilo de vida Multicomponente	Sim	Sessões de 60min/semana	3 meses	Peso Alimentos ricos em gorduras	Ingestão fibras
Bellicha et al. (44)	Atividade física Multicomponente	Sim	2 fases com intervalo de 1 mês	3 a 7 meses	-	Atividade física
Jamal et al. (45)	Estilos de vida Obesidade Multicomponente	Sim	Sessões de grupo em 24 semanas	12, 24 e 36 semanas	Peso Emoções negativas Desconforto físico	Qualidade de Vida

TABELA 2

LaCaille et al. (46)	Prevenção da obesidade Multicomponente Modelo ecológico social	Sim	12 meses	6 e 12 meses Após a avaliação inicial	Consumo de frutas, vegetais e fibras	Modesto da atividade física Conhecimentos, informação, discussão com o grupo de pares acerca de saúde e investimento como trabalhadores
Lucini et al. (47)	Prevenção das doenças crónicas Website ou Modelo ecológico	Sim	46 visitas ao site	2 anos	Modelo ecológico: Absentismo	Modelo ecológico: Saúde
Miller et al. (48)	Prevenção da diabetes Modelo do Processo de Ação em Saúde	Sim	16 semanas/ Sessões de 1H	4 e 7 meses	Peso Consumo de legumes e carne vermelha	-
Osondu et al. (49)	Estilo de vida Obesidade Multicomponente	-	12 semanas	12 meses	Peso	Melhoria nos índices cardio metabólicos
Taylor et al. (50)	Booster Atividade física	Sim	3 - 6 meses	-	Comportamento sedentário	Triglicerídeos, mas mantém valores normais Manutenção do IMC
Tucker et al. (51)	Atividade física ausência de exercício atividade termogenica (NEAT) intervenção com <i>coaching</i> personalizado via Mensagem texto	Sim	1-3meses	-	Sedentarismo Massa gorda Peso Benefícios para os enfermeiros	-
Wieneke et al. (52)	Estilo de vida Teoria cognitiva-social Multicomponente	-	Sessões de 1 a 5H/mês	-	-	Perceção de apoio para mudar estilos de vida Perceção de saúde e bem-estar
Wilson et al. (53)	Prevenção da diabetes Multicomponente	Sim	6 Sessões de 10mn	12 meses	Peso	-
Aitassalo et al. (54)	Atividade física/ Sedentarismo Multicomponente	Sim	8 H	1 ano	Sedentarismo	Prática de atividade física
Arrogi et al. (55)	Atividade física	Sim	3 meses 2 sessões x 1H+3 contactos à distância	Final da intervenção e 6 meses após esta	Sedentarismo à semana	Prática de atividade físico à semana
Balaguier et al. (56)	Estilo de vida: Atividade física	Sim	8 semanas 15 mn/dia de trabalho + 1H de exercícios específicos/2x semana	4, 8, 12 semanas	-	Resistência dos músculos extensores e flexores do tronco

TABELA 2

Barlett et al. <sup>(57)</sup>	Saúde mental, nomeadamente, stress Multicomponente	Sim	7,5H/5 semanas	7 dias	Perceção de stress Distress	Qualidade de vida
Schopp et al. <sup>(58)</sup>	Estilos de vida: Gestão da saúde Intervenção de apoio social + programa de mudança de comportamento de saúde	Sim	6 semanas/ sessões de 50 mn	3 e 12 meses	Sintomas de depressão	Atividade física
Caperchione et al. <sup>(59)</sup>	Atividade física website	-	1 ano	-	-	Incentiva a promoção da saúde A moral, camaradagem e formação equipas
Kubo et al. <sup>(60)</sup>	Gestão da depressão e prevenção de suicídio Programa de 1ª ajuda de saúde mental	-	12H (2H/sessão)	1 mês	Estigma	Confiança Competências práticas
Rivera et al. <sup>(61)</sup>	Gestão do stress Multicomponente	-	5 sessões 15mn/3 meses	-	-	Gestão do stress
Paiva <sup>(62)</sup>	Estilos de vida Multicomponente	-	1xmês/3 a 12 meses	Pré/Pós teste	Gordura corporal Stress Pressão arterial	-
Smith et al. <sup>(63)</sup>	Autogestão da doença crónica Workshop + Teoria da aprendizagem social	Sim	2 sessões por semana de 50mn/8 semanas	6 meses	Fadiga Sedentarismo	Saúde física Comportamento alimentar
Watenabe et al. <sup>(64)</sup>	Atividade física Multicomponente	Sim	3 meses	6 meses	-	Atividade física
Werneburg et al. <sup>(65)</sup>	Gestão de stress	-	Sessões de 60-90 mn/12 semanas	1 mês	-	Saúde em geral Hábitos alimentares Bem-estar espiritual Sono
Salinardi et al. <sup>(66)</sup>	Estilo de vida Diminuição de peso e melhoria cardiometabólica Multicomponente	Sim	19 sessões/60 mn 0-6 meses perda de peso 6-12 meses manutenção de peso	-	Peso Fatores de risco metabólicos	-
Silva et al. <sup>(67)</sup>	Atividade física Protocolo de exercício	Sim	sessões 2, 4 e 5 dias/ semana/12 meses	-	Dor músculo-esquelética	Dinâmica de trabalho Bem estar psicofisiológico

do peso e noutro estudo da mesma equipa <sup>(32)</sup> a diminuição foi mais modesta. Já no estudo de Linde e colaboradores <sup>(24)</sup>, o IMC não foi significativamente afetado. Williams e colaboradores <sup>(35)</sup>, verificaram diminuição do IMC, sem diferença estatisticamente significativa, enquanto Lucini e colaboradores <sup>(47)</sup> verificaram uma diminuição do absentismo e melhoria da saúde. Dos programas relacionados com a gestão da doença, dos quatro encontrados, nenhum foi avaliado entre 2-3 anos.

Apesar dos interessantes dados obtidos, esta revisão apresenta algumas limitações, nomeadamente a pesquisa de dados ter sido limitada aos idiomas português e inglês e, portanto, algumas publicações relevantes podem não ter sido identificadas. Além disso, a heterogeneidade dos estudos identificados e a ausência de um esquema de avaliação comum impedem de tirar conclusões robustas sobre qual tipo de intervenções são mais eficazes.

## CONCLUSÃO

A presente revisão fornece uma visão da pesquisa relativa aos programas de PSLT, tendo sido possível identificar a avaliação da sua eficácia. Considerando os resultados positivos da maioria dos estudos analisados, existe um forte argumento para que os empregadores apoiem iniciativas relacionadas com PSLT, pois garantir um local de trabalho e uma sociedade saudável é da responsabilidade social das organizações. ▀



## Referências

1. Fornarow G, Calitz C, Arena R, Baase C, Isaac F, Lloyd-Jones D, et al. Workplace wellness recognition for optimizing workplace health - a presidential advisory from the American Heart Association. *Circ* [Internet]. 2019 [acesso em 2019 Setembro 28] 131 (20), e480. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org>
2. Organização Internacional do Trabalho. Trabalhar para um futuro melhor - Comissão Mundial sobre o Futuro do Trabalho Organização Internacional do Trabalho. Lisboa: OIT; 2019.
3. Organização Mundial da Saúde. Workplace health promotion. [Internet]. 2019 [acesso em 2019 Setembro 28], disponível em: [https://www.who.int/occupational\\_health/topics/workplace/en/](https://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/)
4. Sousa-Uva A, Serranheira F. Trabalho e saúde/(doença): o desafio sistemático da prevenção dos riscos profissionais e o esquecimento reiterado da promoção da saúde. *Rev. Bras. Med. Trab.* 2013; 11(1): 43-49.
5. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) - Extensão 2018/2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2018.
6. European Agency for Safety and Health at Work. Motivation for employers to carry out workplace health promotion: literature review. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012.
7. Graça L. Políticas integradas de protecção e promoção da saúde e segurança do trabalho nas empresas portuguesas. *Rev. Port. Sau. Pub.* 2006; 6: 75-94.
8. Whittemore R., Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* 2005; 52 (5): 546-553.
9. Joanna Briggs Institute. Reviewers' manual. [Internet]. 2014a [acesso em 2019 Setembro 28] Adelaide, Australia: Joanna Briggs Institute. Disponível em: [www.joannabriggs.org](http://www.joannabriggs.org)
10. Joanna Briggs Institute. New JBI levels of evidence. [Internet]. 2014b [acesso em 2019 Setembro 28] Adelaide, Australia: Joanna Briggs Institute. Disponível em: [www.joannabriggs.org](http://www.joannabriggs.org)
11. Katcher H, Ferdowsian H, Hoover V, Cohen J, Barnard N. A worksite vegan nutrition program is well-accepted and improves health-related quality of life and work productivity. *Ann Nutr Metab* 2010; 56 (4): 245-252.
12. Robroek S, Brouwer W, Lindeboom D, Oenema A, Burdorf A. Demographic, behavioral, and psychosocial correlates of using the website component of a worksite physical activity and healthy nutrition promotion program: a longitudinal study. *J Med Internet Res* 2010; 12(3): e44.
13. Siegel J, Prelip M, Erasquin J, Kim S. A worksite obesity intervention: results from a group-randomized trial. *Am J Public Health* 2010; 100 (2): 327-333.
14. Taylor W, Shegoga R, Chena V, Rempelb D, Baunc M, Bushd C, et al. The booster break program: description and feasibility test of a worksite physical activity daily practice. *Work* 2010; 37: 433-443 433. DOI: 10.3233/WOR20101097
15. Wilson M, Basta T, Bynum B, DeJoy D, Vandenberg R, Dishman R. Do intervention fidelity and dose influence outco-

- mes? Results from the move to improve worksite physical activity program. *Health Educ Res* 2010; 25 (2): 294-305.
16. Dekkers J, van Wier M, Ariëns G, Hendriksen I, Pronk N, Smid T, et al. Comparative effectiveness of lifestyle interventions on cardiovascular risk factors among a Dutch overweight working population: a randomized controlled trial. *BMC Public Health* [Internet]. 2011 [acesso em 2019 Setembro 28], 11: 49. Disponível em: <http://www.biomed-central.com/1471-2458/11/49>
  17. Hochart C, Lang M. Impact of a comprehensive worksite wellness program on health risk, utilization, and health care costs. *Popul Health Manag* 2011; 14 (3): 111-116.
  18. Jackson J, Kohn-Parrott K, Parker C, Levins N, Dyer, S, Hedalen E, et al. Blood pressure success zone: you auto know a worksite-based program to improve blood pressure control among auto workers. *Popul Health Manag* 2011; 14(5): 257-63. DOI: 10.1089/pop.2010.0060.
  19. McEachan R, Lawton R, Jackson C, Conner M, Meads D, West R. Testing a workplace physical activity intervention: a cluster randomized controlled trial. *Int J Behav Nutr Phy Act* 2011; 8: 29.
  20. Terry P, Seaverson E, Stauffer M, Tanaka A. The effectiveness of a telephone-based tobacco cessation program offered as part of a worksite health promotion program. *Popul Health Manag* 2011; 14 (3): 117-125.
  21. Dias L. Estudo de caso: Programa de gestão do stress organizacional enquanto projeto de promoção de saúde ocupacional num contexto empresarial Português. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa, Lisboa; 2012.
  22. Estabrook B, Zapka J, Lemon S. Evaluating the implementation of a hospital work-site obesity prevention intervention: applying the RE-AIM framework. *Health Promot Practice* 2012; 13 (2): 190-197.
  23. LeCheminant J, Merrill R. Improved health behaviors persist over two years for employees in a worksite wellness program. *Popul Health Manag* 2012; 15, (5): 261-266.
  24. Linde J, Nygaard K, MacLehose R, Mitchell, N, Harnack L, Cousins J, et al. Health works: results of a multi-component group-randomized worksite environmental intervention trial for weight gain prevention. *Int J Behav Nutr Phy Act* 2012; 9: 14. DOI: 10.1186/1479-5868-9-14.
  25. McHugh J, Suggs S. Online tailored weight management in the worksite: does it make a difference in biennial health risk assessment data? *J Health Commun* 2012; 17 (3): 278-293.
  26. Thorndike A, Sonnenberg L, Healey E, Myint-U K, Kvedar J, Regan S. Prevention of weight gain following a worksite nutrition and exercise program randomized controlled trial. *Am J Prev Med* 2012; 43(1): 27-33. DOI: 10.1016/j.amepre.2012.02.029
  27. Clark M, Soyring J, Jenkins S, Daniels D, Berkland B, Werneburg B, et al. The integration of studio cycling into a worksite stress programme management. *Stress Health* 2013; 30: 166-176.
  28. DeJoy D, Padilla H, Wilson M, Vandenberg R, Davis M. Worksite translation of the diabetes prevention program: formative research and pilot study results from fuel your life. *Health Promot Practice* 2013; 14 (4): 506-513.
  29. Lemon S, Wang M, Wedick N, Estabrook B, Druker S, Schneider K, et al. Weight gain prevention in the school worksite setting: a multi-level cluster randomized trial. *Prev Med* 2013; 60: 41-47.
  30. Nakamura K, Sakurai M, Miura K, Morikawa Y, Nagasawa S. Nicotine dependence and cost-effectiveness of individualized support for smoking cessation: evidence from practice at a worksite in Japan. *PLOS ONE* [Internet]. 2013 [acesso em 2018 Setembro 28] 8 (1), e55836. Disponível em: [www.plosone.org](http://www.plosone.org).
  31. Coffeng K, Boot C, Duijts S, Twisk J, van Mechelen W, Hendriksen I. Effectiveness of a worksite social & physical environment intervention on need for recovery, physical activity and relaxation; results of a randomized controlled trial. *PLOS ONE* 2014; 9(12), e114860. DOI:10.1371/journal.pone.0114860.
  32. Lemon S, Wang M, Wedick N, Estabrook B, Druker S, Schneider K., et al. Weight gain prevention in the school worksite setting: results of a multi-level cluster randomized trial. *Prev Med* 2014; 60: 41-47. DOI:10.1016/j.ypmed.2013.12.010
  33. Liao S-Y, Hassali MA, Shafie AA, Ibrahim MI. Assessing quality of a worksite health promotion programme from participants' views: findings from a qualitative study in Malaysia. *Health Expect* 2014; 17 (1): 116-128.
  34. Pillay J, Kolbe-Alexander T, Proper K, van Mechelen W, Lambert E. Steps that count: physical activity recommendations, brisk walking, and steps per minute— how do they relate? *J Phys Act Health* 2014; 11 (3): 502.
  35. Williams A, Stevens V, Albright C, Nigg C, Meenan R, Vogt, T. The results of a 2-year randomized trial of a worksite weight management intervention. *Am J Health Promot* 2014; 28 (5): 336-339.
  36. Brace A, Padilla H, DeJoy D, Wilson M, Vandenberg R, Davis M. Applying RE-AIM to the evaluation of fuel your life: a worksite translation of DPP. *Health Promot Pract* 2015; 16 (1): 28-35.
  37. Burton W, Chen C, Li X, Erickson D, McCluskey M, Schultz A. A worksite occupational health clinic-based diabetes mellitus management program. *Popul Health Manag* 2015; 18 (6): 429-36.
  38. Harden S, You, W, Almeida F, Hill J, Linnan L, Allen K, et al. Does successful weight loss in an internet-based worksite weight loss program improve employee presenteeism and absenteeism? *Health Educ Behav* 2015; 42(6): 769-774.
  39. Kim J.-K, Oh S, Steinhilb S, Kim S, Bae W, Han J, et al. Effectiveness of 6 months of tailored text message reminders for obese male participants in a worksite weight loss program: randomized controlled trial. *JMIR Mhealth Uhealth* 2015; 3(1): e14.
  40. Lawton R, Meacham R, Jackson C, West R, Conner M. Intervention fidelity and effectiveness of a UK worksite physical activity intervention funded by the Bupa Foundation, UK. *Health Promot Inter* 2015; 30(1): 38-49. DOI:10.1093/heapro/dau088.
  41. dau088.
  42. Mache S, Jensen S, Jahn R, Steudtner M, Ochsmann E, Preuß G. Worksite health program promoting changes in eating behaviour and health attitudes. *Health Promot Pract* 2015; 16 (6): 826-836. DOI: 10.1177/1524839915596310.
  43. Musich S, McCalister T, Wang S, Hawkins K. An evaluation of the well at dell health management program: health risk change and financial return on investment. *Am J Health Promot* 2015; 29 (3): 147-157.
  44. Weinhold K, Miller C, Marrero D, Nagaraja H, Focht B, Gascon G. A randomized controlled trial translating the diabetes prevention program to a university worksite, Ohio,

- 2012-2014. *Prev Chronic Dis* 2015; 12: E210. DOI: 10.5888/pcd12.150301.
45. Bellicha A, Kieusseian A, Fontvieille A, Tataranni A, Copin N, Charreire H, et al. A multistage controlled intervention to increase stair climbing at work: effectiveness and process evaluation. *Int J Behav Nutr Phy Act* 2016; 13: 47. DOI: 10.1186/s12966-016-0371-0.
  46. Jamal S, Moy F, Mohamed M, Mukhtar F. Effectiveness of a group support lifestyle modification (gslim) programme among obese adults in workplace: a randomised controlled trial. *PLOS ONE* 2016; 11(8): e0160343 DOI:10.1371/journal.pone.0160343.
  47. LaCaille L, Schultz J, Goei R, LaCaille R, Dauner K, Souza R., et al. Go!: results from a quasi-experimental obesity prevention trial with hospital employees. *BMC Public Health* 2016; 16: 171. ISSN: 1471-2458.
  48. Lucini D, Zanuso S, Solaro N, Vigo C, Malacarne M, Pagani M. Reducing the risk of metabolic syndrome at the work-site: preliminary experience with an ecological approach. *Acta Diabetol* 2016; 53: 63-71. DOI 10.1007/s00592-015-0744-x.
  49. Miller C, Weinhold K, Nagaraja H. Impact of a worksite diabetes prevention intervention on diet quality and social cognitive influences of health behavior: A randomized controlled trial. *J Nutr Educ Behav* 2016; 48(3): 160-169.
  50. Osondu C, Aneni E, Shaharyar S, Roberson L, Rouseff M, Das S, et al. The effectiveness of a worksite lifestyle intervention program on high-risk individuals as potential candidates for bariatric surgery: my unlimited potential (MyUP). *Pop Health Manag* 2016; 19 (5): 368-375.
  51. Taylor W, Paxton R, Shego, R, Coan S, Dubin A, Page T, et al. Impact of booster breaks and computer prompts on physical activity and sedentary behavior among desk-based workers: a cluster-randomized controlled trial. *Prev Chronic Dis* 2016; 13: 160231. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd13.160231>.
  52. Tucker S, Farrington M, Lanningham-Foster L, Clark M, Dawson C, Quinn G, et al. Worksite physical activity intervention for ambulatory clinic nursing staff. *Work Health Safety* 2016; 64 (7): 313-325.
  53. Wieneke K, Clark M, Sifuentes L, Egginton J, Lopez-Jimenez F, Jenkins S, et al. Development and impact of a worksite wellness champions program. *Am J Health Behav* 2016; 40 (2): 215-220.
  54. Wilson M, DeJoy D, Vandenberg R, Padilla H, Davis M. Fuel your life: a translation of the diabetes prevention program to worksites. *Am J Health Promot* 2016; 30, (3): 506-513.
  55. Aittasalo M, Livson M, Lusa S, Romo A, Vähä-Ypyä H, Tokola K., et al. Moving to business - changes in physical activity and sedentary behavior after multilevel intervention in small and medium-size workplaces. *BMC Public Health* 2017; 17 (1): 319.
  56. Arrogi A, Schotte A, Bogaerts ., Boen F, Seghers J. Short and long-term effectiveness of a three-month individualized need-supportive physical activity counseling intervention at the workplace. *BMC Public Health* 2017; 17 (1): 52.
  57. Balaguier R, Madeleine P, Rose-Dulcina K, Vuillermé, N. Effects of a worksite supervised adapted physical activity program on trunk muscle endurance, flexibility, and pain sensitivity among vineyard workers. *J Agromedicine* 2017; 22 (3): 200-214.
  58. Bartlett L, Lovell P, Otahal P, Sanderson K. Mindfulness Program for Public Sector Employees: a Pilot Randomized Controlled Trial with Informant Reports. *Mindfulness* 2017; 8: 639-654.
  59. Schopp L, Clark M, Lamberson W, Uhr D, Minor M. A randomized controlled trial to evaluate outcomes of a workplace self-management intervention and an intensive monitoring intervention. *Health Educ Res* 2017; 32 (3): 219-232.
  60. Caperchione CM, Vandelanotte C, Corry K, Power D, Gill N, Duncan M J. Qualitative exploration of the feasibility and acceptability of workplace-based microgrants to improve physical activity: the 10,000 steps pedometer microgrant scheme. *JOEM* 2018; 60 (8): E406-6411.
  61. Kubo,H, Urata H, Katsuki R, Hirashima M, Ueno S, Suzuki Y, et al. Development of MHFA-based 2-h educational program for early intervention in depression among office workers: a single-arm pilot trial. *PLOS ONE* 2018; 13(12) : e0208114.
  62. Paiva S. Promoção de estilos de vida saudáveis em trabalhadores de saúde que trabalham em serviços de ambulatório, de um hospital central de Lisboa. Relatório de Estágio. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2018.
  63. Rivera OL, Ford JD, Hartzell, MM, Hoover TA. An evaluation of army wellness center clients' health-related outcomes. *Am J Health Prom* 2018; 32(7): 1526-1536.
  64. Smith M, Wilson M, Robertson M., Padilla H, Zuercher H, Vandenberg, Ret al. Impact of a translated disease self-management program on employee health and productivity: six-month findings from a randomized controlled trial. *Int J Environ Res. Public Health* 2018; 15: 851. DOI: 10.3390/ijerph15050851.
  65. Watanabe K, Kawakami N. Effects of a multi-component workplace intervention program with environmental changes on physical activity among Japanese white-collar employees: a cluster-randomized controlled trial. *Int J Behav Med* 2018; 25 (6): 637-648.
  66. Werneburg B, Jenkins S, Friend J, Berkland B, Clark M, Rose-dahl J, et al. Improving resiliency in healthcare employees. *Am J Health Behav* 2018; 42(1): 39-50. DOI: <https://doi.org/10.5993/AJHB.42.1.4>
  67. Salinardi T, Batra P, Roberts S, Urban L, Robinson L, Pittas A, et al. Lifestyle intervention reduces body weight and improves cardio metabolic risk factors in worksites. *Am J Clin Nutr* 2013; 97(4): 667-676.
  68. Silva J, Gontijo L, Vieira E, Leite W, Colaço G, Carvalho V, et al. A worksite physical activity program and its association with biopsychosocial factors: an intervention study in a footwear factory. *Int J Ind Ergon* 2019; 69: 73-79.
  69. Saliba Y, Barden S. Counselors and workplace wellness programs: a conceptual model. *The Professional Counselor*, 2017; 7 (2): 104-113. DOI:15241/ys.7.2.104.
  70. Global Wellness Institute. *The future of wellness at Work*. Miami: Global Wellness Institute; 2016.
  71. Health Promotion Board. Programme evaluation: knowing if your programme works. [Internet]. 2013 [acesso em 2019 Março 18]. Disponível em [https://www.hpb.gov.sg/docs/default-source/default-document-library/08-programme-implementation-\(addressing-faqs-on-practical-issues\).pdf?sfvrsn=2ed2eb72\\_0](https://www.hpb.gov.sg/docs/default-source/default-document-library/08-programme-implementation-(addressing-faqs-on-practical-issues).pdf?sfvrsn=2ed2eb72_0)



**MARGARIDA FERREIRA**

**Professora Auxiliar**, Doutora em Investigação Aplicada em Medicina Preventiva, Saúde Pública e Cirurgia. Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.

mmferreira@ufp.edu.pt

**JOANA TEIXEIRA**

**Enfermeira Coordenadora** do Internamento Médico-Cirúrgico, Mestre em Oncologia. Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa (HE-UFP), Porto, Portugal.

**SUSANA CAMARINHA**

Hospital Escola Fernando Pessoa (HE-UFP), Porto, Portugal.

**AMÉLIA MONTEIRO**

Universidade Fernando Pessoa (UFP), Porto, Portugal.

**JOANA MONTEIRO**

Hospital Escola Fernando Pessoa (HE-UFP), Porto, Portugal.

# INTERVENTION BEAM IN PREVENTION OF LOCAL SURGICAL INFECTION

## Abstract

**Introduction:** Surgical site infections are frequent complications that affect patients undergoing surgery. These are preventable infections that constitute a loss of reputation for healthcare systems worldwide, with consequences for the patient in terms of morbidity, mortality, excessive length of stay, and additional costs to the system and the community. They aggravate their functional disability, increase the emotional stress of patients and families, leading to decreased quality of life.

Nurses, as members of the multidisciplinary team, play a crucial role as promoters of adherence to the best practices for prevention and control of surgical site infection called "intervention bundle".

**Objective:** Evaluate the adhesion of nurses to the intervention bundle in the prevention of Surgical Site Injury.

**Methods:** Descriptive, cross-sectional, quantitative study. Sample of convenience, made up to 54 nurses. The data collection instrument was the checklist of the DGS of 2015.

**Results:** The results revealed low adhesion in the pre-surgical bath with 2% chlorhexidine. Regarding trichotomy, it was avoided in about 59% of the cases. In the maintenance of capillary glycemia and normothermia, these were not met by 33% of professionals. Regarding adherence to surgical antibiotic prophylaxis, it was obeyed by 63% of the professionals, respecting the ideal timing of administration, 120 minutes before surgery.

**Conclusion:** The implementation of programs of continuing education, accountability and awareness of the management bodies for the implementation of a safety culture are substantial in the prevention of surgical site disruption.

**KEYWORDS:** INFECTION CONTROL, SURGERY, PREVENTION AND CONTROL, PREVENTIVE MEASURES, PERIOPERATIVE PROCEDURES.

## INTRODUCTION

**H**ealth Care Associations (IACS) are a serious problem in all countries, regardless of their level

of development, and are a central issue in the concerns of the International Health Organizations. concerns the safety of the patient, as it represents one of the adverse effects of potentially preventable health care provision, and there are studies showing that at least 20% of IACS could be avoided. <sup>[1]</sup>

IACS is undoubtedly a problem that affects quality of care, quality of life, patient safety and health professionals. <sup>[2]</sup> They also have a high financial impact on health institutions and systems. <sup>[3]</sup>

Data from the Directorate General for Health (DGS) (2017), show us that the rate of IACS in Portugal is around 7,8%, a decrease of 2,7% compared to the data obtained. <sup>[4]</sup> Regarding the location of the HAI, the most frequent are still airway (29,3%, followed by urinary tract (21,1%) and Surgical Site Infections (SSI) with 18%. Of the SSI, deep organ / space and incisional infections prevail, which make up 75% of all infections, of which one third refer to deep incisional infection and 41,8% to organ / space infection. <sup>[4]</sup> SSI is the one that occurs at or

near the surgical incision (incision or organ / space), in the first 30 postoperative days or up to a year in the case of prosthesis, implant / transplant placement. <sup>[4]</sup>

In the United States, SSI has generally been the second largest group of IACS, which reaches the most patients, reaching 500,000 cases, resulting in an average of 3,7 million additional days of hospitalization, more than 1,6 \$ billion in extra costs, as well as physical, emotional and financial losses to the patients they suffer. <sup>[4,5]</sup>

It is difficult to monitor and identify the occurrence of SSI, since the variables are multiple and unknown numbers, bearing in mind that hospital stay is shorter and shorter, going to hours or days, instead of traditional hospitalizations. they watched for weeks. The number of outpatient surgeries as well as the number of early discharges also increases. <sup>[5-7]</sup>

The appearance of SSI is related to several risk factors inherent to the patient, surgery and environmental conditions. These are categorized as intrinsic (related to the person such as age, nutritional status, diabetes, smoking, obesity, microbial colonization, altered immune response and length of stay) while extrinsic risk factors for SSI

include surgery-related aspects such as preoperative preparation, preoperative bathing, trichotomy, skin preparation, choice of appropriate antiseptic, normoglycemia, normothermia, hand washing and disinfection, environmental control, surgical team uniforms, sterilization of medical devices, duration of surgical intervention, surgical technique, antimicrobial prophylaxis surgery and postoperative care. <sup>[6-8]</sup>

Although SSI is conceived as multifactorial, the surgical team plays a fundamental role in the prevention of factors related to the surgical procedure during the preoperative and intraoperative period, whether in the number of people in the operating room, in the movement and in the excessive conversation of professionals within the room at the time of the surgical procedure, the movement of the doors, the ventilation system, the decision by the moment and type of the antimicrobial prophylaxis, the parameterization and adequate preparation of the skin of the patient and the hands of the surgical team. <sup>[5-8]</sup>

Each SSI is responsible for 7-11 extra days of hospitalization and an increased risk of mortality by 2-11 times. <sup>[2,4]</sup>

The nurse plays a key role in the management of the person-centered environment for therapeutic effectiveness and incident prevention, making efforts to minimize the negative impact, respecting their individuality, autonomy and their life project, <sup>[9]</sup> being the patient's safety understood as the absence of avoidable damage to the patient throughout the health care process. <sup>[10]</sup>

Caring in the perioperative context requires from the nurse a series of specific skills, being the target of

TABLE 1

### NURSES' AGE

AGES	FREQUENCY	PERCENTAGE (%)
25-29 ages	4	7,4
30-34 ages	8	14,8
35-39 ages	6	11,1
40-44 ages	14	25,9
45-49 ages	12	22,3
50-54 ages	10	18,5
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>



his intervention the person who needs invasive procedures / surgeons and anesthetics. [6-12] Surveillance, diagnosis and prophylaxis are important factors in its control. [13]

For the DGS (2013), perioperative nursing care, performed in the inpatient service and the surgery Center, should be performed with the aim of eliminating or minimizing the risk of SSI as much as possible. [4]

It is elementary for nurses to promote the involvement of the patient and the multidisciplinary pre, intra and postoperative team, to develop effective means for communicating relevant information to intraoperative teams in order to contribute to the reduction of risk factors. [12-14]

It is critical that care and treatment are able to meet the needs and preference of the person with or at risk for SSI, and should have the opportunity to make informed decisions about their health care in partnership with health professionals. This type of approach implies sharing information, involvement as well as accountability of the person and the nurse in the care process. [15]

SSI are among the preventable IACS, through preventive measures used by healthcare professionals, patients, family members and / or caregivers, particularly the surgical bundle / intervention bundle, as an effective measure in reducing SSI rates. according to evidence-based practice. They include a set of good practices (between three and five) that, when applied simultaneously, improve results compared to their individual application, which compromises their effectiveness.

In order to obtain high quality nursing care with patient safety benefits, it is recommended that all interventions be applied to all patients undergoing surgical intervention. [4,6]

Proper implementation of these measures during the perioperative period may directly interfere with the pathogenesis of SSI, as they contribute to the reduction / elimination of microorganism transfer to the surgical incision, which is one of the conditions for the development of infection.

**OBJECTIVE**

The present study aimed to evaluate the nurses adherence to the intervention beam for the prevention of SSI in the surgical department of a hospital in the north of Portugal. As specific objectives were set a) Identify the effectiveness of the implementation of the intervention bundle in the prevention of SSI; (b) Recognize situations of non-compliance with the implementation of the SSI prevention bundle of interventions; c) Estimate the rate of adherence to the implementation of the SSI prevention bundle of interventions.

**METHODS**

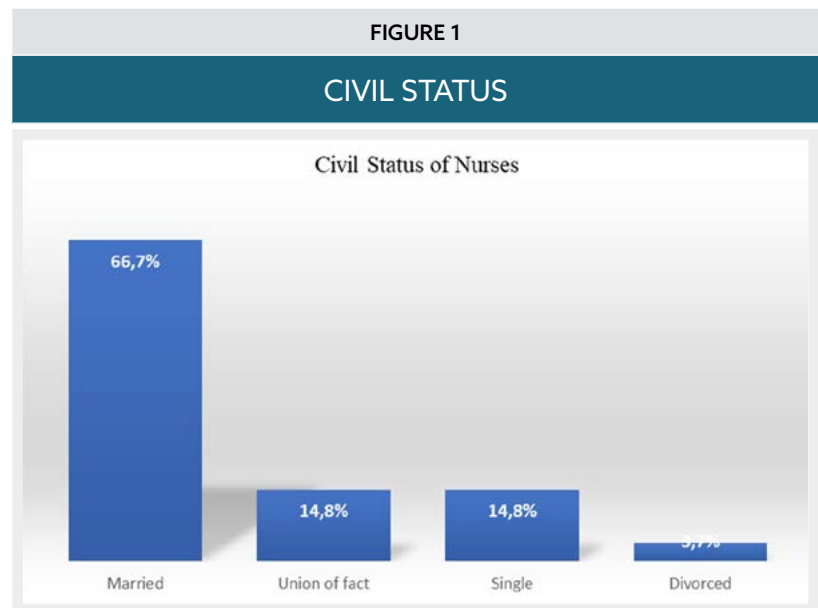
A descriptive, cross-sectional, quantitative study was carried out in a hospital in the north of Por-

tugal, in the Internal Surgery and Operative Block (BO). The study population consisted of all the nurses of the referred hospital. A convenience sample was used, consisting of nurses working in the Surgery and Operative Block service, who were available to participate in the study at the time of application of the questionnaire, being composed by 54 nurses. The data collection instrument was the checklist of DGS, 2015, inherent to the standard of "Prevention of Injury Prevention of Surgical Site" and the analysis of records in the clinical process.

**RESULTS**

The sample was composed mainly by female subjects (66.7%), aged between 25 and 54 years, with a average age of 42 years (Table 1).

Regarding the distribution of nurses according to the Civil Status (Figure 1), we found that the majority are married (66.7%). With regard to the educational qualifications of the Nurses, it is evident in figure 2 that the majority is licensed (96.3%) and 3.7% have the Master degree.



Of the 54 nurses, we can observe from the analysis of **figure 3**, that 15% are Specialist nurses, while 85% only have a Nursing Degree. Nurses have been working on average for about 18 years (SD = 8.46), with service time ranging from a minimum of 1 year, to a maximum of 18 years.

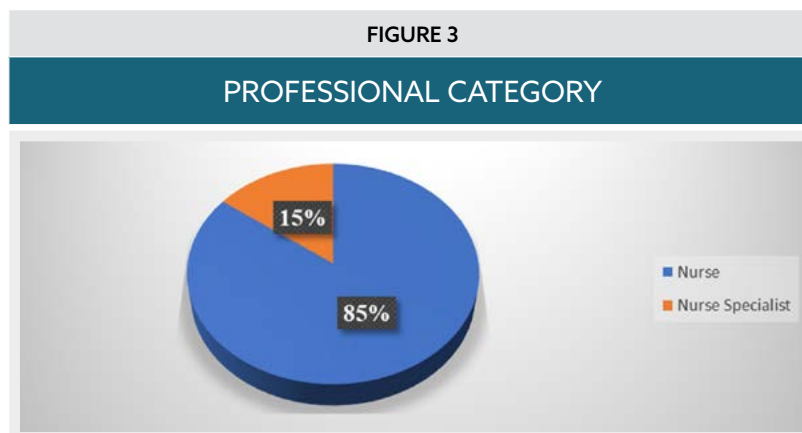
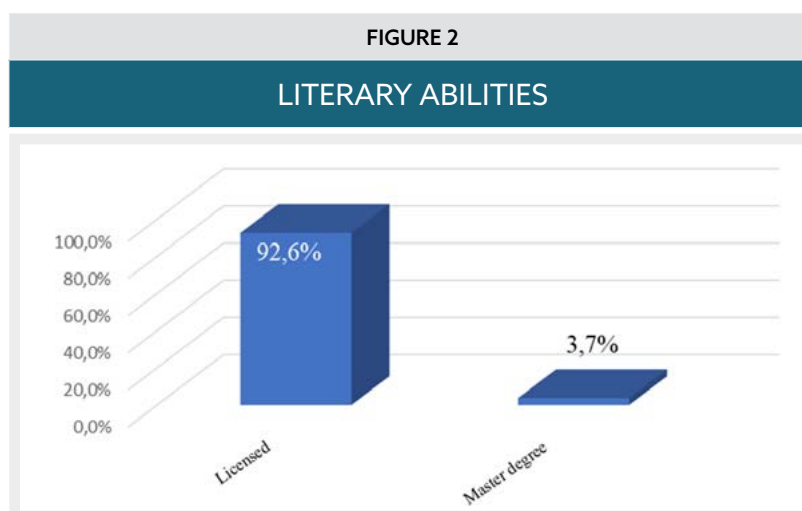
The analysis of **figure 4** shows that 70% of the nurses attended training in the area of infection control. However, 30% said they had not completed specific training.

The analysis of **Figure 4** reveals a low adhesion to the bath of the patient with chlorhexidine 2% on the day before surgery (11%) and for the bath with chlorhexidine 2% on the day of surgery, at least 2 hours in advance (33%). Regarding the administration of antibiotic prophylaxis, this was performed by 63% of professionals.

It was also observed that 33% of the professionals did trichotomy in the inpatient service. Regarding perioperative normothermia and glycemia  $\leq 180$  mg / dl during surgery and in the 24 hours 70% of the professionals, for both questions (**Figure 5**).

## DISCUSSION

We know that the nursing profession consists mainly of women and this study is in line, since the predominant gender is the feminine (66.7%), varying the age between 25 and 54 years, with the most representative age group in the 42 years. Regarding the specific training in infection control, 30% reported not having trained in the area. This situation may be related to the fact that this concept, Surgical bundle / intervention bundles and its dissemination by the DGS, is recent and still little explored by the institutions so far. We know that the procedures of the Surgical Bundle / Intervention Bundles, integrate the pre-surgical bath,



antibiotic prophylaxis, trichotomy, capillary glycemia and normothermia. <sup>[6]</sup>

When analyzing the results obtained for the question "if there is evidence that 2% chlorhexidine bath is performed in the patient on the day before surgery", 70% of the nurses did not comply with this recommendation, which is analogous to the question "if there is evidence that 2% chlorhexidine bath is performed on the day of surgery, at least 2 hours in advance", 41% said no and 33.3% said yes. In spite of DGS 020/2015 regulations recommend bathing with chlorhexidine as an intervention to be adopted, a meta-analysis was performed with 16 studies in a total of 17932 patients in which 7952 performed pre-operative bath with chlorhexidine and 9980 allocated

to several groups of comparison with soap, placebo or no bath, the authors concluded that bathing with chlorhexidine does not significantly reduce the rate of SSI when compared to soap. <sup>[6]</sup>

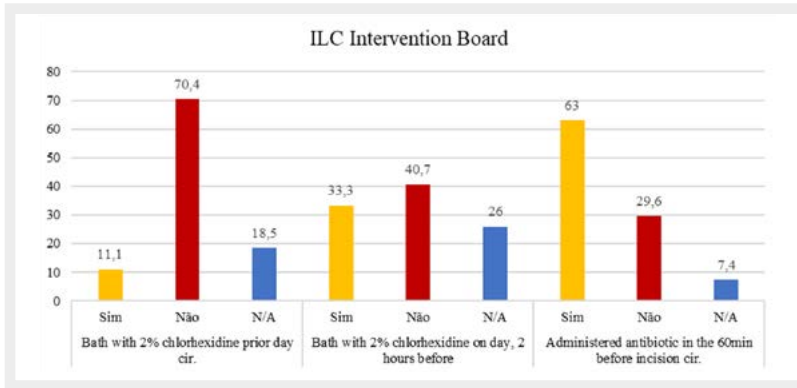
In a review carried out, the effectiveness of the chlorhexidine bath in reducing pathogenic levels is referenced. The evidence suggests that it is possible to prevent colonization and infection in nursing care associated with dissemination of microorganisms. <sup>[7]</sup>

The World Health Organization in the publication of the guidelines for SSI prevention recommends bathing the day before and 2 hours before surgery without giving relevance to chlorhexidine as its effectiveness is not adequately proven. <sup>[8]</sup>

In a review study, which identified >

FIGURE 4

INTEGRATED IMPLEMENTATION OF THE INTERVENTION BEAM



7 studies, involving more than 10.000 patients, comparing the use of 4% chlorhexidine solution, plain soap, or bath failure in the period immediately prior to surgery. The review of these studies did not show clear evidence in favor of the preoperative chlorhexidine bath when compared to the bath with other products. [19] For the question "if there is evidence that in the patient is administered antibiotic for surgical antibiotic prophylaxis within 60 minutes before the surgical incision, whenever indicated, in a single dose or for a maximum of 24 hours" the majority of professionals, 63% answered that yes, while about 30% said no. The timing of administration of the antibiotic depends on the type of surgery, however, and in the face of the evidence the ideal time of administration should be up to 120 minutes before surgery. [18] The importance of involving the administration and managers of the institution and services in the implementation of standards and procedures is manifested. [20] For the question "whether there is evidence that in the patient is avoided tricotomy and when absolutely necessary is used cutting machine immediately before the

surgical intervention according", the majority of professionals 59.3% answered that yes, 33.3% answered that not, 7.4% do not know. In a study that indicated trichotomy as a strong predictor of infection rate, as such a method that demonstrated nonconformity with the principles of safe surgery. [21] Other studies indicate that the shorter the time between performing the tricotomy and the surgical act, the lower the risk of surgical wound colonization and eventual infection. [22,23] The available research recommends as an elective method the electric tricotomy machine to the detriment of the blade and in the eventual need to perform the tricotomy, it must be performed within a maximum of two hours, before surgery. There have been some associations with increased male infection rate due to hairiness and with comorbidities as chronic diseases that increase the immune deficit and obesity. [6, 26, 24] Regarding the question "there is evidence that perioperative normothermia is maintained in the patient (central temperature  $\geq 35.5^{\circ}\text{C}$ )", most professionals, 66.6% answered that yes, 33.3% answered that they were not, 7.4% do not know. The recommenda-

tions of the Portuguese Society of Anesthesiology (SPA) indicate that during a surgical intervention it is possible to progressively normalize the capacity and physiological response of the thermoregulation mechanisms, however there are external and implicit contributions to the practice of perioperative care, directly or indirectly related to the patient that have an impact on that response. [25]

These mediates supporting the perioperative normothermia include 3 moments of evaluation and consequent strategic decision regarding body temperature: the preoperative phase; the intraoperative phase and the postoperative phases. [26] In the preoperative phase, an evaluation of the patient's risk factors, recognized by the multidisciplinary team, is recommended; the temperature should be monitored and, if it is not possible, and in the absence of signs of hypothermia, it should be evaluated at least 15/15 minutes; the thermal comfort scale must be applied; the ambient temperature should be maintained between 20-25 ° C; the detection of signs and symptoms of hypothermia; if the central temperature is higher than 36 ° C, maintain normothermia through thermal insulation measures, promoting reduction of body exposure at the end of the intervention, immediately before the transfer to the recovery, repeat the evaluation of the level of thermal comfort, through the scale and signs and symptoms of hypothermia. [27-29]

The intraoperative phase encompasses similar measures as pre-heating, passive heating, active heating adjuvanted by heating the infusion and irrigation fluids. [30] Thus, in a period up to 24 hours, after admission to the recovery / Post Anesthetic Care Unit, there are moments of implementation and progressive reappraisal. The strategy begins with the patient's

admission to the recovery, with a first evaluation, comparable and over-arching to the evaluation of the anamnesis in the inpatient service and ending in the anesthetic discharge, with continuation of the nursing care in the inpatient service, until 4 hours after it. [26,29]

According to the literature consulted, body temperature in the pre-operative period is not mentioned as being part of the procedure of the surgical bundle / intervention bundles. However, predisposing factors to the decrease in temperature, among which anxiety, are pointed out. [30]

Regarding the question "there is evidence that in the patient glycemia is maintained  $\leq 180$  mg / dl during surgery and in the following 24 hours", most of the professionals, 66.7% answered that yes, 33.3% answered no. The literature suggests that glycemic control is one of the factors to be observed for the prevention of infections [31] and that there is in fact a relationship between glycemic control and the rate of infection at the surgical site, as well as mortality and length of stay at the hospital. [31,32]

The current research indicates the need for careful glycemic control models for SSI and maintenance

below 200mg / dl and below 150mg / dl prevents the occurrence of SSI. Thus, hyperglycemia is related to difficulties in the patient's recovery process in the postoperative period, in which the intervention-efficient role of the nursing team in the SSI prevention process and strict control of glycemic levels. [33]

### CONCLUSIONS

The guarantee of the quality of the care comes from the conditions of the institutions and the services, and the health professionals are key elements. In clinical practice, they are expected to ensure patient well-being and safety, although IACS, in particular SSI, undermine this principle. They lead to suffering and a prolongation of hospitalization and treatment, which come to absorb resources, leading to the loss of yield and productivity of the patient.

The surgical bundle / intervention beam, when fully complied with, shows an effective way to prevent ILC. It is composed of a set of procedures that are transversal to several services and professional categories.

The results of the study show that nurses are mostly female, with a

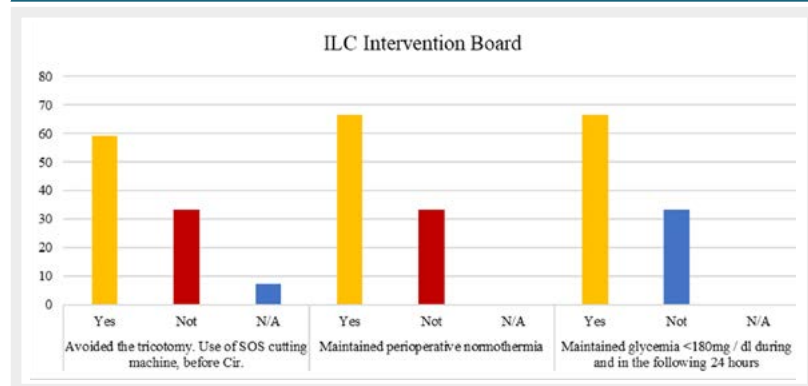
mean age of 42 years. About 15% are Specialist nurses, while 85% have a Nursing Degree. They mostly have 18 years of professional experience with service time ranging from a minimum of 1 to 18 years. It was also verified that only 70% of nurses attended training in the area of infection control. Training is fundamental and necessary, but it is essential to develop new strategies to promote adherence to good practices in prevention and control of infection.

The results revealed a low adherence in the pre-surgical bath the day before and the day of surgery with 2% chlorhexidine. Regarding trichotomy, there were some discrepancies and was only avoided by 59% of professionals.

The maintenance of capillary blood glucose  $\leq 180$  mg / dl during surgery and in the following 24 hours, was not fulfilled by 33% of the professionals. Adherence to maintenance of normothermia (central temperature  $\geq 35.5^{\circ}\text{C}$ ) was not observed as recommended by 33% of professionals. Regarding adherence to antibiotic administration for surgical antibiotic prophylaxis within 60 minutes prior to surgical incision, whenever indicated, in a single dose or during a maximum of 24 hours, this was obeyed by professionals (63%). The results show that in relation to the prevention of SSI, it is necessary to make the management units of the Hospital Units accountable for the implementation of a safety culture so that the prevention of this infection is seen as an integral part of the daily activities of professionals, contributing to patient safety and quality of care. However, the successful implementation of infection control measures, particularly prevention of SSI and well-structured continuing education programs, are considered a substantial element for improving the knowledge of health professionals. ▴

FIGURE 5

### INTEGRATED IMPLEMENTATION OF THE INTERVENTION





## References

- Pina, E., E. Ferreira, A. Marques, e B. Matos. "Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente." *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2010: 27-39.
- Direcção Geral da Saúde. "Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos." 2017.
- Fundação Calouste Gulbenkian. "Stop infecção hospitalar! Um desafio." 2014.
- Direcção Geral da Saúde. "Prevalência da Infecção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses." 2013.
- Silva, T. "Intervenções do Enfermeiro. Perioperatório para a prevenção da Infecção do Local Cirúrgico durante o período intraoperatório." *Ver Percursos*, janeiro-março de 2014.
- Direcção Geral da Saúde. "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico". Direcção Geral de saúde, 2015.
- Watson, Donna. "Perioperative Safety." 2011: 156-166. ISBN: 978-0-323-06985-4.
- Anderson, D. J. "Surgical site infections." *Infect Dis Clin North Am*, 2011: 135-53.
- Ordem dos Enfermeiros, Conselho Diretivo. "Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista." 2010.
- World Health Organization. "Global priorities for patient safety research." WHO Library, 2009.
- AESOP. "Competências específicas do enfermeiro especialista de enfermagem perioperatória." AESOP, 2013, Não editado ed.
- Illingworth, K.D., et al. "How to minimize infection and thereby maximize patient outcomes in total joint arthroplasty: a multi-center approach: AAOS exhibit selection." *The Journal of Bone and Joint Surgery (American Volume)* 95 (2013): 1-13.
- Harrington, P. *Prevention of surgical site infection*. Vol. 28. 48 vols. Royal College of Nursing. Great Britain 1987: Nursing Standard, 2014.
- Malley, A., et al. "The role of the Nurse and Preoperative Assessment in Patient Transitions." *AORN Journal* 102(2) (2015): 1-13.
- Gomes, D. . Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Saarbrücken/Deutsche:Novas Edições Académicas , 2016.
- Chlebicki, M. P., N. S. Safdar, J. Charles O'Horo, e D. G. Maki. "Preoperative chlorhexidine shower or bath for prevention of surgical site." *American Journal of Infection Control* 41(2) (Feb. 2013): 167-173.
- Donskey, Curtis J., e Abhishek Deshpande. "Effect of chlorhexidine bathing in preventing infections and reducing skin burden and environmental contamination: A review of the literature." *American Journal of Infection Control*, 2016: 17-21.
- World Health Organization. "Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection." WHO Library, 2016: 58-75.
- Webster J, e Osborne S. "Banho pré-operatório com antissépticos para prevenir infecção da ferida operatória." *Cochrane*, 2015.
- Shimabukuro, P., P Paulon, e L Feldman. "Implantação de bundles em unidade de terapia intensiva: um relato de experiência." *Revista de enfermagem UFSM*, 2014: 27-236.
- Gebrim, Lima, Cyanéa Ferreira Melchior, Lorena Morena Rosa Menezes Amaral, Neyuska Soares Barreto, Regiane Aparecida Santos Prado Palos, e Marinésia Aparecida . "Tricotomia pré-operatória: aspectos relacionados à segurança do paciente." *Enfermeria Global* n° 34 (Abril 2014): 264-275.
- NHS - National Services Scotland. "Health Protection Scotland. Targeted literature review: What are the key infection prevention and control recommendations to inform a surgical site infection (SSI) prevention quality improvement tool?" 2011.
- Tanner J, Norrie P, Melen K. . "Preoperative hair removal to reduce surgical site infection (Review)." *Cochrane Database Syst Rev [Internet]*, 2011.
- Hosseinzadei H, Rafiei H, Amiri M. "Incidence and risk factors of sternal wound infection at site of incision after open-heart surgery." *J Wound Care*, 2012: 408-11.
- Azenha, Marta, et al. "Recomendações da SPA para manutenção de normotermia no periodo perioperatório." SPA, 2017.
- AESOP. "Práticas Recomendadas: Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida." AESOP, 2017.
- Carvalho, I. "Controlo da hipotermia perioperatória inadvertida em adultos. Análise das guidelines internacionais." *Revista AESOP*, outubro de 2015: 22-39.
- Association of periOperative Registered Nurses. "Recommended Practices for the Prevention of Unplanned Perioperative Hypothermia." *AORN Journal*, 2012: 365-378.
- American Society of Anesthesiologists. Standards for basic anesthetic monitoring. 2015. <http://www.asahq.org/~media/Sites/ASAHQ/Files/Public/Resources/standard-s-guidelines/standards-for-basic-anesthetic-monitoring.pdf> (acedido em 10 de dezembro de 2018).
- Tanner, J, W Padley, O. Assadian, D. Leaper, e Kiernan. "Do surgical care bundles reduce the risk of surgical site infections in patients undergoing colorectal surgery? A systematic review and cohort meta-analysis of 8,515 patients.Surgery." 158(1) (2015): 66-77.
- Okabayashi, T, Y Shima, T Sumiyashi, A Kazuki, T Takumaru, e T Iiyama . "Intensive versus intermediate glucose control in surgical intensive care unit patients." *Diabetes Care* 37(6) (2014): 1516-24.
- Al-Niaimi AN, Ahmed M, Burish N, Chackmakchy SA, Seo S, e Rose S. "Intensive postoperative glucose control reduces the surgical site infection rates in gynecologic oncology patients." *Gynecol Oncol*. 136(1) (2015): 71-6.
- Boreland, L., M. Scott-Hudson, K. Hetherington, A. Frussinety, e JT. Slyer. "The effectiveness of tight glycemic control on decreasing surgical site infections and readmission rates in adult patients with diabetes undergoing cardiac surgery: A systematic review." *Heart Lung* 44(5) (2015): 430-40.



**MARGARIDA REIS SANTOS**

**Professora Coordenadora,**  
Doutor. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

✉ [mrs@esenf.pt](mailto:mrs@esenf.pt)

**CÂNDIDA KOCH**

**Professora Adjunta,** Doutor.  
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto.

**ANA PAULA PRATA**

**Professora Adjunta,** Doutor.  
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

# CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM OBJETO DE APRENDIZAGEM PARA ENFERMEIROS

## Construction and validation of a learning object for nurses

### Abstract

In today's societies, health care is increasingly culturally diverse due to the increasing migratory processes of the population and nurses. Therefore, it is necessary to train nurses to provide culturally competent care.

Learning objects are didactic, multimedia, interactive and challenging materials that constitute relevant resources for the teaching-learning processes that go beyond the classroom. In many countries, in nursing education, they are still an innovative way of learning.

The study was developed as part of the international project Developing Multimedia Learning for Cross-Cultural Collaboration and Competence in Nursing - TransCoCon, (ERASMUS + Program, contract: 2017-1-UK01-KA203-36612) and aimed to build and validate a learning object that supports the learning of transcultural competences, necessary in nursing care.

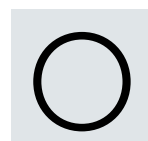
The learning object developed is subordinated to the theme of admission of a client in a hospital. For its development, the following steps were followed: choice of content; analyze; conceptual map; navigational architecture; storyboard; Implementation; documentation of use; use, evaluation and maintenance.

As a result of the work developed, we obtained the learning object "Admission to hospital" and its Portuguese version "Acolhimento do Cliente num Hospital". Both versions include a set of written supportive material for cross-cultural nursing care in hospital and illustrative videos of cross-cultural communication skills.

The adopted methodology proved to be effective for the construction of an attractive, interactive and meaningful learning object for nursing students, nurses and nursing teachers.

**KEYWORDS:** TRANSCULTURAL NURSING; EDUCATION, NURSING; EDUCATIONAL TECHNOLOGY; EDUCATION, DISTANCE

### INTRODUÇÃO



Developing Multimedia Learning for Trans-cultural Collaboration and Competence in Nursing

- TransCoCon, é um projeto internacional, financiado pela Comissão Europeia, Programa ERASMUS+, contrato n.º: 2017-1-UK01-KA203-36612,

que engloba cinco instituições europeias de ensino superior: University of Nottingham (Reino Unido), a Escola Superior de Enfermagem do Porto (Portugal), a Hogeschool Gent (Bélgica); a Fachhochschule Bielefeld (Alemanha) e o St. Angela's College (Irlanda). Tem como objetivo desenvolver e disseminar cinco



## METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do RLO (materiais escritos e recurso de vídeo) "Admission to hospital" ("Acolhimento do Cliente num Hospital"), a cargo da equipa da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), seguiram-se oito etapas<sup>(5)</sup>: escolha do conteúdo; análise; mapa conceitual; arquitetura navegacional; *storyboard*; implementação; documentação de uso; utilização, avaliação e manutenção.

A primeira etapa decorreu durante a primeira reunião do projeto, realizada em outubro de 2017, em Nottingham, com a participação de professores das universidades dos cinco países participantes e dos técnicos de informática da universidade de Nottingham que integram o projeto. Após debate sobre os diferentes RLO's a desenvolver, no âmbito do projeto TransCoCon, todos eles relacionados com os cuidados de enfermagem transculturais e o público alvo (estudantes de enfermagem e enfermeiros), ficou decidido que o primeiro seria referente à admissão de um cliente no hospital.

A segunda etapa, análise da evidência produzida, foi concretizada entre novembro de 2017 e fevereiro de 2018 pelas três professoras da equipa da

ESEP que integram o projeto. Para a pesquisa recorreu-se às bases de dados: CINAHL Plus with Full Text e PubMed, Scopus. Para os estudos não publicados utilizou-se: RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, OpenGrey – System for Information on Grey Literature in Europe. Incluíram-se artigos e documentos escritos em português, inglês, espanhol e francês. Na terceira etapa, desenvolvida durante o mês de março de 2018, a equipa da ESEP definiu os conceitos e os conteúdos a incluir no RLO. Estes foram posteriormente apresentados e debatidos com os restantes membros da equipa transnacional, na segunda reunião do projeto decorrida no final de março, na ESEP - Porto. Construiu-se, ainda, um *draft* do *storyboard* (ferramenta de apoio à construção e visualização de roteiros) numa folha A3.

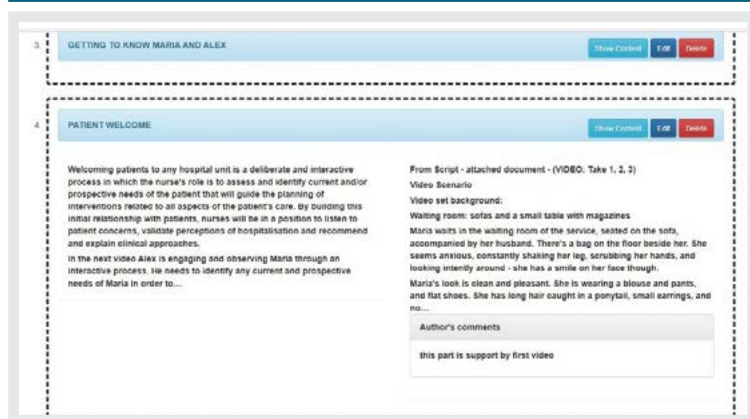
No final da etapa realizou-se a validação do trabalho desenvolvido, com elementos parceiros no projeto (16 professores de enfermagem e dois engenheiros de informática), nomeadamente título do RLO e os principais conceitos a incluir.

No decurso da quarta e quinta etapas, desenvolvidas em simultâneo entre abril e setembro de 2018, ela-

borou-se o mapa de navegação e o *storyboard*. O mapa navegacional orienta para as rotas de navegação das cenas do *storyboard*, devendo fornecer ao utilizador alternativas de navegação explícitas, indicando as interações disponíveis em cada página. Este mapa foi desenvolvido na plataforma da Universidade de Nottingham. O *storyboard* especificava o que incluir em cada secção do RLO, o vídeo que seria realizado para o integrar, nomeadamente as personagens e a sua caracterização, as falas, as observações sobre o cenário, o título da cena, o tipo de ação e sugestão de imagens e as orientações subjacentes à integração de cada um dos recursos constituintes do RLO (imagens de vídeo, fotografias, bibliografia). Alguns autores<sup>(6)</sup> consideram que o desenvolvimento do *storyboard* é uma das etapas mais relevantes na metodologia de desenho e construção de RLO's. Após a conclusão destas etapas, realizou-se a validação do trabalho desenvolvido com a equipa da Universidade de Nottingham. Esta equipa, para além dos três professores de enfermagem, inclui os técnicos responsáveis pelo desenvolvimento final do RLO na plataforma *online*. Ao longo destas etapas de trabalho efetuaram-se reuniões transnacionais mensais, via Skype, que permitiram discutir e aferir aspetos importantes para a construção do RLO. Finalizadas estas etapas, o material foi enviado para os técnicos de informática da Universidade de Nottingham, parceiros no projeto e experientes na conceção de RLO's. As sexta e sétima etapas, relativas à implementação e documentação em uso, incluíram a revisão por pares e por nove estudantes de enfermagem, em mobilidade, assim como a produção de alguns documentos (glossário, texto de apoio, bibliografia). Esta revisão efetuou-se durante a reunião transnacional que decorreu em novembro de 2018, em Bielefeld, na Alemanha. A avaliação das estudantes foi realizada através

FIGURA 2

### LAYOUT DO STORYBOARD DESENVOLVIDO NA PLATAFORMA DA UNIVERSIDADE DE NOTTINGHAM





## PRIMEIRO SCRIPT DO RLO: VERSÃO INGLESA E VERSÃO PORTUGUESA



de um questionário. Foi fornecido a todas as estudantes um link para acederem ao RLO. Todas as estudantes frequentavam o curso de enfermagem, eram do sexo feminino, tinham idades compreendidas entre os 19 e os 28 anos (M=21,4 anos; DP=2,6) e eram provenientes de quatro países (Irlanda: 33,33%; Reino Unido 33,33%; Finlândia: 22,22%; Espanha: 11,11%). A avaliação global do RLO será desenvolvida, posteriormente, quando todos os RLO's estiverem construídos e disponíveis na plataforma da universidade de Nottingham. Toda a investigação a desenvolver no âmbito do projeto obteve o parecer positivo da comissão de ética da universidade de Nottingham (coordenadora do projeto). Os participantes no vídeo assinaram o termo de consentimento informado autorizando a divulgação da sua imagem nos RLO's (versão inglesa e portuguesa) e em toda a disseminação realizada no âmbito do projeto.

### RESULTADOS

Na segunda etapa, selecionaram-se os artigos mais relevantes para o desenvolvimento do RLO e a disponibilizar no material de apoio ao RLO. Na terceira etapa, após debate com os restantes parceiros, acordou-se o nome do RLO, "Admission to hospital" e os conceitos a incluir no RLO. Construiu-se, ainda, um *draft* do *storyboard*, numa folha A3 (fotografia 1), para apresentar na reunião do projeto. Na quarta e quinta etapas, a avaliação do trabalho desenvolvido, realizada pelo grupo de peritos (16 professores de enfermagem do Reino Unido, Irlanda, Alemanha e Bélgica, dois engenheiros de informática do Reino Unido e um enfermeiro e um professor de enfermagem ingleses e externos ao projeto) foi positiva. As principais sugestões de alteração foram: reduzir o tempo total de duração do RLO, o número de cenas a incluir e a quantidade de informação

contida em cada uma, desenvolvendo mais o aspeto lúdico do RLO. Ainda no decurso da quinta etapa procedeu-se à gravação do vídeo e à seleção das cenas a incluir no RLO, assim como ao desenvolvimento final do RLO na plataforma da universidade de Nottingham (figura 2). O RLO "Admission to hospital" (figura 3) é composto por onze *scripts*: *Introduction*; *Going to a hospital*; *Getting to know Maria and Alex*; *Patient welcome*; *Communicating competently with patients*; *Touch*; *Eye contact*; *Assessment*; *Reflect on your own experiences*; *Feedback*; *Resources* (Introdução; Ir para um hospital; Conheça a Maria e o Alex; Acolhimento do doente; Comunicar competentemente com doentes de diferentes culturas; Toque; Contacto visual; Avaliação; Reflita sobre as suas próprias experiências; Comentários; Recursos).

A avaliação de conhecimentos é realizada através de uma atividade lúdica, que implica que o utilizador construa uma tira de filme com três imagens dos vídeos apresentados. O script recursos é composto por quatro separadores: glossário; recursos, onde se disponibilizam artigos e textos de apoio sobre a temática abordada no RLO; resultados de aprendizagem; créditos; condições de utilização (figura 4). A avaliação realizada pelas nove estudantes de enfermagem que participaram na reunião do projeto na Alemanha foi muito positiva. A maioria (n=7) acedeu ao RLO através do seu telemóvel e duas num computador. Todas as participantes concordaram plenamente ou concordaram que o RLO era claro quanto à sua finalidade e objetivos, fornecia indicações claras sobre a navegação, introduzia conceitos novos, utilizava uma linguagem clara, era adequado para o estudo do assunto, permitia uma aprendizagem autónoma e recomendariam o RLO a estudantes de enfermagem que pretendessem aprofundar conhecimentos sobre cuidados de enfermagem transcultural.

FIGURA 4



turais. Todas as participantes avaliaram como muito importante ou importante os elementos interativos incluídos no RLO e a hipótese de trabalhar e aprender à sua velocidade. As estudantes consideraram que o RLO era muito apelativo, intuitivo e que constituía um bom apoio à aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências transculturais e que não necessitava de nenhum tipo de melhoria. Após a construção da versão inglesa do RLO na plataforma da Universidade de Nottingham, produziu-se a versão portuguesa "Acolhimento do Cliente num Hospital". Todo o texto, incluído nas nove primeiras cenas do RLO, está disponível, também, em versões áudio, inglesa e portuguesa.

### CONCLUSÃO

A função das novas tecnologias no processo de ensino aprendizagem não é substituir o professor, mas auxiliá-lo na mediação do processo, tornando-o mais atrativo e motivador para os estudantes. Embora a disponibilização de recursos tecnológicos, como ferramentas no ensino de enfermagem, seja uma realidade em Portugal, a utilização de RLO's como estratégia constitui uma nova perspectiva, pois é ainda pouco utilizada. O objeto digital de aprendizagem apresentado neste artigo foi concebido com a intenção de apoiar a aprendizagem de competências transculturais, necessárias no cuidar em enfermagem.

A metodologia adotada mostrou-se eficaz para a elaboração de um RLO atrativo, interativo e significativo para os estudantes de enfermagem, enfermeiros e professores de enfermagem, pois permite que eles se apropriem da informação ao seu ritmo, reflitam e sejam ativos no seu processo de aprendizagem. A avaliação realizada por um grupo de peritos internacionais e por estudantes de enfermagem de diferentes países permitiu validar a qualidade do RLO produzido.

O RLO desenvolvido, embora muito centrado no trabalho da equipa de professores da ESEP que integram o projeto *Developing Multimedia Learning for Trans-cultural Collaboration and Competence in Nursing – TransCoCon*, é fruto de um trabalho colaborativo entre todos os membros integrantes do projeto. O RLO será disponibilizado em acesso aberto, no *site* da universidade de Nottingham, em língua inglesa e portuguesa, e prevê-se que seja usado não só pelos professores e estudantes das cinco universidades envolvidas no projeto, mas, também, por enfermeiros e utilizadores de diversos países. A avaliação que será realizada por questionário, *online*, pelos utilizadores do RLO, quando o objeto de aprendizagem for disponibilizado, será importante para a sua avaliação global. ▴



### Referências

- Jucá SC, Carvalho PC, Brito FT. SanUSB software educacional para o ensino da tecnologia de microcontroladores. *Cien. Cogn.* 2009;14(3):134-44.
- International Organization for Migration. World Migration Report 2018. Geneva: International Organization for Migration [Internet]. 2017. [citado 2019 abril 25]; [364 páginas]. Disponível em: [https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr\\_2018\\_en.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_en.pdf)
- Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* [Internet]. 2013 abril 06. [citado 2019 abril 25]; [11 páginas]. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)62086-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)62086-8/fulltext)
- Papadopoulos I, Shea S, Taylor G, Pezzella A, Foley L. Developing tools to promote culturally competent compassion, courage, and intercultural communication in healthcare. *J Compassionate Health Care*, 3(2) [Internet]. 2016. [citado 2019 abril 25]; [10 páginas]. Disponível em: <https://jcompassionatehc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s40639-016-0019-6>
- Oliveira CC, Costa JW, Moreira M. Ambientes informatizados de aprendizagem: produção e avaliação de software educativo. São Paulo, SP: Papyrus; 2001. 144p.
- Oliveira KA, Amaral MA, Bartholo VA. Uma experiência para definição de storyboard em metodologia de desenvolvimento colaborativo de objetos de aprendizagem. *Cien. Cogn.* 2010;15(1),19-32.



# O PROCESSO DE TRANSIÇÃO DA INTEGRAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NA FAMÍLIA ALARGADA: CONFRONTANDO DIFERENTES PERSPETIVAS

The process of transition of the extended family in the newborn's integration: Comparing Different Perspectives

## MARIA ISABEL MOREIRA

**Enfermeira**, Mestre em Enfermagem. Centro de Saúde de Ponta Delgada da USISM, Ponta Delgada, Portugal.

✉ [maria.iv.moreira@azores.gov.pt](mailto:maria.iv.moreira@azores.gov.pt)

## MARIA HENRIQUETA FIGUEIREDO

**Professor Coordenador**, Doutora em Enfermagem. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

## CÁRMEN ANDRADE

**Professor Adjunto**, Doutora em Enfermagem. Escola Superior de Saúde da Universidade dos Açores, Ponta Delgada, Portugal.

### Abstract

Understanding the process of transition of the extended family in the newborn's integration was the aim of this study.

It is a qualitative study using the Grounded Theory. It is based on 14 families of one of the autonomous regions of Portugal and the semi-structured interview was used for data collection. The Causal Condition - **Comparing Different Perspectives** emerged from the analysis. It is characterized as the beginning of the newborn's integration in the family process trajectory, where the extended family hasn't integrated the changes yet and shows some difficulties in its operationalization. In the newborn's integration in the extended family process: Comparing Different Perspectives represents the confrontations/conflicts inside the cohabiting family, due to the existence of different perspectives in raising the new member.

Thus, the study enabled us to understand not only the transitional process dynamics, as it is a reflection point and a raising of awareness to the change/innovation of the practice and formation contexts, but also how the extended family deals with the beginning of the experience as far as the newborn's integration in the family transition is concerned.

**KEYWORDS:** NURSING; EXTENDED FAMILY; NEWBORN; TRANSITION.

## INTRODUÇÃO

A família é o mais importante grupo de socialização, onde os indivíduos crescem e se desenvolvem. A família como unidade caracteriza-se essencialmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade.<sup>(1 p. 29)</sup>

A família é entendida como um todo e em partes indivisíveis, com uma visão global da sua estrutura e desenvolvimento<sup>(1)(2)</sup>. É considerada como unidade elementar da sociedade, sendo reconhecida a importância dos elementos que a integram, relativamente à sua saúde e doença, pois o estado de saúde de cada elemento influencia o estado de saúde da família e consequentemente da comunidade<sup>(3)</sup>. O modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar explica a dinâmica familiar à luz das características de um sistema, onde interpreta e explica o fenómeno através das ligações e interdependência. Esclarece que, para que o sistema funcione em equilíbrio, é essencial que todos os subsistemas se adaptem às exigências impostas pelas mudanças, para que se consolidem as relações<sup>(2)(4)</sup>.

O desenvolvimento da família acontece através de transições ao longo do tempo, gerando mudanças esperadas e/ou inesperadas. O nascimento de uma criança leva à formação de um novo subsistema (parental), isto é, os progenitores necessitam de definir os papéis parentais e de se adaptarem ao novo estatuto. Isso implica desenvolver ações e interações que compreendem o desenvolvimento da criança e a aquisição da identidade parental<sup>(1)(6)</sup>. Neste sentido, o papel parental é definido como o padrão de interação que integra o conhecimento e aptidão para o de-

envolvimento de comportamentos em reciprocidade, que permitam a aquisição da identidade parental e o desenvolvimento da criança<sup>(1 p. 85)</sup>. Deste modo, a parentalidade é considerada uma das transições mais importantes e marcantes na vida das famílias pois é promotora de grandes mudanças em todos os seus elementos<sup>(6)</sup>.

Mesmo sendo um evento normativo, o percurso que se segue, após o nascimento do primeiro filho, nunca mais será igual ao que era antes, modificando decisivamente a identidade, papéis e funções de toda a família<sup>(6)</sup>. Na família alargada, um conjunto de reorganizações relacionais também acontece quando ela vive a integração do recém-nascido (RN), no seio da família. Os estudos na área da saúde familiar que assumem como foco a integração do RN na família, centram-se em particular na parentalidade, nos comportamentos parentais e nos processos que regulam esses mesmos comportamentos<sup>(7)(8)(9)(10)(11)(12)</sup>.

Os estudos que assumem a parentalidade no âmbito da família alargada, estão relacionados com: (i) a compreensão do papel que os avós têm para a dinâmica familiar, quer como recurso quer como transmissão de saberes numa perspetiva intergeracional<sup>(13)</sup>; (ii) a perspetiva sistémica da Família multigeracional e das relações interrelacionais<sup>(14)</sup>; (iii) a compreensão das famílias numerosas, dentro de uma abordagem sistémica<sup>(15)(16)</sup> onde identificam a participação efetiva dos membros da família nos cuidados à puérpera e ao RN após alta hospitalar, assim como analisa a dinâmica da família durante esse período.

Deste modo, a evolução da parentalidade em paralelo com outras tarefas da vida dos pais, nomeadamente as relações intergeracionais

parecem estar ainda por esclarecer com maior profundidade.

Este artigo foca a condição causal "Confrontando diferentes perspetivas" que integra a teoria explicativa que emergiu do estudo que desenvolvemos "Integração do RN na família alargada: um processo construído na interação dos seus membros, no âmbito do projeto de doutoramento em enfermagem.

## OBJETIVOS

Os resultados pretendem contribuir para entender processos de transição, nomeadamente no que diz respeito à integração do RN no âmbito da família alargada, dando a conhecer o desenvolvimento do fenómeno para que se possa ter um conhecimento mais profundo sobre este processo, com o intuito de dar respostas mais adequadas.

## MÉTODOS

Para compreender o processo de integração do RN na família alargada, a *Grounded Theory* torna-se particularmente útil. Assim, tendo por base a linha de pensamento de Strauss e Corbin<sup>(17)</sup>, o desenho do estudo apresentou-se do modo como está descrito no **Diagrama 1**. Os participantes do estudo foram 14 famílias, num total de 57 membros. Os participantes residem em concelhos distintos de uma região autónoma de Portugal.

No **quadro 1**, fazemos a apresentação das famílias que participaram no estudo quanto ao nº de membros e o grau de parentesco com relação ao RN.

Para a colheita de dados optou-se por entrevistas semiestruturadas de grupo, efetuadas no domicílio da família, que foram sendo gravadas em formato digital, e transcritas nos moldes a que a metodologia utilizada exige.



As entrevistas, no primeiro momento, para além de obterem dados sociodemográficos das famílias, visaram identificar aspetos que a família considerava serem caracterizadores do processo de transição da família alargada na integração de um novo membro. As entrevistas, num segundo momento, para além de validarem o dito anteriormente, serviram para completar alguma informação necessária. A colheita de dados foi efetuada no período de março a julho de 2015 e os critérios de inclusão foram: (i) o novo membro ser um primeiro filho saudável, de um subsistema conjugal; (ii) tratar-se de uma família alargada – até à 3ª geração, isto é, o novo membro pertencer pelo menos à 3ª geração, no genograma; que coabita com os progenitores e (iii) o novo membro ter idade superior a nove meses e inferior a 24 meses. Neste sentido, optou-se por uma amostra intencional. O número de participantes decorreu da saturação dos dados, ou seja, a partir do momento em que o discurso começou a repetir-se, a colheita de dados foi encerrada. Para a identificação das famílias,

foi pedida a colaboração dos enfermeiros afetos às consultas de enfermagem de saúde infantil da instituição por nós escolhida. Primeiramente, foi pedida autorização, por escrito, à instituição e, obtida a anuência, foram explicados os objetivos do estudo aos enfermeiros, a fim de conseguirmos o seu apoio para selecionarem as famílias que cumprissem os critérios de elegibilidade.

Após esta etapa, estivemos presentes nas consultas de enfermagem, com o intuito de estabelecer e agendar os contatos necessários à obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido.

Na obtenção do consentimento informado escrito, as famílias foram esclarecidas quanto: ao seu anonimato; à sua participação voluntária e à ausência de riscos pessoais. Para preservar o anonimato dos participantes e no sentido de diferenciar os relatores, foram atribuídos aos membros da família o seu grau de parentesco (com relação ao novo membro), seguida da letra E (de entrevista) e do número da entrevista.

O local e a hora foram combinados

consoante as preferências das famílias em questão.

A colheita e análise de dados aconteceram seguindo as orientações da *grounded theory*<sup>(7)</sup>. O tratamento de dados foi realizado através do programa MAXQDA 10, o qual é recomendado pelos autores.

## RESULTADOS

Na teoria explicativa desenvolvida, as respostas encetadas pela família organizam-se em torno da condição causal "Confrontando diferentes perspetivas" e da condição interviniente "Condições intervinientes no fenómeno integração do RN na família alargada", com impacto nas "respostas dadas pela família alargada para lidar com a integração do RN" e nas consequências que o fenómeno provoca nestas famílias. Tudo isso é construído tendo por base a interação entre os diferentes membros da família, tal como está representado no **Diagrama 2**.

A condição causal do fenómeno: "Confrontando diferentes perspetivas" foco de abordagem deste artigo, apresenta-se como a circuns-

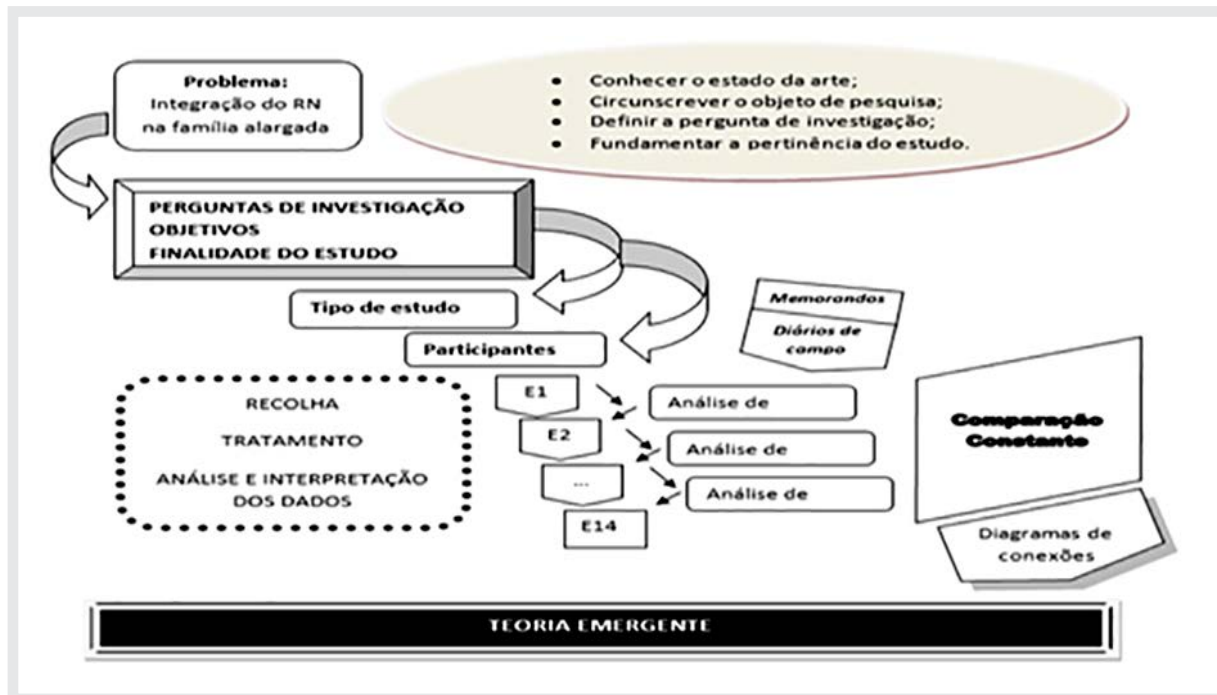
QUADRO 1

### CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS FAMÍLIAS DO ESTUDO

FAMÍLIA	AGREGADO	PARENTESCO
Família 1	6 Pessoas	Avô materno; Avó materna; Tio; Pai, Mãe e Criança (11 meses)
Família 2	6 Pessoas	Avô paterno; Avó paterna; Tio; Pai, mãe e Criança (10 meses)
Família 3	5 Pessoas	Avó materno; Avó materna; Pai; Mãe e Criança (11 meses)
Família 4	6 Pessoas	Avô materno; Avó; Pai; Mãe; Tio e Criança (13 meses).
Família 5	5 Pessoas	Avô materno; Avó materna; Pai; Mãe e Criança (14 meses)
Família 6	6 Pessoas	Avó paterna; Pai; Mãe; Tia e Criança (10 meses)
Família 7	4 Pessoas	Avó paterna; Pai; Mãe e Criança (9 meses)
Família 8	7 Pessoas	Avó paterna; Avó paterno; Pai; Mãe; Tio; Tia e Criança (10 meses)
Família 9	6 Pessoas	Avó paterna; Avó paterno; pai; mãe; tio e Criança (17 meses)
Família 10	4 Pessoas	Avó paterna; Pai; Mãe e Criança (11 meses)
Família 11	4 Pessoas	Avó paterna; Pai; Mãe e Criança (18 meses)
Família 12	3 Pessoas	Avó paterna; Mãe e Criança (24 meses)
Família 13	5 Pessoas	Avó paterna; Pai; Mãe e Criança (15 meses)
Família 14	5 Pessoas	Avó materna; Mãe; Tia e Criança (14 meses)

DIAGRAMA 1

## DESENHO DO ESTUDO



tância que influencia o fenômeno em estudo. Neste caso, é na fase inicial do processo que despontam os confrontos de perspectivas de educação do novo membro, em espaço partilhado. **(Diagrama 3)**. Esta condição surge como a circunstância que influencia o fenômeno em estudo e integra duas categorias: (i) Educando o novo membro e (ii) Partilhando o mesmo espaço.

EDUCANDO O NOVO MEMBRO **(Diagrama 4)** surge como uma nova função uma vez que os pais têm que ajudar os filhos a crescerem, socializando-os, no sentido de estes alcançarem progressivamente a sua autonomia.

O **(Des)respeito pelos diferentes papéis** surge como sendo uma subcategoria que engloba o modo de atuação dos membros da família no que à educação diz respeito. Se, por um lado, há famílias que respeitam os diferentes papéis que cada um desempenha no seio familiar, por outro, existem fami-

liares que não têm a capacidade de entender quais as fronteiras da sua atuação

"(...) aí eu respeito muito se o pai ou a mãe brigam com ele e eu não vou dar o carinho a ele (...)" (Avô E);

"(...) eu não admito que briguem com o menino e pego nele." (Avô E9).

Existem situações familiares que os avós acabam por se responsabilizar por diferentes tarefas, **Interferindo na educação da criança**. Isso porque muitos avós veem na relação com os seus netos a oportunidade para realizar ou reatualizar a função materna ou paterna exercida (ou não) com os seus filhos

"Eu faço ao M. (bebê) o que fazia a ele (pai) quando era pequeno." (Avô E2).

Mesmo que existam desentendimentos entre pais e avós, a participação deles na vida dos netos é marcada pela organização e história de cada família levando-os, muitas vezes, **(Não) fazendo a dis-**

### tinção de papéis

"(...) acho que entrou mais três filhos para casa. (...) eu tento trata-la como uma filha..." (Avô E2).

Não obstante, apesar do envolvimento na vida dos netos, há avós que entendem que não são os educadores principais, e tentam respeitar os seus filhos nesse novo papel **Depositando nos pais o papel da educação**

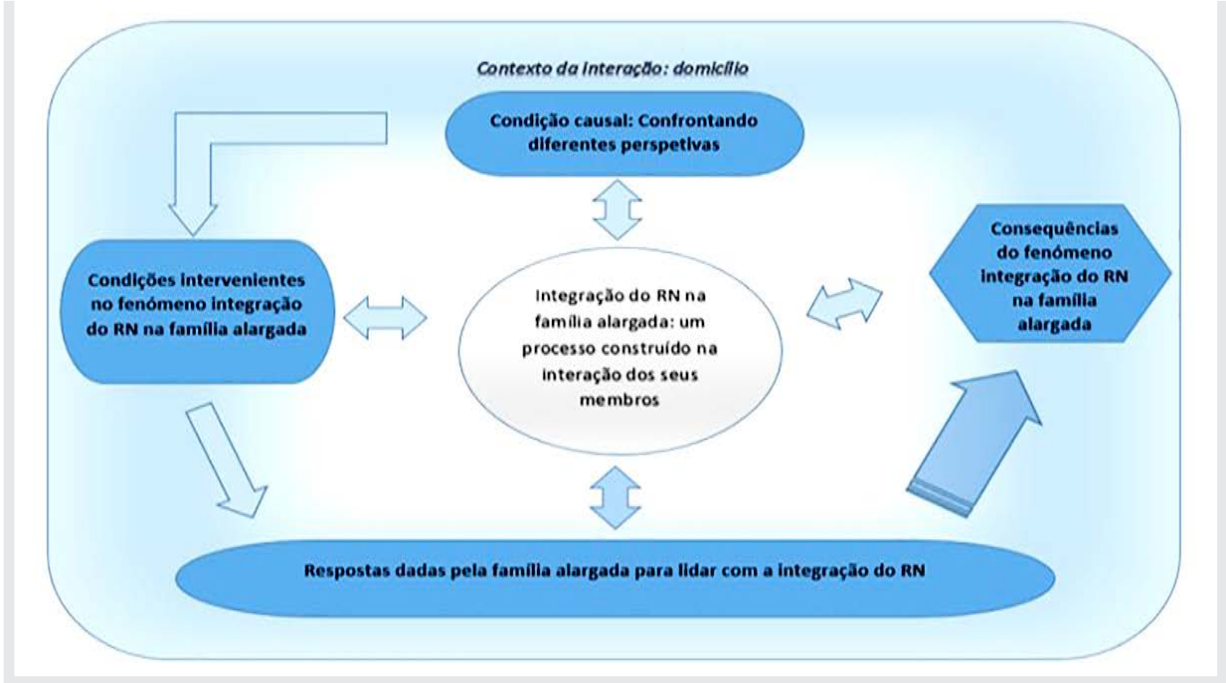
"não vou intervir, (...) eu sempre respeitei. O que ela (filha) diz eu não interfiro." (Avô E1).

Os avós funcionam como uma ponte com o passado, integrando a história das diferentes gerações. Isso leva, muitas vezes, à situação **Educando de forma diferente/igual**. Se, por um lado, há pais que têm a mesma forma de pensar que os seus pais sobre a educação que querem dar aos seus filhos, **Passando de geração em geração**

"(...) quero inculcar no meu filho o que me foi inculcado (...)" (Mãe E9) por outro, há pais que não se iden-

DIAGRAMA 2

INTEGRAÇÃO DO RN NA FAMÍLIA ALARGADA: UM PROCESSO CONSTRUÍDO NA INTERAÇÃO DOS SEUS MEMBROS: UMA TEORIA EXPLICATIVA.



tificam com a forma como foram educados e querem modificar o modo como vão educar os seus filhos

*"eu não quero que o meu filho passe por aquilo que eu passei. (...) por isso é que fiz e faço tudo diferente."* (Mãe E2).

**O papel dos padrinhos** na educação da criança é algo que também está presente, nalgumas famílias, tomando um papel importante a nível da educação

*"Quando o pai não está o tio é que tem que dar a educação. Faz o papel de padrinho."* (Pai E8);

Assim, o processo educativo familiar é um processo pela qual as gerações adultas contribuem para o desenvolvimento pessoal e para a socialização dos novos.

**PARTILHANDO O MESMO ESPAÇO**

com outros membros da família, será também uma condição causal do fenómeno em estudo, uma vez que torna o processo mais comple-

to pois terá que haver maior articulação entre as representações que cada um tem sobre a função de educar, o que nem sempre acontece de forma pacífica, tal como está mencionado no **Diagrama 5**.

Quando a família partilha o mesmo espaço no seu dia-a-dia, as relações que se estabelecem tornam-se mais estreitas levando a uma **Relação mais próxima pelo facto de coabitar**

*"Falo muito com o N. (pai), com a F. (avó) e só depois vem a minha mãe. Para já porque agora vivo aqui, logo passo mais tempo aqui do com a minha mãe (...)"* (Mãe E9).

Pelo facto de coabitarem, há uma **Influência da nova situação nos diferentes membros** levando-os a irem *Perspetivando os papéis dos outros membros* e concomitantemente, vão *Perspetivando o papel de pai*

*"Com a vinda do T. comecei a pensar também num dia que eu venha a ter algum. (...)"* (Tio E1).

Mesmo com os constrangimentos que a família alargada enfrenta quando coabita, há, por parte de alguns membros, **Vontade de manter a família a viver na mesma casa** *"Por mim, eles nunca sairiam desta casa."* (Avó E4).

Para os avós, os netos representam o símbolo do prolongamento da sua própria vida. Neste sentido, o facto dos filhos e netos partilharem o mesmo espaço com eles, faz com que se sintam úteis e acompanhados

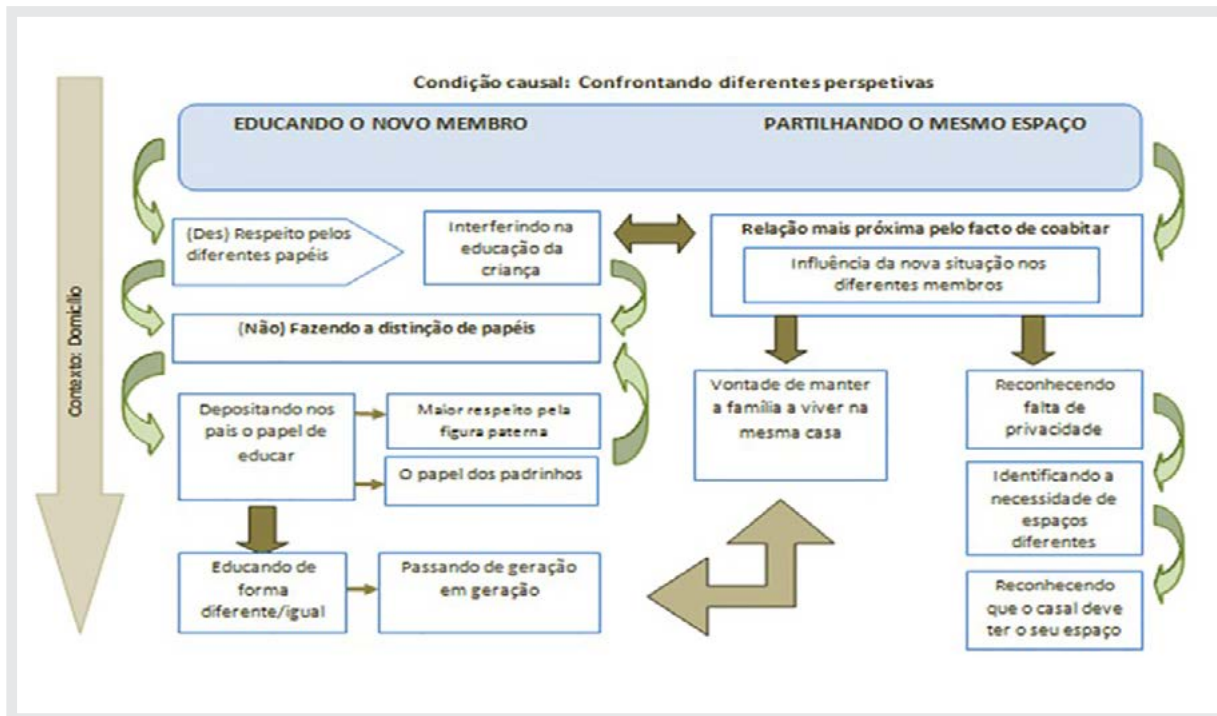
*"O que queria era que eles estivessem sempre aqui, com a gente."* (Avó E8).

Ainda assim, os membros da família têm a plena consciência que cada subsistema precisa ter o seu espaço e vão **Reconhecendo falta de privacidade**, vão **Reconhecendo que o casal deve ter o seu espaço** logo vão **Identificando a necessidade de espaços diferentes**

*"(...) mas pronto, acho bem que eles tenham o seu cantinho (...)"* (Avó E13).

DIAGRAMA 3

## DIMENSÃO CONDIÇÃO CAUSAL - CONFRONTANDO DIFERENTES PERSPETIVAS



Isso porque, a união entre os cônjuges não progride se cada elemento estiver demasiado ligado à restante família. Assim, sentem a necessidade de criar um espaço e uma identidade própria e comum, gerando estabilidade tornando-os independentes.

## DISCUSSÃO

Conforme os resultados apresentados, a integração do RN na família alargada "Um processo construído na interação dos seus membros" constitui um processo interativo que inicia com o nascimento do novo membro. A família é um sistema interativo e qualquer ocorrência com um dos seus elementos afeta todos os outros<sup>(1)</sup> (18). Deste modo, **Confrontando diferentes perspetivas** (Diagrama 3) advém das mudanças que perturbam a dinâmica familiar, aquando do processo uma vez que o nível de complexidade das relações familiares aumenta quando há várias

gerações a partilharem o mesmo espaço.

Os diferentes papéis e funções que, pais, avós, tios, entre outros, desempenham levam, muitas vezes, a divergências pois os limites de atuação nem sempre são compreendidos e respeitados e as perspetivas de educar das várias gerações são dissemelhantes<sup>(19)</sup>. A educação do novo membro, em espaços partilhados, influencia o modo como o processo de integração do RN acontece, na vida da família alargada. Os resultados de um estudo realizado, vêm corroborar esta ideia, na medida em que evidenciam que as famílias vivenciam o nascimento de uma criança como sendo um evento compartilhado por todos os membros da família, em que o nível de complexidade aumenta na família alargada, uma vez que as ligações existentes entre os membros e os diferentes papéis e funções que desempenham, leva a uma complexificação do processo de transição<sup>(16)</sup>.

Há diferentes razões e fatores, de ordem emocional e familiar, que determinam a ampliação dos papéis e funções exercidos pelos avós: (i) o forte vínculo da relação, influenciado pelo facto de coabitarem; (ii) o número elevado de subsistemas; (iii) a coexistência de indivíduos e famílias nucleares em praticamente todas as fases do desenvolvimento individual e familiar. Isso porque a família é cada vez mais relacional e os acontecimentos familiares não são acontecimentos isolados, constroem-se progressivamente e a maneira como cada elemento da família vivencia estes momentos, não a reduz aos indivíduos que a compõem, mas antes à compreensão dos laços que as formam<sup>(20)</sup>. O modo como os diferentes membros educam as crianças traz consigo a sua história de vida com diferentes culturas/valores. Assim, surge, nalgumas famílias, uma plataforma de consenso, permitindo a que todos tenham a



DIAGRAMA 4

CATEGORIA EDUCANDO O NOVO MEMBRO

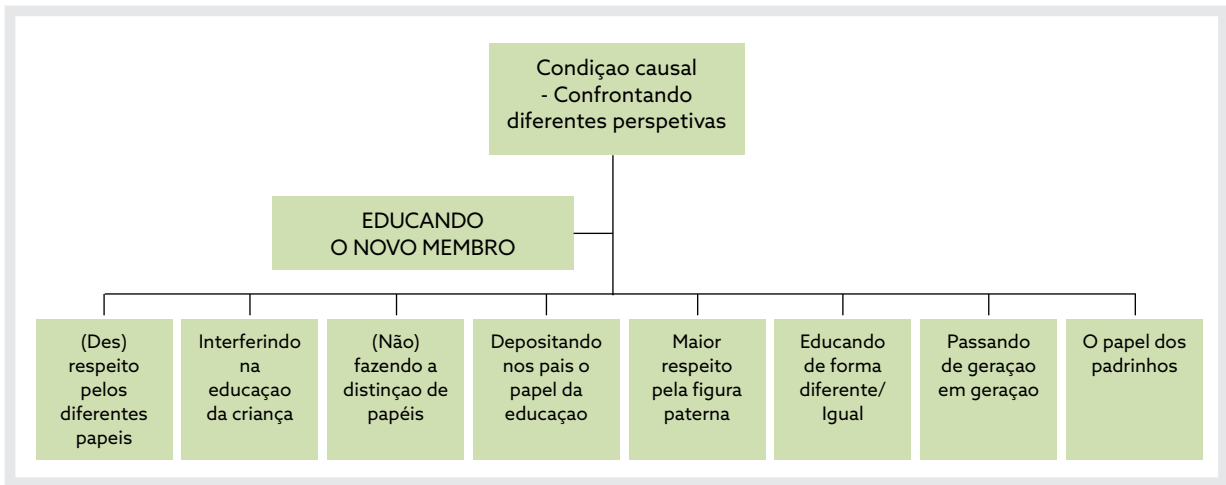
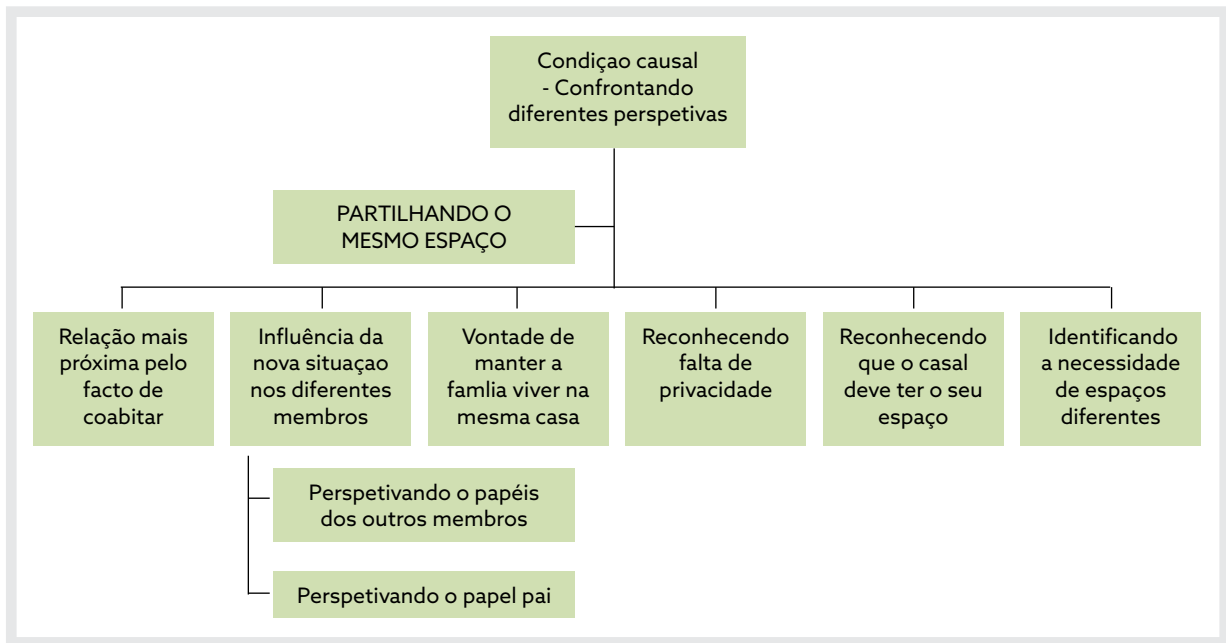


DIAGRAMA 5

CATEGORIA PARTILHANDO O MESMO ESPAÇO



mesma postura no que ao modelo educativo diz respeito. No entanto, há pais que assumem um estilo educativo mais permissivo, porque foram educados em ambientes onde predominou a restrição severa, e, como reação, recusam-se a exercer tanto controlo e limites aos comportamentos dos filhos. Neste sentido, foi identificado pelas famí-

lias que é essencial uma reflexão conjunta e uma partilha de decisões e devem, também, deixar que a própria personalidade da criança ajude no processo de educação. Em suma, o apoio dos outros subsistemas é, de facto, importante na vida dos casais, no sentido de sentirem segurança no modo como vão viver o processo de educa-

ção do novo membro, quando há consenso na forma de o educar. Aos avós, pelo facto de os filhos e netos partilharem o mesmo espaço faz com que: (i) se sintam úteis e acompanhados; (ii) sintam ter maior oportunidade de transmitir os valores e cultura da sua família aos netos e de (iii) sintam vontade de manter os filhos a vive-

rem na sua casa face ao medo da solidão que, origina, muitas vezes, um sentimento de dependência. No entanto, embora sintam esta necessidade, quer os pais quer os avós reconhecem que é importante não só para o casal como para a restante família, terem o seu próprio espaço.

Estes resultados revelam que uma transição não se reduz apenas ao acontecimento que a fundamenta, mas articula-se com as alterações que dela resultam.

### CONCLUSÕES

É na fase inicial do processo de transição da integração do RN na família alargada que surgem confrontos de perspetivas na questão da educação do novo membro, acrescido do facto de os vários membros partilharem o mesmo

espaço. Esta fase, pode ser compreendida como o início da trajetória do processo de integração do RN, no seio familiar, podendo ser definida como o período em que a família alargada ainda não integrou as mudanças vividas, não conseguindo ter ainda determinado o modo como irão operacionalizá-las.

Todavia, num processo transaccional desta ordem, a família procura reorganizar-se e encontrar respostas que favoreçam a construção deste processo. Deste modo, as respostas concertadas pelas famílias são essencialmente relativas a reestruturações pessoais, familiares e sociais, isto é, a família vai experienciando mudanças que requerem uma maior interação familiar pois, por haver muitas transformações, a família sente a necessidade de gerir as relações,

e isso acontece com uma maior comunicação entre os diferentes membros.

A interação é assim central em todo o processo de transição da integração do RN na família alargada, sendo esta fulcral para o desenvolvimento de certas características pessoais e familiares que podem ajudar a família a reencontrar o seu equilíbrio no seu todo e individualmente.

Tendo em conta os resultados, julgamos que possibilitará a identificação de necessidades formativas conducentes à melhoria da qualidade do exercício profissional do enfermeiro, em contexto de cuidados de saúde primários, para além de contribuir para o desenvolvimento da própria disciplina de enfermagem. Logo, será também uma mais-valia na formação dos enfermeiros. ▀



## Referências

1. Figueiredo, M. H. Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Loures: Lusociência; 2012. 195p.
2. International Council of Nurses. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2010. 209 p.
3. Rebelo, L., Soares, A., Teixeira, A., Costa, A.M., Antão, C., Rosendo, I., Laginha, T. A Família em Medicina Geral e Familiar – Conceitos e Práticas. Lisboa: Health & Pharma Publishing. 2011. 226 p.
4. Figueiredo, M.H.. Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar. [monografia na Internet]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Universidade do Porto; 2009 [citado 2019 junho 14] Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Família%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
5. Matos, M. G., & Magalhães, A. S. Tornar-se pais: Sobre a expectativa de jovens adultos. Pensando Famílias, [Internet]. 2014. 18(1). [citado 2019 junho 14]; [13 páginas]. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679494X2014000100008&script=s-ci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679494X2014000100008&script=s-ci_arttext)
6. Cruz, C.; Nelas, P.; Coutinho, E.; Chaves C.; Amar O. ,( 2017). A influência do suporte social na vinculação pai/bebê. International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología, N°1 - Monográfico 2. ISSN: 0214-9877. [7 páginas]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349853365013.pdf>
7. Lopes M.S. Apoiar na parentalidade positivas: áreas de intervenção de enfermagem. [monografia na Internet]. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. 2012. [citado 2019 junho 14] Disponível em: <file:///C:/Users/mivam/Downloads/tese%20de%20doutoramento.pdf>
8. Neves I.M.. Preparação para o parto – expectativas/vivências de um grupo de mulheres. [monografia na Internet]. 2012. [citado 2019 junho 9] Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9381/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Isabel%20Neves.pdf>
9. Ribeiro C. M. Coparentalidade, parentalidade e sintomas de externalização e internalização em crianças em idade pré-escolar. [monografia na Internet]. Porto: Universidade Lusofona do Porto. 2014. [citado 2019 junho 14]. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5879/tese%20final.pdf?sequence=1>
10. Andrade, L. M., Martins M. F., Angelo M., Ferreira dos Santos A., Martins T. V. & Martini J. G.. Identifying the effects of children on family relationships . Acta Paul Enferm [Internet]. 2014 27(4), [citado 2019 junho19]; [6 páginas]. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=0a47aa08-efe8-4b44-80e3-5a8871a-109c9%40sessionmgr4008&hid=4209>
11. Angley M., Divney A., Magriples U. & Kershaw T.. Social Support, Family Functioning and Parenting Competence in Adolescent Parents. Matern Child Health, [Internet]. 2015 [citado 2019 junho 12]; [6 páginas]. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=0a47aa08-efe8-4b44-80e3-5a8871a109c9%40sessionmgr4008&hid=4209>
12. Wakely L., Rae, K., & Keatinge D. Fragile forgotten families: parenting a premature infant in a rural area, where is the evidence?. Neonatal, paediatric and child health nursing; 2015 novembro. [citado 2019 junho 19]; [5 páginas]. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=0a47aa08-efe8-4b44-80e3-5a8871a-109c9%40sessionmgr4008&hid=4209>
13. Rodrigues J. P. Os Avós na Família e Sociedade Contemporâneas: Uma Abordagem Intergeracional e Intercultural. [Monografia na Internet]. Lisboa: Universidade Aberta 2013. [citado 2019 junho 7]. Disponível em: [https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3426/1/TD\\_Jo%c3%a3oPauloRodrigues.pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3426/1/TD_Jo%c3%a3oPauloRodrigues.pdf)
14. Vicente H. Família multigeracional e relações intergeracionais: Perspectiva sistémica. [Monografia na Internet]. Aveiro: Universidade de Aveiro. 2010. Disponível em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/3318/1/2010000703.pdf>
15. Lima A.; Esteves C.; Graça C.; Alves M. "Era uma vez uma família numerosa..." Uma abordagem sistémica da Família. Trabalho elaborado em contexto académico, no âmbito da disciplina de Psicologia Sistémica, Familiar e Comunitária 2005/06, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. [Internet]. 2007. Disponível em: <file:///C:/Users/cspd0685/Desktop/doutoramento%201/documentação/bibliografia/família%20alargada/uma%20família%20numerosa.pdf>
16. Martins, C.A., Siqueira, K.M., Barbosa, M.A., Carvalho S.M.S. & Santos L.V. Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério. Revista Eletrónica de Enfermagem [Internet]. 2008 outubro. [citado 2019 junho 14]; [10 páginas]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a13.htm>
17. Strauss, A. & Corbin, J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. São Paulo: Artmed editor. 2008. 144p.
18. Gomes S. J.. A Terapia Familiar numa Perspectiva Epistemológica Sistémica e Analítica. [Internet]. 2012 janeiro-dezembro. [citado 2019 junho 12]; [15 páginas]. Disponível em: <http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/2709/1/A%20Terapia%20Familiar%20numa%20Perspectiva.pdf>
19. Neto, E. Ramos, M. e Silveira, E. Configurações familiares e implicações para o trabalho em saúde da criança em nível hospitalar. Physis Revista de Saúde Coletiva, [Internet]. 2016. 26 (3). [citado 2019 junho 14]; [18 páginas]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s010373312016000300013>
20. Lalanda, P.. Encruzilhadas na construção da identidade das mulheres. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais. 2015. 281 p.



#### MARIA JOSÉ NOGUEIRA

**Adjunct Professor**, PhD, MSc, RMHN. Institute of Health Sciences (ICS) of the Catholic University - Lisbon, Portugal, Doctorate Integrated Researcher at the Research Group - NursID: Innovation and Development in Nursing - CINTESIS - Center for Research in Health Technologies and Services, Porto, Portugal.

✉ [nogueira.mjc@gmail.com](mailto:nogueira.mjc@gmail.com)

#### CARLOS SEQUEIRA

**Coordinator** of the Research Unit of the Porto School of Nursing, President of the Portuguese Society of Mental Health Nursing, Coordinator Professor, PhD, MSc, RMHN. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto (Nursing School of Porto), Principal Investigator at CINTESIS - Center for Research in Health Technologies and Services, Porto, Portugal.

# PREDITORES DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

## Predictors of psychological well-being in higher education students

### Abstract

The psychological well-being of higher education students is an important positive correlate of personal development and academic success. Enter in a higher education configures a period of multiple transitions that create stress and a demanding adjustment. In Portugal little is known about predictive relationships between biopsychosocial variables and psychological well-being in higher education students. Identifying predictors of psychological well-being is relevant to identify variables with positive influence in the academic context.

**Objective.** To identify predictors of psychological well-being in Higher Education Students.

**Methodology.** Using an exploratory, transversal and correlational study in a non-probabilistic 560-sample Students (446 women; an average of 19.6 years) from the 1st and 2nd year, of the Lisbon District. Participants' informed consent was obtained, and data analysis was quantitative, using descriptive and inferential statistical analysis techniques. An online self-report questionnaire covering variables and measures: demographic and relational; academic; health behaviors; Mental Health Inventory; Satisfaction with Social Support Scale; and Satisfaction with Academic Life Scale were used.

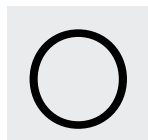
**Results** indicate that the male students, dating, good academic performance, exercise/sport, sleep seven hours, satisfaction with social support and satisfaction with academic life are significant predictors ( $p < .05$ ) of psychological well-being, the last two with strong preponderance.

**Conclusions** point at the relevance of the predictors of psychological well-being identified, that appear to be robust protective factors for higher education student's mental health.

**Clinical Relevance:** Protective factors should be considered to complement prior information to assist mental health nurses and educators to design specific welfare promotion programs, to increase the potential of mental health and academic success.

**KEYWORDS:** STUDENTS; PREDICTORS; MENTAL HEALTH, HEALTH PROMOTION, WELL-BEING.

## INTRODUÇÃO



O bem-estar psicológico (BEP) dos estudantes do ensino superior (EES) é uma componente central

da sua saúde mental, essencial para o seu desenvolvimento e sucesso académico <sup>(1,2)</sup>. Também, atendendo à definição saúde mental, como o "aproveitamento pleno das potencialidades e capacidades cognitivas, relacionais e afetivas, bem como enfrentar as dificuldades da vida, produzir trabalho e, contribuir para ações em sociedade" <sup>(3)</sup> (p.7), fica implícito que a saúde mental é um Bem intrínseco e essencial ao desenvolvimento do potencial humano.

Os défices de BEP afetam vários quadrantes da vida do estudante (físico, emocional, cognitivo, social e o desempenho académico), isto é, o seu funcionamento global <sup>(4)</sup>, podendo conduzir a graves desequilíbrios e instabilidade emocional, inclusive ao suicídio como referido pela American College Health Association [ACHA] <sup>(5)</sup>. Além disso, os EES precisam obter resultados positivos na esfera académica, pelo que a sua saúde mental é vital sobretudo no processo de transição <sup>(6)</sup>.

A transição para o ensino superior causa stress e desequilíbrios, com múltiplos impactos negativos, tanto ao nível pessoal como académico <sup>(7)</sup>. Ingressar no ensino superior envolve um processo de ajustamento exigente, que, de acordo com Meleis configura uma *transição múltipla*, situação que incrementa o risco de respostas humanas desajustadas e compromete o seu bem-estar <sup>(8)</sup>. Na perspetiva da autora qualquer *transição* é uma fonte potencial de desequilíbrio, pois engloba processos intrapsíquicos como desorientação, stress, irritabilidade, ansiedade e depressão <sup>(8)</sup>.

Paralelamente, a prevalência de stress em EES é mais alta do que na

população em geral <sup>(9)</sup> e, nas últimas décadas, a saúde mental dos EES nos *campus* têm vindo a deteriorar-se <sup>(5,10)</sup>. O *Healthy Minds Study 2016-2017* reporta que 14% dos estudantes tem critérios para depressão major, e 31% para depressão (incluindo a major e a moderada), e 31% tem elevados níveis de ansiedade generalizada <sup>(11)</sup>. Por outro lado, em Portugal, em profundidade, pouco se sabe sobre a saúde mental positiva - bem-estar dos EES, dimensão que tem sido negligenciada em termos de Políticas de Saúde. No entanto, o bem-estar é um indicador relevante do funcionamento global do estudante (físico, emocional, cognitivo, académico e interpessoal), e caracteriza-se por ser uma experiência de nível subjetivo e individual, porém passível de ser objetivada <sup>(12)</sup>. De acordo com esta autora corresponde a um estado de satisfação global das necessidades biológicas, psicológicas, sociais, materiais, culturais e espirituais, incluindo a satisfação com a sua vida em geral, os estados emocionais mais imediatos e a capacidade pessoal de mudar constantemente <sup>(7,12-14)</sup>. A literatura mostra que o bem-estar psicológico se constrói desde os primeiros anos de vida num *continuum* vivencial, no âmbito das condições facilitadoras vs obstáculos em que se vive. É influenciada pela etapa do ciclo vital e por uma multiplicidade de condições interdependentes (biológicos, psicossociais, culturais, ambientais). Resulta do equilíbrio entre características individuais, condições de vida e comportamentos individuais e da rede sociofamiliar <sup>(15)</sup>. Por conseguinte, nesta matriz dinâmica, algumas destas variáveis podem ser preditores de positivos ou negativos <sup>(12,15)</sup>. Nesta lógica, monitorizar o BEP é uma prioridade assumida no âmbito das Políticas de saúde internacionais designadamente nos plano *WHO's Comprehensive Mental*

*Health Action Plan 2013-2020* <sup>(16)</sup>.

Os estudos nacionais focam-se sobretudo em aspetos negativos da saúde mental e não abordam a globalidade das dimensões da pessoa do EES, pelo que persistem dúvidas quanto ao sentido e relações preditivas positivas entre variáveis sociodemográficas, académicas, comportamentos de saúde e o BEP dos estudantes. Designadamente são omissos quanto às relações preditivas entre variáveis psicoafectivas (satisfação com o suporte social; satisfação com a vida académica) e o BEP.

Contudo existe evidencia que aponta vários preditores significativos de BEP, como ter boas notas <sup>(4)</sup>, hábitos de vida saudável e qualidade sono <sup>(1,17-19)</sup>, a satisfação com a vida académica (20,21), e a satisfação com o suporte social <sup>(2,22)</sup>.

No panorama nacional pouco se conhece sobre o BEP dos EES, designadamente na perspetiva positiva, também se desconhecem estudos que tivessem investigado variáveis psicoafectivas em EES como preditores de BEP. Assim, este estudo pretende conhecer as relações de influência positiva entre as variáveis em estudo e o BEP, visando identificar variáveis preditivas de BEP em estudantes. Perante a escassez de dados sobre esta problemática, espera-se contribuir com dados que aumentam a compreensão sobre o BEP dos estudantes no contexto académico.

Concretamente, deseja-se averiguar a existência de efeitos de influência preditiva, isto é, se as mudanças numa ou em mais das variáveis (preditivas) estão correlacionadas com mudanças no *Bem-Estar Psicológico* dos EES (dependente), efeito definido como covariância. Nesse sentido, os desenhos transversais correlacionais preditivos são os mais adequados para informar sobre >

estes efeitos de influência preditiva<sup>(23)</sup>.

## OBJETIVOS

Definiu-se como objetivos do estudo caracterizar a saúde mental dos EES e identificar preditores de Bem-Estar Psicológico em EES.

## MÉTODOS

### Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo transversal e correlacional preditivo. Amostragem não probabilística de 560 estudantes do ensino superior (446 mulheres; média idade de 19.6 anos) a frequentar o ano letivo de 2015/16, na NUTS II, Portugal. Participaram no estudo 29 instituições da NUTS II. Após a aprovação da Comissão de Ética, a colheita de dados ocorreu durante os primeiros três meses do primeiro semestre de 2016, usando um questionário *online*. Pedimos às vinte e nove instituições que enviassem (por e-mail) uma carta-convite a participar do estudo a todos os alunos matriculados em cursos de licenciatura do 1º e 2º ano. No e-mail constava informação sobre os objetivos e procedimentos para preencher o inquérito; aspetos éticos; e um link de acesso ao questionário que continha todas as variáveis e medidas em estudo: informação sociodemográfica (SD), académica e comportamentos de saúde e os instrumentos - Inventário de Saúde Mental (ISM-38; Pais-Ribeiro 2001); Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)<sup>(24)</sup>; Escala de Satisfação com a Vida Académica (ESVA)<sup>(25)</sup>. Como critérios de inclusão selecionou-se: ser maior de idade e estar inscrito no 1º ou 2º ano de licenciatura. Para completar a submissão do questionário os participantes tiveram que validar as suas respostas quando terminaram de o preencher.

### Considerações éticas

Este estudo está em conformidade com todos os princípios éticos da

Declaração de Helsinque<sup>(26)</sup> e Human Subjects Protection. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética das instituições envolvidas. Os autores informaram os participantes sobre os objetivos e as implicações do estudo, consentimento livre e esclarecido, privacidade e confidencialidade e o direito de abandonar o estudo a qualquer momento durante o processo. Todos os participantes validaram o consentimento informado antes de responder voluntariamente ao questionário online, bem como, as suas respostas. Os dados foram codificados e processados confidencialmente. Além disso, foi disponibilizado um email para qualquer informação adicional.

### Instrumentos e Variáveis

Um questionário com dez itens forneceu informações sobre: dados sociodemográficos (sexo, idade, relação/namoro satisfatória, nível socioeconómico [NSE]); académicos (ano, área de curso, desempenho académico, tipo de ensino); e comportamentos de saúde (exercício físico, horas sono).

O ISM-38 foi usado para medir *Bem-Estar Psicológico* (dimensão positiva do ISM-38). A dimensão BEP possui 2 subescalas e um total de 14 itens (afeto positivo [11 itens] e laços afetivos [3 itens]). Cota numa escala do tipo Likert com 6 pontos (variando de 1= sempre a 6= nenhuma das vezes). O escore total da subescala BEP varia de 14 a 84. O escore total do ISM-38 varia de 38 a 228. Pontuações mais altas refletem melhor Saúde Mental e melhor Bem-Estar Psicológico. A consistência interna do instrumento (coeficiente *alfa* de Cronbach =0.83) é excelente<sup>(27)</sup>.

A ESSS foi utilizada para avaliar *Satisfação com o Suporte Social*, que reflete a satisfação com o apoio que os indivíduos recebem da família e dos amigos. O apoio social pode ser um fator de proteção face às adversidades. A ESSS possui 15 afirmações sobre a perceção de apoio e, o apoio que se recebe dos amigos, família-

res e da comunidade. Tem quatro subescalas: satisfação com amigos; intimidade; satisfação com a família; atividades sociais. A ESSS é de autopreenchimento e cota numa escala de resposta de tipo Likert com 5 pontos (5= concordo totalmente, 4= concordo em grande parte, 3= não concordo ou discordo, 2= discordo fortemente e 1= discordo totalmente). No estudo original explicou 63% da variância total e a sua consistência interna (*alfa* de Cronbach = .85) foi excelente<sup>(24)</sup>.

A ESVA foi usada para medir a *Satisfação com a Vida Académica* dos estudantes. A ESVA é de autopreenchimento, possui oito itens e duas dimensões: *Satisfação Pessoal* (interna: capacidades dos estudantes, perceção do desempenho académico e relacionamento com colegas e professores; itens 5, 6, 7, 8); *Satisfação com o Ambiente Académico* (externo: ambiente físico, pedagógico, comprometimento com o curso, atividades extracurriculares no campus e condições de estudo; itens 1, 2, 3, 4). A ESVA cota numa escala do tipo Likert de 5 pontos (1= discordo totalmente; 2= discordo; 3= não concordo nem discordo; 4= concordo; 5= concordo totalmente). A pontuação total é a soma de todos os itens [varia entre 8 e 40], e *scores* mais altos refletem uma melhor satisfação com a vida académica. No estudo original exibiu uma consistência interna muito boa, com coeficiente *alfa* de Cronbach de .80<sup>(25)</sup>.

### Análise dos Dados

O tratamento e análise dos dados foi realizado com recurso a técnicas quantitativas de análise estatística descritiva e inferencial. A confiabilidade foi calculada usando coeficiente *alfa* de Cronbach, assumiu-se para  $\alpha > 0.7$  valores aceitáveis de consistência interna e confiabilidade. A significância estatística foi avaliada ao nível de confiança  $p < .05$ . Para identificar os preditores significativos de BEP foi usada a Regressão

TABELA 1

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, ACADÉMICAS E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE DA AMOSTRA (N=560)

VARIÁVEL	N°	PERCENTAGEM	$\bar{x}$ (SD)
<b>Age</b>			19.60 (1.68)
<b>18-20</b>	<b>428</b>	<b>76.4</b>	
21-24	132	23.6	
<b>Sexo</b>			
<b>Feminino</b>	<b>446</b>	<b>79.60</b>	
Masculino	114	20.40	
<b>Relação/namoro satisfatória</b>			
Sim	294	43.00	
<b>Não</b>	<b>266</b>	<b>47.50</b>	
Outro	53	9.40	
<b>NSE</b>			
Elevado	164	29.3	
Médio	184	32.9	
<b>Baixo</b>	<b>212</b>	<b>37.8</b>	
<b>Ano</b>			
1° Ano	274	48.9	
<b>2° Ano</b>	<b>286</b>	<b>51.1</b>	
<b>Curso</b>			
<b>Saúde</b>	343	61.30	
Outro	217	38.80	
<b>Tipo de Ensino</b>			
<b>Público</b>	<b>416</b>	<b>74.20</b>	
Privado	120	20.30	
Militar/Policial	24	3.50	
<b>Desempenho Académico</b>			
Medíocre	15	2.70	
Suficiente	123	22.00	
<b>Bom</b>	<b>341</b>	<b>60.90</b>	
Muito bom	74	13.20	
Excelente	7	1.30	
<b>Exercício Físico<sup>¥</sup></b>			
Não	266	47.5	
<b>Prática</b>	<b>294</b>	<b>52.5</b>	
Diariamente	59	20.1	
<b>2 a 3 vezes por semana</b>	<b>136</b>	<b>46.3</b>	
1 vez por semana	83	28.2	
<b>Horas de sono<sup>(b)¥</sup></b>			
≥8 horas	33	5.9	
7h a 8h	205	36.6	
<b>6h a 7h</b>	<b>230</b>	<b>41.1</b>	
≤ 5h a 6h	92	16.4	

NSE - nível socioeconómico

(a) auto classificação; (b) média de horas dormidas por dia; ¥ em tempo de aulas

Linear Múltipla Hierárquica (RLMH). Os pressupostos do modelo, designadamente a linearidade da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente (análise gráfica), independência de resíduos (teste de Durbin-Watson), a normalidade dos resíduos (teste de Kolmogorov-Smirnov), a multicolinearidade (Não multicolinearidade se  $VIF < 10$  e  $Tolerance > 0.1$ ) e, a homogeneidade de variâncias (análise gráfica), foram analisados e encontravam-se genericamente satisfeitos. As variáveis nominais foram transformadas em variáveis *Dummy* (23). As variáveis com correlações significativas, nas análises bivariadas prévias, foram incluídas no modelo sequencialmente, por blocos ou por grupos lógicos de variáveis independentes, estimando por etapas o grau de explicação da variância explicada destas variáveis para BEP. A variável idade, devido a afinidades teóricas que se desejava estudar, foi incluída no modelo embora não se tenha mostrado previamente significativa (23).

## RESULTADOS

### Caracterização da Amostra

Amostra é maioritariamente feminina (79.60%), tem média de idade 19.6 anos (DP=1.68) e uma relação/namoro satisfatória (43%). Mais de metade frequenta o 2º ano, e 82.7% frequenta o Ensino Superior Público, dos quais 43.6% são do Politécnico e 35.2% do ensino Universitário, e 3.9% do Militar e Policial. A quase totalidade (97.3%) perceciona o seu desempenho académico como positivo, que a maioria classifica de *satisfatório* ( $\bar{x} = 2.90$ ; DP = 0.70). Mais de metade pratica exercício físico, e de entre os que praticam a maioria fá-lo 2 a 3 vezes por semana. A maioria dorme apenas cerca de 6 a 7 horas por dia, o que a maioria considera não ser o suficiente. As características dos participantes estão resumidas na

### Tabela 1.

Quanto à saúde mental e BEP dos >

participantes verificam-se, para ambos, níveis considerados muito satisfatórios. No ISM-38 a média situou-se bastante acima do valor médio possível (Escala Total [38; 228]:  $x^- = 158.87$ ; DP = 29.49). Também, para a subescala de BEP a média se situou bastante acima do valor médio possível (Total [14; 84]:  $x^- = 52.46$ ; DP = 11.70). Relativamente à Satisfação com o Suporte Social os participantes têm SSS elevada (Total ESSS:  $x^- = 52.3$ ; DP = 10.29), assim como, elevada Satisfação com a Vida Académica (Total ESVA:  $x^- = 29.20$ ; DP = 5.30).

### Predição de Bem-Estar Psicológico

A Tabela 2 mostra o modelo final da RLMH de predição de BEP com as variáveis sociodemográficas e relacionais, académicas, comportamento de saúde e psicoafectivas como variáveis independentes, que explica 53.8% da variância total do BEP. As variáveis sociodemográficas explicam 9.2% da variância de BEP, as variáveis académicas 5.6%, os comportamentos de saúde 9.4% e as psicoafectivas explicam 29.6%. As mulheres têm valores significativamente mais baixos de BEP do que os homens ( $\beta = -3.55$ ,  $p = .024$ ), quanto mais baixo é o nível socioeconómico (NSE), mais baixo é o BEP ( $\beta = -1.78$ ,  $p = .025$ ), os que têm relação/namoro satisfatória têm valores mais altos de BEP ( $\beta = 3.44$ ,  $p = .012$ ). Os participantes do escalão etário mais alto (21 aos 24 anos) têm valores mais baixos de BEP ( $\beta = -4.91$ ,  $p = .002$ ). Os estudantes com melhor auto classificação no desempenho académico ( $\beta = 3.48$ ,  $p = .001$ ), os que praticam exercício físico ( $\beta = 3.15$ ,  $p = .016$ ), os que dormem 7 ou mais horas de sono ( $\beta = 4.08$ ,  $p = .002$ ), os mais satisfeitos com o suporte social ( $\beta = 0.42$ ,  $p = .001$ ) e os mais satisfeitos com a vida académica ( $\beta = 0.33$ ,  $p = .005$ ) obtêm valores mais elevados de BEP.

Destaca-se que as correlações mais significativas de BEP se verificam com Satisfação com o Suporte Social e com o Desempenho académico.

### DISCUSSÃO

Este trabalho teve como objetivos caracterizar o bem-estar psicológico e identificar preditores de BEP em estudantes do ensino superior, e nesse sentido discutem-se os resultados obtidos destacando os principais contributos e as variáveis mais relevantes na explicação do modelo preditivo de RLMH obtido. Os resultados indicaram como preditores de BEP variáveis sociodemográficas e relacionais, académicas, comportamentos de saúde e psicoafectivas (cognição e perceção) que explicam 53.8% da variância do BEP, valor considerado como muito significativo para as ciências sociais.

Relativamente às características sociodemográficas e relacionais os dados indicam que se confirma uma influência das características sociodemográficas (género, NSE, relação/namoro satisfatória e escalão etário) no BEP, embora no conjunto sejam preditores com um peso muito pouco relevante, pois explicam apenas 9.2% da variância do modelo preditivo de BEP. O género feminino mostrou-se um preditor negativo do BEP. Este resultado está bem documentado na literatura, sendo comum verificar valores significativamente mais baixos de BEP nas mulheres do que nos homens<sup>(28,29)</sup>. Estas diferenças tem sido associadas sobretudo a aspetos culturais, de discriminação ou violência de género que cumulativamente conduzem a maior tensão e desgaste psicológico nas mulheres<sup>(29-31)</sup>. Tal como esperado, os nossos resultados também indicam o NSE-Elevado como preditor de melhor BEP, uma vez que se atribui este efeito positivo ao conforto e segurança financeira que lhe estão associados<sup>(2)</sup>. A relação/namoro satisfatória revelou-se um preditor de BEP. Este resultado está em concordância com (4) e com modelos teóricos que defendem que a capacidade de estabelecer relações íntimas satisfatórias é um marcador desenvolvimental revela-

dor de bem-estar. Os dados mostram uma correlação negativa entre os estudantes mais velhos e o BEP, contrariando alguns estudos que sugerem que se estabelece um aumento gradual do bem-estar entre os 18 e os 25 anos. O incremento de bem-estar tem sido atribuído à influência positiva da maturidade e consolidação de planos profissionais (32). Contudo ausência de estudos longitudinais nacionais disponíveis limitam a discussão. Por conseguinte, são necessários estudos longitudinais para clarificar esta relação.

A auto classificação no desempenho académico mostrou-se um preditor de BEP muito significativo e explica 5.6% do modelo de BEP, os estudantes com melhor auto classificação no desempenho académico têm melhor BEP. Embora seja mais frequente estudar esta variável como correlato, este resultado está em linha com que também constatou que ter "boas notas" é um dos preditores mais significativos de BEP dos estudantes<sup>(3)</sup>. Quanto aos comportamentos de saúde, verificou-se que a atividade física regular e dormir sete ou mais horas, mostraram-se preditores de BEP e explicam 9.4% do modelo total. Têm um efeito explicativo positivo muito significativo e robusto no bem-estar dos estudantes. Estes resultados eram esperados e corroboram a evidência que tem demonstrado consistentemente que a atividade física e bons hábitos de sono, influenciam positivamente a saúde mental e beneficia o funcionamento global dos estudantes<sup>(2,17)</sup>.

O exercício físico e o padrão regular de sono têm um efeito protetor do BEP e da saúde mental, atribuído às endorfinas que produzem efeitos benéficos relativamente ao stress, tensão física e mental, melhorando sobretudo a cognição, memória e autoestima. O modelo de regressão indica que dormir mais de sete horas é um importante contributo para incrementar o bem-estar dos EES, enquanto dormir menos de seis horas parece ter um efeito inverso<sup>(19)</sup>.



TABELA 2

## REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA HIERÁRQUICA DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO (N=263)

Etapas	Variáveis	$\Delta R^2$	B	Std. Error
<b>Step 1</b>	<b>Sociodemográficas e relacionais</b>	<b>.092***</b>		
	Género		-3.55*	1.57
	NSE		-1.78*	.79
	Relação/namoro satisfatória		3.44*	1.36
	Escalão etário		-4.91**	1.57
<b>Step 2</b>	<b>Académicas</b>	<b>.056***</b>		
	Ano		2.44	1.35
	Curso Saúde		-1.40	1.46
	Desempenho académico <sup>(a)</sup>		3.48***	.92
<b>Step 3</b>	<b>Comportamentos de saúde</b>	<b>.094***</b>		
	Exercício físico/desporto <sup>‡</sup>		3.15*	1.31
	Horas de sono <sup>(b)</sup> <sup>‡</sup>		4.08**	1.31
<b>Step 4</b>	<b>Psicoafectivas</b>	<b>.296***</b>		
	Satisfação com o Suporte Social		.42***	.06
	Satisfação Vida Académica		.33**	.12
	<b>Total R<sup>2</sup></b>	<b>.538***</b>		

NSE - nível socioeconómico;

<sup>(a)</sup>auto classificação; <sup>(b)</sup>média de horas dormidas por dia; <sup>‡</sup> em tempo de aulas

\* $p \leq 0.05$  \*\* $p \leq 0.01$  \*\*\* $p \leq 0.001$  B- não Standardized Coefficients

Estes dados reforçam o conhecimento prévio que indicam que as horas dormidas diariamente são determinantes para a regulação dos estados de tensão física e psíquica e para o funcionamento global dos EES(2). Esta informação, é significativa para implementar programas de educação e higiene de sono, visando promover padrões de sono mais saudável, tanto em EES como a montante no secundário (2,4,17,18).

**Variáveis psicoafectivas.** A satisfação com o suporte social (SSS) e satisfação com vida académica mostraram-se variáveis preditivas positivas no BEP dos EES, com um peso explicativo muito relevante na variabilidade explicada do BEP, que em conjunto explicam 29.6% do modelo. Os EES mais satisfeitos com

o suporte social e com a vida académica obtêm valores mais elevados de BEP, em concordância com a tendência da maioria dos estudos(21,24). A SSS é um preditor muito significativo de BEP em EES, confirmando estudo (33), particularmente nas mulheres (34). O efeito benéfico deriva da perceção de apoio, valorização e compreensão sentida aspetos que incrementam a confiança, a autoestima, a autoaceitação também preditores de bem-estar. A disponibilidade e o envolvimento em atividades sociais extracurriculares com os pares desfrutar de relações interpessoais, são uma relevante dimensão desenvolvimental dos jovens adultos, pois alimentam estados emocionais e relacionais positivos promotores de saúde mental (35). Nessa medida, são necessárias iniciativas

sociais e culturais nos *campus*, que estimulem a interação no seio da comunidade estudantil. A satisfação com a vida académica revelou-se um preditor muito significativo de BEP, e este resultado é concordante com estudos prévios que indicam um efeito positivo entre a qualidade da adaptação e SVA dos EES e que as vivências académicas de satisfação são indicadores de BEP (21). A preponderância da SVA no BEP dos EES, contrasta com a escassez de estudos e de instrumentos de medida desta variável, o que torna os nossos resultados relevantes, para fundamentar estudos futuros neste âmbito. Por outro destaca-se que é de toda a conveniência reforçar estados emocionais positivos nos EES, pois incrementam a capacidade de tomar decisões e promovem o funcionamento

global harmonioso e a realização pessoal, interpessoal e acadêmica (21,35) Os preditores identificados exercem um efeito positivo no BEP dos EES, apontando para um efeito protetor da saúde mental.

## CONCLUSÕES

A finalidade deste trabalho foi caracterizar a saúde mental dos EES e identificar preditores de BEP em EES. Nesse sentido procurou-se responder à pergunta de partida e aos objetivos. Os resultados indicam particular relevância das variáveis psicoafectivas na explicação do BEP dos EES. Pode-se concluir que se trata de uma amostra saudável e os resultados mostram um índice bom de BEP, e que os estudantes estão muito satisfeitos com o suporte social e com a vida acadêmica. O modelo de RLMH permitiu concluir que os homens, ter relação/namoro satisfatória, o bom desempenho acadêmico, praticar exercício físico/desporto, dormir sete horas/dia, a satisfação com o suporte social e

satisfação vida acadêmica são preditores de BEP em EES, os dois últimos com forte preponderância. Parecem, pois constituir-se preditores (fatores protetores) de BEP dos EES.

O interesse deste estudo atribui-se às relações identificadas entre a SM dos EES, e as variáveis biopsicosociais estudadas, assim como aos dados que fornece para as clarificar. Este conhecimento específico é essencial para clarificar e decifrar quais as variáveis se configuram como facilitadoras do BEP como indicadores.

### Implicações para Enfermagem

A ausência de BEP fragiliza os EES e promove o insucesso acadêmico, justificando-se por isso investigar esta problemática. Dada a sua natureza exploratória, este estudo, reforçou conhecimento já existente, mas acrescentou informação original, significativa e transferível para fundamentar futuras investigações sobre esta temática, ou formular hipóteses acerca deste fenómeno, agora mais claro. Os resultados poderão servir

de suporte a estudos com metodologia de tipo quase-experimental, que no âmbito de um programa de intervenção de enfermagem de promoção do bem-estar, procurasse analisar os efeitos ocorridos ao nível das mudanças no mesmo. Um estudo com esta finalidade permitiria detetar a oscilação dos resultados atribuída à referida intervenção.

As principais conclusões deste estudo apontam para a relevância dos preditores positivos identificados, que complementam informação prévia para ajudar profissionais de saúde e instituições de ensino superior a sinalizar as variáveis que influenciam positivamente o BEP dos EES. Este conhecimento é essencial para fundamentar intervenções de enfermagem de facilitação da transição para o ensino superior, uma vez que esta é mais bem-sucedida quando se antecipa e prepara. Estes dados podem ajudar a implementar programas dirigidos de promoção do bem-estar e da saúde mental e prevenção de sofrimento mental, com base na educação para a saúde. ▴



## Referências

1. Richardson M, Abraham C, Bond R. Psychological correlates of university students' academic performance: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Bull.* 2012 Mar;138(2):353-87.
2. Ridner SL, Newton KS, Staten RR, Crawford TN, Hall LA. Predictors of well-being among college students. *J Am Coll Heal.* 2015;64(2):116-24.
3. World Health Organization. Investing in Mental Health. Dependence D of MH and S, Health ND and M, editors. Geneva: World Health Organisation; 2003. 52 p.
4. Chow H. Predicting academic success and psychological wellness in a sample of Canadian undergraduate students. *Electron J Res Educ Psychol.* 2010;8(2):473-96.
5. American College Health Association. Spring 2018, Group

- Executive Summary [Internet]. American College Health Association-National College Health Assessment II: Reference Group Executive Summary Spring 2018. Silver Spring, MD; 2018. Available from: [https://www.acha.org/documents/ncha/NCHA-II\\_Spring\\_2018\\_Reference\\_Group\\_Executive\\_Summary.pdf](https://www.acha.org/documents/ncha/NCHA-II_Spring_2018_Reference_Group_Executive_Summary.pdf)
6. Sequeira C, Carvalho JC, Sampaio F, Sá L, Lluch-Canut T, Roldán-Merino J. Avaliação das propriedades psicométricas do questionário de saúde mental positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Rev Port Enferm Saúde Ment.* 2014;11:45-53.
  7. Eisenberg D, Golberstein E, Hunt J. Mental Health and Academic Success in College. *B E J Econom Anal Policy.* 2009;9(1):78-88.
  8. Meleis A. Transition Theory- Middle Range and Situation Specific in nursing research and practice. Springer P. New York. New York: Springer; 2010. 664 p.
  9. Kovess-Masfety V, Leray E, Denis L, Husky M, Pitrou I, Bo-deau-Livinec F. Mental health of college students and their non-college-attending peers: Results from a large French cross-sectional survey. *BMC Psychol.* 2016;4(1).
  10. Lombard J, Plater-Zyberk E. Hospital design: From barrier to connector. Vol. 92, *Health progress.* 2011.
  11. Kern A, Ceglarek P, Phillips M. ABOUT THE HEALTHY MINDS STUDY (HMS) STUDY TEAM [Internet]. 2017. Available from: [file:///C:/Users/maria\\_nogueira/Documents/Pessoal\\_Produção Científica/CINTESIS/Semana Invest\\_NUrsID\\_2019/ROL\\_Preditores SM EES/Healthy Mind\\_HMS\\_national.pdf](file:///C:/Users/maria_nogueira/Documents/Pessoal_Produção Científica/CINTESIS/Semana Invest_NUrsID_2019/ROL_Preditores SM EES/Healthy Mind_HMS_national.pdf)
  12. Keyes C, Eisenberg D, Perry G, Dube S, Kroenke K, Dhingra S. The Relationship of Level of Positive Mental Health With Current Mental Disorders in Predicting Suicidal Behavior and Academic Impairment in College Students. Vol. 60, *Journal of American College Health.* 2012. p. 126-33.
  13. Eisenberg D, Hunt J, Speer N. Mental health in American colleges and universities: variation across student subgroups and across campuses. *J Nerv Ment Dis.* 2013;201(1):60-7.
  14. Eisenberg D, Hunt J, Speer N, Zivin K. Mental health service utilization among college students in the United States. *J Nerv Ment Dis.* 2011;199(5):301-8.
  15. World Health Organization. risks\_to\_mental\_health\_EN\_27\_08\_12 [Internet]. 2012. Available from: [file:///C:/Users/maria\\_nogueira/Documents/Pessoal\\_Produção Científica/CINTESIS/Semana Invest\\_NUrsID\\_2019/ROL\\_Preditores SM EES/risks\\_to\\_mental\\_health\\_EN\\_27\\_08\\_12.pdf](file:///C:/Users/maria_nogueira/Documents/Pessoal_Produção Científica/CINTESIS/Semana Invest_NUrsID_2019/ROL_Preditores SM EES/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf)
  16. World Health Organization. Cultural Contexts of Health and Well-being, no1 Beyond bias: exploring the cultural contexts of health and well-being measurement. Copenhagen; 2015.
  17. Kenari M. Effect of Exercise on Mental Health in the Physical Dimension, Anxiety and Mental Disorder, Social Dysfunction and Depression. *Adv Appl Sociol.* 2014;4:63-8.
  18. Lopes E, Milheiro I, Maia A. Sleep quality in college students: a study about the contribution of lifestyle, academic performance and general well-being. *Sleep Med [Internet].* 2013 Dec 1 [cited 2019 Jul 22];14:e185. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1389945713016523>
  19. Silva M, Chaves C, Duarte J, Amaral O, Ferreira M. Sleep Quality Determinants Among Nursing Students. *Procedia-Social Behav Sci [Internet].* 2016 [cited 2019 Jul 22];217:999-1007. Available from: [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)
  20. Nogueira MJ, Sequeira C. A SATISFAÇÃO COM A VIDA ACADÊMICA. RELAÇÃO COM BEM-ESTAR E DISTRESS PSICOLÓGICO. *Rev Port Enferm Saúde Ment.* 2018 Nov;Especial 6.
  21. Renshaw TL, Cohen AS. Life Satisfaction as a Distinguishing Indicator of College Student Functioning: Further Validation of the Two-Continua Model of Mental Health. *Soc Indic Res.* 2014;117(1):319-34.
  22. Kern A, Ceglarek P, Phillips M. ABOUT THE HEALTHY MINDS STUDY (HMS) STUDY TEAM.
  23. Marôco J. Análise Estatística com o SPSS Statistics. 5a. ReportNumber, editor. Pero Pinheiro: ReportNumber; 2011. 990 p.
  24. Pais-Ribeiro JL. Escala de Satisfação com o Suporte Social. 1a Edição. Instrumentos de Avaliação. Lisboa: Placebo Editora; 2011. 1-12 p.
  25. Nogueira MJ, Antunes J, Sequeira C. Development and Psychometric Study of the Academic Life Satisfaction Scale (ALSS) in a Higher Education Students Sample. *Nurs Healthc Int J.* 2019;3(2).
  26. World Medical Association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. Vol. 310, *JAMA - Journal of the American Medical Association.* 2013. p. 2191-4.
  27. Pais-Ribeiro JL. Mental health inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicol Saúde Doenças [Internet].* 2001 [cited 2019 Jul 22];2(1):77-99. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36220106>
  28. Eshelman L, Levendosky AA. Dating violence: mental health consequences based on type of abuse. *Violence Vict.* 2012;27(2):215-28.
  29. Jordan C, Campbell R, Follingstad D. Violence and women's mental health: the impact of physical, sexual, and psychological aggression. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010;6:607-28.
  30. Exner-Cortens D, Eckenrode J, Rothman E. Longitudinal Associations Between Teen Dating Violence Victimization and Adverse Health Outcomes. *Pediatrics [Internet].* 2013 Jan 1;131(1):71-8. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2012-1029>
  31. Kumar A, Nizamie SH, Kumar N. Violence against women and mental health. *Ment Heal Prev.* 2013;1(1):4-10.
  32. Bewick B, Koutsopoulou G, Miles J, Slaa E, Barkham M. "Changes in undergraduate students' psychological well-being as they progress through university". *Stud High Educ.* 2010;35(6):633-45.
  33. Merianos AL, Nabors LA, Vidourek RA, King KA. The Impact of Self-Esteem and Social Support on College Students' Mental Health. *Am J Health Stud.* 2013;28(1):27-34.
  34. Verger P, Combes J-B, Kovess-Masfety V, Choquet M, Guagliardo V, Rouillon F, et al. Psychological distress in first year university students: socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet].* 2009 Aug 18 [cited 2019 Jul 22];44(8):643-50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19096741>
  35. Wang Y, Cullen KL, Yao X, Li Y. Personality, freshmen proactive social behavior, and college transition: Predictors beyond academic strategies. *Learn Individ Differ.* 2013;23(1):205-12.



**SOFIA FEITOR**

Enfermeira

✉ [sophiefeitor@gmail.com](mailto:sophiefeitor@gmail.com)

**ANA RITA VEIGA**

Enfermeira

**ALMARIM SILVA**

**Enfermeiro Especialista** em Enfermagem Comunitária. Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel, Ponta Delgada, Açores. Portugal.

**VITOR SILVA**

**Enfermeiro Especialista** em Enfermagem Comunitária. UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade Coração D'Ouro, Foz de Sousa, Portugal.

**SANDRA DUARTE**

**Enfermeira Especialista** em Enfermagem Comunitária. UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade Assucena Lopes Teixeira, Braga, Portugal.

**MARIA RUI SOUSA**

**Professora Adjunta;** Doutoramento em Ciências de Enfermagem. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Portugal.

**FERNANDA BASTOS**

**Professora Adjunta;** Doutoramento em Ciências de Enfermagem. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Centro de Investigação Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem (CIDESI)/Innovation & Development in Nursing (NURSID) Porto, Portugal.

# EMPOWERMENT COMUNITÁRIO EM SAÚDE ESCOLAR – ADOLESCENTE COM DIABETES MELLITUS TIPO 1

Community empowerment in school health – adolescent with diabetes mellitus type 1

## Abstract

Type 1 Diabetes Mellitus (DM1) is one of the most prevalent chronic diseases in school age. Health policies point to a greater intervention and accountability of the community towards the health of its members and their full integration in society, promoting the development of health literacy based on an empowerment philosophy. Since the school is a favorable context for intervention, this study, through a review of the literature and based on the Empowerment Nursing-User Model and Laverack Community Empowerment Model, aims to elaborate a Nursing Care Plan Model aimed at training the school community with adolescents with DM1, using ICNP 2017. Agglutinating the first phase of the Laverack Community Empowerment Model (personal action) with the examples of Empowerment Nursing-User Model empowering behaviors (access to information, support, resources, opportunities to learn and grow, informal power and formal power), we identified diagnoses as: potential to raise awareness of the relationship between the therapeutic regimen and DM1 control and potentiality to improve the problematic meaning attributed to the therapeutic regime or illness by the adolescent. According to the phases of approach of small community groups and development of community organizations, we identified diagnoses aimed at the school community and the family like the potential to improve awareness of their role towards the adolescent with DM1. Community empowerment is an instrument to be used in the development of the process of school inclusion and training adolescents with DM1 as well as the whole school community.

**KEYWORDS: TYPE 1 DIABETES MELLITUS; EMPOWERMENT; COMMUNITY HEALTH NURSING; SCHOOL HEALTH PROMOTION.**

## INTRODUÇÃO



Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1) é uma das doenças crónicas mais prevalentes em idade escolar e atualmente existem mais de um milhão de crianças e adolescentes com esta patologia<sup>1</sup>. Em Portugal, em 2014, a DM1 atingia 3365 crianças e jovens, sendo que o pico de incidência da doença ocorre em crianças e adolescentes entre os 10 e 14 anos<sup>2,3</sup>. A adolescência é uma fase de desenvolvimento que, por si só, comporta grandes desafios, tornando-se ainda mais complexa com o surgimento de uma doença crónica. Perante esta transição múltipla, desenvolvimento e de saúde-doença<sup>4</sup>, acresce ao esforço na transição para a autonomia do adolescente a necessidade de gerir um regime terapêutico complexo, em ambientes por vezes não favorecedores a comportamentos de autocuidado.

A presença do adolescente em contexto escolar compreende um período alargado do seu dia-a-dia, pelo que os estabelecimentos de ensino devem ter profissionais com formação e capacitação para assegurar a prestação de cuidados nas situações de descompensação da diabetes e na gestão do plano terapêutico. A verdade é que têm sido reportadas dificuldades na gestão da DM1 em contexto escolar relacionadas com a insegurança dos educadores e a não continuidade do regime terapêutico nas escolas<sup>2</sup>.

É imperativo a existência e implementação de protocolos e de planos individuais de saúde (PSI) para estas crianças e jovens. O PSI deverá ser elaborado e implementado em conjunto com a família, escola e equipa de saúde e dirigido à capacitação dos docentes, não docentes e adolescentes, conforme é apresentado no Decreto-Lei 54/2018 de 6 de Julho de 2018<sup>3</sup>.

Para orientar a prática dos enfermei-

ros da comunidade, em específico da saúde escolar, existe o Programa Nacional de Saúde Escolar<sup>5</sup>, sendo dois dos seus objetivos: promover um ambiente escolar saudável e seguro e aumentar a literacia da comunidade escolar. Relativamente às normativas nacionais direcionadas para este tema, a norma 006/2016 da DGS<sup>2</sup> refere a importância da formação da comunidade escolar (docente e não docente), com o objetivo de promover a saúde, prevenir complicações e minimizar o impacto da DM1 no desempenho escolar dos alunos. Para isso, fornece exemplos de planos de formação para a comunidade escolar sobre aspetos básicos da DM1 e cuidados associados sendo, contudo, pouco exaustivo pois não apresenta um plano formativo direcionado à família. Assim, há que delinear estratégias de intervenção holísticas e abrangentes em detrimento de módulos meramente formativos/informativos. Há também a necessidade de promover a cultura do *empowerment*, sendo que este conceito é entendido como o "processo através do qual os indivíduos ganham maior controle sobre decisões e ações que afetam a sua saúde"<sup>6</sup>. De acordo com os pressupostos do *empowerment*, as escolhas mais importantes que afetam a saúde e o bem-estar da pessoa são feitas pelo próprio, como resultado da consciencialização, da autoeficácia na consecução de objetivos e resolução de problemas, aumentando o autocontrolo sobre a sua saúde<sup>7</sup>.

O conceito de *empowerment* pode ser analisado à luz de três teorias: a Teoria do *Empowerment* Estrutural de Kanter, a Teoria do *Empowerment* Psicológico de Spreitzer e a Teoria do *Empowerment* Comunitário<sup>8</sup>. Com base nas Teorias do *Empowerment* Estrutural e do *Empowerment* Psicológico, Laschinger e colegas<sup>9</sup> definiram o Modelo de *Empowerment* Enfermeiro-Utente (MEEU),

com o objetivo de proporcionar aos enfermeiros uma ferramenta/guião teórico de trabalho de modo a promover o *empowerment* em saúde. Embora seja dirigido à pessoa e não à comunidade, interpretado paralelamente com o Modelo de *Empowerment* Comunitário de Laverack (MECL), fornece ao enfermeiro da comunidade uma ferramenta de trabalho prática e valiosa.

O MECL emerge da Teoria do *Empowerment* Comunitário e remete para a participação dos membros da comunidade, a sua coesão e incremento das suas capacidades de identificação e resolução dos problemas de uma forma tendencialmente autónoma<sup>10</sup>. Este implica uma intervenção em cinco domínios: a ação pessoal (consciencializa para o facto dos problemas comunitários serem também problemas do indivíduo); a abordagem de pequenos grupos comunitários (criar grupos homogéneos com os mesmos objetivos para maximizar a resolução dos problemas comunitários); o desenvolvimento de organizações comunitárias (promover a interação dos pequenos grupos, para se constituir metas comuns que fortaleçam a comunidade); o estabelecimento de parcerias intra e intercomunidades (promover o incremento e rentabilização dos recursos); e a ação social e política (constituição de um quadro de políticas e ações macrossistémicas construídas a partir da consolidação das organizações comunitárias e das suas parcerias). Desta forma, o enfermeiro deve apoiar-se neste modelo quando o seu cliente é de facto a comunidade.

Laschinger e colaboradores<sup>9</sup> delimitaram alguns exemplos de comportamentos do enfermeiro promotores do *empowerment* dos seus clientes: acesso à informação (identifica e colmata as necessidades de informação dos e com os clientes, tendo por base os seus problemas de saúde

de valorizados); acesso ao suporte (auxilia na gestão dos problemas e na identificação das forças e fragilidades individuais); acesso aos recursos (identifica, em parceria com o cliente, recursos disponíveis para a promoção da saúde); acesso às oportunidades para aprender e crescer (fomenta oportunidades de crescimento/treino de habilidades, conhecimentos e gestão dos problemas de forma autónoma); poder informal (apoia o desenvolvimento de uma rede de suporte individual); e poder formal (incentiva, encoraja e auxilia os clientes na autogestão da sua saúde). Este modelo já foi utilizado em estudos de investigação com mulheres grávidas<sup>11</sup> e com pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2<sup>12</sup>. Desta forma, reconheceu-se a pertinência de se traçar um Modelo de Plano de Cuidados de Enfermagem (MPCE), alicerçado no MECL e no MEEU, dirigido à comunidade docen-

te e não docente, adolescentes e sua família, de forma a auxiliar os enfermeiros de saúde escolar na sua prática diária a promover o *empowerment* desta comunidade.

**OBJETIVO**

O objetivo deste estudo é realizar um MPCE que promova o *empowerment* da comunidade docente e não docente, adolescentes com DM1 e sua família.

**MÉTODO**

Através de uma revisão da literatura (realizada entre Novembro de 2018 e Janeiro de 2019) foi elaborada uma proposta de MPCE dirigido ao adolescente com DM1, comunidade escolar (docentes e não docentes) e família, tendo por base o MEEU e o MECL, utilizando linguagem classificada CIPE 2017<sup>13</sup>.

A revisão da literatura possuiu três fases distintas. A primeira fase, com o objetivo de nos apropriarmos do conceito de *empowerment* e analisar os seus modelos teóricos, consistiu na pesquisa de artigos na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e na pesquisa de dissertações de mestrado e teses de doutoramento nos Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). As questões: "Que fatores afetam o desenvolvimento do *empowerment* comunitário" e "Que intervenções de enfermagem promovem o *empowerment* comunitário?" orientaram a seleção e identificação dos resultados na literatura científica analisada. Para esta pesquisa foi utilizada a seguinte frase booleana: "(nurs\*) and (empowerment)"; e como critérios de inclusão pesquisaram-se documentos com uma meta temporal de 10 anos, em português, espanhol ou inglês, resultando assim em

QUADRO 1

**FOCO CONHECIMENTO DA COMUNIDADE DOCENTE E NÃO DOCENTE E FAMÍLIA SOBRE PSI**

<b>Cliente</b>	Comunidade escolar [docente e não docente] Família	
<b>Dados/Necessidades em saúde</b>	Conhecimento sobre o Plano de Saúde Individual (PSI) Disponibilidade para se envolver na elaboração do PSI	
<b>Diagnóstico</b>	Potencialidade para melhorar o conhecimento sobre o PSI do adolescente com diabetes [tipo 1]	
<b>Intervenções</b>	Ensinar clientes sobre PSI do adolescente com diabetes [tipo 1]	<b>Atividades que concretizam intervenção</b>
	Negociar o PSI com os clientes	

- Ensinar em que consiste o PSI e o que deve conter:
  - Contactos em caso de emergência;
  - Monitorização da glicemia capilar;
  - Administração de insulina (incluindo doses e horário de administração);
  - Planeamento das refeições principais e intercalares;
  - Sintomas e tratamento de hipoglicemia e hiperglicemia;
  - Participação em atividade física e atividades extracurriculares;
  - Nível de autonomia do jovem na gestão da diabetes<sup>2,3</sup>.
- Elaborar com os clientes o PSI;
- Assistir os clientes a formular os seus objetivos específicos relativos ao papel a desempenhar na elaboração e implementação do plano;
- Acompanhar a implementação do PSI – reunião mensal;
- Negociar com clientes as condições favoráveis á gestão do regime (ex. local para administração de insulina)<sup>2,3,15</sup>.

QUADRO 2

## FOCO CONHECIMENTO SOBRE DIABETES [TIPO 1] E REGIME TERAPÊUTICO DA COMUNIDADE ESCOLAR E FAMÍLIA

<b>Cliente</b>	Comunidade escolar [docente e não docente] Família	
<b>Dados/Necessidades em saúde</b>	Conhecimento sobre a DM1 (identidade, causa, consequências, duração, controlo da DM1) Reconhece a necessidade de ter mais informação para compreender as necessidades do adolescente Conhecimento sobre regime medicamentoso, dietético e de exercício do adolescente com DM1	
<b>Diagnóstico</b>	Potencialidade para melhorar conhecimento sobre a diabetes [tipo 1] e regime terapêutico na diabetes [tipo 1]	
<b>Intervenções</b>	<p>Ensinar sobre a diabetes [tipo 1]</p> <p>Ensinar sobre o regime medicamentoso na diabetes [tipo1]</p> <p>Ensinar sobre o regime dietético na diabetes [tipo1]</p> <p>Ensinar sobre o regime de exercício na diabetes [tipo1]</p>	<b>Atividades que concretizam intervenção</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sessões de grupo (comunidade escolar e/ou família): - ambiente de partilha de conhecimentos e experiências; - método interativo e/ou expositivo; conteúdos - o que é a diabetes; desafios psicossociais da família e dos adolescentes com diabetes tipo 1; complicações agudas - como intervir na hipoglicemia e hiperglicemia; importância do controlo dos sintomas e da gestão do regime terapêutico<sup>2, 15, 18</sup></li> <li>• Ensinar sobre insulina<sup>2</sup>.</li> <li>• Ensinar sobre regime dietético: ingestão calórica; periodicidade de refeições; alimentos desaconselhados; ingestão de água<sup>20, 21</sup>.</li> <li>• Tipo de exercício, frequência, intervalos;</li> <li>• Importância do exercício no controlo da glicemia;</li> <li>• Prevenção de hipoglicemias: vigiar glicemia antes e após a prática de exercício; não praticar exercício em jejum; praticar exercícios de intensidade moderada ou de longa duração<sup>20</sup>.</li> </ul>

77 artigos na base de dados Scielo e 24 documentos no RCAAP. Após leitura dos resumos, foram selecionados 8 documentos para leitura integral<sup>7, 8, 9, 14, 15, 16, 17</sup>.

Numa segunda fase, realizamos uma pesquisa no motor de busca Google sobre a legislação atual, projetos/programas, documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Direção Geral da Saúde (DGS) e da Ordem dos Enfermeiros (OE), relacionados com as necessidades de saúde especiais, educação inclusiva, DM1 nos adolescentes e competências da equipa de saúde escolar junto das mesmas<sup>2, 3, 5</sup>. Na última e terceira etapa desta revisão, mais dirigida à criação do MPCE, foi necessário realizar uma pesquisa específica face à sua temática, DM1

em adolescentes. Assim sendo, através da frase booleana "(diabetes type 1) and (children or adolescent) and (nurs\*)" e, tendo os mesmos critérios de inclusão da primeira fase da revisão, obteve-se 24 artigos na Scielo e 8 documentos no RCAAP. As questões que orientaram a seleção, leitura e recolha de dados foram: "Que fatores interferem com a gestão da diabetes tipo 1 dos adolescentes?" e "Que intervenções de enfermagem facilitam o desenvolvimento da autonomia e a gestão do regime no adolescente com diabetes tipo 1 no ambiente escolar?". Após leitura dos resumos, foram selecionados 4 documentos para leitura integral<sup>10, 12, 18, 19</sup>. Foi ainda efetuada uma pesquisa de documentos nos *websites* da

Associação Protetora da Diabetes de Portugal (APDP) e da Associação Portuguesa de Nutricionistas (APN) para sustentar algumas das intervenções e respetivas atividades relacionadas com o foco regime terapêutico do adolescente com DM1<sup>20, 21</sup>.

### RESULTADO

A partir dos dados que emergem da literatura científica analisada, e considerando os requisitos legais e normas de orientação do Ministério da Saúde e Direção Geral da Saúde, identificamos as principais áreas de atenção sobre as quais é possível antecipar necessidades em saúde. Foi nosso propósito apresentar os resultados, sobre a forma de um plano de

QUADRO 3

## FOCO CONSCIENCIALIZAÇÃO DA COMUNIDADE DOCENTE E NÃO DOCENTE DO DESEMPENHO DO PAPEL DE SUPORTE FACE À ADOLESCENTE COM [TIPO 1]

<b>Cliente</b>	Comunidade escolar [docente e não docente] Família	
<b>Dados/ Necessidades em saúde</b>	<p>ConsciencIALIZAÇÃO dos clientes da conjugação das necessidades de saúde especiais e de desenvolvimento da autonomia da adolescente</p> <p>Comportamentos de superproteção</p> <p>Desvalorização das necessidades de saúde especiais</p> <p>A gestão da escola reconhece a necessidade de existir um espaço disponível para monitorização da glicemia e administração de insulina (limpo, com privacidade)</p> <p>Os professores reconhecem a necessidade de existirem intervalos para que o adolescente administre os medicamentos</p> <p>A gestão da escola está atenta às refeições servidas na cantina (qualidade nutritiva e calórica) e é fomentada uma filosofia de alimentação saudável na escola.</p> <p>A comunidade escolar por vezes integra os adolescentes com DM1 das atividades desportivas</p> <p>A família sente-se segura quanto à gestão e administração de medicamentos pelo adolescente e autoriza a participação dos filhos nas atividades desportivas</p> <p>A família tem uma rotina instituída para a frequência das refeições e traz alimentos nutritivos e de valor calórico controlado na lancheira</p>	
<b>Diagnóstico</b>	Potencialidade para melhorar consciencIALIZAÇÃO do desempenho do papel de suporte face ao adolescente com diabetes [tipo 1]	
<b>Intervenções</b>	<b>Atividades que concretizam intervenção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refletir com a comunidade docente e não docente sobre o seu papel junto dos adolescentes com DM1: - incorporar o conhecimento sobre diabetes tipo 1 e a forma como decorrem as atividades (ex: regime especial para uso do wc pelas micções mais frequentes); - promover a inclusão dos adolescentes na escola (ex: não excluir o adolescente das atividades extracurriculares, não o beneficiar nem o penalizar relativamente aos outros colegas); - promover a autonomia/autoeficácia/autoestima do adolescente (ex: não controlar constantemente rotinas do mesmo, principalmente perante os outros colegas)<sup>2, 17, 18, 19</sup>.</li> <li>• Refletir com a família sobre o seu papel junto dos adolescentes com DM1: - assistir na negociação entre o papel da família e o papel da comunidade docente e não docente, para uma relação de partilha de experiências, conhecimento e responsabilidade (mas não controlo) do adolescente; - Promover a autonomia/autoeficácia/autoestima do adolescente (ex: proibição de frequência de festas)<sup>2, 17, 18, 19</sup>.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refletir com a comunidade escolar sobre o seu papel na gestão do regime medicamentoso dos adolescentes com DM1 e a importância de: - proporcionar um espaço com condições de higiene e privacidade para a administração de insulina; - ter alguém disponível e capacitado para apoiar o adolescente durante o período de administração<sup>2, 17, 18, 19</sup>.</li> <li>• Refletir com a família sobre o seu papel na gestão do regime medicamentoso dos adolescentes com DM1: - providenciar equipamento necessário à monitorização da glicemia e para administração de insulina; - propiciar espaço, privacidade e autonomia ao adolescente em casa para a gestão da medicação<sup>2, 17, 18, 19</sup>.</li> </ul>
	Assistir comunidade escolar na consciencIALIZAÇÃO do seu papel de suporte face aos adolescentes com diabetes [tipo1]	
	Assistir família na consciencIALIZAÇÃO do seu papel face aos adolescentes com diabetes [tipo1]	
	Assistir comunidade escolar na consciencIALIZAÇÃO do seu papel no apoio à gestão do regime medicamentoso do adolescente com diabetes [tipo1]	
	Assistir família na consciencIALIZAÇÃO do seu papel de apoio à gestão do regime medicamentoso do adolescente com diabetes [tipo1]	



<b>Intervenções</b>	Assistir comunidade escolar na consciencialização do seu papel de apoio na gestão do regime dietético do adolescente com diabetes [tipo1]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refletir com a comunidade docente e não docente sobre o seu papel na gestão do regime dietético dos adolescentes com DM1: - fomentar nas aulas a importância de uma alimentação saudável; - proporcionar intervalos para os adolescentes se alimentarem; - estar alerta para o tipo de comida e quantidade das porções fornecida pela cantina; - estar alerta para os lanches que aos adolescentes trazem de casa, para se necessário negociar com a família a constituição dos mesmos <sup>2, 17, 18, 19, 21</sup>.</li> <li>• Refletir com a família sobre o seu papel na gestão do regime dietético dos adolescentes com DM1: - aplicar o conhecimento sobre o regime dietético na DM1 para a preparação dos lanches; - estabelecer uma rotina em casa para a frequência das refeições <sup>2, 17, 18, 19, 21</sup>.</li> </ul>
	Assistir família na consciencialização do seu papel na gestão do regime dietético do adolescente com diabetes [tipo1]	
	Assistir comunidade escolar na consciencialização do seu papel de apoio na gestão do regime de exercício do adolescente com diabetes [tipo1]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refletir com a comunidade docente e não docente sobre o seu papel na gestão do regime de exercício dos adolescentes com DM1: - incluir os adolescentes nas atividades desportivas da escola (ex: cortamato, torneios); - avisar a família previamente das atividades desportivas mais exigentes; - aplicar o conhecimento sobre medidas de segurança face ao exercício (ex: analisar com o adolescente os valores glicémicos, fornecer alimentos e água antes e após atividade, estar alerta para sintomas de hipoglicemia, ter disponível e administrar em SOS açúcar/glucagon) <sup>2, 17, 18, 19, 20</sup>.</li> <li>• Refletir com a família sobre o seu papel na gestão do regime de exercício dos adolescentes com DM1: - autorizar a participação do educando em atividades desportivas da escola; - garantir informação sobre segurança da atividade (ex: duração, intervalos, fornecimento de alimentos e água pela escola) <sup>2, 17, 18, 19, 20</sup>.</li> </ul>
	Assistir família na consciencialização do seu papel na gestão do regime de exercício do adolescente com diabetes [tipo1]	

cuidados, utilizando linguagem classificada<sup>19</sup>. De entre todos os dados, diagnósticos e intervenções possíveis, a nossa opção foca-se nos que dão visibilidade à cooperação necessária entre profissionais de saúde, comunidade escolar e família, no sentido de criar um contexto favorável à vivência da transição múltipla saúde/doença e de desenvolvimento, numa perspetiva de *empowerment* de todos os intervenientes.

Os quadros integrantes do MPCE encontram-se divididos por focos, num contexto escolar onde haja adolescentes com DM1 e os desafios que isso acarreta. Visto que, numa situação como a descrita, estão envolvidos vários clientes, estes serão designados ao longo do plano por comunidade [docente e não docente], família e adolescente, de forma a respeitar os termos existentes na CIPE 2017.

O objetivo geral do plano é capacitar a comunidade escolar, família e adolescente com DM1 para que sejam capazes de tomar decisões e agir de acordo com o conhecimento baseado na evidência científica e específico da DM1.

Serão também dados exemplos de possíveis atividades que complementem as intervenções de enfermagem.

O diagnóstico apresentado no **Quadro 1** representa o pressuposto de que, para alguém decidir participar em algo, precisa de obter conhecimento, ter uma representação mental sobre os benefícios e custos que lhe estão associados e também do nível expectável da sua participação e responsabilidade no mesmo. Assim, é desejável que cada cliente compreenda qual o papel que pode representar. Com as intervenções identificadas pretende-se melhorar o

conhecimento sobre o PSI e promover o envolvimento da comunidade e família na sua operacionalização<sup>2, 3, 15</sup>.

O **Quadro 2** contém um diagnóstico direcionado à família e comunidade (docente e não docente). A necessidade em saúde identificada corresponde à necessidade em conhecimento específico sobre a condição da doença e os aspetos específicos do seu regime terapêutico. O diagnóstico tenciona melhorar o conhecimento sobre a DM1 e o seu regime terapêutico de forma a facilitar a sua gestão<sup>2, 15, 18, 20, 21</sup>.

O diagnóstico presente no **Quadro 3** procura promover a consciencialização da família e comunidade (docente e não docente) sobre o desempenho do seu papel de suporte junto do adolescente com DM1 e do seu papel facilitador face à gestão do regime terapêutico do mesmo<sup>2, 17, 18, 19, 20, 21</sup>.

O **Quadro 4** apresenta um diagnós- ➤

tico que propõe o reconhecimento do esforço a realizar na gestão do stresse da comunidade docente e não docente e família do adolescente com DM1 e controlar eficazmente esse mesmo stresse<sup>12, 17, 18</sup>.

Tendo em conta o adolescente como cliente, o diagnóstico apresentado no **Quadro 5** pretende consciencializar o adolescente da relação entre o regime terapêutico e controlo da DM1, com o objetivo que seja mantida a intenção de uma gestão eficaz por parte do adolescente, mesmo percebendo os custos a que isso o obriga, comparativamente com os benefícios que daí advêm<sup>2, 12, 16, 17, 19</sup>.

No **Quadro 6** o diagnóstico apresentado procura melhorar a autogestão do regime terapêutico do adolescente com DM1<sup>3, 12, 16, 18, 19</sup>.

### DISCUSSÃO

Tal como a DGS<sup>2</sup> preconiza, reconhecemos que a estratégia de estabelecer uma orientação para algumas possíveis áreas de atenção na conceção de cuidados ao adolescente com DM1 em contexto escolar é uma ferramenta necessária para alicerçar a prática clínica do enfermeiro, enquanto mediador entre a saúde e o ensino.

Os serviços de saúde devem trabalhar em conjunto de forma a providenciar a informação necessária e a capacitar os docentes e não docentes nos estabelecimentos de educação para que os adolescentes com DM1 estejam envolvidos integralmente e de forma segura na vida escolar<sup>2,3</sup>. A família deve estar pre-

sente nestas formações e reuniões, visto serem eles os cuidadores principais dos adolescentes, constituindo "o elo essencial na comunicação e atualização de informação entre educação e saúde", tendo o dever de "informar sobre a capacidade/autonomia do adolescente face às tarefas associadas à gestão da diabetes" e tudo o que lhe está associado<sup>2, 18</sup>. Desta forma, poderão partilhar as suas experiências e estratégias que consideram mais eficazes na gestão da DM1 e cimentar conhecimentos<sup>17</sup>. A satisfação das necessidades de saúde especiais destes adolescentes não passa apenas por fomentar o *empowerment* deles próprios, mas também da família da comunidade escolar onde estão integradas, conferindo especial atenção junto

QUADRO 4

## FOCO STRESSE DA COMUNIDADE [DOCENTE E NÃO DOCENTE] E FAMÍLIA DO ADOLESCENTE COM DIABETES [TIPO 1]

<b>Cliente</b>	Comunidade escolar [docente e não docente] Família	
<b>Dados/ Necessidades em saúde</b>	Sentimento de pressão, ansiedade ou desconforto associados ao stresse, provocados por situações recorrentes em adolescentes com DM1	
<b>Diagnóstico</b>	Stresse da comunidade [docente e não docente] com adolescentes com diabetes [tipo 1] Stresse da família do adolescente com diabetes [tipo 1]	
<b>Intervenções</b>	Implementar grupo de apoio para as famílias de adolescentes com diabetes [tipo 1]	<b>Atividades que concretizam intervenção</b>
	Providenciar apoio emocional às famílias de adolescentes com diabetes [tipo 1] e à comunidade [escolar]	
	Ensinar famílias de adolescentes com diabetes [tipo 1] sobre <i>coping</i>	
	Ensinar a comunidade [docente e não docente] do adolescente com diabetes [tipo 1] sobre <i>coping</i>	
	Promover um <i>coping</i> efetivo da comunidade [docente e não docente] e da família do adolescente com diabetes [tipo 1]	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação de grupos de pais para partilha das suas experiências, sentimentos e significados<sup>17</sup>.</li> <li>• Consulta individual dirigida à família e/ou docentes e não docentes para partilha de sentimentos, preocupações, significados e forma de lidar com o sentimento de estar sob pressão, ansiedade, sentimento de desconforto associado a experiências desagradáveis e cansaço<sup>12, 17</sup>.</li> <li>• Explicar aos docentes e não docentes e família estratégias de <i>coping</i> (<i>coping</i> focado na emoção e <i>coping</i> focado no problema), seleção de estratégias de <i>coping</i>, avaliação da situação de stresse<sup>18</sup>.</li> <li>• Reflexão em conjunto com a comunidade escolar e família sobre a eficácia das estratégias de <i>coping</i> utilizadas<sup>17, 18</sup>.</li> <li>• Reforço positivo das estratégias de <i>coping</i> eficazes adotadas<sup>18</sup>.</li> </ul>

QUADRO 5

## FOCO CONSCIENCIALIZAÇÃO DO ADOLESCENTE COM DM1 DA RELAÇÃO ENTRE O REGIME TERAPÊUTICO E O CONTROLO DA DM1

<b>Cliente</b>	Adolescente		
<b>Dados/Necessidades de saúde</b>	O adolescente com DM1 refere que não associa a adoção de um regime terapêutico ao controlo de sinais e sintomas de hipoglicemia ou hiperglicemia Reconhece a necessidade de compreender a relação entre regime terapêutica e controlo da doença		
<b>Diagnóstico</b>	Potencialidade para melhorar a consciencialização do adolescente da relação entre o regime terapêutico e o controlo da diabetes [tipo1]		
<b>Intervenções</b>	Assistir o adolescente com diabetes [tipo 1] na consciencialização da relação entre o regime terapêutico e o controlo da doença	<b>Atividades que concretizam intervenção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negociar com o adolescente experiência indutora de consciencialização da relação entre o regime terapêutico e as hiper e hipoglicemias (ex: incentivá-lo realizar uma tabela com alimentos ingeridos e os valores da glicemia antes e após das refeições, da execução de exercício físico e da administração de insulina)<sup>16, 18, 19</sup>;</li> <li>• Analisar em conjunto com o adolescente os valores da glicemia e/ou hemoglobina glicada, decorrentes da experiência indutora de consciencialização<sup>16, 18, 19</sup>;</li> <li>• Analisar em conjunto com o adolescente o seu bem-estar quando adota e quando não adota o regime terapêutico recomendado<sup>16, 18, 19</sup>;</li> <li>• Criar grupos de adolescentes com DM1 para partilha experiências sobre a doença e regime terapêutico, em ocasiões de descompensação da doença devido à não adoção do regime terapêutico recomendado<sup>17, 18, 19</sup>.</li> </ul>

QUADRO 6

## FOCO AUTOGESTÃO DA DOENÇA PELO ADOLESCENTE COM DIABETES [TIPO 1]

<b>Cliente</b>	Adolescente		
<b>Dados/Necessidades de saúde</b>	O plano terapêutico corresponde às necessidades do adolescente O plano é exequível no contexto escolar O adolescente reconhece necessidade de ajustes para a eficácia da autogestão		
<b>Diagnóstico</b>	Potencialidade para melhorar a autogestão do regime terapêutico do adolescente com diabetes [tipo 1]		
<b>Intervenções</b>	Analisar resultado da autogestão da doença com o adolescente com diabetes [tipo1]	<b>Atividades que concretizam intervenção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negociar com o adolescente um plano de cuidados adaptado a si (PSI) e às suas características pessoais, em que a mesma define os seus objetivos, atividades para os atingir e suporte desejado/existente por parte da comunidade escolar e família<sup>2, 3, 16, 18</sup>;</li> <li>• Refletir com o adolescente as dificuldades, mudanças, estratégias utilizadas e resultados<sup>16, 18, 19</sup>.</li> </ul>

daqueles que têm responsabilidade na gestão e acompanhamento seguro destes adolescentes, por meio da implementação do PSI<sup>23</sup>. Assim, estaremos a promover a saúde, prevenir e controlar as intercorrências (por vezes resultante do apoio insuficiente na monitorização da glicemia capilar e na administração da

insulinoterapia, e/ou nos episódios de hiperglicemias e hipoglicemias) e a minimizar o impacto da DM1 no desempenho escolar destes alunos. Na área da DM1 e cuidados associados, o objetivo último será o de promover a inclusão escolar destes adolescentes, facilitando o controlo da doença e contribuindo para o seu

bem-estar. Desta forma, os diagnósticos apresentados focam-se principalmente na consciencialização do papel de cada cliente, apostando na formação sobre a DM1, na negociação e na autogestão<sup>2, 12, 16, 19</sup>.

Procurou-se enquadrar o MPCE com as várias dimensões do MEEU onde, por exemplo, o enfermeiro assiste na >

formulação de objetivos específicos em conjunto com a comunidade escolar e família (dimensão Acesso ao suporte); reflete em conjunto com a comunidade docente e não docente sobre o seu papel na gestão do regime de exercício dos adolescentes com DM1 (dimensão Acesso à informação); cria grupos de adolescentes com DM1 para promover a partilha de experiências sobre a doença e regime terapêutico (dimensão Acesso aos recursos); negocia com o adolescente o PSI, sendo ele próprio a definir os objetivos, atividades para os atingir e suporte necessário (dimensão Acesso às oportunidades para aprender e crescer); negocia, com a comunidade docente e não docente e com a família, o PSI do adolescente com DM1 (dimensão Poder informal); promove um *coping* efetivo da comunidade docente e não docente e da família do adolescente com DM1 (dimensão Poder formal)<sup>9</sup>.

O MPCE foi descrito tendo também em consideração os pressupostos do MECL e, neste sentido, valorizamos as áreas de Ação pessoal (como por exemplo nas intervenções direcionadas ao adolescente como cliente no diagnóstico de potencialidade para melhorar a consciencialização sobre a relação entre o regime

terapêutico e controle da DM1), a abordagem de Pequenos grupos comunitários (como no diagnóstico potencialidade para melhorar consciencialização do desempenho do papel de suporte face ao adolescente com DM1 dirigido à comunidade docente e não docente e família) e o desenvolvimento de Organizações comunitárias (sessões onde comunidade docente e não docente e família cooperam entre si, como na formulação do PSI, sessões formativas sobre a diabetes ou sessões de apoio ao stress)<sup>10</sup>. O enfermeiro assumirá o papel privilegiado de aglutinar práticas multiprofissionais propícias a este processo de capacitação e de inclusão<sup>16,17</sup>. Contudo, não foram incluídas as fases do estabelecimento de Parcerias intra e inter-comunidades, nem de Ação social e política, sendo estas as últimas fases do *empowerment* comunitário e as que requerem uma mudança na estrutura da própria sociedade<sup>10</sup>. Foi nossa opção tornar o MPCE o mais simples e enquadrado na realidade dos enfermeiros portugueses a trabalhar na comunidade.

## CONCLUSÕES

O cuidado ao adolescente com DM1 em contexto escolar merece ser

mediado por uma equipa multidisciplinar. É necessária uma interação entre a família, profissionais de saúde e comunidade escolar para dar apoio ao adolescente durante o longo período do dia em que está fora de casa. Compreendendo as condições do adolescente com DM1 e as suas necessidades em saúde e académicas, é possível diligenciar um planeamento em saúde para contornar situações que possam inibir o potencial educacional do adolescente ou mesmo comprometer a sua saúde. O MPCE apresentado reflete a utilização de modelos orientadores da prática e representa a mais valia que resulta do estabelecimento e consolidação de alianças. Privilegia um conjunto de forças que têm de ser envolvidas e fortalecidas em que o acesso à educação e à informação são essenciais para alcançar a participação efetiva e o *empowerment* da comunidade escolar, família e adolescente, dada a sua capacidade de adquirir novos conhecimentos e desenvolver novas competências. Neste sentido, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária poderá ser um recurso determinante na referida equipa multidisciplinar. ▀





**MAURO MOTA**

RN, MSc. Abel Salazar Institute of Biomedical Sciences. University of Porto, Porto, Portugal, Hospital Nossa Senhora da Assunção, Local Health Unit of Guarda, Seia, Portugal, INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica. Portugal, Superior Health School of Viseu. Viseu, Portugal, UICISA: E/ESEnFC - Cluster at the Health School of Polytechnic Institute of Viseu. Viseu, Portugal.

✉ [maurolopesmota@gmail.com](mailto:maurolopesmota@gmail.com)

**MARGARIDA REIS SANTOS**

RN, PhD, Coordinating Professor. Nursing School of Porto, Porto, Portugal, CINTESIS – Center for Health Technology and Services Research, University of Porto. Porto, Portugal.

**MADALENA CUNHA**

RN, PhD, Adjunct Professor. Superior Health School of Viseu, Viseu, Portugal, UICISA: E/ ESEnFC - Cluster at the Health School of Polytechnic Institute of Viseu. Viseu, Portugal.

**FILIPE MELO**

RN, MSc. Hospital de Faro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Faro, Portugal. Enfermeiro, INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica. Portugal.

**HUGO NEVES**

RN, MSc, Adjunct Professor. ciTechCare – Center for Innovative Care and Health Technology, Polytechnic Institute of Leiria, ESSLei – School of Health Sciences, Polytechnic Institute of Leiria. Leiria, Portugal.

**TITO ABRANTES**

MD, MSc., Medical Pneumologist. Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar Tondela Viseu. Viseu, Portugal.

# CONSENSUS MUST BE FOUND ON INTRAVENOUS FLUID THERAPY MANAGEMENT IN TRAUMA PATIENTS

**Abstract**

**Introduction:** Trauma is an important cause of death among young people and 30-40% of this mortality rate is due to hypovolemic shock, intensified by trauma's lethal triad: Hypothermia, Acidosis, and Coagulopathy. Nurses are responsible for managing fluid therapy administration in trauma victims. The purpose of this study is to analyse the reasons why intravenous fluid therapy is recommended for trauma patients' hemodynamic stabilization.

**Methods:** This narrative literature review included published and unpublished studies in English, Spanish or Portuguese between 1994 and January 2019. The search results were analyzed by two independent reviewers. Inclusion criteria encompasses quantitative studies involving trauma victims aged over 18 who underwent fluid therapy in a prehospital assessment context.

**Results& Discussion:** 11 quantitative studies were included. 9 involved the use of fluid therapy for hypotension treatment and 2 of the studies analyzed involved the use of warmed fluid therapy for hypothermia treatment. The analysis performed reveals that the administration of aggressive fluid therapy seems to be responsible for the worsening of the lethal triad. In the presence of traumatic brain injury, permissive hypotension is not allowed due to the negative impact on cerebral perfusion pressure. Used as warming measure, warmed fluid therapy does not seem to have a significant impact on body temperature.

**Conclusions:** There is no consensus regarding the administration of fluid therapy to trauma patients. This conclusion clearly supports the need to develop more randomized controlled trials in order to understand the effectiveness of such measure when it comes to control hypovolemia and hypothermia.

**KEYWORDS:** "TRAUMA"; "FLUID THERAPY"; "HYPOTHERMIA"; "HYPOTENSION"

## INTRODUCTION

**T**rauma is responsible for high mortality and morbidity rates and is the leading cause of death among people under the age of 40<sup>1</sup>. This mortality and disability are a major concern among medical and paramedical teams and, as 30 to 40% of trauma deaths are caused by a potentially preventable hemorrhagic shock<sup>2</sup>, the need for rapid and effective intervention in the prehospital setting is essential.

Metabolic derangement resulting from trauma and decreased oxygen perfusion is responsible for physiological exhaustion which will lead the patient to a vicious cycle called the Lethal Triad: metabolic acidosis, hypothermia, and coagulopathy<sup>3</sup>.

Once the insufficiency of tissue oxygen supply is detected, anaerobic metabolism will take place<sup>1</sup>, ending up in metabolic acidosis<sup>4</sup>.

The reduction in oxygen supply that affects the tissues during shock will result in lactic metabolic acidosis, which in turn will lead to decreased coagulation factors and platelets activity which plays a major role in causing coagulopathy in trauma patients<sup>5</sup>.

Hypothermia, defined when body temperature is below 35 ° C, may be categorized as mild (when the temperature ranges from 32 to 35 ° C), moderate (from 28 to 32 ° C), and severe, when the temperature is below 28 ° C<sup>6</sup>. In trauma patients, hypothermia results essentially from blood loss, patient exposure, unheated fluids administration and loss of thermoregulation capacity<sup>4</sup>.

Hypothermia is responsible for the decrease in the interaction of von Willebrand factor with platelet glycoproteins causing platelet dysfunction, but also for inactivating the temperature-dependent

coagulation factors and inducing changes in the fibrinolytic system, thus causing endothelial abnormalities<sup>4</sup>. Prehospital interventions are important to promote hemodynamic stability, bleeding control and patient's rewarming<sup>7</sup>. That way, rewarming measures should be carried out in prehospital context and include the use of passive and active measures<sup>8</sup>.

Intravenous fluid therapy is a therapeutic option available in pre or in-hospital medical team protocols and that can be applied to these victims. It can be used for hypovolemic correction and as a warm-up measure for hypothermia prevention and treatment<sup>9,10</sup>. However, there has been little consensus among scientific community as to whether this kind of approach should be adopted, considering that it leads to higher blood pressures and, when implemented prior to surgical hemorrhage control, may cause the rupture of blood clots formed in the injured blood vessels that might, in turn, cause rebleeding<sup>11</sup>; it is also responsible for the development of hyperchloremic metabolic acidosis that will worsen the victims' health condition<sup>5</sup>; it is also considered an important cause of coagulopathy, due to hemodilution caused by the administration of saline or other crystalloids fluids<sup>4</sup>.

This review intends to summarize knowledge currently available about the importance of intravenous fluid therapy in a prehospital setting, particularly when hypovolemia and hypothermia correction in trauma victims are concerned.

## METHODS

To answer the research question "When is the administration of fluid therapy recommended to con-

trol hypotension and hypothermia in trauma victims?", a narrative review was performed in order to produce a comprehensive narrative synthesis of the previously published information on this research problem<sup>12</sup>. A narrative review was the methodological option chosen, since the purpose of this study was to provide insight into the available literature rather than provide guidance.

A preliminary search was carried out using Pubmed and CINAHL in order to understand the main keywords used to describe the problem. The review included studies published in English, Spanish or Portuguese that have been published between 1994, the year that witnessed the publication of the first and most important RCT on the impact of fluid therapy on hypotension control<sup>13</sup>, and January 2019.

Inclusion criteria included trauma victims aged over 18 submitted to fluid therapy in a context of prehospital assessment, emergency rooms and/or trauma centers. Sources of information included the following databases: CINAHL Plus, PubMed, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Scopus, PsycINFO, The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, Cochrane Database of Systematic Reviews, RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, OpenGrey – System for Information on Grey Literature in Europe. Initial MeSH terms and delimiters used were: ("trauma" AND "Prehospital Care") AND ("fluid therapy" OR "rewarming") AND ("hypotension" OR "hypothermia").

Published and unpublished quantitative studies were included in this search strategy. Analysis of the included literature was, during this initial phase, conducted by two in- >

dependent reviewers who analyzed a wide range of titles and abstracts for inclusion in the review. A third reviewer was also involved in the event of disagreement.

## RESULTS & DISCUSSION

After duplicates were removed, a total of 2775 citations were identified from searches of electronic databases and article references review. Based on the title and abstract, 2598 were excluded, with 177 full-text articles to be retrieved and assessed for eligibility. Of these, 166 were excluded for the following reasons: 130 did not directly study the main topic, 22 included children or adolescents, 9 studies were not in defined languages. We excluded 5 studies because we were unable to retrieve them.

A total of eleven quantitative studies were included, nine of them involved the use of fluid therapy for hypotension treatment and two of the studies analysed involved the use of warmed fluid therapy for hypothermia treatment.

### Prehospital Fluid Resuscitation Strategy

Use of fluid therapy in trauma patients is a widely used clinical option for prehospital correction/management of low blood pressure due to hypovolemia<sup>10,14,15</sup>. Vascular compliance allows for the maintenance of normal blood pressure for a lower blood volume<sup>16</sup>. As such, blood pressure and circulating volume are proportional and have equal meaning when other pressure determinants, such as compliance, remain constant<sup>17</sup>. Systolic blood pressure, due to vascular compliance, decreases only when in the presence of hemorrhagic loss over 30% of the blood volume, a situation that will entail a worse prognostic<sup>18</sup>.

According to the physiopathology described, many authors believe that volemic reposition after trauma improves tissue perfusion<sup>19</sup>. In

contrast, effects of this aggressive volemic reposition are acute respiratory distress syndrome, abdominal compartment syndrome, cerebral edema, and cardiac dysfunction<sup>20,21</sup>.

In a study that involved 593 adults with penetrating torso injuries and with systolic blood pressure of less than 90 mmHg, was proven that the group with delayed fluid resuscitation, who receive only 92ml of Ringer's acetate solution, presented shorter length of hospital stay and higher survival rates compared to the group with immediate fluid resuscitation, who received 870 ml of Ringer's acetate solution<sup>13</sup>. The same study showed that for hypotensive victims with penetrating torso injury, delay of aggressive fluid resuscitation improves the outcomes.

Another study involved 1399 trauma victims divided into two groups. One of those groups received fluids right where the accident had occurred and the other only when they got to the hospital. There were no significant differences for six-month mortality and no difference was found as far as complications were concerned<sup>22</sup>. A research that assessed hypotensive trauma patients presenting to an Emergency Department found out that prehospital fluid resuscitation may reverse shock. However, the infusion of more than one litre of volume was associated with an increased likelihood of receiving blood transfusion<sup>23</sup>.

Increased blood pressure can only be achieved when increase in cardiac output occurs first. As such, fluid reposition is not, on its own, sufficient<sup>24</sup>.

A study with 192 patients with hypotension after trauma, dividing them into two groups: one of them, the "Controlled Resuscitation group", received 250 ml (and additional 250ml as needed) to achieve a systolic blood pressure of 70mmHg, and the other group,

the "Standard Resuscitation group" received 2L (and additional fluid as needed) to maintain a systolic blood pressure of 110mmHg<sup>25</sup>. Among patients with blunt trauma, 24-hour mortality was 3% among the first group and 18% among the Standard Resuscitation group. A multicenter prospective study of blunt injured adults transported from the incident scene to the hospital with Injury Severity Score being greater than 15, showed that prehospital fluid resuscitation in severely injury blunt trauma patients, who received more than 500 mL, was associated with worse outcomes in patients without prehospital hypotension, namely an increase in the risk of mortality and acute coagulopathy. These results were not verified in prehospital hypotension patients. Instead, each 1 mm Hg increase in emergency department systolic blood pressures was associated with a 2% increase in survival in subjects who belonged to that prehospital hypotension group<sup>26</sup>. Aggressive fluid therapy may not present immediate complications. Studies conducted report, in Intensive Care and after adjustment of other risk factors, an increase in mortality rates of 10% for each litre of positive fluid balance<sup>27</sup>. Observational studies seeking to identify the impact of fluid reposition on trauma victims also showed that, a decrease in the aggressive fluid infusion will cause a decrease in hemodilution by the time of arrival in emergency department and to a decrease in coagulopathy and mortality<sup>14</sup>. These authors understand that permissive hypotension and restricted fluid reposition is the best approach for prehospital assistance. Fluid administration therapy in trauma victims is far from being consensual. However, results provided by quantitative studies, randomized controlled trials and observational studies support that



TABLE 1

## STUDY HIGHLIGHTS

## What is already known on this topic

Hypovolemia and hypothermia are common and potentially preventable complications in trauma patients  
Little or no consensus exist in the scientific community regarding the best approach for hypovolemic correction and hypothermia prevention and treatment

## What this study adds

Permissive hypotension appears to be the best approach for prehospital fluid administration protocols  
Protocols for hypothermia correction with two different purposes (heat loss reduction and temperature increase) need to be developed

this kind of therapy leads to less complications and mortality than aggressive fluid resuscitation and consider permissive hypotension as the most viable therapeutic option<sup>28</sup>.

The challenge imposed is to develop the most appropriate algorithmic strategy that will have to take into account the hemodynamic parameters for the implementation of resuscitation through permissive hypotension<sup>29</sup>.

The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma<sup>30</sup> leaves three major recommendations: a target systolic blood pressure of 80 to 90 mmHg until major bleeding has been stopped in the initial phase following trauma without cerebral injury. In patients with severe traumatic brain injury (GCS  $\leq$ 8), mean blood pressure  $\geq$ 80 mmHg is recommended<sup>1,28</sup>; also recommended is the use of a restricted volume replacement strategy and the administration of vasopressors in addition to fluids to maintain target blood pressure in patients with life threatening hypotension.

### Fluid therapy as a rewarming measure

Hypothermia can be caused by many diseases or conditions that

will decrease thermoregulatory responses or even by environmental exposure, but can also be caused by trauma, sepsis or by any other disease that can cause a decrease in the production of metabolic heat or may affect thermoregulation<sup>31</sup>.

Hypothermia is present in two-thirds of trauma victims with severe body injuries, so body temperature control should be a priority in early treatment<sup>8</sup>. Thus, early application of measures to reduce heat loss and warm hypothermic patients has been highly recommended in order to achieve and maintain normothermia<sup>32</sup>.

The administration of heated fluid therapy is one of the most common measures implemented in prehospital care to achieve hypothermia prevention<sup>9,10</sup>, however, other authors demonstrated that warmed crystalloid solution cannot reheat a hypothermic victim since one would need 14 liters of infused fluids at 60°C, the highest temperature possible for infusion, to achieve that purpose. This total volume is well above the tolerated limit because of the risk of developing abdominal compartmental syndrome and acute respiratory problems<sup>33</sup>.

Although many authors consider heated fluid administration as an active warming measure<sup>8</sup>, other

authors have demonstrated that heated fluid therapy does not provide active warming, instead, and assuming that fluid infusion in trauma victims is really necessary, heated fluid administration plays but a passive role in warming up the victims, which means that it only avoid further heat loss<sup>33</sup>. Other authors have also verified that heated fluid therapy administration did not have positive results in rising core temperature<sup>34</sup>. Administration of heated bolus at 38-42°C will, therefore, prevent further heat loss and will not help as an effective active warming measure<sup>35</sup>. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma<sup>30</sup> recommends the early application of measures to avoid heat loss and heating measures to maintain and promote normothermia that include the removal of wet clothing, covering the patient to avoid additional heat loss, increasing ambient temperature, forced air warming, warm fluid therapy, and, if necessary, extracorporeal re-warming devices. It is important to note, however, that in a cold prehospital environment, intravenous fluids cool rapidly which can worsen hypothermia<sup>35</sup>. Thus, it is important to reflect on the need to develop intervention protocols that would include heating measures with two different purposes: heat loss reduction and temperature increase, with protocols designed to achieve each of these objectives (**Table 1**).

### CONCLUSION

The administration of prehospital intravenous fluid therapy is a commonly used measure for trauma victims in order to promote hemodynamic stability that had been compromised by low blood pressure consequent to hypovolemic shock. On the other hand, the administration of heated boluses

is also an important therapeutic measure to correct hypothermia. These two premises are far from being consensual among scientific community and among medical and paramedical professionals who are part of the prehospital teams. Intravenous fluid therapy seems to offer no benefit for the hemodynamic stability of trauma victims and this measure is often associated with an increased risk of mortality.

The option that seems safer for the patient is the permissive hypotensive resuscitation with a target systolic blood pressure of 80 to 90 mmHg until bleeding stops. However, victims suffering from severe

traumatic brain injury should be excluded from this approach, since this fluid administration process should lead to mean blood pressure values  $\geq 80$  mmHg. Systematic reviews conducted show that permissive hypotensive resuscitation is feasible and safe as a fluid resuscitation strategy to control hemorrhagic shock in prehospital and hospital settings.

Regarding the correction of hypothermia in trauma patients, literature continues to present heated intravenous fluid therapy as an important measure to allow the victims' rewarming. However, observational studies and randomized clinical trials showed that it is not

effective at all. To achieve normal body temperature values, using exclusively heated fluid therapy, the total volume of fluids would compromise the patient's own survival and would cause acute respiratory distress syndrome, abdominal compartment syndrome, cerebral edema, cardiac dysfunction and others complications.

Further studies should be conducted with larger samples and a more appropriate randomization methodology. Accurate methodologies used to define limited volume strategy for correction of hypotension and the ideal temperature of this volume for the prevention of hypothermia are also necessary. ▀



## References

1. Corredor C, Arulkumaran N, Ball J, Grounds MR, Hamilton M, Rhodes A, et al. Otimização hemodinâmica em trauma grave: uma revisão sistemática e metanálise. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014;397-406.
2. Kauvar DS, Lefering R, Wade CE. Impact of hemorrhage on trauma outcome: an overview of epidemiology, clinical presentations, and therapeutic considerations. *J Trauma*. 2006;60(6Suppl):S3-11.
3. Howells M, Jones B. Acute traumatic coagulopathy: the lethal triad of trauma. *Journal of Paramedic Practice*. 2018;10(2), 510-6.
4. Edelmuth R, Buscariolli Y, Junior M, TCBC-SP. Cirurgia para controle de danos: estado atual. *Rev Col Bras Cir*. 2013;142-51.
5. Júnior B, Scarpelini S, Rizoli S. Coagulopatia no Trauma. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2007:509-17.
6. Association of Ambulance Chief Executives and Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee AACE. UK Ambulance Services clinical practice guidelines. Bridgwater, Somerset: 2016.
7. Haverkamp FJC, Giesbrecht GG, Tan E. The prehospital management of hypothermia - An up-to-date overview. *Injury*. 2018;49(2):149-64.
8. Perlman R, Callum J, Laflamme C, Tien H, Nascimento B, Beckett A, et al. A recommended early goal-directed management guideline for the prevention of hypothermia-related transfusion, morbidity, and mortality in severely injured trauma patients. *Critical care*. 2016;20(1):107.
9. American College of Surgeons ACS. American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support - Student Course Manual. Chicago: ATLS; 2012.
10. Instituto Nacional de Emergência Médica INEM. Instituto Nacional de Emergência Médica. Manual de Suporte Avançado de Vida. Portugal 2011.
11. Carreiro PRL. Hipotensão permissiva no trauma. *Rev Med Minas Gerais*. 2014:515-9.
12. Green BN, Johnson CD, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of chiropractic medicine*. 2006;5(3):101-17.
13. Bickell WH, Wall MJ, Jr., Pepe PE, Martin RR, Ginger VF, Allen MK, et al. Immediate versus delayed fluid resuscitation for hypotensive patients with penetrating torso injuries. *N Engl J Med*. 1994;331(17):1105-9.
14. Driessen A, Frohlich M, Schafer N, Mutschler M, Defosse JM, Brockamp T, et al. Prehospital volume resuscitation--Did evidence defeat the crystalloid dogma? An analysis of the TraumaRegister DGU(R) 2002-2012. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2016;24:42.
15. Pereira P, Melo M. Abordagem Geral do Politraumatizado. Manual de Urgências e Emergências. 2 ed. Lisboa: Lidel; 2012.
16. Pocock G, Richards DA, Richards CD. Human Physiology. 5 ed. Oxford University: Press Idioma; 2017.
17. Guyton A, Hall J. Heart muscle; the heart as a pump and function of the heart valves. 11 ed. Philadelphia: Textbook of medical physiology; 2006.
18. Parks JK, Elliott AC, Gentilello LM, Shafi S. Systemic hypotension is a late marker of shock after trauma: a validation study of Advanced Trauma Life Support principles in a large national sample. *Am J Surg*. 2006;192(6):727-31.
19. Sakabe D, Chade MC, Mestieri LH, Rodrigues JM. Fluid restitution in politrauma patients. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2004;6:21-8.
20. Cotton BA, Guy JS, Morris JA, Jr., Abumrad NN. The cellular, metabolic, and systemic consequences of aggressive fluid resuscitation strategies. *Shock*. 2006;26(2):115-21.
21. Balogh Z, McKinley BA, Cocanour CS, Kozar RA, Valdivia A, Sailors RM, et al. Supranormal trauma resuscitation causes more cases of abdominal compartment syndrome. *Arch Surg*. 2003;138(6):637-42; discussion 42-3.
22. Turner J, Nicholl J, Webber L, Cox H, Dixon S, Yates D. A randomised controlled trial of prehospital intravenous fluid replacement therapy in serious trauma. *Health Technol Assess*. 2000;4(31):1-57.
23. Geeraedts LM, Pothof LA, Caldwell E, de Lange-de Klerk ES, D'Amours SK. Prehospital fluid resuscitation in hypotensive trauma patients: do we need a tailored approach? *Injury*. 2015;46(1):4-9.
24. Michard F. Volume management using dynamic parameters: the good, the bad, and the ugly. *Chest*. 2005;128(4):1902-3.
25. Schreiber MA, Meier EN, Tisherman SA, Kerby JD, Newgard CD, Brasel K, et al. A controlled resuscitation strategy is feasible and safe in hypotensive trauma patients: results of a prospective randomized pilot trial. *J Trauma Acute Care Surg*. 2015;78(4):687-95; discussion 95-7.
26. Brown JB, Cohen MJ, Minei JP, Maier RV, West MA, Billiar TR, et al. Goal-directed resuscitation in the prehospital setting: a propensity-adjusted analysis. *J Trauma Acute Care Surg*. 2013;74(5):1207-12; discussion 12-4.
27. Boyd JH, Forbes J, Nakada TA, Walley KR, Russell JA. Fluid resuscitation in septic shock: a positive fluid balance and elevated central venous pressure are associated with increased mortality. *Crit Care Med*. 2011;39(2):259-65.
28. Carrick MM, Leonard J, Slone DS, Mains CW, Bar-Or D. Hypotensive Resuscitation among Trauma Patients. *Biomed Res Int*. 2016;2016:8901938.
29. Gourgioitis S, Gemenetis G, Kocher HM, Aloizos S, Salemis NS, Grammenos S. Permissive hypotension in bleeding trauma patients: helpful or not and when? *Crit Care Nurse*. 2013;33(6):18-24.
30. Spahn DR, Bouillon B, Cerny V, Duranteau J, Filipescu D, Hunt BJ, et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fifth edition. *Critical care*. 2019;23(1):98.
31. Zafren K. Out-of-Hospital Evaluation and Treatment of Accidental Hypothermia. *Emerg Med Clin North Am*. 2017;35(2):261-79.
32. Spahn DR, Cerny V, Coats TJ, Duranteau J, Fernandez-Mondejar E, Gordini G, et al. Management of bleeding following major trauma: a European guideline. *Critical care*. 2007;11(1):R17.
33. Gill BS, Cox CS. Thermodynamic and logistic considerations for treatment of hypothermia. *Mil Med*. 2008;173(8):743-8.
34. Owen R, Castle N. Prehospital temperature control. *Emerg Med J*. 2008;25(6):375-6.
35. Brown DJ, Brugger H, Boyd J, Paal P. Accidental hypothermia. *N Engl J Med*. 2012;367(20):1930-8.



# MDevNet

NATIONAL NETWORK FOR KNOWLEDGE  
TRANSFER ON MEDICAL DEVICES

## THE PROJECT

The project **MDevNet: National Network for Knowledge Transfer on Medical Devices**, promoted by Fraunhofer Portugal AICOS, aims to increase the value of the knowledge on technology based medical devices produced by the entities of the Portuguese scientific and innovation system **through effective processes of technology transfer to the industry.**

## MDEVNET PROJECT INITIATIVES

Activities that promote effective technology transfer processes to the industry such as:

- Initiatives of interaction and knowledge transfer through the MDevNet Network;  
**6 workshops, 3 work meetings**
- Technological development for **incremental improvements** and increase of the value of scientific research results on technology-based medical devices;
- Testing, experimentation and **demonstrative activities in real environment** of the improved research results;  
[the previous 2 points] With the collaboration of ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto, CICECO – Instituto de Materiais de Aveiro, and i3S – Instituto de Investigação e Inovação em Saúde.
- Activities of dissemination and diffusion of the R&D knowledge and technologies as well as the technology transfer results supported by this project.  
**4 seminars**

## THE NETWORK

The MDevNet network is composed of entities that participate in the process of research, development, certification or commercialization of technology based medical devices, which include R&D organizations, Startups, SMEs and large companies and Healthcare Providers.



# CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS ANTES E APÓS UM PROGRAMA EDUCATIVO, SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS NA POPULAÇÃO IDOSA EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

Knowledge of nurses before and after an educational program on prevention of falls in elderly population in a community context

## FÁTIMA ARAÚJO

**Professora Adjunta,**

Doutoramento em Psicologia.  
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

✉ [araujo@esenf.pt](mailto:araujo@esenf.pt)

## NILZA NOGUEIRA

**Professora Adjunta,** Doutor.

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde - FMUP. Porto Portugal.

## CÂNDIDA MACIEL

**Enfermeira Chefe.** Vogal do Conselho Clínico e de Saúde. Direção de Enfermagem do ACES Grande Porto VI - Porto Oriental. Porto, Portugal.

## ANA PAULA FERNANDES

**Enfermeira Chefe.** Direção de Enfermagem do ACES Grande Porto VI - Porto Oriental. Porto, Portugal.

## Abstract

**Introduction:** In good organizational practice, health professionals should be provided with training programs for fall prevention.

**Aims:** To evaluate the impact of an educational program for nurses on the prevention of falls in the elderly population in a community context.

**Method:** This study supports the intervention phase of an Action-Research investigation. Was implemented a training program, with two steps: sensitization (S) and formation (F) held in a group of North Health Centers of Portugal. In the S step, 154 professionals from different areas participated. In the F step, 67 nurses participated. The S step occurred between February and March of 2017. The satisfaction of the training was assessed. The F step enrolled five sessions, performed between May and June 2017. The target group of this stage were only nurses. In addition to the assessment of training satisfaction, a questionnaire was used (pre-test).

We used descriptive analysis and comparison of means using the IBM SPSS 25.0 software. The Ethics Committee for North Health centers (nº 97/2014) approved the study.

**Results:** In the S step, were represented all the professional areas, but the physicians (43.8%) were more representative. In F step, the sample of nurses is mostly female (80.6%), with an age between 32-60 years. The professional activity years of nurses vary between 8 and 36 years. In the overall assessment of training satisfaction, it was verified that the training dimension (mean 3.71 and mean 3.67), respectively in sessions 3 and 5, was the most valued.

**Conclusion:** The program revealed improvement in nurses' knowledge.

**KEYWORDS:** EDUCATIONAL PROGRAM, KNOWLEDGE, COMMUNITY FALL PREVENTION, NURSING TEAM.

## INTRODUÇÃO

Com o crescente aumento da população idosa a problemática das quedas assumiu uma relevância clínica sem precedentes. O incremento na taxa de mortalidade, o medo de cair, a crescente carga de incapacidade e custos acrescidos nos serviços de saúde, são apenas alguns dos motivos que retratam este evento como um grave problema de saúde pública<sup>1,2,3,4,5</sup>.

A magnitude e gravidade do problema têm gerado interesse na comunidade científica, traduzido no crescente corpo de evidências sobre intervenções eficazes na prevenção de quedas e lesões associadas<sup>6,7,8</sup>.

No entanto, quando a prática baseada na evidência (*Evidence-based practice*-PBE) se configura numa ferramenta imprescindível para a tomada de decisão clínica, continua-se a assistir a um grande desajuste entre o "modelo em uso" e as evidências produzidas sobre a prevenção de quedas na população idosa. De facto, a transferibilidade deste conhecimento científico para a prática clínica mantém-se desproporcional às recomendações produzidas<sup>2,3,9,10,11</sup>.

A identificação de barreiras à transposição do conhecimento adquirido para o contexto clínico tem sido alvo de investigação e os resultados remetem essencialmente para fatores de natureza organizacional e individual<sup>11,12,13</sup>. Numa revisão que visou identificar as barreiras e os fatores facilitadores percebidos pelos enfermeiros, para a implementação das melhores práticas, o investigador corrobora o mesmo tipo de constrangimentos (falta de tempo, instalações e recursos inadequados para implementar novas ideias, autoridade insuficiente para implementar mudanças e falta de apoio administrativo) e identifica como fatores facilitadores a melhoria do conhecimento científico dos enfermeiros e o apoio dos gestores da unidade de cuidados<sup>10</sup>.

Numa boa prática organizacional, visando a melhoria contínua da qualidade de cuidados, programas formativos sobre prevenção de quedas e lesões associadas devem ser proporcionados regularmente aos profissionais das equipas de saúde, para reforçar a consciencialização das equipas e a incorporação de novo conhecimento e novas práticas<sup>14</sup>.

Estes programas formativos aperfeiçoam as competências dos profissionais para a implementação de intervenções dirigidas à prevenção destes eventos na população idosa<sup>2,3,11,14</sup>.

A formação do staff é um ponto determinante na prevenção de quedas, mas é importante que as organizações de saúde não descorem que para a implementação bem sucedida de um programa de prevenção de quedas, as intervenções devem ser reconhecidas e aceites por todas as partes interessadas (profissionais e grupos alvo)<sup>2, 11,14,15</sup> e que as barreiras organizacionais e de gestão sejam mitigadas, porque representam importantes fatores dificultadores da mudança de comportamentos nas organizações de saúde<sup>14</sup>.

A presente investigação, suporta a fase de intervenção de uma pesquisa de Investigação-Ação (I-A) a qual integrou três fases: "Exploratória", "Intervenção" e "Avaliação". Focada num problema da prática clínica – avaliação do risco de queda dos idosos em contexto comunitário, procurou-se a mudança das práticas em uso, com os atores dos contextos.

A fase "Exploratória" – correspondeu a um diagnóstico de situação, com abordagem quantitativa e qualitativa, tendo como objeto de estudo a documentação produzida (Sclínico – sistema de informação comum a todos profissionais de saúde) pelos profissionais de enfermagem, de 400 utentes com 75 ou mais anos, no ano de 2014. Analisou-se ainda, a opinião dos enfermeiros sobre dificuldades / barreiras à avaliação/diagnóstico e

intervenção no foco queda e risco de queda. Como resultados desta fase, identificou-se a ausência da avaliação do risco de queda, o sub-registo das quedas, o sub-registo da caracterização do evento queda, o sub-registo de fatores de risco ambientais e sociais. Verificou-se ainda que, os idosos apresentam uma elevada coexistência de fatores de risco de queda. Um terço dos utentes integra o grupo de idosos, onde a investigação evidencia uma maior prevalência de quedas e onde estes eventos se associam a consequências mais severas para o próprio, para a família e para os cuidados de saúde (≥85anos), no entanto, verifica-se pouca sensibilidade e consciencialização dos profissionais para esta problemática, que se afigura como um grave problema de saúde pública no contexto socio epidemiológico atual.

## OBJETIVO

Baseado no exposto, a fase de "Intervenção" iniciou-se com o objetivo de avaliar o impacto de um programa educativo para enfermeiros, sobre prevenção de quedas na população idosa em contexto comunitário.

## MÉTODOS

A presente investigação, foi desenvolvida em conjunto com investigadores da prática clínica, sustentada na identificação de necessidades de melhoria da oferta de cuidados aos idosos, assim como no investimento na formação em enfermagem. Esta fase integrou um programa formativo, com duas etapas: etapa de sensibilização (ES) e etapa de formação (EF). A ES teve como objetivo a exposição de evidência científica sobre a avaliação do risco de queda na comunidade e reflexão sobre os resultados da fase "Exploratória". A EF teve como objetivo geral: promover a integração da evidência

para a tomada de decisão na prática clínica, sobre prevenção de quedas nos idosos em contexto comunitário.

#### *Contexto e participantes*

Realizado num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte), que serve uma população de 117 849 utentes. A investigação teve como participantes os profissionais das unidades de saúde familiar (USF), unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), unidades de saúde pública (USP) e unidades de cuidados na comunidade (UCC), perfazendo um total de 11 unidades funcionais.

Na ES, os profissionais das diversas áreas da saúde foram convidados a assistir à sessão - "*Sensibilização para a prevenção de quedas dos idosos na comunidade*", pois sendo a queda um evento multifatorial, as intervenções devem ser multifacetadas, dirigidas aos fatores de risco e implementadas por vários profissionais. Estiveram presentes 154 profissionais (enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e administrativos). Na EF, participaram 67 dos 85 enfermeiros.

#### *Instrumentos e procedimentos*

A divulgação do programa formativo e o seu agendamento foi agilizado pelos investigadores do contexto clínico.

A ES ocorreu entre 22 de fevereiro e 29 de março de 2017, com uma duração de 1,5h cada sessão. A satisfação com a formação, foi avaliada com recurso ao instrumento em uso na organização, o qual é constituído por 5 domínios: i) A *estrutura e conteúdo* da ação de formação, que inclui 6 itens (interesse dos temas, utilidade das matérias, desenvolvimento das matérias, adequação das matérias aos objetivos definidos, duração da ação e equilíbrio teoria / prática), ii) os *recursos materiais e pedagógicos*, que inclui 3 itens (condições de trabalho / instalações, documentação distribuída, materiais e equipamentos utilizados), iii) a *organização* que inclui 4 itens (cumprimento de horá-

rios formador, cumprimento de horários participantes, apoio logístico, apoio prestado pelo responsável da formação), iv) o *formador* que inclui 6 itens (capacidade de comunicação e transmissão de conhecimentos, motivação suscitada, domínio dos assuntos, adequação dos métodos pedagógicos, relacionamento formador / participantes e dinâmica gerada no grupo), e v) *apreciação global* da formação com 2 itens (satisfação das expectativas individuais e utilidade de prática dos temas). Cada item tem 4 opções de resposta numa *Escala de Likert* (4 = Muito Bom, 3 = Bom, 2 = Satisfatório, 1 = Pouco Satisfatório). A EF integrou cinco sessões, com a duração de 4 horas/sessão, realizadas entre maio e junho de 2017. O grupo alvo foram os enfermeiros das UF. Os conteúdos selecionados para as sessões de formação, visaram os seguintes temas: Conceito de queda, dados epidemiológicos, consequências, fatores de risco, avaliação do risco de queda e instrumentos, intervenções eficazes e algoritmo de atuação, tendo por base uma revisão da literatura efetuada pelos investigadores.

Para além da avaliação da satisfação da formação com o instrumento acima mencionado, utilizou-se também um pré-pós teste, com o objetivo de

avaliar o conhecimento geral dos enfermeiros sobre prevenção de quedas nos idosos em contexto comunitário. O instrumento contemplou duas partes, uma de caracterização sociodemográfica (idade, sexo, anos de atividade profissional e anos de atividade no ACES). A segunda parte, contemplou 20 itens verdadeiros-falsos/ escolha múltipla. Todos os conteúdos avaliados, foram abordados durante as sessões de formação, tendo sido administrado no início e no final de cada sessão formativa.

#### *Análise dos dados*

A análise estatística foi realizada utilizando o *software Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS 25.0). A amostra foi descrita por frequências de tendência central (média/mediana) e dispersão (desvio padrão). Análise paramétrica, foi utilizada para realizar a comparação entre os grupos (teste *t* para amostras emparelhadas). Foram avaliadas correlações entre variáveis independentes e a variável dependente. Assumiu-se significância estatística com  $p < 0,05$  e intervalos de confiança com 95%.

Os princípios éticos foram garantidos, pela aprovação da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional da Saúde do Norte (nº97/2014).

TABELA 1

### CARATERIZAÇÃO DOS FORMANDOS, POR GRUPO PROFISSIONAL

Sessão - Sensibilização para a prevenção de quedas dos idosos na comunidade		
FORMANDOS	N	%
Enfermeiros	61	39,21%
Médicos	67	43,79%
Assistentes técnicos	19	12,41%
Assistentes sociais	2	1,30%
Nutricionistas	2	1,30%
Fisioterapeuta	1	0,65%
Terapeuta ocupacional	1	0,65%
Psicólogo	1	0,65%
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>

TABELA 2

## SATISFAÇÃO DOS FORMANDOS NO PROGRAMA FORMATIVO

	SESSÕES/ FORMANDOS (N)	ESTRUTURA/ CONTEÚDO DA AÇÃO (X)	FORMADOR (X)	RECURSOS MATERIAIS PEDAGÓGICOS (X)	ORGANIZAÇÃO (X)	APRECIÇÃO GLOBAL (X)
Etapa de Sensibilização	Sessão 1 (n=14)	3,14	3,19	3,29	3,34	3,25
	Sessão 2 (n=16)	3,18	3,32	3,17	3,53	3,13
	Sessão 3 (n=9)	3,21	3,09	2,93	3,19	2,89
	Sessão 4 (n=15)	3,53	3,73	2,84	3,71	3,50
	Sessão 5 (n=19)	3,04	3,35	2,70	3,34	3,05
	Sessão 6 (n=5)	3,30	3,57	3,33	3,80	3,50
	Sessão 7 (n=18)	2,90	2,91	2,68	3,09	2,94
	Sessão 8 (n=19)	3,05	3,39	3,09	3,39	3,47
	Sessão 9 (n=15)	3,21	3,35	2,82	3,40	3,30
	Sessão 10 (n=14)	3,50	3,68	3,15	3,44	3,36
	Sessão 11 (n=10)	3,72	3,77	3,07	3,23	3,65
Etapa Formativa	Sessão 1 (n=12)	3,60	3,58	3,03	3,50	3,79
	Sessão 2 (n=13)	3,47	3,58	2,89	3,33	3,42
	Sessão 3 (n=14)	3,48	3,71	3,20	3,29	3,46
	Sessão 4 (n=11)	3,45	3,42	3,03	3,55	3,50
	Sessão 5 (n=17)	3,65	3,67	3,10	3,62	3,58

## RESULTADOS

Na ES estiveram representadas todas as áreas profissionais, embora com maior representatividade dos médicos (43,8%) e enfermeiros (39,2%), como demonstra a **Tabela 1**.

Conforme expresso na **tabela 2**, na Etapa de Sensibilização, a avaliação da satisfação da formação, tendo por base o score médio de cada um dos 5 domínios do instrumento utilizado (*estrutura/conteúdos, formador, recursos materiais/pedagógicos, organização e apreciação global*), observou-se que o valor mais baixo foi obtido no domínio *recursos materiais e pedagógicos* ( $\bar{x}\bar{x}=3,01$ ) e o score máximo no domínio relativo ao *formador* ( $\bar{x}\bar{x}=3,40$ ).

Na generalidade dos domínios, o valor mais baixo, foi também obtido nos *recursos materiais/pedagógicos* ( $\bar{x}\bar{x}=2,68$ ) e o mais elevado foi alcançado na *organização* ( $\bar{x}\bar{x}=3,80$ ). Na EF a amostra é na sua maioria fe-

minina (80,6%), com uma idade entre 32-60 anos (média  $41,6 \pm DP 7,62$ ). O tempo de atividade profissional dos enfermeiros varia entre 8 e 36 anos (média  $17,5 \pm DP 7,44$ ), embora a atividade no ACES apresente um máximo de 25 anos (média  $10,4 \pm DP 5,90$ ). Tendo por base o mesmo instrumento de avaliação da satisfação da formação utilizado na etapa anterior, os scores médios obtidos para cada domínio foram: *formador* ( $\bar{x}\bar{x}=3,59$ ), *apreciação global* ( $\bar{x}\bar{x}=3,55$ ), *estrutura/conteúdos* ( $\bar{x}\bar{x}=3,53$ ), *organização* ( $\bar{x}\bar{x}=3,46$ ) e *recursos materiais/pedagógicos* ( $\bar{x}\bar{x}=3,05$ ). No domínio *apreciação global*, avaliado através de dois itens (satisfação das expectativas individuais e utilidade prática dos temas), conforme observado na tabela 2, os resultados traduzem uma opinião muito favorável dos participantes (variável entre  $\bar{x}\bar{x}=3,42$  e  $\bar{x}\bar{x}=3,79$ ).

Na globalidade dos domínios, a apreciação menos favorável remete para

o item *recursos materiais/pedagógicos* ( $\bar{x}\bar{x}=2,89$ ) e a melhor opinião foi dirigida para o domínio *apreciação global* ( $\bar{x}\bar{x}=3,79$ ).

O teste t para amostras emparelhadas revelou uma diferença significativa entre os dois momentos de avaliação formativa ( $t(66) = 13,613$ ,  $p < 0,0001$ ), a qual traduz uma melhoria significativa nos conhecimentos dos enfermeiros, após a intervenção, comparativamente ao momento pré intervenção ( $\bar{x}\bar{x}=16,55$  vs  $\bar{x}\bar{x}=13,16$ , respetivamente).

Na avaliação pré intervenção, os resultados mostram que os enfermeiros mais jovens e os que têm menos tempo de atividade profissional demonstram um conhecimento significativamente melhor ( $r = -0,298$ ,  $p = 0,014$ ,  $r = -0,284$ ,  $p = 0,020$ , respetivamente).

No segundo momento estas correlações não assumem significado estatístico, ainda que os participantes mais jovens e com menos tempo de



atividade continuem a apresentar melhores scores no teste.

## DISCUSSÃO

Baseados nos resultados desta investigação, os enfermeiros beneficiaram da EF, demonstrado pela melhoria significativa ao nível dos conhecimentos, traduzido pelo aumento em 3 pontos na média das pontuações, pré e pós intervenção. Importa também realçar que na avaliação pré intervenção foram os enfermeiros mais jovens e os que têm menos tempo de atividade profissional, que demonstraram um conhecimento significativamente melhor. Este resultado pode ser justificado pela diferença dos planos curriculares dos respetivos Cursos de Enfermagem, bem como pelas estratégias pedagógicas incorporadas no ensino de Enfermagem, nomeadamente as resultantes da sua integração no subsistema Politécnico do Sistema Educativo Nacional<sup>16</sup> (Decreto-lei nº 480/88 de 23 de dezembro), bem como pela implementação do processo de Bolonha. O diferencial de tempo na atividade profissional dos participantes indicia planos curriculares desde o início dos anos 80 até ao final da primeira década do século XXI, e neste período de tempo muitas melhorias ocorreram na investigação e no acesso à melhor evidência. Baseados na realidade nacional no que diz respeito aos cuidados de saúde primários e especificamente à prevenção de quedas na população idosa, verifica-se um desajuste entre a prática clínica e as evidências produzidas sobre a temática prevenção de quedas na população idosa. Na realidade, continua patente a utilização de ferramentas de avaliação do risco de queda desadaptadas ao contexto comunitário (como é o caso da escala de avaliação do risco de quedas de Morse), a mensuração da queda é praticamente nula, assim como os rastreios de avaliação de queda. É de realçar ainda que, a problemática das quedas/prevenção das

quedas assume contornos diferentes no contexto comunitário e hospitalar, nomeadamente no que concerne aos fatores de risco e às circunstâncias em que os eventos de queda ocorrem. Estes dados levam-nos a questionar: porque continuamos a utilizar, replicar ferramentas, intervenções e estratégias desadequadas? Porque não se rastreiam os idosos em risco de queda?

Com base num estudo anterior dos autores desta investigação, desenvolvido em contexto comunitário Ibérico, os resultados apontam que a falta de recursos humanos, inexistência de protocolos de atuação e a falta de sensibilização para a temática, foram reportados pelos enfermeiros como fatores dificultadores à avaliação/prevenção do risco de queda<sup>17</sup>.

Assim, para colmatar estas inquietudes, desenvolvemos a investigação atual, onde procuramos avaliar o impacto de um programa educativo para enfermeiros, indo de encontro ao que a literatura nas últimas décadas, tem promovido sobre programas de prevenção de quedas, realçando os contributos dos programas formativos na melhoria das competências dos profissionais<sup>2</sup>. Circunstância corroborada pelos nossos resultados, onde se verifica que o programa educativo teve um impacto positivo, no conhecimento dos enfermeiros.

No entanto, sabemos que os programas educativos baseados na evidência, por si só, não são suficientes, para melhorar a oferta de cuidados aos idosos, assim como a formação em enfermagem. Bons programas de prevenção de quedas, necessitam também de apoio da gestão, recursos e equipamentos<sup>10,12,18</sup>. E na verdade, este foi um aspeto positivo do nosso programa educativo, a cumplicidade da gestão de enfermagem, no planeamento e intervenção foram facilitadores. A gestão do número de participantes por sessão educativa, a utilização das horas de reuniões de serviço e a divulgação do processo formativo, mostraram-se como

estimulantes do processo. De igual forma, e no que diz respeito à dinamização das sessões, a utilização de uma metodologia de ensino coletiva por pares, com método expositivo/participativo, favorecedor do processo reflexivo na tomada de decisão foi também simplificador. O elevado número de enfermeiros que participaram na formação e a extensão a todas as unidades prestadoras de cuidados diretos aos clientes idosos (equipa de saúde familiar e equipa de cuidados continuados integrados) e indiretos (unidade de saúde pública), mostram-se como favoráveis para a implementação de potenciais mudanças.

Apesar da fase "Intervenção" ter tido foco central no programa educativo para os profissionais de enfermagem, foram tomadas outras medidas de caráter organizacional e de gestão dos cuidados, nomeadamente, sugestões de melhoria para o aplicativo informático, desenvolvimento de uma equipa de prevenção de quedas no ACES, sugestão da adequação dos espaços físicos, para a correta aplicação de testes de rastreio e ainda a seleção de uma das onze unidades funcionais, como uma unidade piloto para monitorização do processo de mudança.

A fase de "Avaliação" (a decorrer) irá avaliar as mudanças ocorridas na documentação de enfermagem, no que diz respeito à avaliação do risco e prevenção da queda nos idosos. Relativamente à avaliação da satisfação da formação, tendo por base o instrumento usado na organização, os resultados evidenciam uma apreciação favorável em todos os domínios, com maior relevância para os domínios do *formador*, *organização* e *apreciação global* (bom / muito bom). O programa educativo de curta duração, respondeu às necessidades identificadas pelos atores do contexto clínico (fase *Exploratória*), contribuindo para uma melhoria significativa no conhecimento dos enfermeiros no que concerne à avaliação do risco de queda e consequentes

intervenções visando a prevenção. Como limitações do estudo, refere-se a ausência de um follow-up pós formação.

## CONCLUSÕES

O Programa Educativo de curta duração melhorou significativamente

os conhecimentos dos enfermeiros no que concerne a esta problemática da praxis (prevenção de quedas na população idosa) e os participantes avaliaram-no muito favoravelmente, nomeadamente no domínio *apreciação global* que teve score variável entre 3,42 – 3,79. Estes resultados sugerem que este

Programa Educativo apresenta potencial de transferibilidade para o contexto clínico- no âmbito da formação contínua das equipas de saúde em CSP. Para futuras investigações, apontamos o desenvolvimento de estudos em outros ACES da região, integrando uma avaliação de follow-up. ▴



## Referências

- Jackson KM. Improving nursing home falls management program by enhancing standard of care with collaborative care multi-interventional protocol focused on fall prevention. *J Nurs Educ Pract*. 2016, 6(6): 84-96. doi 10.5430/jnep.v6n6p84.
- Casey CM, Parker EM, Winkler G, Liu X, Lambert GH, Eckstrom E. Lessons Learned From Implementing CDC's STEADI Falls Prevention Algorithm in Primary Care. *Gerontologist*. 2017, 57(4): 787-796. doi:10.1093/geront/gnw074
- Tiedemann A, Sturmeier DL, Hill A-M, Lovitt L, Clemson L, Lord R, Harvey L, Sherrington C. Does a fall prevention educational programme improve knowledge and change exercise prescribing behaviour in health and exercise professionals? A study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2014, 4, e007032. doi:10.1136/bmjopen-2014-007032
- Jefferis BJ, Iliffe S, Kendrick D, Kerse N, Trost S, Lennon LT, Ash S, Sartini C, Morris RW, Wannamethee GH, Whincup P. How are falls and fear of falling associated with objectively measured physical activity in a cohort of community-dwelling older men? *BMC Geriatr* [Internet]. 2014,14 (114). doi:10.1186/1471-2318-14-114. Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2318-14-114>
- Heinrich S, Rapp K, Rissmann U, Becker C, König H-H. Cost of falls in old age: a systematic review. *Osteoporos Int*. 2010, 21:891-902. DOI 10.1007/s00198-009-1100-1.
- Stevens JA, Burns ER. A CDC compendium of effective fall interventions: what works for community-dwelling older adults (3rd ed.). Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, 2015. 205p.
- American Geriatrics Society & British Geriatrics Society: Panel on prevention of falls in older persons. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons. *J Am Geriatr Soc*. 2011, 59(1):148-57. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x>.
- Guirguis-Blake JM, Michael YL, Perdue LA, Coppola EL, Beil TL. Interventions to prevent falls in older adults updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2018, 319(16):1705-16. doi:10.1001/jama.2017.21962.
- Breimaier HE, Halfens RJ, Lohrmann C. Effectiveness of multifaceted and tailored strategies to implement a fall-prevention guideline into acute care nursing practice: a before-and-after, mixed-method study using a participatory action research approach. *BMC Nurs*. [Internet]. 2015 Mar, 14 :18. doi: 10.1186/s12912-015-0064-z. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-015-0064-z>.
- Al Ghabeeh SH. Barriers and suggested facilitators to implementation of best practices: na integrative review. *Open J Nurs*. [Internet]. 2015, 5: 77-87. doi.org/10.4236/ojn.2015.51009. Disponível em: [https://file.scirp.org/pdf/OJN\\_2015012916492921.pdf](https://file.scirp.org/pdf/OJN_2015012916492921.pdf)
- Smith ML, Stevens JA, Ehrenreich H, Wilson AD, Schuster RJ, Cherry CO, Ory MG. Healthcare providers' perceptions and self-reported fall prevention practices: findings from a large New York health system. *Front Public Health* [Internet]. 2015 April, 3(17). doi: 10.3389/fpubh.2015.00017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4410324/>
- Tan M, Sahin ZA, Özdemir FK. Barriers of research utilization from the perspective of nurses in Eastern Turkey. *Nurs Outlook*. 2012. 60(1), 44-50. doi:10.1016/j.outlook.2011.07.002.
- Majid S, Foo S, Luyt B, Zhang X, Theng Y-L, Chang Y-K, Intan A, Mokhtar IA. Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. *J Med Libr Assoc*. 2011, 99(3). DOI: 10.3163/1536-5050.99.3.010
- El Enein NY, El Ghany SA, Zaghloul AA. Knowledge and performance among nurses before and after a training programme on patient falls. *Open J Nurs*. 2012, 2:358-364. doi.org/10.4236/ojn.2012.24053.
- Dykes PC, Carroll DL, Hurley AC, Benoit A, Middleton B. Why do patients in acute care hospitals fall? Can falls be prevented? *J Nurs Adm*. 2009, 39(6): 299-304. doi:10.1097/NNA.0b013e3181a7788a.
- Portugal. Decreto-Lei n.º 480/88, de 23 de dezembro de 1988. Estabelece a integração do ensino superior de enfermagem no ensino superior politécnico. Direção-Geral do Ensino Superior (DGES). <https://dre.pt/application/conteudo/361157>
- Araújo MF, Caldeilla NN, Maciel C, Malheiro F, Rodríguez-Borrego MA, López-Soto. PJ. Registro das circunstâncias das quedas no âmbito comunitário: perspectiva na Península Ibérica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018,26:e2977. DOI: 10.1590/1518-8345.2373.2977. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/148245/141835>.
- Uysal A, Temel AB, Ardahan M, Ozkahraman S. Barriers to research utilisation among nurses in Turkey. *J Clin Nurs*. 2010, 19:3443-52. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03318.x.



**NILZA NOGUEIRA**

**Professora Adjunta;** Doutor.  
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Center for Health Technology and Services Research. Porto, Portugal.

✉ [nilza@esenf.pt](mailto:nilza@esenf.pt)

**FÁTIMA ARAÚJO**

**Professora Adjunta,** Doutor.  
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

**PAULO MARQUES**

**Professor Adjunto,** Doutor. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

**SANDRA CRUZ**

**Professora Adjunta,** Doutor.  
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

**JÚLIA MARTINHO**

**Professora Adjunta,** Doutor.  
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal.

**MARIA MANUELA MARTINS**

**Professora Coordenadora,** Doutora em Ciências de Enfermagem. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

# FACTORES DE RIESGO DE CAÍDA EN LA COMUNIDAD: BASADO EN AUTO-REPORTE DE PERSONAS MAYORES

Risk factors for falls in the community: based on self-report of elderly persons

**Abstract**

**Introduction:** Several studies have shown independent risk factors for falling among community older people. However, there is few researches showing the importance of older person's perception of their own fall risk.

**Aims:** The study purpose was to identify independent risk factors for falls and to explore predictive factors related to the occurrence of falls in community-dwelling older people. Method: A cross-sectional study was conducted from January to April 2015. All data were based on self-report of older persons. An study-specific questionnaire was used. Univariate and logistic regression analyses were used.

**Results:** The sample comprised 562 men and 760 women. Among the participants, 24.5% reported having had falls in the previous six months, scoring a total of 467 falling events. Of the individuals who had fallen, 36.8% had experienced recurrent falls. The risk of fall was nearly twice as high in women than in men (OR=1.85; 95% CI: 1.40-2.43). Being 75 years old or older was associated with an increased risk of falling compared with being 65-74 years old (OR=2.38; 95% CI:1.82-3.11). The elderly who had fallen reported injuries (48.3%) associated with falls, and 36% required health care.

**Conclusion:** Six independent risk factors for falling into the community dwelling older people were identified, some of which are potentially modifiable.

**KEYWORDS:** FALLS, RISK OF FALL, OLDER PEOPLE, COMMUNITY-DWELLING.

## INTRODUCCIÓN

**D**e acuerdo con la Organización Mundial de Salud<sup>1</sup>, las caídas son definidas como 'detener-se involuntariamente en el suelo, el piso u outro nível inferior, sin incluir el cambio intencional de posición para descansar en muebles, paredes o otros objetos'. As caídas y consecuentemente las lesiones son un problema mayor de la salud pública que muchas veces requiere atención médica<sup>1</sup>.

Las caídas son frecuentes entre las personas mayores, de hecho, en Portugal, la prevalencia de caídas en la población mayor no institucionalizada es alta, entre 41.9% y los 46.3%<sup>2,3</sup>.

Más aún las caídas pueden llevar a incapacidades físicas a largo plazo, dependencias graves<sup>4,5</sup>, hospitalización frecuente, y admisión en centros de enfermería<sup>5,6</sup>. Igualmente, muchas caídas y sus resultantes lesiones entre la población mayor son causadas por la combinación de edad, condiciones de enfermedad y interacciones entre los individuos y su ambiente social y físico, así sugiriendo que las caídas en esta población mayor es un problema complejo y multidimensional<sup>1,4</sup>.

Todavía, la evidencia muestra que las caídas pueden ser prevenidas<sup>1,7</sup> con la identificación de riesgos de caerse, y evaluación multifactorial de riesgos de caerse para la población mayor que se han caído o han tenido un trastorno de la marcha y de equilibrio<sup>8</sup>. Obviamente, identificar variables, que pueden conducir a un riesgo mayor de caídas es importante<sup>9</sup> pero, existen más de 400 factores de riesgo de caídas descritos en la literatura<sup>10</sup>. Así reconocer asociaciones entre ciertos factores de riesgo y la ocurrencia de caídas es un arma para la prevención de caídas y un objetivo para muchos investigadores. Estudios anterior-

res, muestran que los factores de riesgo más fuertes en caerse entre la población mayor no institucionalizada son: trastorno, fuerza y desequilibrio de la marcha, ser mujer, >80 años, tener caídas anteriores, dificultades de visión, depresión, comorbilidades, estado de salud subjetivo deficiente, mareos, incontinencia urinaria, deterioro cognitivo, osteoartritis, diabetes y polifarmacia<sup>11,12,13,14</sup>. El conocimiento actual también indica que son utilizadas herramientas de evaluación para hacer el rastreo de los mayores en riesgo de caerse, y así facilitando la identificación de factores de riesgo bien conocidos<sup>15</sup>. Todavía, existen algunos estudios que demuestran la importancia de la percepción de los propios mayores sobre sus riesgos en caerse.

### OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue (i) identificar factores de riesgo de caídas en la población mayor que vive en la comunidad y (ii) explorar factores predictivos de las caídas en esta población mayor.

### MÉTODOS

#### Definición y diseño

Ha sido realizado un estudio transversal desde enero a abril del 2015. Este estudio fue una pequeña componente de un estudio más amplio que está en curso con baso el tema de "Vivir mejor con más edad: Desde el contexto familiar al soporte institucionalizado". La población destino ha incluido personas mayores que viven en un municipio del norte de Portugal (Famalicão). Una muestra no probabilística fue utilizada usando el método de "balón de nieve" en 34 pueblos de este municipio. Así, los mayores de todos los pueblos fueron integrados en la muestra de acuerdo con los siguientes criterios:

edad ≥ 65 años, no institucionalizados y a vivir en el municipio. La recopilación de datos ha sido realizada por individuos que son trabajadores en los servicios del municipio e tuvieron entrenamiento en comunicación, en recopilación de datos e investigación. Todos los datos se basaron en el reporte personal hecho por las personas ancianas.

#### Materiales

El cuestionario específico del estudio cubrió las variables sociodemográficas, variables relacionadas con la salud (actividades instrumentales de vida diaria y percepción de la salud), variables clínicas (p. ej., pérdida de orina, alteración de la marcha) afecciones médicas (p. ej., depresión, Alzheimer), historial de caídas, consecuencias de caídas, circunstancias de caída y peligros domésticos. Para las cuestiones relativas a las caídas, la información recogida expresa la opinión, el sentimiento o la percepción de cada participante (p.ej., ¿en los últimos seis meses ha tenido alguna caída? ¿Piense estar en riesgo de tener una caída?). El cuestionario también incluyó las versiones portuguesas de la escala de Lawton & Brody y la escala de soledad de UCLA. La versión portuguesa de la escala de Lawton & Brody<sup>16</sup> fue utilizada para evaluar las actividades instrumentales de vida diaria, que son actividades que permiten a la persona adaptarse al entorno y mantener su independencia en la comunidad. Este instrumento consiste en ocho actividades instrumentales que evalúan el nivel de independencia de la persona mayor de acuerdo con su capacidad en ejecutar tareas: usar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, limpiar su casa, tratar de sus ropas, usar transportes, gestionar su medicación y gestionar sus finanzas. Aún que la >

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES

VARIABLES*	CAÍDAS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES N (%)	SÍN CAÍDAS N (%)	TEST; P-VALUE
<b>Sociodemográficas</b>			
Sexo (n=1322)	n=385	n=937	$\chi^2=16,998$ ; $p=0,0001$
Hombres	130 (33.8%)	432 (46.1%)	
Mujeres	255 (66.2%)	505 (53.9%)	
Edad (años) (n=1322)	n=385	n=937	$t(1320)=4,720$ ; $p=0,0001$
65-74	172 (44.7%)	561 (59.9%)	
75-84	164 (42.6%)	292 (31.2%)	
85-94	46 (11.9%)	80 (8.5%)	
≥95	3 (0.8%)	4 (0.4%)	
Media (±DP)	75.82 years (± 7.24)	73.82 years (± 6.88)	
Estado civil (n=1322)	n=385	n=937	
Casado	196 (50.9%)	610 (65.1%)	
Vivir solo	189 (49.1%)	327 (34.9%)	
Nivel de estudios (n=1302)	n=376	n=926	
Sin estudios	92 (24.5%)	126 (13.6%)	
4 años	251 (66.7%)	677 (73.1%)	
≥ 5 y ≤12 años	29 (7.7%)	109 (11.8%)	
Grado / Maestro	4 (1.1%)	14 (1.5%)	
Media (±DP)	2,13 years (± 8.72)	1,93 years (± 0.85)	
			$t(1300)=3,610$ ; $p=0,0001$
<b>Capacidad funcional de las IADL (n= 1211)</b>			
8 = Total independencia	n=335	n=876	$t(1209)=7,512$ ; $p=0,0001$
≥ 9-20 = dependencia moderada (necesita de alguna ayuda)	33 (9.9%)	240 (27.4%)	
≥ 21 = dependencia severa (necesita mucha ayuda)	212 (63.3%)	531 (60.6%)	
Media (±DP)	90 (26.9%)	105 (12.0%)	
Percepción de salud en general (n=1305)	16,17 (± 6.93)	12,96 (± 5.80)	
muy bien	n=376	n=929	
bueno	4 (1.1%)	29 (3.1%)	
pobre	185 (49.2%)	651 (70.1%)	
muy pobre	163(43.4%)	224 (24.1%)	
	24 (6.4%)	25 (2.7%)	
<b>Clínicas</b>			
Pérdida de orina (n=1145)	n=333	n=812	$\chi^2=45,821$ , $p=0,0001$
Sentimientos de tristeza (n=1118)	110 (33.3%)	124 (15.3%)	
Deterioro de la memoria (n=1124)	n=321	n=797	
Deterioro de la marcha (n=1174)	112 (34.9%)	141 (17.7%)	
Deterioro de lo equilibrio (n=1131)	n=324	n=800	
Alteración de la vision (n=1178)	129 (39.8%)	157 (19.6%)	
Alteración de la audición (n=1184)	n=342	n=832	
Dolor musculoesquelético y osteoarticular (n=1161)	206 (60.2%)	306 (36.8%)	
	n=325	n=806	
	117 (36.0%)	92 (11.4%)	
	n=343	n=835	
	229 (66.8%)	490 (58.7%)	
	n=340	n=844	
	179 (52.6%)	350 (41.5%)	
	n=331	n=830	
	182 (55.0%)	400 (48.2%)	
			$\chi^2=12,252$ ; $p=0,0001$
			$\chi^2=4,367$ , $p=0,038$
<b>Condiciones médicas</b>			
Enfermedad cerebrovascular (n=1086)	n=315	n=771	$\chi^2=10,786$ , $p=0,005$
Enfermedad cardiovascular (n=1108)	45 (14.3%)	64 (8.3%)	
Enfermedad Parkinson (n=1084)	n=321	n=787	
Enfermedad Alzheimer (n=1086)	75 (23.4%)	134 (17.0%)	
Depresión (n=1090)	n=316	n=768	
Enfermedad musculoesquelética/ osteoarticular(n=1129)	15 (4.7%)	18 (2.3%)	
Enfermedad respiratorias (COPD, asma, bronquitis) (n=1108)	n=316	n=770	
Diabetes tipo 2 (n=1124)	24 (7.6%)	42 (5.4%)	
	n=318	n=772	
	67 (21.1%)	82 (10.6%)	
	n=330	n=799	
	172 (52.1%)	299 (37.4%)	
	n=326	n=782	
	88 (27.0%)	153 (19.6%)	
	n=332	n=792	
	115 (34.6%)	212 (26.8%)	
			$\chi^2=5,992$ , $p=0,05$
			$\chi^2=4,987$ , $p=0,083$
			$\chi^2=1,805$ , $p=0,405$
			$\chi^2=21,939$ , $p=0,0001$
			$\chi^2=22,792$ , $p=0,0001$
			$\chi^2=8,113$ , $p=0,017$
			$\chi^2=7,126$ ; $p=0,028$

<b>Caídas (n=1241)</b>	n=304		
Caídas en los últimos seis meses	467**		
Ancianos que sufren caídas	-----	937	
0	192 (63.2%)	-----	
1	61(20.1%)	-----	
2	51 (16.8%)	-----	
≥3	192 (63.2%)	-----	
Caídas accidentales	112(36.8%)	-----	
Caídas recurrentes (≥2)	n=290		
Lesiones resultantes de las caídas	140 (48.3%)	-----	
Sí	150(51.7%)	-----	
No	n=286		
Necesidad de cuidados de salud	103(36.0%)	-----	
Sí	183(64.0%)	-----	
No	n=321	n=859	$\chi^2=2,165, p=0.141$
Dispositivos de alarma en casa (n=1180)	8(2.5%)	11(1.3%)	
Sí	313(97.5%)	848 (98.7%)	
No	n=305	n=834	$\chi^2=63,274, p=0.0001$
Percepción de riesgo de caída (n=1139)	226(74.1%)	397 (47.6%)	
Sí	79(25.9%)	437 (52.4%)	
No			
<b>Condiciones de vivienda</b>			
Acceso por escaleras (n=1296)	n=371	n=925	$\chi^2=0,042, p=0.837$
≤5 escaleras	197(53.1%)	497(53.7%)	
>5 escaleras	174(46.9%)	428 (46.3%)	

\*Auto-reporte

\*\* al menos (n≥3)

versión de la escala original sea dicotómica (0,1), en la versión portuguesa, a cada respuesta posible es asignada un valor distinto<sup>16</sup>. En esta versión, cada ítem tiene 3, 4 o 5 niveles distintos de independencia, así cada actividad es evaluada entre "1-3", "1-4" o "1-5". El score global cambia entre 8 y 30 puntos; siendo que valores más altos significan mayor grado de dependencia. El autor define los siguientes puntos de corte: una evaluación global de 8 significa total independencia, un valor global entre 9-20 indica una dependencia moderada e igual o superior a 21 indica una dependencia severa (que requiere de un gran soporte por terceros). Con respecto a las propiedades psicométricas, este instrumento evidencia un buen valor de *alpha de Cronbach* ( $\alpha=0.92$ ), y los ítems de la escala muestran una correlación con significado estadístico con la escala global ( $p<0.001$ ), con valores de correlación de *Pearson* entre  $r=0.75$  y  $r=0.86$ . A escala de Lawton & Brody tiene demostrado ser un instrumento válido fácil y fácil de aplicar en las prácticas

clínicas<sup>16,17</sup>. Con respecto a la capacidad de discriminación de la escala, la correlación entre todos los ítems es muy significativa ( $p<0.001$ )<sup>16</sup>. La soledad fue evaluada con la versión portuguesa de la escala de soledad de UCLA. El estudio de validación de la versión portuguesa fue echo con una población de 660 personas mayores, hombres y mujeres viviendo en Portugal. Os resultados ilustraron que la escala tiene una alta consistencia interna, siendo una herramienta útil y sensible para evaluar el sentimiento de soledad en la población anciana. Los resultados intermedios son consistentes y con altas correlaciones entre ellos, no hay diferencias significativas entre las medias ( $p>0,05$ )<sup>18</sup>. El instrumento en la población mayor muestra una gran correlación entre ítems y alta fidelidad ( $\alpha=0,95$ ), además de ser un instrumento sensible a los cambios<sup>19</sup>.

#### **Análisis de datos**

Con respecto al análisis de datos, al análisis descriptivo univariado fue utilizado para cada una de las

variables por uso de medidas de tendencia central y dispersión, conforme aplicable. Hemos testado primero la fuerza de la asociación entre diferentes variables independientes y la variable dependiente 'caída en los últimos 6 meses' por calculo del Odds Ratio (OR), correspondiente a una estimación de riesgo relativo. Después de identificar las variables como teniendo asociaciones estadísticamente significativas con la variable resultado 'ocurrencia de caída en los últimos 6 meses' el análisis de regresión logística se utilizó para identificar factores predictivos relacionados con la ocurrencia de caídas. Análisis paramétrico fue realizado una vez verificados los supuestos para su utilización y los datos fueron analizados usando IBM- SPSS Statistical Package for the Social Sciences version 22 for Windows®. El proyecto de investigación tuvo una opinión favorable de la Comisión de Ética del Hospital São João / Facultad de Medicina de la Universidad de Oporto (Opinión 01/15/2015). Todos los par-

participantes dieron su consentimiento informado por escrito.

## RESULTADOS

La muestra de 1322 adultos constituye 5% de la población mayor de Famalicão con más de 65 años de edad y viviendo en la comunidad. La edad media fue de 74.4 años con un Desvío Padrón (DP= ± 7.04), con un mínimo de 65 y un máximo de 99 años; 562 individuos eran hombres y 760 mujeres. En esta muestra predominante de mujeres, la mayoría de los participantes tenían bajo nivel de estudios, con 71.3% de la población con apenas 4 años y 16.7% sin estudios. Más de un tercio de la muestra vive sola (36.2%) (Tabla 1).

Cuando cuestionados sobre sus condiciones médicas, los ancianos han dicho tener una o más enfermedades crónicas, con una alta prevalencia en el perfil epidemiológico de la población portuguesa. Los participantes han reportado casos de enfermedad musculoesquelética / osteoarticular, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cerebrovasculares. Más aún, 21.1% de los mayores con quedas en los últimos seis meses han referido sufrir de depresión. Con este perfil de morbilidad, el análisis descriptivo de los indicadores clínicos muestra que las personas mayores con caídas en los últimos seis meses también han reportado alteración de la visión (66.8%), deterioro de la marcha (60.2%) y dolor musculoesquelético y osteoarticular (55.0%). De manera similar, la mitad de los ancianos que no tuvieron caídas en los 6 meses previos informaron problemas de visión (58.7%) y dolor musculoesquelético y osteoarticular (48.2%). Los datos de la evaluación de la capacidad funcional para las tareas instrumentales de vida diaria han revelado un valor medio en la escala de Lawton & Brody de 16.2 (DP=6.9) para las personas mayo-

res con caídas en los últimos seis meses y 13.0 (DP=5.8) para los demás. Siguiendo las orientaciones de Sequeira<sup>20,21</sup>, hemos analizado la distribución de los scores de los participantes en las tres categorías: 8 (total independencia), ≥9-20 (dependencia moderada, necesita de alguna ayuda) y ≥ 21 (dependencia severa, necesita de mucha ayuda). Los resultados muestran existir diferencias significativas en los scores medios de la escala de Lawton & Brody en los dos grupos (p=0.0001). Solamente 9.9% de las personas mayores con caídas en los últimos seis meses eran completamente independientes y 26.9% eran severamente dependientes. En contraste, entre las personas mayores sin caídas en los últimos seis meses, 27.4% eran completamente independientes y solo 12% era severamente dependientes. Entre los participantes, 24,5% que reportaron haber caído en los últimos seis meses totalizaron 467 eventos de caídas. De los individuos con caídas, 192 (63.2%) tuvieron una sola caída y 112 (36.8%) tuvieron caídas recurrentes (≥2 caídas). De los que han caído 140 (48.3%) reportaron haber

tenido lesiones resultantes de las caídas y 36% han tenido necesidad de cuidados de salud.

La asociación entre las variables independientes y la variable dependiente "caída en los seis últimos meses" fue calculada con base en el OR, identificándose varios factores de riesgo de caerse (tabla 2). Entre los individuos con caídas, 255 (66,2%) fueron mujeres. De hecho el riesgo de caídas en las mujeres fue casi el doble de mayor que el de los hombres (OR=1.85; 95% CI: 1.40-2.43). El número de las caídas aumenta significativamente con la edad. Un punto de corte fue instituido a los 75 años ó más de edad y los datos revelan que tener 75 o más años aumenta el riesgo de caerse cuando comparado con tener entre 65 y 74 años de edad (OR=2.38; 95% CI: 1.82-3.11). Los resultados también muestran que los participantes con menor autonomía en ejecutar las tareas instrumentales de vida diaria tienen significativamente más caídas do que los demás (t =8.927, df=1152; p≤0,001). Además cuando analizadas estas actividades de forma dicotómica, los resultados indican que las personas mayores con

TABLA 2

### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA OCURENCIA DE CAÍDAS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES

FACTORES DE RIESGO	OR (IC 95%)	P VALUE
Deterioro de lo equilibrio	5.15 (3.71-7.15)	0.0001
Lawton & Brody (≥9)	3.68 (2.40 -5.64)	0.0001
Autopercepción de riesgo de caída	3.16(2.33- 4.27)	0.0001
Pérdida de orina	3.13 (2.29-4.28)	0.0001
Deterioro de la marcha	3.06 (2.31-4.06)	0.0001
Deterioro de la memoria	2.96 (2.20-3.99)	0.0001
Sentimientos de tristeza	2.84 (2.09-3.87)	0.0001
Edad > 75 años	2.38 (1.82 -3.11)	0.0001
Mujeres	1.85 (1.40-2.43)	0.0001
Dolor musculoesquelética y osteoarticular	1.55 (1.17-2.05)	0.0001
Deterioro de la visión	1.53 (1.15-2.04)	0.004
Deterioro de la audición	1.53 (1.17-2.04)	0.002

TABLA 3

### FACTORES DE RIESGO INDEPENDIENTES EN LA OCURRENCIA DE CAÍDA (MODELO DE REGRESION)

FACTORES DE RIESGO	B	OR <sub>a</sub> (IC 95%)	WALD	P VALUE
Deterioro de lo equilibrio	0.890	2.44 (1.60-3.70)	17.410	0.000
Lawton & Brody ( $\geq 9$ )	0.868	2.38 (1.39 -4.10)	9.845	0.002
Autopercepción de riesgo de caída	0.678	1.97 (1.36- 2.86)	12.759	0.000
Sentimientos de tristeza	0.543	1.72 (1.15- 2.58)	6.903	0.009
Edad > 75 años	0.517	1.68 (1.18 -2.38)	8.384	0.004
Deterioro de la memoria	0.452	1.57(1.06 -2.33)	5.064	0.024

algún nivel de dependencia (score  $\geq 9$ ) tienen un riesgo significativamente superior de caerse do que las personas mayores completamente independientes (OR=3.68; 95% CI: 2.40-5.64). Adicionalmente, las personas mayores que perciben estar en riesgo de caerse son tres veces más probables de tener una caída do que los que no se consideran estar en riesgo de caerse (OR=3.16; 95% CI: 2.33-4.27). Deterioro de lo equilibrio (OR = 5,15; 95% CI: 3,71-7,15), pérdida de orina (OR = 3,13, 95% CI: 2,29- 4,28), deterioro de la marcha (OR = 3,06; 95% CI: 2,31-4,06), deterioro de la memoria (OR = 2,96, 95% CI: 2,20-3,99), sentimientos de tristeza (OR = 2,84, 95% CI: 2,09-3,87), dolor musculoesquelético y osteoarticular (OR = 1,55, 95% CI: 1,17-2,05), el deterioro de la visión (OR = 1,53, 95% CI: 1,15-2,04) y el deterioro de la audición (OR = 1,53, 95% CI: 1,17-2,04), también fueron factores asociados con la ocurrencia de caídas, en los últimos seis meses.

Para determinar qué factores de riesgo pueden afectar significativamente la ocurrencia de caídas, se desarrolló un modelo de regresión logística en el que la variable dependiente (binaria) fue la aparición o ausencia de caídas en los seis meses anteriores, y las variables independientes fueron los factores de riesgo identificados en el análisis anterior. Se llevó a cabo un proceso de regresión gradual en el que los factores de riesgo cuyas estima-

ciones de parámetros no fueron estadísticamente significativas (al nivel de significancia del 5%) se eliminaron del modelo. Los resultados de la estimación mostraron que los factores de riesgo independientes que deberían retenerse en el modelo fueron: (i) deterioro de lo equilibrio (OR<sub>a</sub> = 2.44; p = 0.000), (ii) puntaje de Lawton & Brody ( $\geq 9$ ) (OR<sub>a</sub> = 2.38 ; p = 0.002), (iii) autopercepción de riesgo de caída (OR<sub>a</sub> = 1.97; p = 0.000), (iiii) sentimientos de tristeza (OR<sub>a</sub> = 1.72; p = 0.009), (iiiii) edad > 75 años (OR<sub>a</sub> = 1.68; p = 0.004) y (iiiii) deterioro de la memoria (OR<sub>a</sub> = 1.57; p = 0.024), como se muestra en la **Tabla 3**.

#### DISCUSIÓN

Los hallazgos en este estudio fueron que los datos sociodemográficos son consistentes con los resultados de estudios previos<sup>20</sup> en contexto comunitario: el envejecimiento demográfico, una mayor representación de las mujeres, bajos niveles de educación y vida en soledad. Más, en este estudio, el grupo con edad entre los 65-74 años (55.4%) fue el más representativo, aún que esta fracción sea más baja do que los datos del Censo de Famalicão en el 2011 (69.4%). Por el contrario, el grupo compuesto por personas mayores con más de 75 años estuvo mejor representado (44%) en nuestra población de estudio que en el Censo (30.6%). Este estudio indica que menos educación (cuatro años)

era la característica de la mayoría de la población (71.3%); este hallazgo es bastante preocupante porque los individuos con menos educación y menos recursos económicos tienden a tener menos acceso a los servicios de salud y a vivir en casas menos sanas y seguras<sup>1</sup>. Con respecto a las variables clínicas y relacionadas con la salud, el análisis reveló numerosos participantes que informaron tener uno o más problemas de salud, un resultado consistente con el perfil de morbilidad prevalente en Portugal. De las afecciones médicas enumeradas por las personas mayores, las enfermedades osteomusculares y musculoesqueléticas, la diabetes tipo 2, el Alzheimer y la enfermedad de Parkinson fueron consistentes con los informes de otros autores<sup>11,22,23,24</sup>. Los participantes también percibieron cambios en la visión (61.0%), audición (44.7%), marcha (43.6%), equilibrio (18.5%) y memoria (25.4%), variables que están consistentemente asociadas con la ocurrencia de caídas<sup>11,25,26</sup>. La visión deteriorada (61.0%), el dolor musculoesquelético y osteoarticular (51.0%) fueron dos problemas de salud con alta prevalencia en la muestra, probablemente como consecuencia de los efectos acumulativos de los cambios relacionados con el envejecimiento. El dolor musculoesquelético y osteoarticular también puede reflejar la prevalencia de la osteoporosis, que es común entre las personas ma-



yores portuguesas, especialmente las mujeres<sup>27</sup>. En nuestro estudio, la pérdida de orina (20,4%) tuvo una baja proporción; quizás este tema sea demasiado personal para discutir, o puede haber razones socioculturales que conducen a la omisión o la negación de esta condición. Aún conscientes de las limitaciones para la evaluación de esta condición, la evidencia previa indica que la incontinencia es un importante factor de riesgo de caída<sup>11</sup>. Con respecto a la capacidad funcional de los participantes para llevar a cabo actividades instrumentales para la vida diaria, los datos mostraron que solo el 22.5% de los ancianos eran completamente independientes, aunque la muestra estaba compuesta por residentes mayores en su contexto habitual de vida. De hecho, el 77.5% de los participantes requirió asistencia (score  $\geq 9$ ). Este resultado sugiere la necesidad de que la familia actúe como cuidadores, como se ha destacado recientemente en el contexto de la comunidad portuguesa. La investigación ha indicado consistentemente que la disminución funcional en la realización de las tareas instrumentales de vida diaria es una variable significativamente asociada con el riesgo de caídas en los ancianos<sup>14</sup>. Debido a que el análisis de caída indicó una naturaleza multifactorial, elegimos mostrar los resultados de acuerdo con la orientación del Currículo de Prevención de Caídas de Canadá<sup>28</sup>. En particular, nuestro estudio refleja los factores de riesgo biológicos, como se muestra en la Tabla 3. Los resultados del modelo de regresión indicaron los siguientes factores de riesgo independientes en la ocurrencia de caídas: deterioro de lo equilibrio (OR = 2,44; 95% CI: 1,60-3,70), Lawton & Brody ( $\geq 9$ ) (OR = 2,38; 95% CI: 1,39-4,10), autopercepción de riesgo de caída (OR = 1,97, 95% CI:

1,36 - 2,86), sentimientos de tristeza (OR = 1,72, 95% CI: 1,15-2,58), edad  $\geq 75$  años (OR = 1,68; 95% CI: 1,18-2,38) y deterioro de la memoria (OR = 1,57; 95% CI: 1,06-2,33). Otros estudios también han identificado algunos de estos resultados<sup>11,29,30,31,32,33</sup>. El modelo de regresión incluyó dos factores de riesgo independientes con alto poder discriminatorio, equilibrio alterado y capacidad funcional para IADL. Estos factores son áreas clave que deben abordar los equipos de atención primaria de salud para evaluar e intervenir con personas mayores. La literatura ha indicado consistentemente la importancia de que estos dos problemas de salud se identifiquen tempranamente en las personas mayores a través de un enfoque multidisciplinario<sup>1</sup> para prevenir o revertir el deterioro funcional y para generar beneficios para la salud. La '*Autopercepción del riesgo de caída*' fue otra variable independiente que puede contribuir de manera importante a la identificación de las personas mayores que requieren intervenciones más oportunas y específicas. Las personas mayores que tenían una autopercepción de riesgo de caída tenían casi el doble de probabilidad de caer que las personas mayores que no tenían esta autopercepción (OR = 1,97; 95% CI: 1,36 - 2,86). La autopercepción del riesgo de caídas se relaciona con caídas recurrentes en personas con alto riesgo de caídas<sup>34</sup>. Nuestro estudio se suma a este conjunto de pruebas y destaca la importancia de evaluar la percepción del riesgo de caídas entre las personas mayores. El modelo de regresión final también identificó las variables "sentimientos de tristeza" y "deterioro de la memoria", lo que refleja la necesidad de que los profesionales de la salud controlen estas variables, especialmente en el grupo de 75 o más años.

Este estudio tiene algunas limitaciones, la naturaleza metodológica y el tipo de muestra requieren cierta precaución al interpretar los resultados. Si los estudios transversales hacen imposible identificar el avance temporal de los factores asociados con un evento de caída, las muestras no probabilísticas pueden evitar la generalización de los resultados a toda la población de edad avanzada; esto puede aplicarse a pesar del tamaño de muestra robusto de este estudio. Otra limitación del estudio es que las variables de caída, las circunstancias de caída y las consecuencias de caída se recopilaron retrospectivamente, y esto pudo haber causado que el problema fuera subestimado debido a un posible sesgo de recuerdo. Algunas variables clínicas (visión, audición y otras) fueron auto informadas, lo que puede haber llevado a una subestimación o sobreestimación.

## CONCLUSIONES

El presente estudio documentó seis factores de riesgo independientes para las caídas en las personas mayores que viven en la comunidad: deterioro de lo equilibrio; puntuación en Lawton & Brody  $\geq 9$ ; autopercepción de riesgo de caída, sentimientos de tristeza; edad > 75 años y deterioro de la memoria. Algunos de estos factores de riesgo de caídas son modificables, por lo que es importante que los profesionales de la salud hagan un seguimiento del riesgo de caídas en la comunidad, comenzando con la incorporación de la autopercepción del riesgo de caídas en la práctica clínica. Esta percepción de las personas mayores es consistente con un paradigma que se centra en el cliente y no únicamente en la opinión de los profesionales. ▴



## Referências

1. WHO global report on falls prevention in older age. [http://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf). Publisher March 7, 2007. Accessed December, 2016.
2. Elias MF. Osteoporosis, falls and bone fractures in elderly women: follow-up study in Portugal [master's thesis]. [Porto, Portugal]: University of Porto; 1999. 76p
3. Elias MF. Contributions of psychological support in home context, to elderly caregivers after proximal fracture of the femur. [Doctoral thesis]. [Porto, Portugal]: University of Porto; 2011. 391p
4. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP- AHA). Action Plan A2 on specific action on innovation in support of personalized health management, starting with falls prevention initiative. Updated January, 2013. [https://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/a2\\_action\\_plan.pdf](https://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/a2_action_plan.pdf). Accessed April 7, 2017.
5. Scheffer AS. Fear of falling: Measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age Ageing*. 2008 Jan; 37(1):19-24. doi: 10.1093/ageing/afm169.
6. Gillespie L, Handoll H. Prevention of falls and fall-related injuries in older people. *Inj Prev*. 2009 Oct;15(5):354-55. doi: 10.1136/ip.2009.023101.
7. Avin KG, Hanke TA, Kirk-Sanchez N, et al. Management of falls in community-dwelling older adults: clinical guidance statement from the academy of Geriatric Physical Therapy of American Physical Therapy Association. *Phys Ther*. 2015 Jun; 95(6):815-34. doi: 10.2522/ptj.20140415.
8. American Geriatric Society / British Geriatric Society (AGS/BGS). Summary of the updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2010; 1-10. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x.
9. Morrison S. Falling down: Assessing the risk of falls in older adults. *Age in Action*. 2013; 28(3), 1-6.
10. Close J, Lord S, Menz H, Sherrington C. What is the role of falls? *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2005 Dec;19(6):913-35. doi:10.1016/j.berh.2005.06.002.
11. Gabmann K, Rupprecht R, Freiberger E. Predictors for occasional and recurrent falls in community-dwelling older people. *Z Gerontol Geriatr*. 2009 Feb; 42(1):3-10. doi: 10.1007/s00391-008-0506-2.
12. Russel M, Hill K, Day L, Oosterhuis T, Blackberry I, Dharmage SC. Predictors of long-term function in older community-dwelling people who have presented to an emergency department after a fall: A cohort study. *Australas J Ageing*. 2015 Mar; 34(1):47-52. doi: 10.1111/ajag.12126.
13. Sousa LM, Marques-Vieira CM, Caldevilla MN, Henriques CM, Severino SS, Caldeira SM. Risk for falls among community-dwelling older people: Systematic literature review. *Rev Gaucha Enferm*. 2017 Feb; 37(4): e55030. doi: 10.1590/1983-1447.2016.04.55030.
14. Tinetti M, Kumar C. The patient who falls: "it's always a trade-off". *JAMA*. 2010 Jan; 303(3): 258-66. doi:10.1001/jama.2009.2024.
15. Caldevilla MN, Costa MA, Teles P, Ferreira PM. Evaluation and cross-cultural adaptation of the Hendrich II Fall Risk Model to Portuguese. *Scand J Caring Sci*. 2013 Jun; 27(2): 468-74. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01031.x.
16. Sequeira C. Cuidar de idosos dependentes [ Care for Dependent Elderly] . Coimbra: Quarteto; 2007. 312 p
17. Araújo M, Pais-Ribeiro J, Oliveira A, Pinto C, Martins T. Validation of the Lawton and Brody scale in a sample of non-institutionalized elderly patients. In Leal I, ed. 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Intervenção em Psicologia e Saúde. Lisboa: ISPA; 2008: 218-20.
18. Pochinho M, Farate C, Dias CA. Validação psicométrica da escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses [Psychometric validation of the UCLA- Loneliness scale for Portuguese elderly]. *Interações*. 2010;18:65-77. ISSN: 0873-0725.
19. Velarde-Mayol C, Fragua-Gil S, Garcia-de-Cecilia JM. Validation of the UCLA Loneliness scale in an elderly population that live alone. *Semergen*. 2016 Apr; 42(3):177-83. doi: 10.1016/j.semerg.2015.05.017.
20. Sequeira C. Cuidar Idosos com Dependência Física e Mental [Taking care of the elderly physically and mentally disable]. Lisboa: Lidel; 2010. 388p.
21. Sequeira C. Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers. *J Clin Nurs*. 2013 Feb;22(3-4): 491-500. doi: 10.1111/jocn.12108.
22. Chu LW, Chi I, Chiu AY. Incidence and predictors of falls in the Chinese elderly. *Ann Acad Med Singapore*. 2005 Jan;34(1):60-72.
23. Gama ZA, Gómez-Conesa A. Risk factors for falls in the elderly: Systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2008 Oct;42(5):946-56. doi.org/10.1590/S0034-89102008000500022.
24. Moreno-Martínez NR, Ruiz-Hidalgo D, Burdoy-Joaquim E, Vázquez-Mata G. Incidência y factores explicativos de las caídas em ancianos que vivem en la comunidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005 Nov;40(Supl 1):11-17. doi.org/10.1016/S0211-139X(05)75080-0.
25. Linattiniemi S, Jokelainen J, Luukinen H. Falls risk among a very old home-dwelling population. *Scand J Prim Health Care*. 2009; 27(1): 25-30. doi: 10.1080/02813430802588683.
26. Lord SR. Visual risk factors for falls in older people. *Age Ageing*. 2006 Sep; 35(Supl 2): ii42-ii45. doi.org/10.1093/ageing/af1085.
27. Branco JC, Felicissimo P, Monteiro J. A epidemiologia e o impacto sócio - económico das fracturas da extremidade proximal do fémur: uma reflexão sobre o padrão actual de tratamento da osteoporose grave. *Acta Reumatol Port*. 2009 Jul-Sep; 34(3): 475-85.
28. Scott V, Gallagher E, Higginson A, Metcalfe S, Rajabali F. Evaluation of an evidence-based education program for health professionals: The Canadian Falls Prevention Curriculum (CFPC). *J Safety Res*. 2011 Dec;42(6):501-7. doi: 10.1016/j.jsr.2011.10.004.
29. Chiarelli PE, Mackenzie LA, Osmotherly PG. Urinary incontinence is associated with an increase in falls: a systematic review. *Aust J Physiother*. 2009; 55(2):89-95. doi.org/10.1016/S0004-9514(09)70038-8.
30. Chien MH, Guo HR. Nutritional status and Falls in Community-dwelling Older people: A Longitudinal Study of a Population-Based Random Sample. *PLoS One*. 2014 Mar;9(3):e91044. doi: 10.1371/journal.pone.0091044.
31. Liu-Ambrose T, Ahamed Y, Graf P, Feldman F, Robinovitch SN. (2008). Older fallers with poor working memory overestimate their postural limits. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008 Jul; 89(7): 1335-40. doi: 10.1016/j.apmr.2007.11.052.
32. Martin KL, Blizzard L, Srikanth VK, et al. Cognitive function modifies the effect of physiological function on the risk of multiple falls - a population-based study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2013 Sep; 68(9):1091-7. doi: 10.1093/gerona/glt010.
33. Rossat A, Fantino B, Bongue B, et al. Association between benzodiazepines and recurrent falls: a cross-sectional elderly population-based study. *J Nutr Health Aging*. 2011 Jan; 15(1):72-7. doi: 10.1007/s12603-011-0015-7.
34. Gálvez-Báron C, Sanguino MJ, Narvaiza L, et al. Association with and predictive capacity of self-perceived risk of falling in recurrent falls in older people: a prospective study. *Aging Clin Exp Res*. 2013 Oct;25(5):591-6. doi: 10.1007/s40520-013-0130-x.



# NON-PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS IN THE CONTROL OF URINARY INCONTINENCE AND THE INSTRUMENTS THAT ALLOW THE DIAGNOSIS: INTEGRATIVE REVIEW

Intervenções não farmacológicas no controle da incontinência urinária e os instrumentos que permitam o seu diagnóstico: revisão integrativa

## NILZA NOGUEIRA

**Adjunct Professor**, Ph.D. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS – Center for Health Technology and Services. Porto, Portugal.

✉ [nilza@esenf.pt](mailto:nilza@esenf.pt)

## CRISTINA PINTO

**Adjunct Professor**, Ph.D. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS – Center for Health Technology and Services. Porto, Portugal.

## CARLA CERQUEIRA

**Adjunct Professor**, Ph.D. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS – Center for Health Technology and Services. Porto, Portugal.

## JOSÉ LUÍS RAMOS

**Full Professor**, MsN. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS – Center for Health Technology and Services. Porto, Portugal.

## LEONOR TEIXEIRA

**Adjunct Professor**, MsN. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS – Center for Health Technology and Services. Porto, Portugal.

### Abstract

**Introduction:** Urinary incontinence is a major health problem resulting in physical, psychological and social changes with economic repercussions on the health system. Is a multifactorial condition associated with age-related changes and disorders of the genitourinary system, which corroborates the fact that it is the most often recurring geriatric syndrome.

**Aims:** To identify non-pharmacological interventions for adults with urinary incontinence and to identify tools for urinary incontinence diagnosis in adults.

**Method:** An integrative review study design was completed. Two electronic databases was search (MEDLINE and Web of Science). Three independent reviewers searched databases according to a predetermine inclusion and exclusion criteria.

**Results:** Twelve articles were included in the review. Eleven articles mentioned non-pharmacological interventions, such as physical therapies, lifestyle strategies, behavioural therapies and alternative conservative management options. These interventions should be targeted and individualized to the type of incontinence to result in health gains for the population. One article mentioned an assessment tool for urinary incontinence - The Gaudenz-Fragebogen tool. The evaluation tools can help to systematize the diagnostic activity and consequently improve the clinical practice in the field of urinary incontinence.

**Conclusion:** In care conception, nurses should target their interventions to personal data to address individual symptoms and use assessment tools that can help in the differential diagnosis of UI. Then, to advancing the quality and rigor of nursing care, we advocate that providing nurses with skills in attaining a differential diagnosis of UI presents an added value to the improvement of quality of care in a multidisciplinary context.

**KEYWORDS:** NURSING PRACTICAL; URINARY INCONTINENCE; NURSING CARE; ASSESSMENT INSTRUMENTS.

## INTRODUCTION

Urinary incontinence (UI) is a major health problem resulting in physical, psychological and social changes<sup>[1]</sup> with economic repercussions on the health system<sup>[2]</sup>. As a symptom, UI is defined as any involuntary loss of urine independent of the volume, and as a sign represents involuntary loss of urine, either urethral or extra urethral during gynaecologic examination<sup>[3]</sup>. Is a multifactorial condition associated with age-related changes and disorders of the genitourinary system<sup>[4]</sup>, which corroborates the fact that it is the most often recurring geriatric syndrome<sup>[4]</sup> and is often the cause of elderly institutionalization<sup>[5]</sup>.

From the epidemiological point of view, UI is two to three times more common in woman<sup>[6]</sup> and affected 200 million people worldwide<sup>[6]</sup>. However, UI data are variable, justified by the feelings of embarrassment, which are often the reason individuals do not disclose the disease<sup>[2]</sup>.

Research point out the impact of UI on the performance of daily activities, namely, limitation of amount of liquids ingested, schedule for urinary elimination, selection of appropriate clothes, adaptation of leisure activities and also effect on sexual activity<sup>[7]</sup>. All these activities are in the self-care domain and thus in the field of nursing and specifically in the field of autonomous nursing interventions. In different contexts, nurses are the professional group responsible for the differential diagnosis of UI and for defining interventions that promote self-management of urinary incontinence. Therefore, nurses have an active role in preventing and management UI<sup>[7]</sup>.

However, few studies report nursing concerns about diagnosing urinary

incontinence and concerns on effective interventions for controlling leakage. Although, several risk factors for urinary incontinence are described in the literature. In particular, for the diagnosis of stress urinary incontinence, there are several competing factors, including post menopause, multiparity, vaginal births, age, chronic cough, pelvic surgery, obesity, abrupt fluctuations of weight and radiotherapy<sup>[8]</sup>. For urge incontinence, the factors that can compete with the diagnosis are urinary tract infections, abdominal and pelvic tumours, neuropathies (diabetes), long periods of bladder catheterization, use of sedatives and diuretics, advanced age, presence of stones in the bladder or urethra, stroke and excessive consumption of coffee and alcohol<sup>[9]</sup>. Similarly, factors that contribute to the functional incontinence could be confusion, dementia, impairment mobility, diseases such as Parkinson's and stroke, architectural barriers, advanced age, unknown environments, side effects of certain drugs such as sedatives, sleep inducers, diuretics, and muscle relaxants<sup>[9]</sup>. Finally, for reflex incontinence, a potential competing diagnosis is spinal cord injury<sup>[10]</sup>. Thus, when developing care plans, nurses should target their interventions to personal data to correct symptoms and use assessment tools to help in the differential diagnosis of UI.

After the above and with the concern in evidence-based nursing, the theoretical and practical implications of the study are justified by the need to objectify the conception of nursing care in the field of urinary incontinence, specifically, in the differential diagnosis of urinary incontinence and appropriate interventions. So, the aim of this integrative review was to identify non-pharmacological interventions for adults with urinary

incontinence and to identify tools for urinary incontinence diagnosis in adults.

## METHODS

An integrative review study design was completed. Integrative review refers to a study method that permits the inclusion of different methodologies, such as experimental and non-experimental studies, in order to fully understand the phenomenon in study [11].

For any review method a clear and reliable research question, is the first stage of study. Thus, our research questions was "What are the non-pharmacological interventions for adults with urinary incontinence?" and "What are the assessment tools for diagnostic of urinary incontinence in adults?"

We searched in EBSCOhost (CINHAL complete and MEDLINE Complete) and Web of Science. For articles identification, we use search terms indexed to databases (Medical Subject Headings). The search terms were (diagnoses OR diagnosis OR therapeutic\* OR assessment OR intervention\* OR evaluation) AND nurs\* AND ("urinary incontinence" OR "urinary disorder\*" OR "bladder condition\*" OR "stress incontinence" OR "urge incontinence") AND (validation OR questionnaire\* OR scale\*).

The inclusion criteria used were full text available in English, with adults' subjects, in hospital or community setting. Experimental, quasi-experimental, non-experimental, methodological and qualitative studies design were also included. However, focus studies (sample) on pregnancy and prostatectomy have been excluded, since the non-pharmacological interventions used alone cannot be effective<sup>[12]</sup>, given the specificity of each of the situations.

To ensure the accuracy of the method and the accuracy of the results three reviewers independently conducted research. The reading of the title, the abstract and the complete text was the sequence used to select the articles and the consequent inclusion in the sample.

From the review, we identified 530 articles and 14 were eliminated by duplication. Five hundred and sixteen were eligible articles, which, after independent analysis of researchers and application of the inclusion criteria were discarded 369 articles. Of the 147 remaining articles were still eliminated 135 due to participants sample (pregnancy and prostatectomy), unavailability of access to the full text, pharmacologic interventions and tools that measures the severity of UI symptoms. Lastly, twelve articles were included. The review process is represented in the PRISMA flow diagram <sup>[3]</sup> (Figure 1).

To classify the levels of evidence the guidelines of the Registered Nurses Association of Ontario <sup>[4]</sup> were applied. Finally, for data collection, we used the Ursi instrument presented by Souza, Silva, & Carvalho <sup>[5]</sup>, which allowed for systematic organization of the information and assisted the processing and interpretation of the data.

## RESULTS

The 12 included articles represented 2602 participants. The sample size ranged from a minimum of 30 participants to a maximum of 1474. Regarding sex, we found that female-only samples represented seven articles, three articles were mixed samples, and two articles used a nursing staff sample. For study design, we found four experimental studies, five non-experimental studies, one quasi-experimental study, one methodological and one qualitative studies. Regarding the country of origin, most studies were developed in the USA

(six). The remaining six studies were conducted in Turkey, New Zealand, Korea, Spain, Brazil and Sweden. Regarding the setting of the study, most studies (nine) were implemented in the community, and three studies occurred in the hospital context. The levels of evidence were classified according to the criteria of the RNOA <sup>[4]</sup>, and more than half of the studies used evidence obtained from well-designed non-experimental descriptive studies. The studies are summarized in **Table 1**.

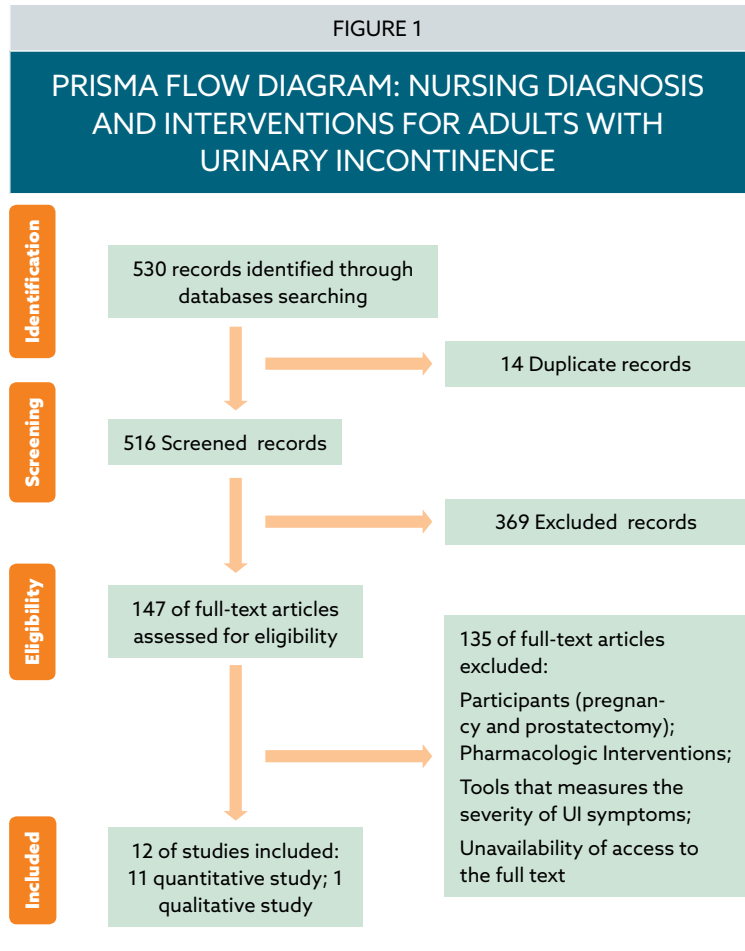
To enhance the rigour of results presentation, they are provide in accordance with the research questions:

3.1 First question: *"What are the non-pharmacological interventions for adults with urinary incontinence?"* Of the 12 articles, 11 mentioned non-pharmacological interventions.

Of these, two studies were implemented in the hospital <sup>[6, 17]</sup> and the others were in the community setting <sup>[2, 18-25]</sup>.

The non-pharmacological interventions identified, have focus on reducing the severity of symptoms of urinary incontinence and their impact on quality of life <sup>[2, 19, 24]</sup>. The severity of the symptoms are operationalized through severity of urine loss, the number of episodes of urine loss and the intervals between voiding <sup>[17, 22, 24, 25]</sup>.

The non-pharmacological interventions found can be grouped into physical therapies (pelvic floor muscle training); lifestyle strategies (behavioral management); behavioral therapies (bladder training, prompted voiding) and alternative conservative options (absorbent products and diapers).



About physical therapies, the findings showed that the interventions that often prescribed and described as effective for controlling involuntary loss of urine were pelvic floor muscle exercises [2, 16, 17, 19, 20, 22, 25].

Continuous practice of pelvic floor muscle exercises (for 6 to 12 months) influenced the quality of life of women with urinary incontinence, reduced the number of involuntary urine loss episodes and increased the muscle strength of the pelvic floor [2, 17, 19, 22, 25].

The lifestyle strategies found referred to reducing caffeine intake, regulating the amount and timing of fluid intake, promoting bowel regularity through dietary changes and weight loss [17, 22].

The behavioral therapies included a bladder training and prompted voiding. The bladder training was a simple non invasive intervention that improved the effectiveness of behavioural techniques for bladder function and improved comfort [16-18, 20, 24], the prompted voiding proved to be an effective intervention in self-management of urinary incontinence, contributing to fewer visits to the toilet [18]. One study also pointed to the importance of a therapeutic combination in controlling involuntary loss of urine, namely pelvic floor muscles exercises and bladder training [19]. Finally, the alternative conservative options included the absorbent products, urinals and toileting aids by diapers [23].

In summary, the non-pharmacological interventions for adults with urinary incontinence found, such physical therapies, lifestyle strategies, behavioral therapies and alternative conservative management options proved to be effective in decreasing episodes of urine loss and improving quality of life [22, 24].

However, sustaining pelvic floor muscles exercises was not always easy, especially for older people, who believed that their urinary incontinence was due to age and physical condition [21].

### 3.2 Second question: "What are the assessment tools for urinary incontinence diagnosis in adults?"

Of the 12 articles, only one article of the tools responds to the research question, the Gaudenz-Fragebogen tool. This instrument establishes a differential diagnosis of female urinary incontinence [26]. This tool is constituted by 16 questions with dichotomous responses and generates two final scores for stress urinary incontinence and urge urinary incontinence, representing the first and second response options, respectively [26]. The item scores range from zero to three points for both types of incontinence. The total score ranges from zero to 26 points for either stress or urge urinary incontinence. Values between 13 and 26 points for urge urinary incontinence and zero to six for stress urinary incontinence indicate a 97% probability of an urge incontinence diagnosis. On the other hand, values between 13 and 26 points for stress urinary incontinence and zero to six points for urge urinary incontinence show an 87% probability of a positive diagnosis of stress urinary incontinence [26]. One of the characteristics of the Gaudenz-Fragebogen is that it is self-administered. It is easy to administer, with a mean time of 16 minutes for completion [26], and is designed for the hospital setting.

## DISCUSSION

Regarding assessment tools for diagnostic evaluation of urinary incontinence in adults, this review revealed various tools for evaluating the severity, type, symptoms and impact of urinary incontinence. We have found six tools that measure the severity of urinary incontinence symptoms and not the diagnostic evaluation of urinary incontinence in adults. As is the case of the following tools: The St. George urinary incontinence score (SGUIS); The Urogenital Distress Inventory (UDI

and Incontinence Impact Questionnaire (IIQ); The Leicester Urinary Symptom Questionnaire (LUSQ); The Female Urinary Symptom Score (FUSS) and The Danish Prostatic Symptom Score (DAN-PSS) questionnaire. However, they are not specific in differential diagnosis, are focused on assessing the severity of symptoms of urinary incontinence. Those tools were designed for the hospital and community settings, most of which were self-administered.

The Gaudenz-Fragebogen tool is a specific instrument for the female population, hospital setting and for a specific type of urinary incontinence. This one has the advantage of being self-administered and short duration of application.

Curiously, an important aspect that did not emerge from this review was the physical evaluation of adults. So, we believe that in recent years, research has focused more on the therapeutic attitudes within the impaired urinary incontinence than on the diagnostic evaluation of urinary incontinence. However, in our opinion, the early identification of people with involuntary urine loss and the differential diagnosis of urinary incontinence are essential to successful nursing interventions. These interventions should be targeted and individualized to the type of incontinence to result in health gains for the population. More, the evaluation tools can help to systematize the diagnostic activity and consequently facilitate the nursing clinical practice in the field of urinary incontinence.

Lastly, in care conception, nurses should target their interventions to personal data to address individual symptoms and use assessment tools that can help in the differential diagnosis of UI. Then, to advancing the quality and rigor of nursing care, we advocate that providing nurses with skills in attaining a differential diagnosis of UI presents an added value to the

TABLE 1

FRAMEWORK TABLE FROM DATA ITEMS SELECTED IN THE INCLUDE STUDIES

AUTHORS (YEAR) AND COUNTRY	SETTING	DESIGN	AIMS
Dowd, Kolcaba, & Steiner (2000) EUA	Community	Experimental	Test the abilities of cognitive strategies to augment the effects of an educational programme designed to treat compromised urinary bladder syndrome.
Grupo Cordobés para el Estudio de la Incontinencia Urinaria (2003) SPAIN	Community	Non - experimental	To analyse the results of a year's UI programme at Cabra Health Centre.
Hines, et al. (2007) EUA	Community	Non - experimental	To assess factors predictive of high adherence to a behavioural intervention to prevent UI.
Jonhson, Ouslander, Uman, & Shnelle (2001) EUA	Community	Non - experimental	To identify preferences for different UI treatments in LTC from groups likely to serve as proxy decision makers for LTC residents.
Booth, Kumlien, Zang, Gustafsson, & Tolson (2009) SWEDEN	Hospital	Qualitative	To explore nurses' practices and influences in relation to UI following stroke in the UK, Sweden and China.
Kim J. (2004) COREAN	Community	Quasi -experimental	To develop and evaluate IPE on PFM exercise adherence and pelvic muscle strength.

PARTICIPANTS	RESULTS	EVIDENCE LEVEL
31 female 9 male	Bladder educational and behavioural therapies influence the comfort of persons with urine loss to the extent that they decrease the frequency. These measures facilitate self-recognition of bladder dysfunction, decreasing the involuntary loss of urine. 1. Over time, the average scores of comfort on the UIFCQ differed between the intervention and control groups [ $F(2, 37) = 4.55, p = 0.02$ ]. Specifically, the intervention group had a higher average comfort at Time 2:03 than the control group. 2. In total, 89.5% of subjects in the intervention group showed improvement in UIFCQ compared to 52.4% in the control group ( $p = 0.01$ ). 3. When participants in the control group received the intervention (Cognitive strategies) at time 4, they showed the same improvement in level of comfort as the intervention group. 4. When the control group received the intervention, controls showed the same improvements in the level of urinary symptoms as the intervention group.	IIa
40 female 1 male	The programme covered 4% (41 people) of incontinent patients. The mean time of development until consultation was 7.4 years. Mixed UI was the most common diagnosis (51%). The severity was moderate/severe in 39 cases. UI prevented 10 people from undertaking physical activities and affected 11 people's relationships with their partner. Twenty-five people showed negative feelings, and 24 wanted an operation. Twelve people had no involuntary passage of urine at the end of rehabilitation, and 7 had none after a longer follow-up. The rest had positive changes in severity, state of mind, use of protective items and wish for an operation. The results were acceptable or successful for the people treated. The programme required an hour a week of doctor's time and three hours of nursing time.	III
164 female	Community-dwelling, postmenopausal women underwent PFMT and BT were followed, completing surveys for 1 year. Content analysis of open-ended responses was used to code the descriptions of approaches participants used to incorporate PFMT into daily life. Exploratory bivariate and logistic regression analyses determined the predictors of approach used and adherence. The results indicate that women incorporated PFMT into their lives using either a routine or ad hoc approach. Those using a routine approach at 3 months were 12 times more likely to adhere (odds ratio [OR] = 12.4, confidence interval [CI] = 4.0 - 38.8, $p < .001$ ) at a high level at 3 months and significantly more likely to maintain that level 12 months post-intervention (OR = 2.7, CI = 1.2 - 6.0, $p < .014$ ). Practicing BT was related to high adherence.	III
403 family members of incontinent NH residents were mailed surveys. 66 nursing staff caring for 79 older adults were assessed.	Although there was wide variation within and between groups regarding preferred UI treatment, most respondents preferred non-invasive strategies (diapers and PV) to invasive strategies (indwelling catheters and electrical stimulation). Older adults preferred medications and electrical stimulation to a greater degree, therapies directed at the underlying cause of UI. Despite data documenting that diapering is a less time-intensive way of managing UI and that toileting programmes are difficult to maintain in LTC, nurses viewed PV as "natural" and strongly preferred it to diapering. Several family members and older adults viewed PV as "embarrassing" and "fostering dependence." These data highlight the need to identify preferences for UI treatment among LTC residents and their families.	III
30 nurses	Nurses reactively manage urinary incontinence following stroke, adopting a routinized approach based on local custom and practice. Promotion of urinary continence is not a priority area of stroke rehabilitation for nurses in Western or Eastern countries. The consequence of conducting only superficial assessments was a lack of systematic identification of types or causes of urinary incontinence and a lack of individualised plans. A process model of practice, common to all three countries, was identified for stroke survivors with urinary incontinence. Routine core activities were followed by the palliative pathway (most frequently), in which urinary incontinence was contained to protect stroke survivors' safety and ensure social continence, or the rehabilitative route (more rarely), in which simple continence-promoting activities were implemented with the purpose of facilitating recovery of bladder function.	
30 female	The average attendance was 6.2 sessions. The IIFE significantly improved PFM exercise adherence, intra-vaginal contraction power and CSE. However, it did not significantly affect incontinence stress or geriatric depression. Other important results were that the two-finger test and urine stream interruption were more useful for teaching and evaluating elderly women with rigid vaginas.	IIb



TABLE 1

<b>Karon, (2005). NEW ZEALAND</b>	Hospital	Non - experimental (Pilot Study)	To assess the effectiveness of a bladder retraining programme using behavioural therapies in reducing episodes of urinary incontinence and improving symptoms.
<b>Dougherty, et al. (2002) EUA</b>	Community	Experimental - RCT	To implement and evaluate BMC, an intervention to manage symptoms of UI with older rural women in their homes.
<b>Diokno, et al. (2010) EUA</b>	Community	Experimental - RCT	To determine the effectiveness of Group BMP in managing female UI, using a standardized protocol taught to adult incontinent women.
<b>Sampselle, et al., (2000) EUA</b>	Community	Non - Experimental	To test the effectiveness of an evidence-based protocol for UI in improving the identification of women with the condition and improving their outcomes.
<b>Aslan, Komurcu, Beji, &amp; Yalcin, (2008) TURKEY</b>	Community	Experimental - RCT	To determine the efficiency of BT and Kegel exercises for older women living in a rest home.
<b>Reganhan, Guirardello, &amp; Lopes (2012) BRASIL</b>	Hospital	Methodological	To describe the process of translation and adaptation to the Brazilian culture of the Gaudenz- Fragebogen.

**Legend:** UIFCQ - Urinary Incontinence Comfort Questionnaire; PFMT pelvic floor muscle training; BT - Bladder training; LTC - Long-term care; PV - Prompted voiding; IIPE - Incontinence Intervention Program for the Elderly Women; PFM - pelvic floor muscles; CSE - Continence Self-Efficacy; BMC - Behavioural management for continence; BMP - Behavioural modification program; TG - Treatment Group; CG - Control Group; BT - Behavioural therapy

34 female 16 male	The findings showed improved urinary symptoms and improved quality of life based on an analysis of the Kings Health Questionnaire. There were statistically significant reductions in nocturia and episodes of urinary incontinence as well as an increase in the mean amount of urine voided in millilitres. Bladder retraining had no impact on the frequency of urination and no significant difference with regards to fluid intake. A telephone reminder did not provide a useful tool in improving outcomes. The 3 months of bladder retraining had a long-term impact and may be a valuable strategy for reducing the impact of urinary incontinence in a homebound adult population.	III
BMC= 94 Control=84	The intervention involved self-monitoring, bladder training, and pelvic muscle exercise with biofeedback. The primary outcome variable, severity of urine loss, was evaluated by pad test. Secondary variables were episodes of urine loss, micturition frequency, voiding interval, quality of life, and subjective report of severity. Urine loss severity at baseline did not significantly differ between the two groups. However, using generalized linear mixed model analysis, at the four follow-ups, severity of urine loss, episodes of urine loss, quality of life, and subjective report of severity were significantly different. At 2 years, in the BMC group, UI severity decreased by 61%; severity in the control group increased by 184%. Self-monitoring and bladder training accounted for most of the improvement.	Ib
Control=18 Treatment=23	Baseline data for both groups showed no statistically significant differences except for an age difference. At 6–8 weeks post-intervention, a significantly higher proportion of the TG (52.2%) had improved compared to the CG (16.7%). Additionally, the TG showed statistically significant improvement in 24-h voids, reduced leak diameter on cough test, improved pelvic muscle strength in pressure score, displacement, and duration, compared to their baseline pre-intervention data. The CG had only a statistically significant change in displacement score. Group-session teaching of BMP by trained urology nurses reduced UI severity, increased pelvic floor muscle strength, and reduced voiding frequency. This pilot study may precede the establishment of a single-session Group BMP as both a preventive and therapeutic cost-effective broad-based programme in the future.	Ib
Continent=632 Incontinent=842	These results demonstrate the effectiveness of the evidence-based protocol in actual clinical settings. Frequency of incontinence episodes, estimated volume lost per episode, and the cost of self-management decreased. Quality of life improved, as reflected in decreased bother due to incontinence and in the number of women avoiding activities such as shopping, exercising, or travel because of incontinence. This simple programme of pelvic floor muscle and bladder training, systematically implemented in a variety of ambulatory women's health care settings, benefited women's continence status. The results of this project strongly support widespread application of the protocol.	III
Control=25 Treatment=25	Behavioural therapy can be easily used as an effective treatment for urinary incontinence in elderly women living in a rest home. The average age of the treatment group was $78.88 \pm 4.80$ years, and the average age of the control group was $79.44 \pm 5.32$ years. Urgency, frequency and nocturia were common complaints. Pre-treatment, 8-week and 6-month evaluations revealed that the amount of urinary incontinence with urgency, frequency and nocturia complaints significantly decreased in the treatment group compared to the control group. In the pad test results, a statistically significant decrease was observed in the treatment group compared to the control group. A significant increase in pelvic floor strength was observed in the treatment group compared to the control group at all evaluations.	Ib
35 female	The application of the Gaudenz-Fragebogen allows for the establishment of a differential diagnosis of female urinary incontinence. The score ranges from zero to three points for both types of incontinence. The total score ranges from zero to 26 points for either stress urinary incontinence or urge urinary incontinence. Values between 13 and 26 points for urge urinary incontinence and zero to six for stress urinary incontinence indicate a probability of 97% for a diagnosis of urge incontinence. On the other hand, values between 13 and 26 points for stress urinary incontinence and zero to six points for urge urinary incontinence show a probability of 87% of a positive diagnosis of stress urinary incontinence.	III

improvement of quality of care in a multidisciplinary context.

### CONCLUSION

This integrative review contributes to knowledge in the nursing field, specially in care conception by identifying non-pharmacological interventions for adults with urinary incontinence as well assessment tools for diagnostic of urinary incontinence in adults.

All twelve studies were unanimous in considering UI as a public health

problem based on its implications for individuals' daily lives and social activities. Nurses were reported to be an important professional group for the early detection of this problem as well as for implementing effective interventions. The non-pharmacological interventions identified are in the autonomous nursing interventions domain, namely, teaching, instructing, training and informing, as follows:

- Teaching, instruct and-training on pelvic muscle exercises.
- Inform about absorbent prod-

ucts.

- Inform on behavioural changes (reduction of caffeine intake, fight against overweight and regulating the amount and timing of fluid intake).
- Training behavioural therapies, namely bladder training and prompted voiding training.

### CONFLICTS OF INTEREST DISCLOSURE

The authors declare that there is no conflict of interest. ▴



## References

1. Francine M, Christopher M. Epidemiology and classification of urinary incontinence. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2000:183-205.
2. Grupo Cordobès para el estudio del incontinencia,. Implantación de un programa en incontinencia urinaria en un centro de salud. *Atención Primaria*. 2003:446-52.
3. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187(1):116-26.
4. Silva VA, D'Elboux MJ. Nurses' interventions in the management of urinary incontinence in the elderly: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012.
5. Morrison A, Levy R. Fraction of nursing home admission attributable to urinary incontinence. *Value in Health*. 2006:272-4.
6. Sensoy N, Dorgan N, Ozek B, Karaaslan L. Urinary Incontinence in woman: Prevalence rates, risk factors and impact of quality life. *Pak J Med Sci*. 2013:818-22.
7. Kasicsi M, Kiliç D, Avsar G, Sirin M. Prevalence of urinary incontinence in older Turkish women, risk factors and effect on activities of daily living. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2015:217-23.
8. Williams K. Stress urinary incontinence: Treatment and support. *Nursing Standard*. 2004:45-52.
9. Monahan F, Sands J, Neighbors M, Marek J, Green C. PHIPS - Enfermagem Médico-Cirúrgica. Loures: Lusodidata; 2010.
10. Assis GM, Faro ACM. Clean intermittent self catheterization in spinal cord injury. *Rev Esc Enf USP*. 2011:282-6.
11. Whittemore R, Knaf K. The Integrative review: update methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 2005:546-53.
12. Hubner W, Scharp O. Treatment of incontinence after prostatectomy using a new minimally invasive device: adjustable continence therapy. *BJU*. 2005:587-94.
13. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D, PRISMA G. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*. 2009.
14. Registered Nurses Association of Ontario Nursing Best Practice Guideline consultado em: [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Promoting\\_Continence\\_Using\\_Prompted\\_Voiding.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Promoting_Continence_Using_Prompted_Voiding.pdf). [www.rnao.org/bestpractices2011](http://www.rnao.org/bestpractices2011).
15. Souza Marcela Tavares, Silva Michelly Dias, Carvalho Raquel. Integrative Review: What is it? How to do it? *Einstein*. 2010:102-6.
16. Booth J, Kumlien S, Zang Y, Gustafsson B, Tolson D. Rehabilitation nurses practices in relation to urinary incontinence following stroke: a cross-cultural comparison. *Journal of Clinical Nursing*. 2009:1049-58.
17. Karon S. A Team approach to Bladder Retraining: A Pilot Study. *UROLOGIC NURSING*. 2005 August:269-76.
18. Diokno A, Ocampo M, Ibrahim I, Karl C, Lajiness M, Hall S. Group session teaching of behavioral modification program (BMP) for urinary incontinence: a randomized controlled trial among incontinent women. *International Urology and Nephrology*. 2010:375-81.

19. Aslan E, Komurcu N, Beji N, Yalcin O. Bladder training and Kegel Exercises for women with urinary complaints living in a rest home. *Gerontology*. 2008:224-31.
20. Hines S, Messer K, Seng J, Raghunathan T, Diokno A, Sampsel C. Adherence to a Behavioral Program to Prevent Incontinence. *Western Journal of Nursing Research*. 2007:36-56.
21. Kim J. The Development and Evaluation of an Incontinence Intervention Program for the Elderly Women at Elderly Welfare Center. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2004:1427-33.
22. Dougherty M, Dwyer J, Pendergast J, Boyngton A, Tomlison B, Coward R, et al. A Randomized Trial of Behavioral Management for Continence With Older Rural Women. *Research in Nursing & Health*. 2002:3-13.
23. Jonhson T, Ouslander J, Uman G, Shnelle J. Urinary Incontinence Treatment Preferences in Long-Term Care. *JAGS*. 2001:710-8.
24. Dowd T, Kolcaba K, Steiner R. Using Cognitive Strategies to Enhance Bladder Control and Comfort. *Holistic Nursing Practice*. 2000 January:91-103.
25. Sampsel C, Wyman J, Thomas KK, Newman D, Gray M, Dougherty M, et al. Continence for women: A test of AWHONN's Evidence-Based Protocol in Clinical Practice. *JOGNN*. 2000:18-26.
26. Reganhan de Oliveira, Guirardello Léo Dolores, Lopes Brito, Moraes Maria Helena. Tradução e adaptação para a cultura brasileira do Gaudenz-Fragebogen. 2012;46 (3):565-72.
27. Tomé G, Camacho I, Matos M, Simões C. Influência da família e amigos no bem-estar e comportamentos de risco: Modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças* [revista en Internet] 2015. [acceso 2 de mayo de 2019]; 16(1): 23-34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160104>
28. Shek D, Li X. Perceived school performance, life satisfaction, and hopelessness: A 4-year longitudinal study of adolescents in Hong Kong. *Social indicators research* [revista en Internet] 2016. [acceso 26 de abril de 2019]; 126(2): 921-34. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11205-015-0904-y>
29. Abbas O, Al Buhairan F. Predictors of Adolescents' Mental Health Problems in Saudi Arabia: Findings from the Jeeluna National Study. *Journal of Adolescent Health* [revista en Internet] 2018. [acceso 19 de junio de 2019]; 62(2): S53. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.11.108>
30. Steeg S, Haigh M, Webb R, Kapur N, Awenat Y, Gooding P, Pratt D, Cooper, J. The exacerbating influence of hopelessness on other known risk factors for repeat self-harm and suicide. *Journal of affective disorders* [revista en Internet] 2016. [acceso 26 de abril de 2019]; 190: 522-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.050>
31. Base de Dados Portugal Contemporâneo (PORDATA). Retrato de Portugal 2017. [acceso em 2019 jul 22]. Disponível em <https://www.pordata.pt/Retratos/2017/2017-54>
32. Santos O, Silva I, Meneses R. Estudo de fidelidade teste-reteste da adaptação do YRBS para Portugal. *Psicol Educ Cult*. 2010. [acceso 26 de abril de 2019]; 14(2): 301-18. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/5272/1/2010\\_PEC\\_2.pdf#page=65](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/5272/1/2010_PEC_2.pdf#page=65)
33. Araújo Veras, J. L., da Silva, T. D. P. S., & Katz, C. Funcionamento familiar e tentativa de suicídio em adolescentes. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* [revista en Internet]; 2017. [acceso 18 de julio de 2019]; 9(22): 70-82. Disponible en: [http://stat.saudeettransformacao.incubadora.ufsc.br/index](http://stat.saudeettransformacao.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3593/5002)
34. Smilkstein G. (1979). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978; 6:1231-39.
35. Silva L, Alvim C, Costa C, Ramos T, Costa E. O suicídio na adolescência nas publicações da enfermagem brasileira: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro* [revista en Internet]; 2016. [acceso 18 de julio de 2019]; 5(3): 1871-84. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v5i3.767>
36. Gaspar T, Tomé G, Gómez-Baya D, Guedes F, Cerqueira A, Matos M. O bem-estar e a saúde mental dos adolescentes portugueses. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente* [revista en Internet]; 2019. [acceso 18 de julio de 2019]; 10(1): 17-27. Disponible en: <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/2626/2839>
37. Leite A, Veiga F. Atitudes dos jovens face a si próprios e envolvimento na escola: um estudo com alunos do sistema de aprendizagem. *R Est Inv Psico y Educ* [revista en Internet] 2017. [acceso 2 de mayo de 2019]; 5: 56-63. Disponible en: <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.05.2295>
38. Leite F, Pessoa M, Santos D, Rocha G, Alberto M. Adolescentes: Sentido da escola. *Psicologia Escolar e Educacional* [revista en Internet] 2016. [acceso de julio de 2019]; 20(2) 339-48. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v20n2/2175-3539-pee-20-02-00339.pdf>
39. Arantes V, Pinheiro V, Gomes M. O valor da escola para os jovens. *International Studies on Law and Education* [revista en Internet] 2019. [acceso 19 de junio de 2019]; 31: 32. Disponible en: [http://www.hottopos.com/isle31\\_32/165-176Valeria.pdf](http://www.hottopos.com/isle31_32/165-176Valeria.pdf)
40. Torrado P, Martins J, Rendeiro P, Marques A, Costa F. Atividade física na adolescência: a importância do apoio e dos níveis de atividade física dos amigos. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte* [revista en Internet]; 2016. [acceso 18 de julio de 2019]; 11(2): 297-303. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5548763.pdf>
41. Paiva P, Paiva H, Lamounier J, Ferreira E, César C, Zarzar P. Consumo de álcool em binge por adolescentes escolares de 12 anos de idade e sua associação com sexo, condição socioeconômica e consumo de álcool por melhores amigos e familiares. *Ciênc. saúde coletiva* [revista en Internet] 2015. [acceso 18 de julio de 2019]; 20(11): 3427-35. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015001103427&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103427&lng=pt).
42. Magnani R, Staudt A. Estilos parentais e suicídio na adolescência: uma reflexão acerca dos fatores de proteção. *Pensando famílias* [revista en Internet] 2018. [acceso 19 de junio de 2019]; 22(1): 75-86. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v22n1/v22n1a07.pdf>
43. Araújo Veras, J. L., da Silva, T. D. P. S., & Katz, C. Funcionamento familiar e tentativa de suicídio em adolescentes. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* [revista en Internet]; 2017. [acceso 18 de julio de 2019]; 9(22): 70-82. Disponible en: [http://stat.saudeettransformacao.incubadora.ufsc.br/index](http://stat.saudeettransformacao.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3593/5002)
44. Shek D, Liang L. Psychosocial factors influencing individual well-being in Chinese adolescents in Hong Kong: A six-year longitudinal study. *Applied research in quality of life* [revista en Internet] 2018. [acceso 26 de abril de 2019]; 13(3): 561-84. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11482-017-9545-4>



# THE EFFECTIVENESS OF NEGATIVE PRESSURE THERAPY FOR THE TREATMENT OF DIABETIC FOOT WOUND: AN UMBRELLA STUDY

A eficácia da terapia por pressão negativa para o tratamento da ferida no pé diabético: uma revisão de revisões

## OLGA FERNANDES

**Professor Coordenador**, RN, PhD. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

✉ [olgafernandes@esenf.pt](mailto:olgafernandes@esenf.pt)

## PALMIRA OLIVEIRA

**Professora Adjunta**, Mestre. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

## CRISTINA PINTO

**Adjunct Professor**, RN, Ph.D. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Center for Health Technology and Services. Porto, Portugal.

### Abstract

**Introduction and objectives:** Diabetic foot is one of the disabling complications of diabetes affecting more than one million people in Portugal. Negative pressure therapy is relatively recent, describing itself as facilitating wound bed preparation and inducing granulation and angiogenesis. It is our goal to provide an overview of available evidence on the clinical efficacy of negative pressure in the treatment of diabetic foot in adults.

**Methodology:** This is an umbrella review, with research in Scopus, Web of Science and Ebsco (Cinahl Complete and Medline), with the time limit (2014-2019), English and Spanish language, after defining the PICO review question, descriptors and inclusion and exclusion criteria. Two investigators performed methodological quality assessment, independently using JBI Critical Assessment Instrument.

**Results and discussion:** 14 systematic reviews were identified, 3 were duplicated, 9 were eliminated after application of the inclusion criteria. Two articles were included, one with meta-analysis. The reviews included 23 studies indicating that negative pressure therapy is effective and safe, generally reflecting greater amounts of granulation tissue and shorter healing time. The existence of few randomized controlled trials and small samples are some of the limitations mentioned.

**Conclusions:** The availability of evidence synthesized with this review may support clinical decision-making leading to an improvement in the quality of health care provided to people with diabetic foot injury.

**KEYWORDS:** WOUND HEALING; NEGATIVE PRESSURE THERAPY; DIABETIC FOOT; UMBRELLA REVIEW.

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2016)<sup>1</sup> em 1980, o número de pessoas portador de diabetes em todo o mundo era de 108 milhões, atingindo em 2014 os 422 milhões. A prevalência desta doença nos adultos, com mais de 18 anos, foi de 8,5% em 2014, e a estimativa da OMS para 2030 em todo o mundo, rondará os 430 milhões de pessoas. O Programa Nacional para a Diabetes (2017)<sup>2</sup>, apresenta uma prevalência desta doença no território nacional de 13,3%. Este valor aumenta para a população portuguesa mais envelhecida, para os 23,8% na faixa etária dos 65 aos 74 anos de idade<sup>2</sup>. A diabetes é uma patologia do metabolismo caracterizada por níveis elevados de glicose no sangue e por alteração no metabolismo dos carboidratos, lípidos e proteínas, alterações na secreção de insulina, na ação da insulina ou em ambos os mecanismos<sup>3,4</sup>. O descontrolo do perfil glicémico que se desenvolve no percurso da doença, e as consequências que daí advêm, torna favorável o aparecimento de diversas comorbilidades, nomeadamente a patologia cardiovascular, o risco para a doença arterial periférica e por consequência, a neuropatia, a instalação do pé diabético<sup>3,4,5</sup>. O estudo da perfusão do pé numa pessoa com diabetes é extremamente importante porque pode estimar o risco para o aparecimento de ferida do pé e de amputação do pé ou membro<sup>4,5,6</sup>. Os testes de ultrassonografia e de angiografia são particularmente relevantes na avaliação da doença arterial periférica, na avaliação do potencial de calcificação das artérias e do compromisso circulatório<sup>6</sup>. A avaliação do estado de perfusão dos tecidos do pé<sup>4,6</sup> pode ser realizada pela avaliação do índice tornozelo braço que quando indi-

cativo de um valor  $<0.9$  é sugestivo da limitação no fluxo sanguíneo (grave), e ainda, pela avaliação das pressões dos dedos dos pés fotopletismografia (detecção do fluxo pulsátil e produção de curva de onda de pulso)<sup>7</sup>. Este tipo de meios de diagnóstico, torna possível perceber o estado de perfusão sanguínea de todo o pé e portanto o risco para o aparecimento de ferida (úlceras), a complexidade de cicatrização<sup>6</sup> estará muito dependente dos resultados destes testes<sup>4</sup> pois a adequada irrigação/perfusão dos tecidos do pé é essencial para a regeneração dos tecidos. O pé diabético decorre do agravamento da circulação/perfusão dos tecidos do pé, e da neuropatia, podendo apresentar ou não ferida (ulceração do pé)<sup>4</sup>. A doença arterial periférica é a principal responsável<sup>3,5</sup> mas não está sozinha, originando, à medida que se vai agravando, progressivamente, o aparecimento e ulceração da ferida, estando presente em cerca de 50% das pessoas com pé diabético e em 71% dos idosos com mais de 70 anos de idade<sup>4,6</sup>. O exame físico da pessoa que tem uma ferida do pé diabético (FPD) é obrigatório avaliando-se não apenas a circulação do pé, mas ainda a presença de infeção da ferida, edema e neuropatia. A instalação da neuropatia diabética pode gerar a neuroartropatia de Charcot<sup>6</sup>, condição que se caracteriza por alguns dados morfológicos do tipo eritema local, edema e aumento acentuado de temperatura, resposta inflamatória local excessiva desencadeando osteoporose, frequentemente fraturas e deformidade do pé<sup>6</sup>. No caso da já existência de ferida o acesso à perfusão local, a verificação da presença de edema local ou de infeção da ferida são fundamentais. A perfusão sanguínea local é importante, dado

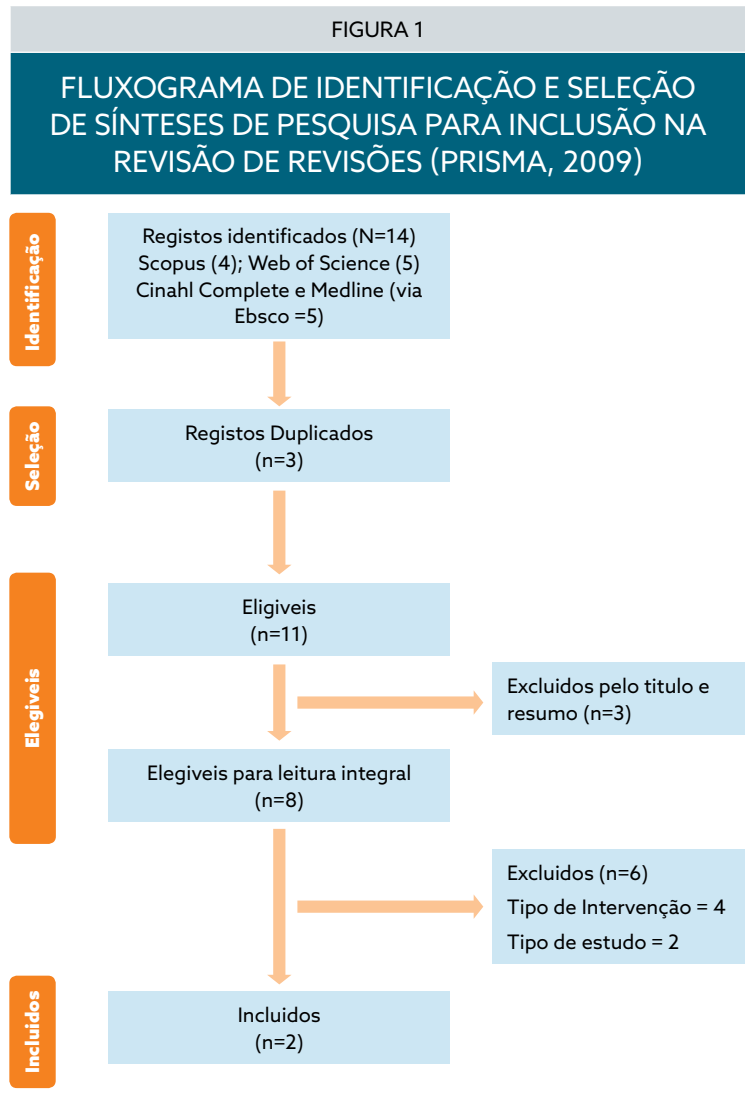
influenciar todas as fases de cicatrização, e a sua avaliação pode ser realizada através da (1) avaliação da tensão transcutânea de  $O_2$  (está reduzida nos diabéticos com doença arterial periférica verificando-se alteração da cicatrização para valores inferiores a 40mmHg); (2) pela avaliação da pressão de perfusão cutânea; (3) por angiografia por fluorescência (mais utilizada em caso de isquemia do pé); (4) por fluxometria por laser Doppler que permite medir a perfusão sanguínea microcirculatória local<sup>6</sup>. A alteração da atividade celular na ferida do pé diabético (FPD) faz com que as fases de cicatrização das feridas possam ficar alteradas<sup>3</sup>. Verifica-se uma fase inflamatória exacerbada e descontrolada, muito mais demorada, modulada pela presença aumentada de fatores inflamatórios nomeadamente as citocinas e quimiocinas, alteração das funções celulares nomeadamente dos granulócitos, dos macrófagos da quimiotaxia prejudicando a cicatrização e levando ao aprofundamento da ferida sob a forma de úlcera, e à possibilidade de contrair infeção<sup>3</sup>. Entre 20% a 25% de doentes com diabetes desenvolvem FPD<sup>1,2,7</sup> e com cicatrização crónica e complexa<sup>3</sup>. São recorrentes, e podem complicar para a amputação de parte do pé (amputação *minor*), ou para a amputação a nível do tornozelo, da perna ou da coxa (amputação *major*), trazendo incapacidade e dependência para a pessoa<sup>7</sup>. A qualidade de vida pode ser afetada pela dor por ferida, por dor do pé em repouso, pela sensação de fraqueza muscular, e pela presença de claudicação intermitente. O aparecimento de infeção da ferida, a osteomielite e a celulite aumentam e determinam a gravidade da situação, a dificuldade de cicatrização<sup>7</sup> e a qualidade de vida das pessoas<sup>4,5,6</sup>.

&gt;

O tratamento local da FPD deve ser multidisciplinar, ter como *resultados* promover a proteção o local da infecção, remover o exsudato excessivo, facilitar a cicatrização<sup>3,7</sup>. As intervenções podem diferir conforme a complexidade da ferida, a sua extensão, a profundidade, a condição clínica da pessoa, o estágio da diabetes e os tecidos envolvidos e presentes. Lavar o leito da ferida, tapar com pensos, controlar a infecção, controlar a isquemia e fazer o desbridamento de tecidos inúteis<sup>3,7</sup> fazem parte dos métodos tradicionais. As intervenções para a redução do tamanho podem incluir intervenções que estimulem a produção de tecido de granulação, desde os derivados do ácido hialurônico, a aplicação de ultrassons, pensos de hidrogel<sup>8</sup>, a utilização de *stem cells*<sup>7</sup>, ou mesmo a terapia por oxigênio hiperbárico. Comercializados, existem vários tipos de pensos constituídos por diferentes materiais, em diferentes formatos e modos de aplicação. Os materiais incluem as compressas de algodão, polímeros sintéticos em mistura e ou em combinação. Os materiais de penso aparecem processados comercialmente sob a forma de filmes, espumas, hidrocolóides e hidrogéis<sup>8</sup>. É importante avaliar a complexidade da ferida integrando essa avaliação na complexidade clínica da própria pessoa. Estudos randomizados têm demonstrado a eficácia da terapia por pressão negativa (TPN) no tratamento das FPD, nas feridas pós-cirúrgicas resultantes de amputação por pé diabético<sup>6</sup>. A TPN está especialmente indicada na redução do edema, do exsudato, na melhoria da perfusão local, na proliferação celular e na formação de tecido de granulação<sup>6,9,12</sup>. A TPN apresenta-se como um dispositivo médico composto por uma interface tipo penso, integrando espuma ou gaze, que é colocada em contacto com o leito da ferida e completamente coberto com uma película aderen-

te<sup>12</sup>. A esta interface liga-se um tubo de sucção que a conecta a um reservatório. O tubo é adaptado a um programador de pressões atmosféricas negativas<sup>12</sup>, reguláveis, definindo-se como um sistema de vácuo controlado, fechado<sup>10</sup>. Quando programado, com a pressão negativa adequada para o efeito, demonstra eficácia na indução dos mecanismos de cicatrização, melhoria da perfusão<sup>10,11,12</sup>, induz a contração e tamanho da ferida<sup>11,12</sup>, tem eficácia no tratamento da infecção<sup>10</sup>. Conforme as condições da ferida a pressão pode ser aplicada de forma contínua ou intermitente, removendo o exsudato,

com este os fatores inflamatórios e bactérias, preparando o leito da ferida<sup>10,11</sup>. O processo inflamatório, sobretudo nas feridas crônicas, é diminuído através da depuração das citocinas pró-inflamatórias e enzimas proteolíticas presentes no exsudato aspirado acelerando o encerramento da ferida<sup>11,12</sup>. Os mecanismos de ação da TPN estão descritos na forma de (1) efeitos biológicos (mudança na conformação do citoesqueleto, melhoria na produção do tecido de granulação, redução da resposta inflamatória local); (2) efeitos físicos (aumentando o fluxo sanguíneo para a ferida, pela redução do edema, drenando o



exsudato, depura a carga bacteriana)<sup>10,11,12</sup>.

Esta revisão de revisões quer responder à questão: qual a eficácia clínica do tratamento por pressão negativa nas úlceras de pé diabético, em pessoas com mais de 18 anos, tratadas no hospital ou na comunidade?

A avaliação da eficácia clínica desta intervenção é muito importante para a qualidade dos cuidados prestados aos doentes com FPD .

## OBJETIVOS

São objetivos desta revisão: (1) examinar se a TPN é efetivamente utilizada no tratamento da ferida de pé diabético; (2) verificar se a TPN é eficaz para o encerramento da ferida, comparando com o tratamento convencional com compressas; (3) identificar se o tempo de formação de tecido de granulação é mais rápido comparativamente com o tratamento convencional.

## MÉTODOS

Desenho do estudo e estratégia de revisão

O grupo de trabalho foi constituído por três investigadores. Desenhou-se uma revisão de revisões - *umbrella review*. Trata-se de um método de revisão que utiliza uma visão geral dos resultados das revisões sistemáticas existentes e incluídas no estudo<sup>13,14</sup>. Neste método, a revisão sistemática de revisões foi utilizada para comparar e contrastar revisões publicadas, fornecendo informações<sup>13,14</sup> sobre a utilização da terapia por pressão negativa no tratamento da FPD. O termo *umbrella review* é utilizado para descrever estudos centrados no mesmo tópico de investigação, estudos que "compilam" informação de diferentes revisões sistemáticas, e que para a mesma condição clínica comparam a eficácia de diferentes tratamentos<sup>15,13,14</sup>. O desenho desta revisão considerou

apenas revisões sistemáticas de literatura e meta análises, pelo nível de evidência deste tipo de estudos<sup>14</sup> e ainda estudos com resultados quantitativos e qualitativos. Formulou-se a pergunta PICO e os critérios de inclusão: (1) a população, constituída por adultos com pé diabético em tratamento em contexto hospitalar ou em contexto de comunidade; (2) a intervenção, caracterizada apenas pela utilização de terapia por pressão negativa no tratamento da FPD; (3) a comparação, comparando TPN com os métodos tradicionais de tratamento (penso com compressas); (4) os *outcomes*, a diminuição do tempo de encerramento da ferida, melhoria do tempo de formação de tecido de granulação, menor infeção da ferida e a diminuição da amputação do pé, parte do pé ou membro inferior. Como critérios de exclusão decidiu-se que seriam excluídos: (1) os estudos com participantes com idade inferior a 18 anos; (2) os estudos com intervenção TPN para outro tipo de feridas que não FPD; (3) os estudos que incluíssem outro tipo de intervenção para além do tratamento por pressão negativa no tratamento da mesma ferida; (4) os estudos que não fossem revisões sistemáticas da literatura e meta-análise.

A identificação de estudos nas bases de dados foi efetuada em 8 de fevereiro de 2019 selecionando-se a Scopus, Web of Science e na EBSCO a CINHALL Complete e a Medline da biblioteca da Escola Superior de Enfermagem do Porto. A pesquisa foi conduzida por dois investigadores, utilizando termos de acordo com os Medical Subject Headings. Os descritores foram organizados na frase booleana: (Wound OR "wound healing") AND adults AND ("wound therapy" OR "negative pressure therapy") AND "diabetic foot" AND "Systematic Review". Incluíram-se como limitadores da pesquisa, o limite temporal 2014 e 2019 (tendo em conta que o uso da

TPN é muito recente), e os idiomas inglês e espanhol.

Para a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos, utilizou-se a *checklist* para a avaliação crítica de revisões sistemáticas e síntese de investigação, adaptada - *Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses*<sup>13,14,16</sup>.

A extração dos dados e síntese da evidência de cada um dos estudos foi realizada para a (Tabela 1), por cada um dos investigadores de forma independente e contemplou os detalhes: nome do autor e proveniência do estudo; objetivos; número de estudos incluídos na revisão sistemática; desenho dos estudos incluídos; termos de pesquisa nas bases de dados; contexto de desenvolvimento do tratamento; intervalos de datas de publicação dos estudos incluídos; participantes; avaliação da qualidade metodológica; intervenção; *outcomes*; resultados<sup>14,15</sup>.

## RESULTADOS

Concluiu-se um total de 14 registos que foram indexados na biblioteca EndNote X8. Removidos os duplicados (n=3) restaram onze. Dois investigadores fizeram a análise de cada um por título e *abstract* e um terceiro investigador geriu os conflitos relativos à seleção. Foram excluídos pelo título e resumo 3 artigos. Dos elegíveis para leitura integral (n=8), foram excluídos 6, (quatro excluídos pelo tipo de intervenção e dois pelo tipo de estudo). Incluídos nesta revisão dois estudos (confronte **figura 1**).

Dois revisores avaliaram a qualidade metodológica de cada um dos estudos, de forma independente, duas revisões sistemáticas, uma delas com meta análise. A avaliação seguiu os critérios da *JBI Critical Appraisal checklist for systematic review*, avaliando a qualidade metodológica, a possibilidade de viés na construção



TABELA 1

### TABELA DE EXTRAÇÃO DE DADOS E SÍNTESE DAS EVIDÊNCIAS RELATIVA AOS ESTUDOS INCLUÍDOS NESTA REVISÃO (AROMARATIS, 2014)

<b>Autor/ano/origem</b>	Gonzalez-Ruiz et al., 2018/ Madrid – Madrid, Espanha	Liu et al, 2017/ China
<b>Objetivos do estudo</b>	Avaliar a eficácia e a aplicabilidade clínica do uso da TPN nas úlceras de pé diabético	Avaliar a eficácia clínica, segurança e custo efetividade da terapia por pressão negativa para o tratamento das úlceras de pé diabético
<b>Tipo de revisão</b>	Revisão sistemática de literatura	Revisão sistemática com meta análise
<b>Termos de pesquisa</b>	("negative pressure wound therapy" OR "vacuum assisted closure" OR "vacuum sealing drainage") AND ("diabetic foot" OR "diabetic wound" OR "diabetic ulcer")	("diabetic foot" OR "diabetic feet" OR "foot ulcer diabetic") AND ("negative pressure" OR Negative pressure wound therapy" OR Vacuum assisted Closure" OR "VAC" OR "NPWT")
<b>Participantes detalhes</b>	967 Participantes com diabetes com idades que variam dos 18 aos 90 anos de idade. Tempo até ao encerramento da ferida (sete estudos): Nain, PS (N=30; Idades 25-75 anos); Lavery LA (N=162; Maiores 18 anos); Akbari A (N=20 ; Maiores de 18 anos); Lone A (N= 56; Idades 20-70 anos); Eginton M (N=10; idades maiores de 18 anos); Blume PA (N=342; Idades maiores de 18 anos); Lavery LA (N=40; Idades entre 21 e 90 anos) Cinco estudos incidem sobre o tempo de demora até à granulação dos tecidos": Sepulveda G ( N= 24; maiores de 18 anos); Etoz A (N= 24 maiores de 18 anos); Karatepe O (N= 67 ; maiores de 18 anos); Yang S ( N=30 idades 50-70 anos); Apelqvist J ( N= 162 , idades ?)	1044 participantes diabéticos com feridas crónicas e feridas cirúrgicas de pé diabético. Número de participantes por grupo:10 a 342 participantes. Média de idades entre 50,2 e 66,5  Intervenção entre 14 e 112 dias
<b>Contexto e serviços</b>	Não mencionado	Hospital (cirurgia geral, cirurgia vascular) Centros académicos de tratamento de feridas
<b>Bases de dados pesquisadas</b>	PubMed, CINAHL, SciELO , Web of Science	Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, Ovid, Chinese Biological Medicine
<b>Data range da pesquisa</b>	Novembro de 2016	Junho de 2016
<b>Data range das publicações incluídas nas revistas e que informam o outcome de interesse</b>	2000-2016	2000-2015
<b>Nº de estudos, tipo e lugar de origem de cada um dos estudos incluídos em cada revisão</b>	1 Incluídos 12 ensaios clínicos aleatorizados. Não identificada a origem geográfica de cada um dos estudos	Incluídos 11 RCTs com um total de 1044 pessoas com origem em Changai, Índia, Irão, Santiago do Chile, Turquia, USA e Paquistão centros de tratamento de feridas e serviços de internamento hospitalar
<b>Instrumentos utilizados para a avaliação da qualidade metodológica</b>	Escala de Jadad (critério de inclusão com pontuação maior ou igual a 3). Três dos doze estudos foram classificados com qualidade metodológica baixa (3); os restantes 9 foram classificados com pontuação de 4 (qualidade moderada).	Cochrane Collaboration tool for assessing risk of bias. Revman 5.3 software concluindo-se que 63,3% dos estudos em análise descreviam os métodos e processos de randomização.

<p><b>Outcomes relevantes para a questão de revisão do estudo umbrela</b></p>	<p>Sete estudos avaliaram a superfície/tamanho do leito da ferida (avaliação com a escala University of Texas Diabetic Foot Wound Classification System e ainda Clasificación Wagner de heridas) ; cinco estudos avaliaram o tempo de demora até à formação de tecido de granulação</p>	<p>Avaliação da segurança da terapia nomeadamente a redução do edema, infecção, dor ou hemorragia; avaliação do custo efetividade da intervenção comprovando ser uma intervenção menos cara; melhoria da qualidade de vida do doente</p>
<p><b>Método de síntese e de análise utilizado na síntese da evidência</b></p>	<p>Identificação e seleção dos estudos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos e organização em diagrama PRISMA. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos. Análise e síntese de dados organizada em duas tabelas em função das variáveis em análise: tempo de encerramento da ferida e tempo de formação de tecido de granulação</p>	<p>Dois investigadores efetuaram de forma independente a identificação dos artigos a incluir na revisão; Utilizaram a Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) checklist; a qualidade metodológica foi aferida pela Cochrane Collaboration tool for assessing risk of bias. Utilização de testes estatísticos qui quadrado para avaliar a heterogeneidade entre estudos e análise descritiva, intervalo de confiança para as variáveis contínuas e risco relativo e intervalo de confiança para as variáveis dicotómicas. Meta análise dos 11 artigos. Análise dos métodos e processos de randomização dos artigos incluídos.</p>
<p><b>Resultados</b></p>	<p>Avaliação do tamanho da ferida com recurso a Escala University of Texas Diabetic Foot Wound Classification System ou pela Clasificación Wagner de Heridas</p> <p><b>7 estudos incluíram como variável a Superfície de encerramento da ferida e cinco a demora até á formação de tecido de granulação:</b> mediu-se a superfície com tecido de granulação e cicatrização parcial ou total; comparou-se a efetividade da TPN face à cura convencional húmida após lavagem com Cloreto de sódio a 0.9% e desbridamento conforme necessário</p> <p><b>Tempo de formação de tecido de granulação:</b> analisado a eficácia comparativamente com a cura húmida. <b>Conforto e qualidade de vida</b> (Karatep et al); <b>Custo efetividade</b> (custos diretos e indiretos (Apelqvist et al)- Tempo até a cura húmida os resultados sugerem que a TPN face ao método de compressas húmidas (tradicional), promove uma <b>maior superfície de tecido de granulação e epitelização, diminui a extensão da ferida e reduz o tempo de cura.</b> (7 dos ECAs usaram como variável – a superfície do leito da ferida; 5 o tempo até á granulação)</p> <p><b>Aparelho sugerido</b> – Spiracur SNaP Wound System</p>	<p>TPN facilita a formação dos tecidos de granulação e o encerramento da ferida; Diminui o risco de o doente ser amputado (risco relativo 0,31; IC 95%:0,15-0,62, P=0,68);</p> <p>TPN comparado com o tratamento com compressas tradicionais obteve</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uma tx de cura completa da ferida mais elevada (risco relativo de 1,48; IC 95%: 1,24-1,76; P, 0,001);</li> <li>- Menor tempo de cura (diferença média, -8,07; IC%:-13,7ª -2,45; P=0,005);</li> <li>- Maior redução na área da úlcera (diferença média, 12,18; IC95%: 8,5-15,86; P &lt;0,00001);</li> <li>- Maior redução na profundidade da úlcera (diferença média 40,82, IC:95%, 35,97-45,67; P &lt;0,00001);</li> <li>- Menos amputações (risco relativo de 0,31; IC 95%: 0,15-0,62; P=0,001)</li> <li>- Qualidade de vida: com questionário SF -36 melhorada</li> <li>- Custo efetividade: globalmente inferior ao método tradicional</li> </ul> <p><b>Aparelho utilizado</b> – VAC – aparelho de vácuo assistido</p>

do estudo, na sua condução e na sua análise<sup>16,13,14</sup>. Os conflitos na análise da qualidade metodológica foram resolvidos por um terceiro investigador. Ambos os estudos apresentavam uma qualidade metodológica moderada para integrar a nossa revisão. Ambos os estudos tinham por objetivo examinar a

eficácia e aplicabilidade clínica da TPN no tratamento da FPD. Um dos estudos<sup>17</sup> (revisão sistemática com meta análise desenvolvido Jiangxi na China) incluiu onze estudos randomizados controlados, e o outro<sup>18</sup>, desenvolvido em Madrid, incluiu doze ensaios clínicos aleatorizados.

#### Tipo de Participantes

Um dos estudos integrou 1044 participantes, com média de idades entre os 50,2 e os 66,5. O número de participantes por grupo/estudo foi de 10 a 342. Os estudos desenvolveram-se geograficamente em Changai (1), Índia (2), Irão (1). Santiago do Chile (1), Turquia (1), USA >

(4), Paquistão (1), Turquia (1), em centros de tratamento de feridas e serviços de internamento hospitalar de cirurgia geral, ou de cirurgia vascular<sup>17</sup>. O segundo estudo integrou 967 participantes com idades entre os 18 e os 90 anos, não estando mencionada a média de idades destes participantes. Não foi possível encontrar os locais geográficos onde se desenvolveram esses estudos. As amostras por estudo rondaram entre os 20 e os 342 participantes (confronte **Tabela 1**).

### Intervenção/Fenómeno de Interesse

O tamanho das feridas foi avaliado com recurso a instrumentos para avaliação de feridas: Escala University of Texas Diabetic Foot Wound Classification System ou pela Classificación Wagner de Heridas. A TPN foi a intervenção escolhida em ambos os estudos, foi aplicada no grupo experimental enquanto nos grupos de controlo se aplicou o tratamento convencional por compressas húmidas ou outro tipo de compressas até à sua saturação<sup>17,18</sup>. O fenómeno de interesse era a avaliação da eficácia clínica dessa intervenção no encerramento das feridas.

### Outcomes de interesse

Avaliar a aplicabilidade clínica da TPN no tratamento da FPD e sua eficácia, o tempo de cicatrização, tempo de formação do tecido de granulação; Avaliar a segurança e custo efetividade da terapia por pressão negativa para o tratamento das FPD.

### Resultados

Nas duas revisões o tratamento por TPN foi a única intervenção comparando com o uso de pensos tradicionais com compressas<sup>17,18</sup>. Oito dos estudos incluídos em Liu, foram incluídos na revisão de Gonzalez. A TPN facilitou a formação dos tecidos de granulação e o encerramento da ferida; diminui o risco de

o doente ser amputado (risco relativo 0,31; IC 95%:0,15-0,62, P=0,68)<sup>17</sup>. A utilização da TPN comparada com o tratamento com compressas tradicionais obteve: uma taxa de cura completa da ferida, mais elevada (risco relativo de 1,48; IC 95%: 1,24-1,76; P, 0,001)<sup>17,18</sup>; menor tempo de cura (diferença média, -8,07; IC95%:-13,7<sup>a</sup> -2,45; P=0,005); maior redução na área da úlcera (diferença média, 12,18; IC95%: 8,5-15,86; P <0,00001); - Maior redução na profundidade da úlcera (diferença média 40,82, IC:95%, 35,97-45,67; P <0,00001); reduziu as amputações (risco relativo de 0,31; IC 95%: 0,15-0,62; P=0,001)<sup>17,18</sup>. A qualidade de vida destes doentes mostrou uma melhoria significativa (aplicação do questionário SF-36), comparativamente com os doentes dos grupos de controlo e tratamento convencional<sup>17</sup>. A pressão subatmosférica aplicada na TPN oscilou entre os 50 e os 200 mmHg conforme as características da ferida e o risco local de hemorragia. Aquando risco iminente de hemorragia a pressão aplicada foi mais leve. O tratamento foi administrado de forma contínua e de forma intermitente (apenas durante alguns minutos ou horas)<sup>17</sup>, conforme a necessidade de drenagem do exsudato e redução da carga bacteriana. O tempo de follow up da cicatrização destas feridas rondou entre as duas e as doze semanas. Verificou-se que a cicatrização no grupo de intervenção foi duas vezes superior ao do grupo controlo<sup>17,18</sup>. Apesar dos custos diretos da TPN serem elevados, o tratamento convencional com a mudança diária das compressas associado ao número de dias de tratamento, ou eventualmente as visitas domiciliárias, tornam este último mais dispendioso<sup>17,18</sup>. Os efeitos adversos da TPN incluem edema, dor, infeção e hemorragia. A infeção é um dos efeitos adversos mais comum, mas, os investigadores que esses efeitos não se mostraram mais significativos no

grupo experimental do que no grupo de controlo o que significa que não estarão associados à utilização ou não da TPN<sup>17,18</sup>.

### DISCUSSÃO

A TPN revelou-se eficaz no tratamento da FPD provando aumentar o tecido de granulação<sup>19,21</sup> em metade do tempo e acelerar o encerramento da ferida<sup>19,20</sup> relativamente a outros tipos de tratamento convencionais<sup>17,18,19</sup>. Talvez devido ao próprio mecanismo de ação da TPN que estimula a angiogénese e a regeneração dos tecidos<sup>19</sup>. Verifica-se que a carga bacteriana é diminuída<sup>21</sup> reduzindo uma das complicações, a infeção, diminuindo a necessidade de amputação<sup>20</sup> major ou minor do membro<sup>17</sup>. A FPD é uma das maiores causas de internamento dos doentes diabéticos<sup>21</sup>. A terapia por pressão negativa proporciona efeitos locais interessantes na redução do edema inflamatório<sup>21</sup>. A pressão subatmosférica criada artificialmente, de modo controlado, tem efeitos sobre a oclusão microvascular, faz a drenagem linfática, diminuindo o edema e permitindo uma melhor oxigenação e nutrição da ferida<sup>21</sup>. Contudo vários aspetos são essenciais para concluirmos sobre a eficácia deste tipo de tratamento e podermos generalizar as conclusões obtidas. Os estudos incluídos nas duas revisões compreendem 23 ensaios clínicos e estudos randomizados com amostras pequenas, doentes com feridas agudas e feridas crónicas na mesma revisão, cujo tamanho é avaliado com dois instrumentos para avaliação de feridas, distintos<sup>17,18</sup>. Ora, amostras reduzidas podem comprometer os resultados da eficácia da TPN. Assim como a avaliação de feridas com escalas diferentes pode comprometer os resultados do estudo no que respeita ao tempo de encerramento da ferida<sup>17</sup>. A qualidade metodológica dos dois

estudos incluídos é moderada, considerando-se a possibilidade de existirem erros sistemáticos na concretização dos desenhos dos estudos, a probabilidade de erros aleatórios na sua precisão e por consequência na extração e síntese dos resultados. Há necessidade de melhorar a qualidade metodológica no desenvolvimento dos desenhos dos estudos e na escrita dos relatórios de investigação para valorar a extração e aplicabilidade dos resultados<sup>13,14,15,16</sup>. Nos estudos incluídos na revisão sistemática de Gonzalez<sup>18</sup> a maioria dos estudos apresenta amostras muito pequenas e com critérios de inclusão dos estudos pouco definidos<sup>16</sup>. Os critérios de inclusão deveriam estar melhor definidos (idade e género dos participantes, tipo de ferida, severidade da diabetes, entre outros) e a tabela de extração de dados e síntese de evidências mais pormenorizada. Também o tipo de dispositivos de TPN utilizados nos diferentes tratamentos não é apresentado de forma explícita em nenhum dos estudos incluídos, bem como o valor da pressão sub atmosférica que foi utilizada nos tratamentos, não está assinalada em alguns dos estudos. As limitações desta revisão de revisões inclui: a escassez de revisões sistemáticas e de RCTs sobre

a eficácia da TPN em feridas de pé diabético, incluídas; a utilização de estudos com amostras muito reduzidas; a insuficiente descrição dos detalhes metodológicos utilizados que não garantem a qualidade metodológica dos estudos incluídos; escassa ou nenhuma evidência sobre a eficácia da TPN relativa a complicações da FPD. Finalmente uma das limitações deste estudo foi não termos recorrido à identificação de documentos sobre a eficácia da TPN na literatura cinzenta.

### CONCLUSÕES

Concluimos que as feridas de pé diabético são uma preocupação e um problema de saúde pública em todo o mundo. Os estudos revelam várias formas para o seu tratamento. Os resultados dos estudos incluídos nesta revisão de revisões demonstram a eficácia clínica da TPN no que respeita ao tempo de encerramento da ferida e à formação de tecido de granulação que é mais rápido comparativamente com o tratamento convencional. Os participantes apresentaram feridas crónicas e feridas agudas (em resultado de amputação), situadas no pé na região dorsal, calcanhar, plantares e dos dedos (ante pé e médio pé), que reduziram o seu tamanho, que apresentaram tecido de

granulação mais rapidamente que os grupos de controlo com tratamento convencional. Os resultados revelaram uma taxa de amputação reduzida nos grupos experimentais. O que é que este estudo nos traz de novo? O tipo de estudo que é uma revisão de revisões, com uma mensagem: em doentes com FPD, a TPN promove uma rápida cicatrização. Recomenda-se o uso da TPN porque os resultados desta revisão sugerem que a TPN é eficaz no encerramento da FPD.

**Implicações para a prática**  
É necessário introduzir este tipo de tratamento nas feridas de pé diabético, e assegurar que os profissionais que o realizam detêm a formação necessária sobre feridas de pé diabético e sua cicatrização; o conhecimento e treino de habilidades sobre terapia por pressão negativa e dispositivos médicos de pressão negativa é fundamental.  
**Implicações para a investigação**  
Esta revisão de revisões revelou a necessidade de se proceder a estudos experimentais randomizados e controlados que permitam avaliar eficácia e efetividade da TPN em doentes com pé diabético em feridas agudas e crónicas complexas. Mais investigação e de melhor qualidade é necessária.  
O grupo declara não existir qualquer tipo de conflito de interesses. ▀



## Referências

1. 1. World Health Organization. Global Report on Diabetes. [Relatório na Internet]. França. World Health Organization, 2016 [citado 2019 maio 5]. Disponível em
2. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257\\_eng.pdf;jsessionid=946F26A276478DCCA5D9E86C2C-29C508?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=946F26A276478DCCA5D9E86C2C-29C508?sequence=1)
3. 2. Direção Geral De Saúde. Programa Nacional para a Diabetes. Lisboa: Direção Geral de Saúde; Lisboa. 2017; 1-20.
4. 3. Moura LI, Dias AM, Carvalho E, de Sousa HC. Recent advances on the development of wound dressings for diabetic foot ulcer treatment: a review. *Acta Biomaterialia*. 2013; 9 (7):7093-114
5. 4. Brownrigg JRW, Hinchliffe RJ, Apelqvist J, Boyko EJ, Fitri-dge R, Mills JL, et al. Effectiveness of bedside investigations to diagnose peripheral artery disease among people with diabetes mellitus: A systematic review. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*. 2016; 32:119-27.
6. 5. Forsythe Rachel O, Hinchliffe Robert J. Assessment of foot perfusion in patients with a diabetic foot ulcer. *Diabetes Metabolism Research and Review*. 2016;32 Supplement 1:232-8
7. 6. Markakis K, Bowling FL, Boulton AJM. The diabetic foot in 2015: An overview. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*. 2016; 32:169-78.
8. 7. Shu Xuan, Shu Shenyou, Tang Shijie, Yang Lvjan, Liu Dan, Li Ke, et al. Efficiency of stem cell based therapy in the treatment of diabetic foot ulcer: a meta-analysis. *Endocrine Journal*. 2018; 65(4):403-13.
9. 8. Tricco Andrea C, Antony Jesmin, Vafaei A, Khan PA, Harrington A, Cogo E, et al. Seeking effective interventions to treat complex wounds: An overview of systematic reviews. *BMC Medicine*. 2015;13(1):1-23.
10. 9. Isaac AL, Armstrong DG. Negative pressure wound therapy and other new therapies for diabetic foot ulceration: the current state of play. *Medical Clinics of North America Journal*. 2013; 97: 899-909.
11. 10. Schintler Michael V. Negative pressure therapy: theory and practice. *Diabetes Metabolism Research Review*. 2012;28 Supplement 1:72-7.
12. 11. Hasan MY, Teo R, Nather A. Negative-pressure wound therapy for management of diabetic foot wounds: A review of the mechanism of action, clinical applications, and recent developments. *Diabetic Foot and Ankle*. 2015;6:1-11.
13. 12. Lima RVKS, Coltro PS, Farina JAJ. Negative pressure therapy for the treatment of complex wounds. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2017;44(1):81-93.
14. 13. Aromataris E, Fernandez RS, Godfrey C, Holly C, Khalil H. Methodology for JBI umbrella reviews. In: Joanna Briggs Institute, editor. *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014* Austrália: Joanna Briggs Institute; 2014. p. 1-34.
15. 14. Aromataris E, Fernandez R, Godfrey CM, Holly C, Khalil H, Tungpunkom P. Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):132-40.
16. 15. Ioannidis JPA. Integration of evidence from multiple meta-analyses: a primer on umbrella reviews, treatment networks and multiple treatments meta-analyses. *Canadian Medical Association Journal*. 2009;181(8):488
17. 16. The Joanna Briggs Institute. Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses. The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews. 2017:1-7.
18. 17. Liu S, He CZ, Cai YT, Xing QP, Guo YZ, Chen ZL, et al. Evaluation of negative-pressure wound therapy for patients with diabetic foot ulcers: systematic review and meta-analysis. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2017;13:533-44.
19. 18. Gonzalez-Ruiz M, Torres-Gonzalez JI, Perez-Granda MJ, Lenero-Cirujano M, Corpa-Garcia A, Jurado-Manso J, et al. Effectiveness of negative pressure therapy in diabetic foot ulcer: systematic review. *Revista Internacional De Ciencias Podologicas*. 2018;12(1):1-13.
20. 19. Chiang N, Rodda OA, Sleigh J, Vasudevan T. Effects of topical negative pressure therapy on tissue oxygenation and wound healing in vascular foot wounds *Journal Of Vascular Surgery*. 2017;66(2):564-71.
21. 20. Game FL, Apelqvist J, Attinger C, Hartemann A, Hinchliffe RJ, Löndahl M, et al. Effectiveness of interventions to enhance healing of chronic ulcers of the foot in diabetes: a systematic review. *Diabetes/Metabolism Research & Reviews*. 2016;32:154-68.
22. 21. Meloni M, Izzo V, Vainieri E, Giurato L, Ruotolo V, Uccioli L. Management of negative pressure wound therapy in the treatment of diabetic foot ulcers. *World Journal Orthopedia*. 2015;6(4):387-93.



**ANA MARIA FERNANDES**

**Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.** ISEIT - Instituto de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada. Portugal.

✉ [anamaria.psic@gmail.com](mailto:anamaria.psic@gmail.com)

**CRISTINA DE SOUSA**

**Professora Auxiliar,** Doutora em Psicologia. Escola Superior de Saúde Atlântica e ISEIT - Instituto de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada. Portugal.

**OLGA VALENTIM**

**Professor Adjunto,** Doutor em Enfermagem. Escola Superior de Saúde Atlântica e NursID, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

**LUÍS SOUSA**

**Professor Adjunto,** Doutor em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora. Évora, Portugal.

**HELENA VINAGRE**

**Professora Auxiliar,** Doutora em Psicologia. ISEIT - Instituto de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada. Portugal.

**JOSÉ CARLOS CARVALHO**

**Professor Adjunto,** Doutoramento em Ciências de Enfermagem. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

# BEM-ESTAR E ESPIRITUALIDADE EM ADULTOS SENIORES

## Well-being and spirituality in senior adults

### Abstract

**Background:** Spirituality contributes to individual well-being as a dynamic process and a personal experience that gives meaning to the human existence.

**Objective:** To characterize spiritual well-being in senior adults and analyse the relationship between spirituality and subjective well-being.

**Materials and Methods:** Descriptive, cross-sectional and correlational study. The participants are mostly female (66.7%), widowed (47.1%) and live alone (40.2%). They are on average 77.3 years old (SD = 7.7) and most have completed primary school (60.8%). Only 11.8% report not having religious beliefs. For data collection the following instruments were used: a Sociodemographic Questionnaire, the Spiritual Well-Being Scale (SWBS) and the Satisfaction with Life Scale (SWLS).

**Results:** There were statistically significant positive correlations between SWBS and Life Satisfaction ( $r = 0.380$ ;  $p < 0.01$ ), between existential well-being (EWB) and Life Satisfaction ( $r = 0.515$ ;  $p < 0, 01$ ) and religious well-being (RWB) and Life Satisfaction ( $r=0,253$ ;  $p<0,01$ ). On the SWBS scale and on the RWB and EWB subscales between the group of professing religion and non-professing group, statistically significant differences were found. ( $p<0,05$ ). People who follow a religion, compared to those who do not follow, have better religious well-being, existential, and spiritual well-being.

**Conclusions:** The results confirm that spirituality is related to subjective well-being in the senior adult. Understanding the role of religion and spirituality in this population well-being is critical to better care for and work with these people, and prepare them in advance to meet the challenges of ageing.

**KEYWORDS:** HEALTH OF THE ELDERLY; SPIRITUALITY; HEALTH PROMOTION; RELIGION; PERSONAL SATISFACTION.

## INTRODUÇÃO

**A**s questões associadas às perdas e mudanças decorrentes do processo de envelhecimento colocam a espiritualidade como uma área de estudo de interesse crescente neste ciclo de desenvolvimento. O processo de envelhecimento é muitas vezes acompanhado de perdas físicas e emocionais, e de situações geradoras de crise, como uma situação de doença crónica, exigindo ao adulto sénior um ajustamento constante. A espiritualidade pode assumir-se assim como um mecanismo de adaptação a estas situações. Este facto é defendido por diferentes autores que consideram que o *coping* religioso/espiritual pode ajudar o adulto sénior a gerir as situações de crise através da forma como utiliza a sua fé, as suas crenças, ou a sua relação com a transcendência ou com os outros.<sup>1,2</sup> Alguns autores têm estudado a relação entre a Espiritualidade e o Bem-estar, sendo esta percebida como um processo dinâmico pessoal e experiencial, que confere significado à existência humana tendo sido, também, associada à saúde através do conceito de Bem-Estar Espiritual, o qual é definido como um estado dinâmico que se reflete na qualidade das interações que o indivíduo estabelece consigo próprio, com os outros, com o ambiente e com algo que transcende o domínio humano.<sup>3</sup> O conceito de Bem-Estar Espiritual tem sido considerado um constructo multidimensional em diversos instrumentos de avaliação<sup>4-5</sup> e a interligação da espiritualidade com a religiosidade tem sido estudada em diferentes contextos e culturas.<sup>6-7</sup> Nesta interligação os estudos seguem o conceito original de Bem-Estar Espiritual,<sup>8</sup> que considera uma dimensão religiosa e uma dimensão sociopsicológica.

O Bem-Estar Espiritual surge com duas facetas, ambas com componentes verticais e horizontais. A dimensão vertical que aponta no sentido de bem-estar na relação com Deus. A dimensão horizontal, aponta para o sentido de propósito da vida e de satisfação com a vida, sem referência alguma especial a algo religioso. De acordo com a definição original ter um sentido de bem-estar existencial é saber o que fazer e porquê, quem somos, e a onde pertencemos.<sup>9</sup> Ambas as dimensões envolvem transcendência e enquanto sistemas integrados, estas duas dimensões, parcialmente distintas poderiam também afetar-se mutuamente.<sup>8</sup> Nos contextos de saúde o Bem-estar Espiritual tem sido considerado uma expressão de saúde espiritual ou um sinónimo da mesma.<sup>10</sup> O seu estudo com diversos grupos e em diversos contextos tem enfatizado a sua popularidade e utilidade. Em 2005, Moberg realçou o seu papel como fator protetor de saúde e sugeriu a importância do seu estudo no último ciclo de vida, no adulto sénior.<sup>11</sup> Outros autores enfatizaram mesmo a sua importância nos cuidados paliativos,<sup>12</sup> sendo também considerado um recurso importante quando se lida com doenças crónicas.<sup>1</sup> O Bem-estar Espiritual é considerado fundamental particularmente naqueles que estão mais envelhecidos ou aos quais é diagnosticado uma doença terminal.<sup>2</sup> No âmbito dos cuidados de Enfermagem alguns autores enfatizam que a avaliação do bem-estar espiritual de idosos com cancro, submetidos a quimioterapia é um importante instrumento como fator preditor de angústia espiritual, sendo da responsabilidade dos enfermeiros a clarificação do bem-estar espiritual e a assistência espiritual aos pacientes.<sup>13</sup>

Estudos recentes demonstraram que as atividades e experiências diárias no que concerne à religiosidade e espiritualidade, influenciam o Bem-Estar subjetivo e particularmente a Satisfação com a vida. A interação próxima ou o envolvimento com Deus (o divino, o transcendente) na vida diária preenche o significado da vida e da espiritualidade.<sup>14</sup> A satisfação com a vida tem sido identificada por diversos autores como parte integrante do conceito de Bem-estar e consiste na avaliação que o sujeito faz da satisfação com os acontecimentos vivenciados na sua vida.<sup>15</sup> O bem-estar espiritual é um recurso fundamental no processo do envelhecimento. Neste contexto, surgiu o interesse em realizar este estudo, sobre o bem-estar espiritual e a satisfação com a vida numa amostra de adultos seniores, e conhecer as suas relações.

## OBJETIVO

O objetivo do presente estudo é conhecer o Bem-Estar Espiritual, nas suas dimensões, numa amostra de adultos seniores e verificar que tipo de relação existe entre a espiritualidade e o bem-estar subjetivo, na dimensão satisfação com a vida.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de natureza correlacional. A amostra foi de conveniência, constituída por indivíduos de ambos os sexos (N=102), com mais de 65 anos, aposentados e residentes no concelho de Almada. Dada a população em estudo, a aplicação do questionário para recolha de dados foi feita através de contacto presencial, no sentido de proceder ao esclarecimento de dúvidas que pudessem eventualmente surgir no momento. Na realização deste >

trabalho, foram respeitadas as normas éticas constantes na declaração de Helsínquia. A participação foi voluntária realizada em dois lares e jardins públicos. Proce- deu-se ao pedido de autorização aos diretores das instituições. Foi explicado o direito individual de recusar a participação a qualquer momento e sem consequências, e foram dadas garantias de confidencialidade dos dados recolhidos, bem como de anonimato, cada um dos participantes, leu e assinou os Termos do Consentimento Informado antes do preenchimento dos questionários. Como critérios de inclusão tivemos em consideração: ter mais de 65 anos, com capacidade de leitura e compreensão da língua portuguesa, independentemente da escolaridade.

Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram os seguintes:

#### Questionário Sociodemográfico

com os seguintes dados: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, vive sozinho, professa alguma religião e se frequenta alguma igreja.

#### Escala de Bem-Estar Espiritual

(SWBS): Paloutzian e Ellison<sup>16</sup> basearam-se no estudo de Moberg e Brusek,<sup>17</sup> e desenvolveram uma medida para avaliar o bem-estar espiritual geral, que é constituída por 20 itens, correspondentes a uma escala de seis pontos que va-

ria de 1 (concordo plenamente) e 6 (Discordo plenamente). Está subdividida em duas subescalas de dez itens, designados para a avaliação do bem-estar religioso (RWB) e os outros 10 itens para mensuração do bem-estar existencial (EWB). Os itens de bem-estar religioso contêm referências a Deus como por exemplo "A minha relação com Deus contribui para minha sensação de bem-estar" e os de bem-estar existencial apontam para um encontro de algo de bom com a vida como por exemplo "Eu acredito que há algum propósito real para minha vida". Os resultados obtidos nas duas escalas são somados para obtenção dos resultados finais de bem-estar espiritual (SWB). Testes de fidelidade obtidos numa amostra de 100 estudantes da Universidade de Idaho, tiveram como resultados os coeficientes de 0,93 (SWB), 0,96 (RWB) e 0,86 (EWB). Com índices de consistência interna, os coeficientes de *Alpha* encontrados foram 0,89 para o índice geral, 0,87 para a subescala de bem-estar religioso e 0,78 para a subescala de bem-estar existencial. A magnitude destes coeficientes sugere que a escala tem alta fidelidade e consistência interna. A pontuação da escala está correlacionada, a outras medidas de avaliação de espiritualidade/religiosidade, bem como a outros índices de bem-estar. O estudo de adaptação para a língua portuguesa,<sup>4</sup> mantém a mesma estrutura fatorial e revela

uma consistência interna de *Alpha de Cronbach* 0,92 para o Bem-estar Espiritual; 0,92 também para o bem-estar religioso e 0,85 para o bem-estar existencial

#### Escala de Satisfação com a Vida

(SWLS): Para a satisfação com a vida foi utilizada, *The Satisfaction With Life Scale* desenvolvida por Diener e al.,<sup>15</sup> adaptada para a população portuguesa.<sup>18</sup> A SWLS é também uma medida de autoavaliação, constituída por cinco itens agrupados numa única dimensão, a respostas pode oscilar numa escala de Likert de sete pontos entre 1 (Não concordo totalmente) e 7 (Concordo totalmente). Os resultados podem variar entre 5 e 35, sendo que quanto maior a pontuação total maior a Satisfação com a vida. As qualidades psicométricas desta medida demonstraram ser adequadas, apresentando um *Alpha de Cronbach* de 0,87 e uma correlação teste e reteste de  $r = 9.82$  ao fim de dois meses. Emergiu apenas um fator que explica 66% da variância.<sup>15</sup> A adaptação portuguesa manteve a estrutura fatorial da medida original, apresentando, também, qualidades psicométricas adequadas. Revelou uma boa consistência interna, com um *Alpha de Cronbach* de 0,81.<sup>18</sup>

A consistência interna dos instrumentos utilizados no presente estudo foi avaliada com recurso ao coeficiente de consistência interna *Alpha de Cronbach*. Foi feito o estu-

TABELA 1

### ESTATÍSTICA DESCRITIVA DA ESCALA TOTAL E SUBESCALAS DA SWBS E DA ESCALA SWLS

SWBS/ SWLS	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DP
Bem-estar espiritual	102	50,00	131,00	102,77	21,00
Bem-estar existencial	102	28,00	65,00	50,07	7,55
Bem-estar religioso	102	16,00	66,00	52,69	16,23
Satisfação com a vida	100	2,00	6,80	4,96	1,19



TABELA 2

## CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE ESCALA TOTAL E SUBESCALAS DA SWBS E DA ESCALA SWLS E CONSISTÊNCIA INTERNA (ALPHA DE CRONBACH, A NEGRITO)

SWBS/ SWLS	1	2	3	4
1- Bem-estar espiritual	<b>(0,92)</b>			
2- Bem-estar existencial	0,739**	<b>(0,74)</b>		
3- Bem-estar religioso	0,950**	0,490**	<b>(0,96)</b>	
4-Satisfação com a vida	0,380**	0,515**	0,253*	<b>(0,76)</b>

\* Correlações significativas,  $p < 0,05$ . \*\* Correlações significativas,  $p < 0,01$ .

do descritivo das variáveis e para analisar a relação entre as mesmas foi usado coeficiente de correlação de *Pearson*. Analisamos as diferenças das médias das variáveis em estudo nas características socio-demográficas incluídas no questionário. Para este efeito foi realizado o teste *t* de *Student* ou a Análise da Variância (ANOVA) consoante a aplicabilidade dos mesmos. O teste post-hoc Tukey HSD foi utilizado para elucidar as diferenças entre os diferentes fatores. Para todos os testes, foi utilizado um nível de significância ( $\alpha \leq 0,05$ ). Quando foram encontradas diferenças significativas para um nível de significância ( $\alpha \leq 0,01$ , esse valor de referência foi considerado. A análise estatística foi efetuada através de utilização do programa informático SPSS (*Statistical Program for Social Sciences* – versão 25.0).

## RESULTADOS

Colaboraram no estudo um total de 102 idosos. A maioria é do sexo feminino (66,7%,  $n=68$ ) enquanto o sexo masculino se encontra representado por 33,3% ( $n=34$ ). A média de idades é de 77,3 anos ( $dp = 7,7$  anos). O sujeito mais novo tem 65 anos e o mais idoso 94 anos. O escalão etário mais representado é o escalão 65-70 anos (24,5%). Quase metade da amostra é viúva (47,1%). Seguem-se depois os casados (39,2%) e os divorciados (7,8%).

Em termos de escolaridade, predominam os sujeitos com o ensino primário (60,8%) ou o ensino liceal/técnico (20,6%). Os idosos com o ensino superior representam apenas 4,9%, 3,9% com licenciatura e 1,0% com mestrado.

Uma percentagem de 40,2% ( $n=41$ ) informa que vive sozinho. Dos que não vivem sozinhos, 36,3% vive com a família, 13,7% com o companheiro ou companheira e 8,8% encontram-se institucionalizados. Apenas 11,8% dos idosos entrevistados afirma que não tem crenças religiosas. Dentro dos que têm crenças evidencia-se os católicos (51,05%) e os evangélicos (35,3%). Um pouco mais de 70,0% afirma que frequenta a igreja.

Os valores descritivos das variáveis estudadas são apresentados na **tabela 1**.

Os valores das médias nas escalas do Bem-Estar aproximam-se dos valores máximos e revelam níveis elevados de Bem-Estar, quer na dimensão existencial, quer na dimensão religiosa. De realçar, no entanto, que o desvio-padrão do Bem-Estar Religioso e Bem-Estar Espiritual geral é maior do que no Bem-Estar existencial. Verificamos também que a amostra estudada revela bons níveis de satisfação com a vida.

Para analisar a relação entre a Satisfação com a vida e as diferentes dimensões do Bem-Estar Espiritual um procedimento de correlação

cujos resultados apresentamos na **tabela 2**.

A consistência interna dos instrumentos utilizados no presente estudo foi avaliada com recurso ao coeficiente de consistência interna *Alpha de Cronbach*. Os valores encontrados variam entre 0,76 e 0,96 (excelente) na escala de bem-estar religioso.

Os nossos dados revelam existirem correlações positivas estatisticamente significativas entre o SWB e a Satisfação com Vida ( $r=0,380$ ;  $p<0,01$ ), entre o EWB e a Satisfação com Vida ( $r=0,515$ ;  $p<0,01$ ) e o RWB e a Satisfação com a Vida ( $r=0,253$ ;  $p<0,01$ ).

Efetuamos uma comparação das médias das variáveis em estudo através do teste *t* entre os grupos que professam ou não uma religião. Foram evidenciadas diferenças significativas entre as médias do bem-estar religioso ( $t_{(100)}=6,125$ ;  $p<0,001$ ), bem-estar existencial ( $t_{(100)}=2,325$ ;  $p=0,022$ ) e espiritual ( $t_{(100)}=5,551$ ;  $p<0,001$ ) para os dois fatores. As diferenças encontradas vão no sentido de que quem professa uma religião ter em média maiores valores de bem-estar religioso ( $M=55,8$ ;  $DP=13,5$ ) do que os que não professam ( $M=29,6$ ;  $DP=17,1$ ). Apresentam também valores superiores de bem-estar existencial e espiritual (EWB  $M=50,7$ ;  $DP=7,3$  e SWB  $M=106,4$ ;  $DP=18,2$ ) do que os que não professam (EWB  $M=45,4$ ;  $DP=8,0$  e SWB  $M=75,0$ ;  $DP=20,0$ ).

Um padrão similar nas médias emergiu entre o grupo que frequenta uma igreja e o grupo que declarou não frequentar qualquer estabelecimento religioso. As diferenças foram estatisticamente significativas para o bem-estar religioso ( $t_{100}=4,601$ ;  $p<0,001$ ), bem-estar existencial ( $t_{100}=2,025$ ;  $p=0,045$ ) e bem-estar espiritual ( $t_{100}=4,294$ ;  $p<0,001$ ). O grupo que frequenta uma igreja apresentou valores de bem-estar religioso ( $M=57,1$ ;  $DP=11,4$ ), existencial ( $M=51,0$ ;  $DP=7,0$ ) e espiritual ( $M=108,1$ ;  $DP=16,0$ ) em média superiores do que os de bem-estar religioso ( $M=42,2$ ;  $DP=21,0$ ), existencial ( $M=47,8$ ;  $DP=8,5$ ) e espiritual ( $M=90,0$ ;  $DP=25,9$ ) do grupo que não frequenta.

Dando continuação aos resultados anteriores, comparámos as médias da regularidade com que os indivíduos frequentam a igreja, através da análise da variância e utilizando o teste Tukey HSD como post-hoc. Diferenças estatisticamente significativas foram encontradas no bem-estar religioso ( $F_3=7,203$ ;  $p<0,001$ ) e, bem-estar espiritual ( $F_3=6,239$ ;  $p=0,001$ ). Através do teste Tukey HSD podemos verificar que para o bem-estar religioso, a média do grupo que nunca frequenta a igreja ( $M=42,0$ ) é significativamente diferente ( $p=0,001$  entre os grupos) dos grupos que frequentam a igreja uma vez ( $M=58,5$ ) ou mais que uma vez ( $M=58,2$ ) por semana, sendo superior nos últimos. Para o bem-estar espiritual, a média do grupo que nunca frequenta a igreja ( $M=90,4$ ) é significativamente diferente e inferior dos grupos que frequentam a igreja uma vez ( $M=108,5$ ) ou mais que uma vez ( $M=111,3$ ) por semana (com significâncias para o teste Tukey HSD  $p=0,006$  e  $p=0,001$ ,

respetivamente).

No género, verificamos que as mulheres têm maior bem-estar religioso ( $M=47,6$ ;  $DP=19,9$  nos homens e  $M=55,3$ ;  $DP=13,5$  nas mulheres com  $t_{100}=-2,307$  e  $p=0,027$ ).

## DISCUSSÃO

A nossa amostra de adultos seniores expressa níveis elevados de Bem-Estar Espiritual, geral e nas suas dimensões, a par de bons níveis de satisfação com a vida, o que vem realçar a importância do conceito de espiritualidade neste ciclo de desenvolvimento, bem como da sua avaliação<sup>2</sup>, pois o Bem-Estar espiritual pode ter efeitos amortecedores perante o stresse, que aparece associado às mudanças nesta fase da vida.

Verificamos também que o Estar Espiritual está positivamente associado ao Bem-estar subjetivo, na sua dimensão cognitiva, a satisfação com a Vida, o que reforça a ideia defendida por outros autores que elevados níveis de bem-estar espiritual podem ter efeitos benéficos na vida da pessoa, contribuindo da força interior e de realizações<sup>19</sup>

Esta relação é mais forte com a componente Existencial do que com a Religiosa, o que vem acentuar a importância do estudo das dimensões no conceito de Bem-Estar, pois outros autores também verificaram que o domínio pessoal e comunitário da espiritualidade se encontra mais relacionado com a satisfação com a vida do que o domínio transcendental<sup>5</sup>

Contudo, na nossa amostra também verificamos diferenças para os níveis de SWB e EWB entre os indivíduos que declararam professar ou não uma religião. Essa dife-

rença foi maior para a componente religiosa, sendo que os indivíduos que afirmaram praticar uma religião reportaram maiores índices de bem-estar religioso, particularmente as mulheres. Também para o grupo de indivíduos que declarou frequentar uma instituição religiosa uma mais vezes por semana, as pontuações de bem-existencial, religioso e, por consequência, espiritual obtidos foram superiores. Tal como alguns estudos enfatizam atividades e experiências diárias no que concerne à religiosidade e espiritualidade, influenciam o Bem-Estar, uma vez que existe um compromisso, uma interação próxima ou o envolvimento com Deus (o divino, o transcendente) que na vida diária preenche o significado da vida.<sup>14</sup>

## CONCLUSÕES

O Bem-Estar Espiritual está associado a maiores níveis de Bem-Estar Espiritual e satisfação com a vida no adulto Sénior. A interligação da Espiritualidade com a Religiosidade é importante para a nossa amostra, sugerindo a necessidade de se avaliar nos contextos de saúde não só o Bem-Estar mas também verificar se a atividade religiosa é importante para a vida dos pacientes já que as intervenções dos cuidadores de Enfermagem podem ser mais complexas e não se reduzir ao tratamento farmacológico. Estudos qualitativos têm enfatizado que o cuidado espiritual incluindo a promoção do suporte religioso, se for esse o desejo do paciente, pode ser um recurso importante para promover a saúde e preservar a dignidade humana.<sup>20</sup> ▀



## Referências

1. Chaves ED, de Carvalho TP, Carvalho CC, Grasselli CD, Lima RS, de Souza Terra F, et al. Associação entre bem-estar espiritual e autoestima em pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Psicol Reflex Crit*. 2015;28(4):737-43. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528411>.
2. Harrington A. The importance of spiritual assessment when caring for older adults. *Aging Soc*. 2016 Jan;36(1):1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0144686X14001007>.
3. Pinto C, Pais-Ribeiro JL. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arq Med*. 2007 Mar;21(2):47-53. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v21n2/v21n2a02.pdf>
4. Marques LF, Sarriera JC, Dell'Aglio DD. Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE): Adaptation and validation of Spiritual Well-Being Scale (SWS). *Aval Psicol*. 2009;8(2):179-86. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712009000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000200004)
5. Lifshitz R, Nimrod G, Bachner YG. Spirituality and wellbeing in later life: a multidimensional approach. *Aging Ment Health*. 2019 Aug 3;23(8):984-91. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1460743>
6. Utsey SO, Lee A, Bolden MA, Lanier Y. A confirmatory test of the factor validity of scores on the spiritual well-being scale in a community sample of African Americans. *J Psychol Theol*. 2005 Dec;33(4):251-7.
7. Chan K. Is religious and existential well-being important in quality of life in Hong Kong Chinese?. *Soc Sci J*. 2018 Sep 1;55(3):273-83. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.soscij.2018.02.012>
8. Ellison CW. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *J Psychol Theol*. 1983 Dec;11(4):330-8.
9. Blaikie NW, Kelsen GP. Locating self and giving meaning to existence: a typology of paths to spiritual well-being based on new religious movements in Australia. In Moberg DO (ed.). *Spiritual well-being: Sociological perspectives* Washington: University Press of America; 1979:133-51.
10. Gouveia MJ, Marques M, Pais-Ribeiro JL. Portuguese version of the spiritual well-being questionnaire (SWBQ): Confirmatory factor analysis. *Psicol Saúde Doenças*. 2009;10(2):285-93. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1645-00862009000200012&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1645-00862009000200012&script=sci_arttext&lng=en)
11. Moberg DO. Research in spirituality, religion, and aging. *J Gerontol Soc Work*. 2005 Aug 15;45(1-2):11-40.
12. Chochinov HM, Cann BJ. Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *J Palliat Med* 2005;8:S103-15.
13. Caldeira S, de Carvalho EC, Vieira M. Entre o bem-estar espiritual e a angústia espiritual: possíveis fatores relacionados a idosos com cancro. *Rev Latinoam Enferm*. 2014 Jan 1;22(1):28-34. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281429912005>.
14. Yoon E, Chang CC, Clawson A, Knoll M, Aydin F, Barsigian L, Hughes K. Religiousness, spirituality, and eudaimonic and hedonic well-being. *Couns Psychol Q*. 2015 Apr 3;28(2):132-49. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09515070.2014.968528>
15. Diener ED, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess*. 1985 Feb 1;49(1):71-5.
16. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. Em LA Peplau, D Perlman (Orgs.). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. Nova York: Wiley; 1982:224-37.
17. Moberg DO, Brusek PM. Spiritual well-being: A neglected subject in quality of life research. *Soc Indic Res*. 1978 Mar 1;5(1-4):303-23.
18. Ribeiro JP, Cummins R. O bem-estar pessoal: estudo de validação da versão portuguesa da escala. In J Pais-Ribeiro, I Silva, S Marques (Orgs). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde*. Lisboa: ISPA 2008:505-8.
19. Lephred L. Spirituality: Everyone has it, but what is it?. *International Journal of Nursing Practice*. 2015 Oct;21(5):566-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ijn.12285>.
20. Rykkje LL, Eriksson K, Raholm MB. Spirituality and caring in old age and the significance of religion—a hermeneutical study from Norway. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2013 Jun;27(2):275-84. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01028.x>



#### RAMON MISSIAS-MOREIRA

**Professor Adjunto**, Doutor em Educação. Universidade Federal do Vale do São Francisco, Pernambuco, Brasil.

✉ [ramonefisica@hotmail.com](mailto:ramonefisica@hotmail.com)

#### LUÍS SOUSA

**Portugal**, Professor Adjunto, Doutor em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora, Portugal.

#### OLGA VALENTIM

**Professor Adjunto**, Doutor em Enfermagem. Escola Superior de Saúde Atlântica e NursID, CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

#### PAULO SEABRA

**Professor Adjunto**, Doutor em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e UI&DE (Nursing Research & Development Unit), Lisboa, Portugal.

#### FÁTIMA FRADE

**Professor Adjunto**, Doutora em Ciências Sociais. Escola Superior de Saúde Atlântica. Barcarena, Portugal.

#### CRISTINA DE SOUSA

**Professora Auxiliar**, Doutora em Psicologia. Escola Superior de Saúde Atlântica e ISEIT - Instituto de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada. Portugal.

# RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E CONSUMO DE ÁLCOOL EM ADOLESCENTES

## Relationship between quality of life and alcohol consumption in adolescents

### Abstract

**Background:** Adolescence is characterized by the development of identity, the desire for autonomy and the exploration of the extra-family world. It is a period in which some addictive substances are taken, namely alcohol, which can have consequences on health and quality of life.

**Objective:** to analyze the association between quality of life domains and alcohol consumption in adolescents.

**Materials and Methods:** Cross-sectional, descriptive and correlational study conducted with 316 high school adolescents in three state public schools in Jequié, Bahia, Brazil. A sociodemographic questionnaire, the AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) and the WHOQOL-bref were used.

**Results:** The sample is mostly female (56.3%) with an average age of 15.9 years. The results show that 14.6% of participants had a low risk alcohol consumption, 66.1% a risky drink, 17.4% a harmful drink and 1.9% a probable dependence. When comparing the low-risk students with the others, there were statistically significant differences in quality of life in the general domains ( $t=-2,25$ ,  $p=0,025$ ), psychological domain ( $t=-2,57$ ,  $p=0,011$ ) and social relations domain ( $t=-2,06$ ,  $p=0,040$ ). There were statistically significant and positive associations between alcohol consumption and the psychological domain ( $r=0,24$ ,  $p<0,0001$ ) and with the social relations domain ( $r=0,12$ ,  $p<0,043$ ).

**Conclusions:** The higher the alcohol consumption, the lower the perception of quality of life in the general, psychological and social relations domains. Both health and educational policies are recommended to be reviewed in order to reduce alcohol consumption.

**KEYWORDS:** QUALITY OF LIFE, ALCOHOL DRINKING, ADOLESCENT, HEALTH PROMOTION.

## INTRODUÇÃO

**A** adolescência é a etapa da vida caracterizada pela complexidade do processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. Nesta etapa ocorre o desenvolvimento da identidade, o desejo de autonomia e a exploração do mundo extrafamiliar.<sup>1,2</sup> Este é um período em que se experimentam algumas substâncias aditivas, nomeadamente bebidas alcoólicas, podendo ter consequências para a saúde e Qualidade de Vida (QV).<sup>3-4</sup> Esta tem sido apontada como a substância mais consumida nesta faixa etária na maioria dos países ocidentais e integra-se na proximidade aos contextos de risco.<sup>5</sup> As principais causas de morbidade e mortalidade na adolescência não são as doenças, mas sim, comportamentos que prejudicam a saúde, as lesões, a depressão, a violência, as doenças sexualmente transmissíveis e gravidez (relacionado com o sexo de forma desprotegida), a obesidade e o consumo de substâncias. Promover a saúde dos adolescentes implica ensinar e orientar para evitar atividades arriscadas e comportamentos prejudiciais à saúde e QV.<sup>5-6</sup> Os adolescentes são um excelente alvo para se avaliar, monitorizar e inculcar a preocupação com a QV, uma vez que é um período em que a saúde está no seu melhor estado e o adolescente tem tempo para realizar atividades físicas e sociais, por outro lado é nesta fase, que os hábitos (alimentares, exercício físico, sedentarismo) e comportamentos aditivos (tabaco, álcool e drogas) tendem a consolidar-se e a arrastarem-se para a vida adulta, trazendo danos muitas vezes irreversíveis ao estilo e QV,<sup>7</sup> o início precoce dos consumos aumenta a probabilidade de dependência na idade adulta.<sup>8</sup>

Os efeitos mais nocivos do álcool acontecem a nível do sistema nervoso central incluindo mudanças em funções cognitivas e autónomas. Os adolescentes constituem uma faixa etária vulnerável para iniciar e manter consumos desta substância e muitas vezes este consumo é uma defesa contra a depressão, a ansiedade, o medo ou raiva, sentimentos que afetam a sua QV.<sup>5-6,8</sup>

A QV relacionada com a saúde, inclui aspetos físicos, sociais, psicológicos e funcionais do bem-estar de indivíduos, logo implica um modelo compreensivo da saúde subjetiva.<sup>9</sup> O instrumento de avaliação da QV criado pela Organização Mundial de Saúde, permite avaliar quatro Domínios da QV, sendo eles o Domínio Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente, sendo que o Domínio Físico integra questões relacionadas com a saúde física da pessoa (dor/desconforto, fadiga/energia, sono/repouso, mobilidade, atividades de vida diária, dependência de medicamentos ou tratamentos, e capacidade para o trabalho), o Domínio Psicológico inclui questões relacionadas com a saúde psicológica (sentimentos, pensamentos, aprendizagem, memória, concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, e espiritualidade/religião/crenças), o Domínio Social incorpora questões de ordem social (relações pessoais, suporte social, e atividade sexual) e o Domínio do Meio Ambiente aborda questões relacionadas com o Ambiente onde vive (segurança física e proteção, Ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades de recreação, Ambiente Físico e transporte).<sup>10</sup> Face a multidimensionalidade do

conceito de QV e a forma como pode ser percecionado na adolescência, importa estudar a forma como alguns fatores determinantes a podem influenciar, nomeadamente o impacto do consumo de álcool na QV, na saúde e no bem-estar.

## OBJETIVO

Analisar a relação entre os domínios da QV e o consumo de álcool em adolescentes.

## MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo, correlacional e transversal, de abordagem quantitativa.<sup>11</sup> A colheita de dados foi efetuada entre setembro de 2011 e julho de 2012, em três escolas públicas estaduais do município de Jequié, Bahia, Brasil (BA). Os critérios de inclusão destas escolas foram previamente definidos: ter localização centralizada, ser considerada de grande porte, uma vez que estas fazem parte do maior pólo educacional da cidade de Jequié-BA que acolham o maior número de alunos provenientes de diversas localidades do município, assim como de outras cidades.

O cálculo da amostra foi feito através do software Epi Info, versão 3.5.3.0., que permitiu determinar o número de 272 participantes, a partir da população de 1161 adolescentes dessas escolas. No entanto, foi realizado um reajuste amostral de 20% devido a uma eventual perda de participantes, determinando-se uma amostra em 327 adolescentes disponíveis para participar neste estudo. Foi utilizada uma amostra sistemática, na qual foi feito um sorteio para a escolha dos atores sociais. Assim, os nomes dos participantes foram colocados >

por ordem alfabética e enumerados arabicamente do algarismo 1 ao 1161, e selecionados com base num intervalo amostral igual a 4. Foram ainda utilizados como critérios de substituição, a escolha do participante anterior ao intervalo pré-estabelecido e como segundo critério o participante posterior. Foram feitas 2 tentativas de procura para cada participante e os que não foram encontrados na referida ordem ficaram enquadrados na perda amostral. No final, verificou-se uma perda de 3,4% (n=11) da amostra, por motivo de recusa na participação (n=3) e por ausência nos dois momentos da colheita de dados (n=8), obtendo-se a amostra final de 316 adolescentes. A idade dos participantes, encontrava-se entre 13 e 19 anos, frequentavam o ensino médio nos turnos matutino e vespertino. Neste estudo utilizou-se a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), em que adolescentes são as pessoas que se enquadram na faixa etária entre 10 e 19 anos.<sup>12</sup>

Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram o Questionário Sociodemográfico, o World Health Organization Quality of Life Survey - abbreviated version (WHOQOL-bref)<sup>13</sup> para avaliar a QV e o The Alcohol Use Disorder Identification Test-C (AUDIT)<sup>14-15</sup> para avaliar o consumo de bebidas alcoólicas.

O WHOQOL-bref foi validado para português do Brasil, tendo-se verificado que apresentava características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente, assim como fidedignidade através do teste-reteste.<sup>13</sup> O WHOQOL-bref é composto por 26 perguntas e estruturado em 4 Domínios: Físico, psicológico, relações sociais e meio Ambiente. As questões do WHOQOL-bref são formuladas para respostas em escalas tipo Likert, incluindo intensidade ("nada" a "extremamente"), capaci-

TABELA 1	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS ADOLESCENTES	
Variável sociodemográfica	n(%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	138(43,7)
Feminino	178(56,3)
<b>Idade</b>	
13-15	131(41,5)
16-17	146(46,2)
18-19	39(12,3)
<b>Raça</b>	
Branca	70(22,2)
Negra	105(33,2)
Parda	141(44,6)
<b>Escolaridade</b>	
1º ano do ensino médio	176(55,7)
2º ano do ensino médio	85(26,9)
3º ano do ensino médio	55(17,4)
<b>Turno de Estudo</b>	
Matutino	187(59,2)
Vespertino	129(40,8)

dade ("nada" a "completamente"), frequência ("nunca" a "sempre") e avaliação ("muito insatisfeito" a "muito satisfeito", "muito ruim" a "muito bom").<sup>16</sup>

O Domínio Físico é constituído por questões relacionadas com a saúde física da pessoa (dor/desconforto, fadiga/energia, sono/repouso, mobilidade, atividades de vida diária, dependência de medicamentos ou tratamentos, e capacidade para o trabalho), o Domínio Psicológico apresenta questões relacionadas com a saúde psicológica (sentimentos, pensamentos, aprendizagem, memória, concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, e espiritualidade/religião/crenças), o Domínio Social inclui questões de ordem social (relações pessoais, suporte social, e atividade sexual) e o Domínio do Meio Ambiente é

composto por questões relacionadas com o Ambiente onde vive (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades de recreação, ambiente físico e transporte).<sup>16</sup>

Após a colheita de dados, estes foram inseridos no software *Statistical Package for Social Science* (SPSS 25). As questões Q3, Q4 e Q26 por se apresentarem de forma negativa foram recodificadas do seguinte modo (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1). Domínio Geral (WDG) apresenta 2 itens (Q1 e Q2). O Domínio Físico (WD1) é constituído por 7 itens (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18), o Domínio Psicológico (WD2) tem 6 itens (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26), o Domínio das Relações Sociais (WD3) apresenta 3 itens (Q20,

Q21, Q22) e o Domínio Ambiente (WD4) é formado por 8 itens (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25). Os cálculos destes Domínios fazem-se de acordo com as seguintes fórmulas: WDG = Sum.2(Q1, Q2), WD1 = Sum.7(Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18), WD2 = Sum.6(Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26), WD3 = Sum.3(Q20, Q21, Q22), WD4 = Sum.8(Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25). No final os resultados das facetas e Domínios do WHOQOL-Bref foram transformados numa escala de 0 a 100, através das seguintes fórmulas: TWDG =  $((WDG - 2)/8) \times 100$ , TWD1 =  $((WD1 - 7)/28) \times 100$ , TWD2 =  $((WD2 - 6)/24) \times 100$ , TWD3 =  $((WD3 - 3)/12) \times 100$  e TWD4 =  $((WD4 - 8)/32) \times 100$ .<sup>16</sup> As pontuações de cada Domínio foram transformadas numa escala de 0 a 100 e expressas em termos de médias, sendo que médias mais altas sugerem melhor percepção de QV.<sup>14,14</sup>

Na análise da consistência interna de cada domínio, calculada através do coeficiente *Alpha de Cronbach* obteve-se para o Domínio Físico  $\alpha = 0,721$ , Domínio Psicológico  $\alpha = 0,584$ , Domínio Relações Sociais  $\alpha = 0,547$  e Domínio Relações Sociais  $\alpha = 0,746$ . A escala global apresentava  $\alpha = 0,847$ . Os Domínios Psicológico e Relações Sociais apresentavam valores, de fiabilidade interna, sofríveis.<sup>17</sup>

O *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT), aborda o padrão de consumo de bebidas alcoólicas e suas consequências nos últimos 12 meses, é composto por 10 pergun-

tas que incluem três itens sobre o uso de álcool, quatro sobre a dependência e três sobre problemas decorrentes do consumo. Cada questão tem uma margem de resposta de 0 a 4, podendo apresentar uma pontuação final de 0 a 40 pontos. O AUDIT oferece a magnitude do risco (se o indivíduo é dependente ou se faz uso abusivo, por exemplo) e sugestões de encaminhamentos de acordo com a pontuação obtida. Valores mais altos correspondem a maior risco de dependência.<sup>14-15</sup> As estatísticas descritivas foram relatadas através de frequência, percentagem, nas variáveis categóricas e média e desvio padrão nas variáveis contínuas. O Teste de correlação de Spearman foi calculado para verificar a associação entre as pontuações do AUDIT e os domínios do WHOQOL-bref. O nível de significância adotado foi  $p < 0,05$ . Esta pesquisa foi desenvolvida tendo em conta os princípios explanados na Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas em seres humanos, para que seja garantida a observância dos princípios éticos durante todo o processo de investigação. Neste sentido, a colheita de dados foi feita após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), protocolo nº 146/2010. Os adolescentes, assim como, os pais e/ou responsáveis, antes de iniciar a colheita de dados assinaram o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido após informação sobre os objetivos, métodos, riscos e benefícios deste estudo.

## RESULTADOS

A maioria dos adolescentes deste estudo era do sexo feminino (56,3%,  $n=178$ ) e afrodescendentes (negros e pardos) (77,8%,  $n=246$ ), a distribuição das idades variou entre os 13 e os 19 anos, com uma média de idades de 15,92 ( $\pm 1,26$ ) anos. A maior parte dos participantes estava matriculada no 1º ano do ensino médio (55,7%,  $n=176$ ) e estudava no turno matutino (59,2%,  $n=187$ ).

### Tabela 1.

No respeitante ao risco face ao consumo de álcool, os resultados demonstram que 14,6% apresentavam um nível baixo, 66,1% apresentavam um risco baixo a moderado (risco), 17,4% um nível moderado (nocivo) e 1,9% um nível elevado (dependência). **Tabela 2.**

Quando se compararam os estudantes de baixo risco com os restantes verificaram-se diferenças estatisticamente significativas a nível da QV geral, domínio psicológico e domínio das relações sociais (**tabela 3**).

A nível do estudo correlacional verificou-se uma associação moderada positiva e estatisticamente significativa entre o consumo de álcool e a percepção da QV nos domínios psicológico e baixa positiva com o domínio das relações sociais. Também se verificam relações positivas, estatisticamente

TABELA 2

## RESULTADO DO AUDIT, NÍVEL DE RISCO DO CONSUMO DE ÁLCOOL

AUDIT	Nível de Risco (Problema)	Frequência (n)	Percentagem (%)
0-7	Baixo (abstinência ou consumo baixo risco)	46	14,6
8-15	Baixo a moderado (consumo de risco)	209	66,1
16-19	Moderado (consumo nocivo)	55	17,4
20-40	Elevado (provável dependência)	6	1,9
<b>Total</b>		316	100,0

significativas, entre a escala geral e as subescalas da QV, destacando-se os domínios, físico e do ambiente em que a relação é forte, ou seja, quanto maior a percepção da QV no aspeto físico (por exemplo, mais energia e capacidade para o trabalho) e no aspeto ambiental (por exemplo percepção de segurança física) melhor a percepção da QV em geral (tabela 4).

## DISCUSSÃO

Os principais resultados deste estudo revelam que a amostra estudada, caracteriza-se por adolescentes do sexo feminino (56,3%), afrodescendentes (77,8%) e com uma média de idade de 15,9 anos. Os dados do estudo apontam, relativamente ao consumo de álcool, que 14,6% dos participantes apresentavam um nível baixo de consumo de álcool, 66,1% apresentavam risco baixo a moderado de consumo de álcool, 17,4% estão no escalão moderado, o que representa um consumo de álcool nocivo e 1,9% encontra-se no escalão de nível elevado de consumo de álcool, o que corresponde a provável dependência alcoólica. Estes resul-

tados, são aproximados aos dados de um estudo realizado com 250 adolescentes (idades entre 14 e 17 anos) do município de Araraquara, que teve o objetivo de estimar a confiabilidade do AUDIT.<sup>18</sup> Outro estudo com 220 adolescentes (idades entre 12 e 19 anos) de Minas Gerais, o consumo foi ligeiramente mais elevado, sendo que, 45,9% destes adolescentes estão no nível de baixo risco, 40% em alto risco e 14,1% no nível de provável dependência. Estas diferenças poderão estar relacionadas com alguns fatores socioculturais e familiares pois neste estudo encontraram-se como fatores relacionados os fatores socioambientais, sociodemográficos, da relação social com a comunidade e o fator religioso.<sup>19</sup> Estes valores de comportamento face ao álcool (moderado e nocivo) contrastam com o reconhecimento que o álcool é um problema em grande parte dos jovens com uma média de idade e distribuição de género aproximados.<sup>6</sup> Quando se compara a percepção da QV entre os estudantes de baixo risco com os restantes, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na escala geral

da QV, e nos domínios psicológico e relações sociais. O que significa que os adolescentes de baixo risco (nível de risco AUDIT) apresentam uma melhor percepção da QV no geral e nos domínios psicológico e relações sociais. Alguns estudos mostram que comportamentos pouco saudáveis, como o consumo de bebidas alcoólicas, parecem afetar negativamente a QV de jovens.<sup>20-21</sup>

Goldberg, e colaboradores em 2002 salientaram que, apesar de os jovens terem conhecimento sobre os riscos que pode envolver o consumo do álcool, este consumo pode estar influenciado pela expectativa de sentir prazer e bem-estar.<sup>22</sup> Outros autores relacionam esse consumo à necessidade de ser aceite pelo grupo de amigos e de melhorar as relações sociais. A socialização com os pares é essencial no desenvolvimento da identidade dos adolescentes assim, o álcool surge espontaneamente como parte das atividades sociais onde eles interagem.<sup>23</sup>

Os adolescentes interiorizam a noção de que a relação com as bebidas alcoólicas constitui-se como um processo de aprendiza-

TABELA 3

### RESULTADOS DO TESTE T-STUDENT PARA AMOSTRAS INDEPENDENTES, PARA COMPARAÇÃO DA ESCALA GERAL E SUBESCALAS DO WHOQOL-BREF ENTRE OS ESTUDANTES DE BAIXO RISCO COM OS RESTANTES

Qualidade de vida	AUDIT 10	n	Média	Desvio Padrão	T teste	p-value
<b>Geral</b>	Sem risco ( $\leq 7$ )	46	65,4891	20,78073	-2,249	0,025
	Com risco ( $\geq 8$ )	270	71,4815	15,92500		
<b>Físico</b>	Sem risco ( $\leq 7$ )	46	69,0217	14,79364	-0,915	0,361
	Com risco ( $\geq 8$ )	270	71,1243	14,33714		
<b>Psicológico</b>	Sem risco ( $\leq 7$ )	46	28,2609	10,05053	-2,574	0,011
	Com risco ( $\geq 8$ )	270	32,2531	9,66662		
<b>Relações Sociais</b>	Sem risco ( $\leq 7$ )	46	73,1884	21,14858	-2,060	0,040
	Com risco ( $\geq 8$ )	270	78,5185	15,24164		
<b>Ambiente</b>	Sem risco ( $\leq 7$ )	46	55,9103	16,36747	-0,836	0,404
	Com risco ( $\geq 8$ )	270	58,0671	16,13785		



TABELA 4

### CORRELAÇÃO DE SPEARMAN ENTRE O AUDIT-C E A ESCALA GERAL E SUBESCALAS DO WHOQOL-BREF

AUDIT-C/ WHOQOL-bref	1	2	3	4	5
2. Geral	0,089				
3. Físico	0,067	0,565**			
4. Psicológico	0,238**	0,271**	0,258**		
5. Relações Sociais	0,114*	0,195**	0,241**	0,385**	
6. Ambiente	0,067	0,539**	0,502**	0,176**	0,206**

Legenda: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,001$

gem e posteriormente relacionam o consumo de bebidas alcoólicas com a intenção de ficarem alegres e se divertirem.<sup>24</sup> Por outro lado, numa perspetiva mais compreensiva observa-se que o consumo de substâncias psicoativas está relacionado com uma necessidade de identificação e partilha de um código cultural comum que une os adolescentes às experiências de consumo e os seus significados.<sup>25</sup> Estes estudos podem explicar os nossos resultados em que é verificado a relação do consumo de álcool com uma melhor perceção de QV nos domínios relações sociais e psicológico (procura de bem-estar).

#### CONCLUSÕES

Os adolescentes de baixo risco (nível de risco AUDIT) quando comparados com os restantes apresentam uma melhor perceção da QV no geral e nos domínios, psicológico e relações sociais. No entanto observamos que uma melhor perceção da QV nos domínios psicológico e

social, está associada um maior consumo de bebidas alcoólicas. São escassas as informações sobre a associação do comportamento de consumo de bebidas alcoólicas, com o domínio da QV desta população. Considerando a relevância das experiências de consumos de drogas psicoativas durante a adolescência e as possíveis consequências na QV, o avanço do conhecimento sobre este grupo de risco pode ser útil para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e da QV destes jovens. É um desafio trabalhar com os adolescentes, compreendê-los e motivá-los a aderir a programas no âmbito da prevenção e da redução de riscos e minimização de danos. Os resultados mostram que as ações preventivas e educacionais, deverão alertar os adolescentes quanto ao uso nocivo de bebidas alcoólicas e ao seu impacto sobre a saúde. A escola continua a ser um dos locais mais importantes na prática educativa dos adolescentes, neste contexto poderá ser o melhor

espaço para se prevenir problemas relacionados com consumos de bebidas alcoólicas e promover a QV. Sugere-se que os enfermeiros e outros profissionais de saúde envolvidos em programas de saúde escolar, desenvolvam um trabalho entre os educadores, adolescentes e familiares, estimulando-os a trabalhar em conjunto e a formarem uma rede de informação promotora de literacia para a saúde, integrando na sua ação, esta compreensão que a aproximação dos contextos de risco, a vontade de experimentar e a identificação de grupo, são características comuns nesta população. Futuramente, outras pesquisas devem ser realizadas, nomeadamente compreender a relação da perceção dos adolescentes sobre a sua QV e como esta está associada aos consumos e a relação com os fatores socio culturais e familiares. Nesta perspetiva, abre-se um campo de investigação sobre os jovens que permanecem mais tempo em casa, na internet e a sua relação com o álcool. ▸



## Referências

- Alarcão M. (Des) equilíbrios familiares: uma visão sistemática. Coimbra: Quarteto, 2006.
- Cordeiro M. Os nossos adolescentes e a droga. Realidades, Mitos, Verdades e Estratégias. Lisboa: Esfera dos Livros, 2016.
- Moreira R. Consumo de substâncias na adolescência. In P. Monteiro (Ed.), Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda, 2014: 359-82.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência [OEDT]. Relatório Europeu sobre Drogas 2017: Tendências e evoluções. Serviço das Publicações da União Europeia. Luxemburgo, 2017.
- MacArthur G, Caldwell DM, Redmore J, Watkins SH, Kipping R, White J, et al. Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Oct 5,10:CD009927. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009927.pub2>.
- Hockenberry M, Wilson D. WONG Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Tradução da 9ª ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2014. ISBN 978-989748-004-1.
- Raiser, J, Steclan, C. Auto Percepção da Qualidade de Vida em Escolares Adolescentes. *Rev Saúde Meio Ambiente*, 2017, 6 (1): 43-53.
- Rosa A, Loureiro L, Sequeira C. Literacia em saúde mental sobre abuso de álcool: Um estudo com adolescentes portugueses. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. [Internet]. 2018 Nov [citado 2019 Jul 31], (spe6):31-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0210>.
- Agathão, B, Reicheneim, M, Leite de Moraes, C. Health-related quality of life of adolescent students. *Cien Saude Colet*. 2018, 23(2):659-68. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.27572016>
- Vaz Serra, A, Canavarro, M, Simões, M, Perreira, M, Gameiro, S, Quartilho, M, et al. Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatr clín*. 2006, 27 (1):41-9.
- Lima DVM. Research design: a contribution to the author. *Online Braz J Nurs*. 2011, 10(2). Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361441674011>
- WHO. Child and adolescent health and development. Geneva: World Health Organization, 2004.
- Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev saúde pública*. 2000,34:178-83.
- Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions, 2005.
- Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol* 2002,37:591-6
- Vaz Serra A, Canavarro MC, Simões M, Pereira M, Gameiro S, Quartilho MJ, Rijo D, Carona C, Paredes T. Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatr clín*. 2006,27(1):41-9.
- Nunnally JC. Bernstein. IH. Psychometric theory. New York: Mc Graw-Hill, inc,1994.
- Mattara FP, Ângelo PM, Faria JB, Campos JA. Confiabilidade do teste de identificação de transtornos devido ao uso de álcool (AUDIT) em adolescentes. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog* 2010,6(2):296-314. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762010000200005&lng=pt&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000200005&lng=pt&lng=pt).
- Leopoldo ML, Santos SM, Almeida MA, Estigarribia MI. Adolescentes escolares e o consumo de álcool nos assentamentos urbanos Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Rev Interações*. 2013, 9(25): 125-150. Disponível em: <https://doi.org/10.25755/int.2855>
- Vella SA, Cliff DP, Magee CA, Okely AD. Sports participation and parent-reported health-related quality of life in children: longitudinal associations. *J Pediatr*. 2014 Jun 1,164(6):1469-74
- Lim WY, Subramaniam M, Abdin E, He VY, Vaingankar J, Chong SA. Lifetime and twelve-month prevalence of heavy-drinking in Singapore: Results from a representative cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2013,13:992. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-992>.
- Goldberg JH, Halpern-Felsher BL, Millstein SG. Beyond invulnerability: the importance of benefits in adolescents' decision to drink alcohol. *Health Psychol*. 2002 Sep,21(5):477-84. Disponível em: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED464311.pdf>.
- Matos M. Adolescência e seus contextos: o estudo HBSC/OMS. In M. G. Matos (Coord.) Consumo de substâncias: estilo de vida? à procura de um estilo?. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2008.
- Carapinha L, Calado V, Lavado E, Dias L, Ribeiro C. Os Jovens, o Álcool e a Lei: Consumos, atitudes e legislação. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), 2014.
- Carvalho M, Bernardo M. O significado do uso de drogas no discurso de jovens consumidores portugueses. *Health and Addictions / Salud y Drogas*. 2012, 12(2): 227-252.



# PRÁTICAS EDUCATIVAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR: CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DOS ENFERMEIROS

Educational practices in family health nursing: contribution to the development of nurses' clinical skills

## PALMIRA OLIVEIRA

**Professora Adjunta**, Mestre. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Portugal.

✉ [palmiraoliveira@esenf.pt](mailto:palmiraoliveira@esenf.pt)

## MARIA HENRIQUETA FIGUEIREDO

**Professora Coordenadora**, Doutor. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

## JOÃO APÓSTOLO

**Professor Coordenador**, Ph.D. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Coimbra, Portugal.

## CARLINDA LEITE

**Professor Catedrático Convidado**, Ph.D. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto, Portugal.

### Abstract

**Introduction:** Internationally, research on educational practices in family health nursing has been limited, especially on their impact on clinical practice. This research is part of the project on the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention integrated in the Center for Health Technology and Services Research.

**Objective:** to describe the perception of family nurses about the contribution of teaching-learning strategies in the development of skills in family health nursing.

**Methods:** quantitative, exploratory-descriptive study. A questionnaire was designed to evaluate the perception of the contribution of teaching-learning strategies based on a Portuguese classification. Perception was assessed on a Likert scale. The convenience sample consisted of 112 nurses who trained on the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention after informed consent. Descriptive statistics was used for data treatment and analysis.

**Results and discussion:** On average, mostly all strategies were perceived as having a moderate to high contribution (3.58, SD: 0.6), with a slight emphasis on the "reality simulation" teaching-learning strategies group. The "Case Study" stood out as the strategy perceived with the highest average contribution. It is suggestive that there is greater importance given to experiential learning as a promoter of knowledge and competence development, based on reflexivity about action.

**Conclusion:** The identification of the contribution of the teaching-learning strategies is relevant for the improvement of the training design on the nursing model, as an intentional action promoting a competent acting knowledge, aiming the articulation of the theory with the clinical practice.

**KEYWORDS:** CLINICAL SKILLS, EDUCATIONAL ACTIVITIES, FAMILY HEALTH, NURSING.

## INTRODUÇÃO

**H**odiernamente, em Portugal, os cuidados de enfermagem à família são considerados sustentadores de todo o sistema de saúde, reflexo de um percurso evolutivo relacionado com a evolução legislativa dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), onde se destaca o papel do enfermeiro de família nos cuidados de saúde, surgindo com relevância o contexto das Unidades de Saúde Familiar (USF), dado que existe a imposição regulamentar de que os enfermeiros que exercem funções nestas unidades têm de ser detentores do título de especialista em enfermagem de saúde familiar<sup>1</sup>, sendo também por isso, um contexto facilitador da prática de enfermagem centrada no sistema familiar enquanto unidade dos cuidados. Face ao exposto, é de referir que o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar – MDAIF<sup>2</sup> foi adotado como referencial teórico-operativo que sustenta a regulamentação das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar<sup>3</sup>, estando também aprovados o programa formativo e os padrões de qualidade para o exercício profissional dos enfermeiros especialistas. Enquanto quadro de referência, o MDAIF, possibilita a identificação das necessidades das famílias em cuidados, e propõe intervenções que deem resposta às mesmas. Neste encadeamento, a avaliação familiar realça as forças da família e, a intervenção familiar visa a promoção da capacitação da família na resolução dos seus problemas, perspetivando a mudança necessária no funcionamento familiar, através de uma abordagem sistémica e colaborativa<sup>2</sup>. Suporta-se no pensamento sistémico, sendo as suas fontes teóricas, o Modelo Calgary de Avaliação da Família e o Modelo Calgary de Intervenção na Família, oferecendo uma

matriz operativa que possibilita a interligação sistematizada das etapas do processo de enfermagem, baseada em três dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional, que se corporizam em onze áreas de atenção que funcionam como categorias avaliativas<sup>2,4</sup>. Na sua estrutura operativa é usada terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, tendo sido determinado o resumo mínimo de dados que agrega diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados. Para além disso, os indicadores de estrutura, processo e de resultado construídos nas definições operativas do MDAIF, possibilitam identificar os ganhos em saúde para as famílias nos seus domínios de funcionamento, sensíveis aos cuidados de enfermagem<sup>2,5</sup>. Por conseguinte, segundo a Ordem dos enfermeiros<sup>3</sup>, o enfermeiro especialista em saúde familiar cuida da família enquanto unidade de cuidados, nos três níveis de prevenção, focando-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros de forma individual, prestando cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família. Face a este nível elevado de complexidade da prática de cuidados, associa-se um nível aprofundado de conhecimentos e competências para o agir em situação, o que pressupõe processos formativos potencializadores do desenvolvimento dos mesmos. Assim, para além do MDAIF estar integrado nos conteúdos programáticos de diversas instituições de ensino de enfermagem nacionais, ao nível dos cursos de licenciatura em Enfermagem e em cursos de formação pós-graduada no contexto da Enfermagem Comunitária e da Enfermagem de Saúde Familiar (ESF), também tem sido desenvolvida formação contínua aos enfermeiros de família dos CSP, no âmbito do projeto de investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto: Modelo Di-

nâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma Ação Transformativa em Cuidados de Saúde Primários, integrado no Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), cuja finalidade é a maximização do MDAIF no apoio à tomada de decisão dos enfermeiros<sup>6</sup>. Emerge portanto, a pertinência de investigar os processos formativos, mais especificamente os desenvolvidos durante os processos de formação contínua, que enquanto processos integrativos de mobilização de saberes e recursos, remetem para estratégias de ensino-aprendizagem (EA) potencializadoras de aprendizagens autónomas e significativas, pelo que, definimos como questão de partida: Que estratégias de ensino-aprendizagem contribuem para o desenvolvimento das competências requeridas em ESF? O termo estratégia EA refere-se a um conjunto de ações do professor ou do aluno orientadas para favorecer o desenvolvimento de competências de aprendizagem a alcançar<sup>7</sup>, sendo que o elemento definidor da mesma, é o seu grau de conceção intencional e orientadora de um conjunto organizado de ações para a melhor consecução de uma determinada aprendizagem<sup>8</sup>. Essa estratégia, pode ser classificada de diversas formas dependendo dos autores, de tal forma que termos iguais podem designar diferentes estratégias. Optou-se pela classificação de Vieira & Vieira<sup>7</sup>, pelo facto de constituir-se uma indicação de referência para professores e investigadores. Essa classificação é categorizada de acordo com o princípio da realidade, formando três classes: situações da vida real (exemplo: pesquisa bibliográfica, estágio, experiências de trabalho, questionamento) simulações da realidade (exemplo: role-play, simulação, grupo de discussão, debate) e abstrações da realidade (exemplo: exposição, leitura, treino, exame). >

Assumindo, que a formação contínua é baseada na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais<sup>9</sup>, e como tal, deve ser concebida visando a transferência da aprendizagem para o contexto profissional<sup>10</sup>, sendo que, é fundamental na estratégia de saúde familiar, em especial no âmbito da enfermagem, ao fornecer subsídios para a reflexão sobre as práticas de trabalho, gestão e formação, favorecendo mudanças nessas práticas profissionais e nas relações interpessoais<sup>9</sup>. Neste contexto, desenvolvemos um estudo, no âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem na Universidade do Porto, envolvido no contexto da primeira etapa do referido projeto de investigação, enquanto membro da equipa de investigação, com o intuito de avaliar o impacto da formação desenvolvida sobre o MDAIF, nas competências dos enfermeiros de CSP na avaliação e intervenção familiar, sendo que, o estudo mais amplo pretende contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem com elevada qualidade, no campo de intervenção especializada em saúde familiar.

## OBJETIVO

Descrever a percepção dos enfermeiros de família acerca do contributo das estratégias EA usadas na formação contínua sobre o MDAIF, no desenvolvimento de competências em ESF.

## MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo de natureza quantitativa, de cariz exploratório-descritivo, tendo sido construído um questionário de avaliação da percepção do contributo das estratégias EA usadas nas sessões de formação contínua (36h no total) no desenvolvimento de competências em ESF, com base na classificação das estratégias pedagógicas de Vieira & Vieira<sup>7</sup>, enquanto instrumento

de colheita de dados. A percepção foi avaliada no final da formação, segundo uma escala de tipo *Likert*, em que 1 corresponde a ausência de contributo, 2 a pouco contributo, 3 corresponde a moderado contributo, 4 a elevado contributo e 5 corresponde a total contributo. No questionário foram colocados exemplos das diferentes estratégias EA a título ilustrativo de forma a orientar e a clarificar os enfermeiros nas suas respostas. A amostra de conveniência foi constituída por 112 enfermeiros dos CSP que efetuaram a formação sobre o MDAIF.

Os aspetos éticos estavam salvaguardados no âmbito da carta de parceria entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto, onde está sediado o projeto de investigação onde se inclui este estudo e a Administração Regional de Saúde do Norte, pelo que, os participantes preencheram o consentimento informado. Recorreu-se à estatística descritiva (IBM-SPSS, versão 25) para tratamento e análise dos dados.

## RESULTADOS

Relativamente à caracterização socio profissional dos enfermeiros, maioritariamente os participantes são do sexo feminino (84, 6%) e licenciados (87,5%). Em média, possuem 38 anos (DP=0,6) de idade, 14 anos de profissão (DP=0,6) e 11 anos nos CSP (DP=0,4).

No que se refere às estratégias EA, em média, maioritariamente todas são percecionadas como tendo um contributo entre moderado a elevado (3,58; DP=0,6), destacando-se ligeiramente o grupo das estratégias de "simulação da realidade" e posteriormente o das "situações da vida real". O "estudo caso" (simulação da realidade) destacou-se como sendo a estratégia percecionada com uma média mais elevada de contributo (4,26; DP=0,5), seguindo-se o "estágio: experiências de trabalho" (situação da vida real) e a "simulação" (simulação da realidade) com um valor

médio de 4,09 em igualdade de circunstâncias, e após, o *role-play* (simulação da realidade) com 4,00 (DP=0,5), representando dessa forma, uma percepção de contributo elevada. Em termos médios, observou-se ainda que abaixo da percepção de um contributo moderado situavam-se as estratégias de "situações da vida real": "fluxogramas" (2,89; DP=0,5); "acrónimos" (2,87; DP=0,7); no âmbito das de "simulação de realidade" emergiram: a "estratégia 635" (2,88; DP=0,6) e o "frasco de peixe" (2,88; DP=0,5). O "exame" (2,88; DP=0,7) surgiu enquanto estratégia de "abstração da realidade".

## DISCUSSÃO

É sugestivo de que haja atribuição de maior importância à aprendizagem através da experiência, seja real ou simulada, como promotora de conhecimento e do desenvolvimento de competências em ESF, baseada na reflexividade sobre a ação, numa postura de aprender a aprender, dado que, os enfermeiros não são recetáculos vazios, são detentores de experiências pessoais e de experiências de cuidar em enfermagem, de forma a serem capazes de transferir os conhecimentos e as competências adquiridas para novas situações. Só a prática reflexionada é capaz de gerar transformação, gerar alternativas e novas aquisições cognitivas, relacionais e profissionais, facilitando a resolução de problemas, na complexidade que é cuidar da família enquanto alvo de cuidados. A formação de profissionais com qualidade pressupõe que sejam competentes, isto é, que sejam capazes de agir em situação<sup>11</sup>, tornando-se imperativo saber integrar, mobilizar, combinar e reestruturar ativamente os recursos e os saberes, para poder atuar de forma pertinente perante uma situação em específico, numa postura construtivista<sup>12,13</sup>. Por conseguinte, as estratégias de EA são cruciais, dado que implicam um plano de ação quer por parte do for-

mador, quer por parte do formando, para que naquele intervalo de tempo, os formando sejam capazes de alcançarem os resultados de aprendizagem definidos para a formação. Face ao exposto, pressupõe-se uma formação baseada num paradigma de abordagem interativa entre os participantes levando à aprendizagem transformadora baseada em problemas reais ou simulados, dado que, por exemplo nos estudos de caso, eram usados casos de famílias reais atribuídos aos cuidados dos enfermeiros em formação, ou famílias com problemas e situações simuladas pelo formador, com intuito de desenvolver nos formando as competências para avaliar as necessidades das famílias e aplicar os instrumentos de avaliação familiar, bem como, desenvolver a proposta de intervenções de enfermagem, em função das necessidades identificadas nessas famílias em análise. Realça-se que efetivamente, o estudo de caso foi a estratégia EA percebida como tendo o mais elevado contributo para o desenvolvimento das competências requeridas, e este resultado é corroborado por outros estudos referidos por Davis <sup>14</sup>, onde em situações simuladas, promove-se a aprendizagem colaborativa entre o formador e os formando e entre estes, criando confiança nos mesmos através da disponibilização de teorias que se efetivam na prática, promovendo ainda a discussão em pequenos grupos e o desenvolvimento de questões clínicas em interligação com as experiências prévias de cada um <sup>15</sup>, criando assim, expectativas realistas acerca das competências profissionais, para o agir futuro no cuidado com as famílias enquanto cliente dos cuidados, uma vez que permite a aproximação da teoria com a prática <sup>16</sup>. Tal, implica uma pedagogia para a competência e para a autoconstrução da aprendizagem edificada em função das necessidades dos formando, promovendo a crítica e a curiosidade intelectual <sup>13</sup>, o diálogo

permanente entre a teoria e a prática dos enfermeiros, a autonomia, a reflexão sobre e na ação <sup>17</sup> e a criatividade, de forma a que haja transformação com a aprendizagem, bem como, o desenvolvimento de elasticidade e flexibilidade necessárias para que os enfermeiros sejam capazes de adaptarem as suas aprendizagens a novas situações, face ao grau de complexidade e diversidade que as famílias atualmente detêm, exigindo um cuidar em enfermagem, também ele complexo, considerando as necessidades das mesmas, como um todo e não apenas as do indivíduo e, ao longo do ciclo de vida.

O uso de metodologias ativas no ensino de enfermagem representa uma estratégia eficaz para a aprendizagem significativa, facilitando um *link* teoria-prática, necessário para a formação de profissionais <sup>18</sup>, sendo que, uma aprendizagem eficaz reflete a qualidade do ensino <sup>19</sup>, de tal forma, que é sugestivo de que as estratégias EA que têm sido usadas no âmbito da formação contínua sobre o MDAIF, são percebidas com tendo um contributo razoável ou elevado na preparação dos formando para agirem de forma eficaz e eficiente demonstrando competência *in situ* na aplicação da teoria de enfermagem <sup>14</sup>, neste caso do MDAIF, à prática de cuidar.

Apesar de existir uma ênfase crescente do reconhecimento da importância da educação contínua em todo o mundo, há pouca evidência empírica da sua eficácia <sup>6</sup>, por isso, este estudo assume uma especial relevância, contudo, como limitações do mesmo, consideramos que para além das medidas percetivas é necessário investigar numa dimensão mais operativa, ou seja, ao nível da transferência do conhecimento para a prática, o que por sua vez, está previsto no âmbito do projeto de doutoramento.

Vários estudos têm sido realizados no âmbito do CINTESIS <sup>5,6</sup> corroborando a importância do MDAIF

na mudança das competências para avaliar e intervir nas famílias portuguesas, porém, este estudo acrescenta conhecimento sobre os reflexos que a formação tem nos processos formativos futuros. Para além das implicações já referidas para a investigação na disciplina de Enfermagem, para os profissionais, a competência traduzir-se-á numa ação profissional, liderada por uma tomada de decisão autónoma baseada em evidências empíricas atuais, tornando os enfermeiros mais capazes para prestar cuidados às famílias, implementando intervenções promotoras da sua capacidade funcional.

## CONCLUSÕES

A identificação do contributo das estratégias EA mobilizadas na formação atual, é relevante para a melhoria do *design* formativo sobre o MDAIF, e eventualmente para uma proposta curricular para o programa formativo aprovado para a especialidade de enfermagem de saúde familiar, enquanto ação intencional promotora de um saber agir competente, visando a articulação da teoria com a prática clínica, e consequentemente a melhoria da qualidade dos cuidados prestados em ESF.

A utilização do MDAIF parece ter contribuído para o desenvolvimento de competências de avaliação e intervenção familiar. Existe um destaque nos pressupostos pedagógicos com o epicentro naquele que aprende, atribuindo-lhe uma ação de curiosidade através do questionar, do refletir e do experimentar, enaltecendo-se o papel do enfermeiro na pedagogia de edificação de uma aprendizagem auto-construída. Tal, sugere que as estratégias EA devem ser sustentadas em pressupostos integrativos e reflexivos a partir da experiência, permitindo a aquisição e desenvolvimento de competências, de forma a potenciar as tomadas de decisão clínica em ESF. ▀



## Referências

- Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de Junho. Diário da República, 1.ª série — N.º 118. Lisboa.
- Figueiredo M. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Lisboa: Lusociência; 2012. 224p.
- Ordem dos Enfermeiros. Diário da Republica n.º 35/2011, Serie II de 2011-02-18 [https://dre.pt/]. Ordem dos Enfermeiros; 2011 [acesso 12 jul 2019]. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Disponível em: https://dre.pt/application/file/a/3477091.
- Charepe, Z; Resende, A, Oliveira, P C., Querido, A. Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: abordagem colaborativa em enfermagem, Rev enferm UFPE on line 2018, 12: 3535 - 36.
- Figueiredo, M, Silva, R, Andrade, C, Brás, M, Oliveira, C. Dynamic model for assessment and family intervention – impact on families health gains, Digital Supplement Rev ROL Enferm, 2018; 41, 1-12: 87 - 93.
- Oliveira, P C, Figueiredo, M, Apóstolo, J, Leite, C.. The impact on training of the dynamic model for assessment and family intervention. Digital Supplement Rev ROL Enferm 2018; 41, 11-12: 319 - 23.
- Vieira, R, Vieira, C. Estratégias de Ensino/Aprendizagem. O questionamento promotor do pensamento crítico. Coleção Horizontes Pedagógicos. Lisboa: Instituto Piaget, 2005. 148p.
- Roldão, M C. Estratégias de Ensino. O saber e o agir do professor. Vila Nova de Gaia: Fundação Manuel Leão, 2009. 130p.
- Araújo, R, Moura, M, Nunes, B., Lago, E., Nery, I. Permanent nursing education in family health strategy. J. res.: fundam. care. online 2013. dec. 5(6):64-73.
- Baldwin, T, Ford, J. Transfer of training: A review and directions for future research. Personnel Psychology, 1988, 41 (1), 63-105.
- LeBoterf, G. Construir as competências individuais e coletivas. Resposta a 80 questões. Porto: Asa, 2005. 128p.
- Figueiredo, M, Oliveira, P, Apóstolo, J. La Construcción del aprendizaje reflexivo. In La Educación Crítica y Los Desafíos en el Siglo XXI. México: Ediciones y Gráficos Eón; 2015, p. 153 - 66.
- Oliveira, P C. Auto-eficácia Específica nas Competências do Enfermeiro Generalista. Saarbücken: Novas Edições Académicas, 2018, p.304.
- Davis, J. Modelling as a strategy for learning and teaching in nursing education. Singapore Nursing Journal, 2013, 40 (3), 5-11.
- Winters, C, Echeverri, E. Teaching Strategies to Support Evidence-Based Practice. CriticalCareNurse, 2012, 32 (3), 49-54.
- Silva, R, Paixão, G, Lins, D, Jesus, R, Pereira, A. Estudo de caso como uma estratégia de ensino na graduação: percepção dos graduandos em enfermagem. Rev Cuid 2014; 5(1), 606-12.
- Shon, D. Educando o profissional reflexivo um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artmed, 2000, p.256.
- Enderle CF, Silveira RS, Dalmolin GL, Lunardi VL, Avila LI, Dominguez CC. Teaching strategies: promoting the development of moral competence in undergraduate students. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 4):1650-6.
- Hornrtvedt, M, Nordsteien, A, Torbjørg, F., Severinsson, E. Strategies for teaching evidence-based practice in nursing education: a thematic literature review. BMC Medical Education. 2018, 18 (172), 1-11.



**SÓNIA ALVES**

**Enfermeira** Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, Mestrado. Aces Porto Ocidental - UCC Boavista. Porto, Portugal.

✉ [spalves@arsnorte.min-saude.pt](mailto:spalves@arsnorte.min-saude.pt)

**ISILDA RIBEIRO**

**Professora Adjunta**, Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria, Mestre em Saúde Mental e Psiquiatria, Doutoramento em Educação, Aluna do Pós-doutoramento em Ciências do Cuidado da Saúde. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

**CARLOS SEQUEIRA**

**Coordenador** da Unidade de Investigação da ESEP, Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Professor Coordenador, PhD, MSc, RMHN. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Principal Investigador do CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

# CRIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM PROGRAMA PROMOTOR DE SAÚDE MENTAL POSITIVA EM ADOLESCENTES

## Creation and validation of a program promoter of positive mental health in adolescents

### Abstract

**Introduction:** The WHO estimates that at least 20% of children and adolescents have at least one mental disorder before reaching the age of 18 years. (PNSE, 2015) Based on the studies of the Multifactorial Model of Teresa Lluch (1999), it was proposed for the present study the conception and validation of a positive mental health promotion program in the field of mental health nursing directed to adolescents who attend the 3rd cycle of studies.

**Objectives:** Elaborate a positive mental health nursing program based on the Multifactorial Model of Teresa Lluch; Implement a positive mental health program within the framework of the primary health care services portfolio, in response to the guidelines of the national school health program (PNSE, 2015); To analyse the effectiveness of the positive mental health program in promoting adolescents' mental health in a school environment; To evaluate the positive mental health levels of adolescents in school settings.

**Methodology:** Mixed, quasi-experimental (through a pilot study) and also observational-descriptive cross-sectional study focused on a Focus Group was chosen.

**Results:** In the pilot group the mean positive mental health questionnaire pre-program, was 94.35, post-program had a decrease, and was at 92.61.

**Conclusions:** Program implementation improved participants' positive mental health. Knowing that mental health is worked on the basis of continuity, it is believed that the time factor was limit-

ing in this study. It would have been an added value to carry out a follow-up at the end of the academic year to analyse positive mental health questionnaire.

**KEYWORDS:** ADOLESCENTS; NURSING MENTAL HEALTH; POSITIVE MENTAL HEALTH; PROGRAM.

### INTRODUÇÃO

Em 2004, a OMS realçou a necessidade de promover a saúde mental e definiu a Saúde Mental Positiva como um estado de bem-estar em que o indivíduo compreende as suas próprias habilidades, consegue lidar com o normal *stress* da vida, trabalha de forma produtiva e proveitosa, e é capaz de dar o seu contributo para a comunidade (OMS, 2005, pp.12; Keyes, 2010, pp.17-18<sup>1</sup>). Maria Teresa Lluch (1999)<sup>2</sup>, validou empiricamente a proposta feita por Jahoda (1958) e desenvolveu o Questionário de Salud Mental Positiva (CSM+) onde avaliou 6 fatores ou características da saúde mental: satisfação pessoal, atitude pro-social, autocontrolo, autonomia, resolução



de problemas e autorrealização e habilidades nas relações interpessoais. Estes fatores são necessários para a manutenção de uma Saúde Mental Positiva e permitem ao ser humano desenvolver capacidades para enfrentar a sua vida diária. Em 2014, Sequeira *et al.* <sup>3</sup>traduziu e adaptou para a realidade portuguesa o CSM+, passando a designar-se de Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+).

Estudos demonstram que a maioria dos adolescentes e jovens não procuram nem recebem a ajuda ou o tratamento adequado, devido à baixa literacia em saúde mental. A identificação, a sensibilização para a saúde mental e o tratamento precoce de dificuldades emocionais em adolescentes e jovens são uma prioridade tanto para os profissionais de saúde como para os professores (Santor *et al.*, 2006; Pedreiro *et al.*, 2011<sup>4</sup>). Importa lembrar que uma das competências do enfermeiro especialista é intervir, com base em padrões de conhecimento e deve-se assumir como facilitador nos processos de aprendizagem (Ordem dos Enfermeiros, 2009<sup>5</sup>).

Assim, e evidenciando o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) na promoção da Saúde Mental Positiva concordamos com Garcia (2016)<sup>6</sup> que refere a necessidade de se desenvolver programas neste âmbito da Saúde Mental Positiva. Estes devem estar focados na aprendizagem e potencialização e não apenas no que deve ser evitado, rejeitado ou anulado. Devem ter como principal objetivo promover sentimentos positivos e de controlo sobre a própria pessoa (empoderamento).

Este estudo enquadra-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no ano letivo 2017/2018, e é baseado nos estudos do Modelo Multifatorial de Teresa Lluch. Foi proposto para o presente trabalho a

conceção e validação de um Programa Promotor de Saúde Mental Positiva no âmbito de enfermagem de saúde mental direcionado para alunos do 3º ciclo. O trabalho integra-se no Projeto de Saúde Mental Positiva da CINTESIS/NursID do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde e da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

## OBJETIVOS

Assim, partimos da seguinte questão de partida: **"Poderá a saúde mental dos adolescentes que frequentam o 3º ciclo, melhorar com a implementação de um programa de Saúde Mental Positiva?"**. Para dar resposta à nossa questão de partida delinea-mos os seguintes objetivos:

- ✓ Elaborar um programa de enfermagem em Saúde Mental Positiva baseado no Modelo Multifatorial de Teresa Lluch;
- ✓ Implementar um programa de Saúde Mental Positiva no âmbito da carteira de serviços dos cuidados de saúde primários, como resposta às diretrizes do programa nacional de saúde escolar (PNSE, 2015);
- ✓ Analisar a eficácia do programa de Saúde Mental Positiva na promoção da saúde mental dos adolescentes em ambiente escolar;
- ✓ Avaliar os níveis de Saúde Mental Positiva dos adolescentes em ambiente escolar.

## Adolescência

Adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizada pelo desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços da pessoa em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive. A adolescência inicia-se com as mudanças corporais da puberdade e termina quando o jovem consolida o seu crescimento e a sua personalidade, obtendo pro-

gressivamente a sua independência econômica, além da integração nos grupos sociais (Einstein, 2005)<sup>7</sup>. É no período da adolescência que se verifica o afastamento dos pais, a primeira tentativa de independência, os primeiros comportamentos de risco e a afirmação no grupo. A formação do grupo é de extrema importância na altura da adolescência, constituindo um espaço para formação da identidade pessoal e o local onde podem experimentar e exercer novos papéis longe dos papéis e família (Souza, *et al.*, 2004)<sup>8</sup>. Os profissionais de saúde que pretendam intervir no contexto grupal necessitam de melhorar os conhecimentos acerca do comportamento do adolescente em grupo e perceber que este nem sempre é harmonioso, podendo ter altos e baixos no humor. Além disso, é também necessário o conhecimento do movimento grupal e da sua dinâmica (Souza, *et al.*, 2004).

## Saúde Mental Positiva

Maria Teresa Lluch (1999) retomou o trabalho iniciado por Marie Jahoda com a intenção de dar operacionalidade às abordagens conceituais e avaliar a Saúde Mental Positiva. O trabalho de Jahoda está vinculado ao modelo comunitário de intervenção e pretende reivindicar a promoção da saúde mental e não apenas a mera prevenção da doença. Esta mesma autora articula o conceito de Saúde Mental Positiva desde uma perspetiva de múltiplos critérios e concretiza em seis critérios interrelacionados.

De acordo com Lluch (2002)<sup>9</sup> a Saúde Mental Positiva consiste em tentar estar e sentir-se o melhor possível dentro das circunstâncias específicas em que se encontra, interpretando e aceitando a normalidade de muitos dos nossos pensamentos, sentimentos e condutas. Para esta autora, a aplicação da Saúde Mental Positiva tem os seus limites. Ou seja, as abordagens de Lluch (2002) >

reforçam a ideia de que há que viver, sentir os momentos agindo conforme cada um, permitindo a expressão de sentimentos, canalizando-os e gerindo-os de forma coerente. Este ponto é importante, por exemplo numa situação de perda, em que chorar e acompanhar são aspetos positivos da vida porque correspondem àquela situação, aquele momento.

**Promoção da Saúde Mental Positiva nas escolas**

A capacidade mental das populações é uma das bases da sua prosperidade. Assim, cuidar da saúde mental das mesmas tem de ser uma prioridade. Neste sentido, a prevenção de perturbações mentais e a promoção da saúde mental é uma precessão para os diferentes países, governos e instituições.

O Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) define: *“A saúde mental como o núcleo central de intervenção em toda a comunidade educativa na complementaridade à aprendizagem, no estabelecimento de relações interpessoais significativas, na gestão de emoções e na adoção de estilos de vida saudáveis. A importância da saúde mental como meio condutor na promoção das competências socio emocionais torna a escola mais desafiadora, envolvente e significativa, com climas favoráveis de aprendizagem, pertença, sucesso e diminuição de comportamentos de risco, traduzindo-se em ganhos para a saúde”* (DGS, 2015, pp.18)<sup>10</sup>.

As intervenções no âmbito da promoção da saúde mental “devem ser dirigidas a potenciar as capacidades positivas do ser humano (Lluch, 1999, pp. 76)”. Um dos instrumentos básicos que se podem utilizar para a promoção é a educação para a saúde positiva: *“transmitir conhecimentos fundamentados, que permitam que as pessoas adotem, por eles próprios, comportamentos e atitudes saudáveis e treinem habilidades pessoais específicas, como por exemplo habilidades sociais ou resolução de pro-*

*blemas”*(Lluch, 1999, pp.76). Seligman (2012) sugere *“a implementação dos princípios da SM+ em todas as escolas, com o objetivo de diminuir o humor depressivo, traduzindo-se em maior aproveitamento escolar, melhor aprendizagem, aumento da satisfação com a vida e produção de um pensamento mais criativo e holístico”* (Leite, 2016, pp.41)<sup>11</sup>.

**MÉTODOS**

Na revisão da bibliografia, verificou-se que não foi identificado um programa de enfermagem específico em Saúde Mental Positiva para adolescentes baseado no Modelo Multifatorial de Lluch (1999) com a utilização do Questionário Saúde Mental Positiva (QSM+). Trata-se de um Estudo misto, quase-experimental (através de um estudo piloto) e também observacional-descriptivo, transversal, centrado num *Focus Group*. A amostra foi constituída por 157 alunos com idades compreendidas entre os 12 e 16 anos, do 8º ano de escolaridade. O desenho de estudo é essencial e serve de guia para o planeamento, implementação e análise do estudo (Driessnack, 2007)<sup>12</sup>. Permite também responder às perguntas ou hipóteses da pesquisa, mas as respostas poderão ser diferentes o que implica diferentes tipos de metodologias.

Este estudo está dividido em 6 momentos distintos:

**1º momento - Focus Group do Questionário individual**

- ✓ Identificar dificuldades sentidas pelos professores nas questões apresentadas
- ✓ Perceber se a linguagem está acessível a este nível de ensino
- ✓ Identificar lacunas de informação pertinentes nestas idades
- ✓ Perceber se o questionário é apropriado para este nível de ensino

**2º momento: Pré-teste do Questionário individual (Turma 12º ano)**

- ✓ Perceber se questionário é perceptível e implementável
- ✓ Identificar dificuldades sentidas/ problemas
- ✓ Perceber se o tempo estipulado é cumprido

**3º momento: Colheita de dados nos agrupamentos autorizados**

- ✓ Turmas 8º ano
- ✓ Consentimentos para os pais
- ✓ Fornecidos e recolhidos pelos diretores de turma

**4º momento: Focus Group do Programa Promotor de Saúde Mental Positiva em Adolescentes**

- ✓ Recolher opiniões por parte do grupo de peritos
- ✓ Perceber as dificuldades da sua implementação

TABELA 1

MÉDIA EVP TURMA E ESCOLA		
ESCOLA	MÉDIA EVP/TURMA	MÉDIA EVP/ESCOLA
<b>Escola 2</b>	Turma A – 10,25	11,56
	Turma B – 11,65	
	Turma C- 12,28	
	Turma D- 12,25	
	Turma E- 11,35	
<b>Escola 3</b>	<b>Turma A – 14,52</b>	13,78
	Turma B – 13,04	
<b>Escola 4</b>	Turma A – 14,3	14,3
<b>TOTAL</b>		<b>13,2</b>

TABELA 2

## NÍVEIS DE SAÚDE MENTAL/ESCOLA

ESCOLA	NÍVEIS	Média QSM+/turma	Média QSM+/escola
<b>Escola 2</b>	Flourishing - 4 alunos Intermédio- 98	Turma A - 91 Turma B - 90,1 Turma C- 94,4 Turma D- 96 Turma E - 93,1	92,9
<b>Escola 3</b>	Flourishing - 4 Intermédio - 41	<b>Turma A - 94,3</b> Turma B - 91,6	93
<b>Escola 4</b>	Flourishing - 2 Intermédio- 8	Turma A - 93,1	93,1
<b>TOTAL</b>	Flourishing - 10 alunos Intermédio - 147 alunos		<b>93</b>

- Discutir a estrutura e viabilidade do programa

#### 5º momento: Análise dos questionários para avaliação da Saúde Mental Positiva dos Adolescentes- Questionário individual; QSM+; EVP

- ✓ Avaliar os níveis de Saúde mental positiva dos adolescentes em ambiente escola

#### 6º momento: Implementação do programa em turma-piloto (8ºano)

- ✓ Analisar a eficácia do programa de Saúde Mental positiva na promoção da saúde mental dos adolescentes em ambiente escolar
- ✓ Perceber o impacto do programa na SM+
- ✓ Avaliar a SM+

Sendo um estudo misto utilizou-se a metodologia qualitativa e quantitativa.

O *Focus Group* é uma **técnica qualitativa** conduzida por entrevistas não diretivas e que implica o controlo da discussão de um grupo de pessoas. Privilegia a observação, o registo de experiências e reações dos participantes do grupo, que não seriam possíveis de obter por outros métodos, como por exemplo, a observação participante, as entrevistas individuais ou questionários (Morgan,1997; Ribeiro, 2013)<sup>13</sup>.

Relativamente ao *Focus Group* do **questionário individual**, a escolha foi feita atendendo aos objetivos delineados para este, ou seja, demos preferência a professores que trabalham no 3º ciclo de escolaridade e conhecem a população - alvo deste estudo. Achamos pertinente incluir um professor não pertencente a este nível de ensino, para que pudesse observar a estrutura e linguagem do questionário e a sua acessibilidade a outras áreas que não a saúde. Também se incluiu elementos da equipa de saúde escolar destes agrupamentos, para que nos dessem a visão da enfermagem e o contributo do enfermeiro especialista de saúde mental em ambiente escolar.

No *Focus Group* do **Programa Promotor de Saúde Mental Positiva**, os participantes integram o grupo de Saúde Mental Positiva e foi numa das reuniões deste grupo que se realizou a apresentação do Programa Promotor de Saúde Mental Positiva em adolescentes e decorreu na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). O grupo era composto por 24 profissionais de enfermagem (8 homens e 16 mulheres), especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (15 com doutoramento, 2 doutorandos e 3 mestres), com idades a rondar os 40-50 anos e provenientes de vários pontos do país. Relativamente à **metodologia quan-**

**titativa**, esta assenta no paradigma positivista e caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos. Procura explicar, prever e estabelecer relações de causa-efeito, através de medidas aplicadas às variáveis e pela análise de dados numéricos (Martins, 2017)<sup>14</sup>. Formulada uma hipótese acerca do comportamento da população, considera-se que um teste de hipóteses é uma regra de decisão que permite aceitar ou rejeitar essa hipótese, com base na informação obtida na amostra (Morais, 2005, pp.21)<sup>15</sup>. Assim, consideramos que a Hipótese nula (H0) não há melhorias da Saúde Mental Positiva com o programa promotor e consideramos que a hipótese 1 (H1) diz-nos que há melhorias da Saúde Mental Positiva com o programa promotor.

#### Instrumentos utilizados:

- **Questionário individual de Saúde Mental Positiva em adolescentes do 3º ciclo**

Tendo em conta as forças e fraquezas do questionário, desenhamos um questionário que nos permitiu atingir a amostra que se pretendia, com um custo comportável. Este encontra-se estruturado da seguinte maneira:

- **Texto introdutório** onde é indicada >

a finalidade do estudo, o seu caráter confidencial, assim como a importância de darem respostas sinceras, honestas e não deixar nada em branco para não comprometer o estudo.

- **Parte I** – questões gerais, com 16 perguntas fechadas de escolha múltipla. Pretende-se recolher informações sobre o desempenho escolar, agregado familiar, exercício físico, sono e repouso, alimentação e saúde mental, problemas de saúde e sua vigilância, medicação, experiências negativas de vida, consumos de substâncias psicoativas, percepção da vulnerabilidade. Na questão 16 integra-se a escala de vulnerabilidade psicológica (EVP) (Sinclair & Wallston, 1999, que foi adaptada para a realidade portuguesa por Nogueira, 2014)<sup>16</sup> para se avaliar a vulnerabilidade psicológica dos adolescentes com 5 itens de resposta.

- **Parte II** – Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+) (Sequeira et al, 2014)<sup>17</sup> - validado para a população portuguesa, com 39 itens que aparecem formulados de forma positiva (19) ou de forma negativa (20), o qual visa recolher informação sobre a Saúde Mental Positiva dos Adolescentes que integram o 3º ciclo de estudos.

Após a revisão com o painel de peritos do questionário, foi aplicado o pré-teste numa turma de 12º ano da área profissional, em que o percurso escolar da turma demonstrava várias faltas disciplinares, dificuldades nos estudos, más notas, *bullying*, violência para com os professores, gravidez na adolescência, famílias desestruturadas.

#### • Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+)

Maria Teresa Lluch, é pioneira na criação de uma escala para medir a Saúde Mental Positiva, e é autora do Questionário de Saúde Mental Positiva (CSM+). Este questionário é o instrumento que avalia o Modelo Multifactorial de Saúde Mental Positiva (1999) e procura avaliar a eficácia de programas de promoção

de saúde mental com o sentido de potenciar os recursos da pessoa, podendo também ser utilizado como instrumento de *screening* (teste de rastreio) valorizando o nível de Saúde Mental Positiva na população em geral (Lluch, 1999).

O questionário utilizado neste trabalho de investigação é aquele que foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Sequeira et al., (2014) o qual obteve resultados que fornecem evidência para a fidelidade, validade de conteúdo e validade de critério quando utilizado em amostras de população adulta portuguesa (Garcia, 2016).

As respostas a cada item são apresentadas numa escala de Likert que corresponde à frequência com que cada afirmação ocorre na vida do indivíduo. Assim, o inquirido deverá responder segundo a frequência que melhor caracteriza o seu caso: "Sempre ou quase sempre", "Na maioria das vezes", "Algumas vezes" e "Raramente ou nunca".

Estes 39 itens aparecem formulados de forma positiva (19) ou de forma negativa (20). Os itens enunciados positivamente são: 4, 5, 11, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 35, 36, 37. Assim, segundo o item for negativo ou positivo, as respostas apresentadas na escala de Likert terão pontuações ou valores diferentes (Lluch 1999, 2003; Sequeira et al.2014),

#### • Escala de vulnerabilidade psicológica

O conceito de vulnerabilidade, na saúde mental, evoluiu de uma visão epidemiológica inicial até uma conceção mais compreensiva, defendida pela enfermagem, que lhe acrescentou a noção de percepção e experiência individual e única de "sentir-se ou não vulnerável" (Spiers, 2000; Nogueira, 2017, pp.105).

Avaliar a percepção de vulnerabilidade permite identificar défices na saúde mental e possibilita aos profissionais de saúde agir precocemente (Nogueira, 2017).

Tendo em conta a definição, achamos pertinente avaliar a percepção de vulnerabilidade (Nogueira, 2017), em que se elaborou uma única pergunta que possibilitasse ao jovem expressar em que medida se sente vulnerável em menor ou maior grau. Ou seja, se está consciente de se encontrar numa circunstância passível de ser magoado física ou emocionalmente (Spiers, 2000; Nogueira, 2017).

Esta informação foi recolhida numa escala de Likert com cinco possibilidades de resposta, que variam entre 1= «nada vulnerável» até 5= «extremamente vulnerável» (Nogueira, 2017).

Foi também utilizada a escala de vulnerabilidade psicológica de Sinclair & Wallston, 1999, que foi adaptada para a realidade portuguesa por Nogueira (2014) designada em Português de *Escala de Vulnerabilidade Psicológica* (EVP). Trata-se de uma medida válida, fiável e estável para medir vulnerabilidade psicológica ( $\alpha=.73$ ; Spearman-Brown=.72).

A EVP tem seis itens de autoapreciação e cota numa escala de Likert com cinco possibilidades de resposta, que variam entre 1 «não descreve nada» até 5 «descreve-me muito bem». O score total é o somatório de todos os itens. Quanto mais elevado o score maior a vulnerabilidade. A autora considera a escala, um instrumento fiável para investigação e eficiente na identificação de pessoas em risco de depressão (Nogueira, 2017).

Procurou-se garantir e respeitar sempre estes princípios desde a conceção, recolha, análise de dados e divulgação dos resultados.

## RESULTADOS

Foi criada uma ferramenta em formato Excel® para análise estatística dos dados. O Excel® é um aplicativo Windows® que "fornece ferramentas para organizar, analisar e interpretar dados" (Silva; Bernal, 2012, pp.4)<sup>18</sup>. Com os dados inseridos do questionário individual, QSM+ e escala de

## QUADRO N.º 2

## PROGRAMA O BRILHO DA MENTE



"Uma mente que não brilha, não está capaz de evoluir, conhecer e desenvolver-se!" (Alves, 2018)

- Sessão 1** - Apresentação do programa de promoção da Saúde Mental Positiva e prevenção da doença mental - conceitos.
- Sessão 2** - Autoconceito: conceito e estratégias para o desenvolvimento de um autoconceito positivo.
- Sessão 3** - Autoestima: conceito e estratégias para favorece-la.
- Sessão 4** - Comunicação assertiva, escuta ativa e empática.
- Sessão 5** - Resolução de conflitos e tomada de decisões.
- Sessão 6** - Tolerância e diversidade.
- Sessão 7** - Expressão de sentimentos e diminuição do *stress*.
- Sessão 8** - Finalização do Programa de Promoção de Saúde Mental Positiva

vulnerabilidade psicológica, foram criadas tabelas dinâmicas. Estas permitem o cruzamento entre as variáveis para obter medidas de resumo, como exemplo: total, média, desvio padrão e outras. O resultado é apresentado em forma de tabelas e quadros.

A amostra em estudo foi constituída por alunos com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos (Amplitude (A)= 4 anos), sendo a idade média 13,5 anos (N=157). **(Tabela 1).**

Pode-se observar que a escola 2 tem a média mais baixa de EVP, enquanto na escola 3, a turma A tem a média mais alta de vulnerabilidade psicológica.

No sentido de categorizar os resultados da SM+, isto é, de atribuir significado qualitativo aos valores obtidos, procedeu-se à criação de intervalos tendo em conta o conceito de saúde mental proposto por Keyes (2002, 2007, 2010). Este autor, defende a saúde mental como um continuum, isto é, um processo no qual a pessoa ao longo da sua vida oscila entre estados completos de saúde mental, *flourishing*, estados intermédios e estados incompletos ou de *languishing*. Assim, optou-se pela criação dos seguintes intervalos (Garcia, 2016):

- Valores compreendidos entre 39 e 78: *flourishing*;

- Valores compreendidos entre 79-117: intermédio;
- Valores compreendidos entre 118-156: *languishing*.

Analisando os dados apresentados na **tabela 2** verificamos que é na Escola 2 que se encontra a turma com um QSM+ mais elevado (96) e a turma com QSM+ mais baixo (90,1). Também na Escola 3, temos uma turma com um elevado QSM+ (94,3). A média de QSM+ em todas as escolas é de 93.

Para a implementação do Programa Promotor de Saúde Mental Positiva, escolheu-se a turma A da escola 3 pelas médias elevadas de EVP e QSM+, como se pode observar na tabela anterior e todos os encarregados de educação desta turma, assinaram a autorização para a implementação do programa. Na turma piloto a média do QSM+ pré-programa era de 94,35, no pós-programa teve uma diminuição, e situava-se nos 92,61. A escala de vulnerabilidade psicológica no pré-programa, a média era de 14,52 e no pós-programa de 14,26. Foi utilizado o Teste T para amostras emparelhadas, que permite inferir sobre a igualdade de médias de duas amostras emparelhadas. Observou-se alterações nas médias, embora ligeiras, mas que nos permite considerar que houve melhorias na Saúde Men-

tal Positiva após a aplicação do programa promotor de saúde mental.

### DISCUSSÃO

Utilizou-se a triangulação dos dados para validação da informação. Seguem as conclusões por objetivos traçados, como se pode observar no

#### quadro n.º 1:

Em relação à **escala de vulnerabilidade psicológica (EVP)**, a maioria dos alunos situa-se entre os 6-12 valores (nível mais baixo) e apenas 1 aluno se encontra no máximo da escala com 30 valores, com médias da EVP nas diferentes escolas, que variam entre os 11,56 e os 14,3.

- Dos 157 alunos – 51,6% (81 alunos) do **sexo** masculino, com idade média de 13,5 anos;
- 63 alunos (40%) consideram o **desempenho escolar** suficiente, e apenas um aluno (0,64%) considera o seu desempenho excelente;
- No **agregado familiar**, 58% (91 dos alunos) vive com os pais e 7% (11 alunos) vive com os avós;
- Praticam **exercício físico**, 113 alunos (72%) e destes, 63 alunos praticam 2/3 vezes por semana exercício físico (40%);
- No que diz respeito ao **padrão de sono** 73,9% (116 alunos) dorme o suficiente para as suas necessi- >

IMAGEM Nº1

## O BRILHO DA MENTE



dades e 37,6% dos alunos refere dormir 8h ou mais por noite.

- 95,54% dos alunos consideram importante a **alimentação para a saúde mental**;
- 91% dos inquiridos só realizam 3 **refeições diárias** (pequeno-almoço, almoço e jantar);
- Nos **problemas de saúde**: 67,5% (106 alunos) não têm diagnosticado nenhum problema de saúde. Dos restantes 51 alunos (7,64%) tem fobias e 5,1% apresentam ansiedade;
- **Em relação à vigilância da saúde**: 59,9% dos inquiridos (94 alunos) fazem vigilância. Destes, 71,3% (67 alunos) recorrem ao centro de saúde e destacam-se 15 alunos (16%) que frequentam consultas de saúde mental, psicologia, psiquiatria.
- **Medicação que realizam**: apenas 28 alunos (18%) referem tomar medicação. Importa realçar que 6 alunos (21%) fazem ansiolíticos, sedativos e hipnóticos; 1 aluno refere a toma de antidepressivos (não tendo assinalado depressão) e 10 alunos (36%) têm asma;

- Quanto às **experiências negativas de vida** foram relatadas pelos alunos as questões relacionadas com a morte de familiares (55%) separação dos pais (41%) e situações de doença como depressão (4%);
- **Consumo de substâncias psicoativas**: 97,5% assinalaram que não consomem substâncias; os 2,5% que declararam o sim, consomem Cannabis. Em relação ao **tabaco/álcool** apenas 3% (5 alunos) consomem álcool, 2% (3 alunos) e tabaco e apenas 2% (3 alunos) responderam que consomem ambas as substâncias;
- **Em relação à perceção da vulnerabilidade psicológica**: 48,4% (76 alunos) consideram-se nada vulneráveis; 28% (74 alunos) pouco vulneráveis; 16,6% (26 alunos) moderadamente vulneráveis; 5,1% (8 alunos) muito vulneráveis e 2% (3 alunos) acham-se extremamente vulneráveis.

Quando se olha para o significado do termo "saúde" damos conta de que é tão importante a ausência de qualquer tipo de doença e a sensação de

completo bem-estar físico, mental e social.

Quando se fala de prevenção de doenças ou transtornos mentais, normalmente refere-se aos diferentes fatores de risco que podem potencialmente causar o aparecimento de um transtorno mental. E é verdade que estes, fatores de risco, influenciam ou provocam o aparecimento de transtornos mentais. Mas, não podemos esquecer que a incidência destes fatores de risco numa pessoa também será determinada pela sua interação com os fatores de proteção, ou seja, os fatores que favorecem uma Saúde Mental Positiva. Assim surge o **Programa Promotor de Saúde Mental Positiva em adolescentes – O Brilho da Mente**. O objetivo principal deste programa é a promoção no âmbito escolar de uma Saúde Mental Positiva.

Foi baseado no "*Programa de Promoción de la Salud Mental Positiva y prevención de la Enfermedad mental em el ámbito escolar de la comunidad autónoma de Extremadura*" (Blanco; Munoz, 2010)<sup>19</sup>. Pretende dotar e potenciar os adolescentes, destes fatores protetores que facilitarão a que não apareçam transtornos psicológicos, ou pelo menos, que o aparecimento destes seja menos provável.

O desenho foi criado especificamente para este programa e pretende representar a mente, com todas as suas engrenagens. Estas estimulam, criam e desenvolvem informação e capacitação. O brilho é entrada do conhecimento, da capacitação. As raízes é o que nos prende à terra, uma alusão à árvore da vida, em que nascemos, evoluímos, capacitamos, brilhamos e voamos. (**Imagem nº 1**). O Programa está dividido em 8 sessões a desenvolver preferencialmente em horário escolar. Em cada sessão estão indicados os objetivos que se pretendem atingir, o tempo estimado para o desenvolvimento, o conteúdo que se deve transmitir aos alunos e uma atividade de trabalho, como se pode ver no **quadro n.º 2**.

## CONCLUSÕES

Este programa teve influência na saúde mental, pois houve mudanças a nível comportamental.

A escala de vulnerabilidade psicológica (EVP) permitiu identificar défices na saúde mental e detetar precocemente doenças mentais (EVP). As médias do QSM+ e da escala de vulnerabilidade psicológica sofreram uma diminuição (respetivamente 92,61 e 14,26). O QSM+ também teve uma ligeira diminuição estatística, o que evidência uma melhoria a nível de Saúde Mental Positiva.

Um follow-up após 3 meses do tér-

mino do programa, seria necessário, para dar tempo ao aluno de interiorizar o que apreendeu.

Todos os objetivos propostos foram atingidos houve ganhos para a saúde nos adolescentes que participaram no estudo.

É de realçar a importância do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria na criação e implementação de programas promotores de saúde mental.

Para futuros estudos é de extrema importância o tempo, a continuidade e o acompanhamento dos alunos.

Só assim se terá evidência científica

do trabalho de campo já realizado. É pertinente trabalhar a saúde mental em idades menores, como crianças do 1º e 2º ciclo, visto que são nestas idades que a mente se encontra mais aberta e desperta para mudanças.

A criação de programas de Saúde Mental Positiva a partir do nascimento ou em grávidas seria um investimento a longo prazo, onde mais tarde, teríamos jovens adultos e idosos com melhor saúde mental, mais assertivos, melhores comunicadores e tolerantes. ▴



## Referências

1. Keyes, Corey. The Next Steps in the Promotion and Protection of Positive Mental Health. McGill University School of Nursing. 2010 Vol. 42 N.º 3; pp.17-28.
2. Lluch, M. Construcción de una Escala para Evaluar la Salud Mental Positiva. Universidad de Barcelona, División de Ciencias de la salud, Facultad de Psicología, Departamento de Metodología de las Ciencias del comportamiento; 1999. Tese de doutoramento.
3. Sequeira, C. & Carvalho, J.C. Tradução para a População Portuguesa do Questionário de Saúde Mental Positiva (QSM+). Saúde e Qualidade de Vida em análise. 2009, pp. 303-14.
4. Pedreiro, Ana Teresa et al.. Tradução, adaptação e validação por focus group de um questionário de avaliação da literacia em saúde mental (Qualismental) para adolescentes e jovens. III congresso SPESM "Informação e saúde mental"; 2011; Silves.
5. Ordem dos enfermeiros. Caderno temático, Modelo de desenvolvimento profissional; sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem, perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. 2009 Dez.
6. Garcia, Irene. Saúde mental positiva em adolescentes. Dissertação de Mestrado. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2016.
7. Eisenstein, Evelyn. Adolescência: definições, conceitos e critérios. Revista Adolescência e saúde, 2005 junho, Vol. 2, n.º 2.
8. Souza, Márcia M. et al. - A abordagem de adolescentes em grupos: o contexto da educação em saúde e prevenção de DST. J Bras Doenças Sex Transm. 2004, vol. 16, Sup. 2, pp. 18-22.
9. Lluch, Maria. Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. Salud mental. 2002 agosto; vol. 25, n.º 4.
10. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa; 2015.
11. Leite, Artur. Conceção de um Programa de Saúde Mental Positiva para docentes do Ensino Básico; Dissertação de Mestrado. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2016.
12. Driessnack M, Sousa V.D. & Mendes IAC. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. Rev Latino-am Enfermagem. 2007, Setembro-outubro: 15(5).
13. Ribeiro, Isilda. Aprendizagem de valores profissionais no curso de licenciatura em enfermagem. Tese apresentada para a obtenção do Grau de Doutor em Educação.
14. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2013.
15. Martins, Teresa. Investigação Quantitativa In: Mestrado em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2017.
16. Morais, Carlos. Descrição, análise e interpretação de informação quantitativa. Instituto Politécnico de Bragança. Escola superior de Educação; 2005, pp. 8-27
17. Nogueira, Maria José. Saúde mental em estudantes do ensino superior: fatores protetores e fatores de vulnerabilidade. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2017.
18. Sequeira, C., Sá, L., Carvalho, J. C., Borges, E. & Sousa, C. Avaliação da saúde mental positiva em estudantes do ensino superior. Referência III Série, 150; 2012.
19. Alves, Patrícia. Criação e validação de um programa promotor de saúde mental positiva em adolescentes. Tese de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Porto: Escola superior de enfermagem do Porto; 2018.
20. Bernal, Regina & Silva Nilza. O uso do excel para análises estatísticas. Março, 2012.
21. Blanco, C. & MUÑOZ, M. Programa de Promoción de La Salud Mental Positiva y Prevención de de la Enfermedad Mental en el ámbito escolar de la comunidade Autónoma. Salud Mental de Extremadura. Servicio Extremeño de Salud; Fundación Igualdad Ciudadana, 2010.

A microscopic view of cells, likely cancer cells, with a large central cell in focus, surrounded by many smaller cells. The cells are yellow and orange, with a textured, bumpy surface. The background is a dark blue with some light spots.

# iGestSaúde Project

## APPLICATION TO SUPPORT SELF-MANAGEMENT IN PEOPLE WITH CHRONIC DISEASES

### Our aims

The aim of this project is to develop a digital tool to monitor and control the management of the therapeutic regimen in people with chronic illness, using a smartphone platform, in order to strengthen communication between patients and health professionals, promote adherence to therapeutic indications and enabling a proactive and prompt response to the symptoms or complications that may arise from the disease, thus improving the patient's health and quality of life.

### Partners

- Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP)
- Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM)
- Universidade Fernando Pessoa (UFP)
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) - Hospital de Dia de Oncologia
- Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP)

### Description

Chronic diseases are currently the most prominent health conditions in Europe.

The WHO (2010) defines chronic disease as a long-term disease, usually of slow progression, requiring prolonged multi-professional follow-up, often including a more or less complex use of drugs and also a condition that affects personal, family and professional life, determining the need for a change of the previously adopted self-care behaviours.

This digital tool strategy uses a system of alerts according to the specific therapeutic regimen (e.g. time, dosage, specific indications for medication administration, etc.) and validation of its intake; the use of control equipment (e.g. blood glucose monitoring, blood pressure, etc.); control of symptoms and toxicity during chemotherapy treatments in oncologic inpatients or outpatients (e.g. parenteral administration therapies, assessing drug-related toxicity, uncontrolled symptoms, etc.).

The first stage of this project is aimed at developing the Chemotherapy module (at home), however, the project will cover other modules assembling the complexity of chronic diseases, such as diabetes, hypertension, COPD (chronic obstructive pulmonary disease), kidney disease or others.

### Project leader

Célia Santos RN, PhD. [celiasantos@esenf.pt](mailto:celiasantos@esenf.pt)

Funding





# TRADUÇÃO PARA PORTUGUÊS E VALIDAÇÃO CULTURAL DA EMPOWERMENT ASSESSMENT RATING SCALE

Translation to Portuguese and cultural validation  
of the Empowerment Assessment Rating Scale



## PEDRO MELO

**Professor Auxiliar Convitado,**  
Doutor em Enfermagem.  
Universidade Católica Portuguesa/  
Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde/Escola de  
Enfermagem. Porto, Portugal.  
✉ [pmelo@porto.ucp.pt](mailto:pmelo@porto.ucp.pt)

## ALICE TEIXEIRA

**Enfermeira/Investigadora**  
colaboradora, Mestre em  
Enfermagem. Administração  
Regional de Saúde do Norte/  
Universidade Católica Portuguesa/  
Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

## CATARINA FERNANDES

**Enfermeira/Investigadora**  
colaboradora, Mestre em  
Enfermagem. Centro Hospitalar  
de S. João/Universidade Católica  
Portuguesa/ Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

## LUÍSA VALE FERREIRA

**Enfermeira/Investigadora**  
colaboradora, Mestre em  
Enfermagem. Centro Hospitalar  
de S. João/Universidade Católica  
Portuguesa/Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

## SANDRA SANTOS

**Enfermeira/Investigadora**  
colaboradora, Mestre em  
Enfermagem. Centro Hospitalar  
de S. João/Universidade Católica  
Portuguesa/Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

## ISABEL SOUSA

**Enfermeira/Investigadora**  
colaboradora, Mestre em  
Enfermagem. Missionárias da  
Boa Nova/Universidade Católica  
Portuguesa/Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

## ALEXANDRA PEREIRA

**Enfermeira/ Investigadora**  
colaboradora, Mestre em  
Enfermagem. Administração  
Regional de Saúde do Norte/  
Universidade Católica Portuguesa/  
Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde, Porto,  
Portugal.

## AMÉLIA FERREIRA

**Enfermeira/Investigadora**  
colaboradora, Mestre em  
Enfermagem. Administração  
Regional de Saúde do Norte/  
Universidade Católica Portuguesa/  
Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

## CÂNDIDA MACIEL

**Enfermeira-Chefe/Investigadora**  
colaboradora, Mestre em  
Administração e Gestão pública.  
Administração Regional de Saúde  
do Norte/Universidade Católica  
Portuguesa/Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

## DULCE PINTO

**Diretora-Executiva/Investigadora**  
colaboradora, Master of Business  
Administration. Administração  
Regional de Saúde do Norte/  
Universidade Católica Portuguesa/  
Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

## CARLOS PINTO

**Enfermeiro/Investigador**  
colaborador, Mestre em  
Enfermagem Comunitária.  
Administração Regional de Saúde  
do Norte/Universidade Católica  
Portuguesa/ Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

## SÉRGIO SOUSA

**Enfermeiro/Investigador**  
colaborador, Licenciado em  
Enfermagem. Unidade Local de  
Saúde de Matosinhos/Universidade  
Católica Portuguesa/Centro de  
Investigação Interdisciplinar em  
Saúde. Porto, Portugal.

## TERESA CARDOSO

**Enfermeiro/Investigador**  
colaborador, Mestre em  
Enfermagem Comunitária.  
Unidade Local de Saúde de  
Matosinhos/Universidade Católica  
Portuguesa/Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

## CLÁUDIA TELLES DE FREITAS

**Investigador colaborador,**  
Licenciada em Ciências da  
Comunicação. Universidade Católica  
Portuguesa/Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

## MATILDE DIMANDE

**Diretora de Enfermagem/**  
Investigador colaborador, Doutora  
em Projetos de Saúde e Meio  
Ambiente. Hospital Central de  
Maputo/Centro de Investigação  
Interdisciplinar em Saúde. Porto,  
Portugal.

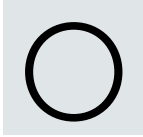
## Abstract

Introduction | To assess the level of community empowerment, Laverack proposes an instrument called the Empowerment Assessment Rating Scale (EARS), which has nine assessment domains related to community empowerment. Objectives | Translate to Portuguese and culturally validate the EARS for an ACeS community, a hospital community, a business community, and a school community. A review of the Portuguese translation was developed, a review group was set up to analyze the resulting document, by consensus a new scale called the Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAvEC) was developed, and the retroversion was developed. Same review group conducted a new evaluation of the resulting version, comparing them with the original in English. The study was carried out at a Hospital in the Azores Archipelago, three Health Centers Organizations in the North of Portugal, an Education-

-oriented Company in Greater Porto and a School Community in Mozambique, where the focus group scale was applied based on a problematic chosen for intervention. Results | EAvEC retained the nine evaluation domains of the original scale and its translated version did not change after its cultural adaptation. The level of community empowerment was identified in each of the communities, analyzed in the form of a radar chart, with the clustered image of all domains. Discussion / Conclusions | EAvEC is a useful tool for community intervention and is being used to assess community empowerment in the MAIEC project of the Centre for Interdisciplinary Research in Health at Universidade Católica Portuguesa.

**KEYWORDS: COMMUNITY HEALTH NURSING; PUBLIC HEALTH NURSING; COMMUNITY PARTICIPATION; EMPOWERMENT.**

## INTRODUÇÃO

 empoderamento comunitário enquanto processo e resultado dos cuidados de enfermagem comunitária tem sido alvo de investigação a partir do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC).<sup>1,2,3</sup> Neste contexto, no âmbito do projeto MAIEC, integrado na *Nursing Research Platform* sediada no Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa, está a desenvolver-se um estudo quasi-experimental de desenho antes-após, para avaliar o impacto da aplicação do MAIEC em diferentes comunidades. Para avaliar o nível de empoderamento comunitário, Laverack propõe um instrumento designado por *Empowerment Assessment Rating Scale (EARS)*<sup>4,5</sup>, que apresenta nove domínios de avaliação: "Community participation"; "Problem assessment capacities"; "Local leadership"; "Organizational structures"; "Resource Mobilization"; "Links to others"; "Ability to ask why"; "Programme management" e "Relationship with outsider agent". Cada um dos domínios tem

5 depoimentos relativos ao nível de empoderamento para cada domínio, numerados de 1 a 5. Deste modo, decorrente do facto do nosso projeto estar a ser desenvolvido com 4 comunidades distintas e relacionado com problemáticas também elas distintas: uma comunidade ACeS, onde a problemática é a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem; Uma comunidade hospitalar, onde a problemática é a prevenção e respostas para o stress profissional e Burnout; Uma comunidade empresarial, nomeadamente uma escola profissional, onde a problemática foi a promoção de um clima organizacional saudável; E uma comunidade escolar, em Moçambique, onde a problemática é a promoção da melhoria do status nutricional nas crianças e a promoção da saúde infantil.

## OBJETIVOS

O objetivo deste estudo foi traduzir para português e validar culturalmente a EARS para cada uma das comunidades indicadas.

## MÉTODOS

### Processo de tradução e validação cultural da EARS

Foram pedidas a autorização e normas de tradução ao autor Glenn Laverack, recebidas a 20/01/2017.

### A- Tradução do idioma inglês para o português e adaptação linguística.

Procedeu-se à distribuição do questionário por um tradutor de inglês, fluente nesse idioma e em português, que não tinha visto previamente o questionário.

### B- Revisão da tradução para português por grupo de revisão

Foi constituído um grupo de revisão composto por três elementos (um investigador especialista em empoderamento comunitário, um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e um professor de enfermagem expert em saúde comunitária) que analisaram o documento resultante e por consenso obteve-se assim a nova escala que se denominou Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAvEC)

### C- Retroversão

Uma cópia da EAvEC foi encami-

ANEXO 1

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (EAVEC)

Domínio	1	2	3	4	5
<b>Participação Comunitária</b>	Nem todos os membros e grupos da comunidade estão a participar nas atividades e reuniões da comunidade (ex. mulheres, jovens, homens)	Os membros da comunidade participam nas reuniões, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda.	Os membros da comunidade estão envolvidos na discussão, mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação. Limitados a atividades tais como trabalho voluntário e donativos financeiros	Os membros da comunidade estão envolvidos nas decisões no planeamento e implementação. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros.	A participação na tomada de decisão é mantida. Os membros da comunidade estão envolvidos em atividades fora da comunidade.
<b>Capacidade de avaliação do problema</b>	Não existe avaliação do problema desenvolvida pela comunidade	A comunidade apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação.	A comunidade tem competências. Os problemas e as prioridades são identificados pela comunidade. Não envolve a participação de todos os sectores da comunidade.	A comunidade identifica problemas, soluções e ações. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento da comunidade.	A comunidade continua a avaliar e é a "dona" dos problemas, soluções e ações.
<b>Liderança Local</b>	Algumas organizações comunitárias sem um líder.	Existem líderes para todas as organizações comunitárias. Algumas organizações não funcionam sob a liderança dos seus líderes.	As organizações comunitárias funcionam sob liderança. Algumas organizações não têm suporte de líderes externos à comunidade.	Os líderes estão a desenvolver iniciativas com o suporte das suas organizações. Os líderes requisitam treino de competências.	Os líderes têm iniciativa total. Organizações em suporte total. Os líderes trabalham com grupos externos para ganhar recursos.
<b>Estruturas organizacionais</b>	A comunidade não tem estruturas organizativas tais como comités.	As organizações foram estabelecidas pela comunidade, mas não estão ativas.	Mais do que uma organização ativa. As organizações têm mecanismos que permitem aos membros ter uma participação significativa.	Muitas organizações estabeleceram ligações umas com as outras na comunidade.	As organizações estão ativamente envolvidas dentro e fora da comunidade. A comunidade está comprometida com as suas e outras organizações.
<b>Mobilização de recursos</b>	Os recursos não estão a ser mobilizados pela comunidade.	Apenas as pessoas ricas e influentes mobilizam os recursos criados pela comunidade. Os membros da comunidade são criados para providenciar recursos.	A comunidade tem recursos em reservas crescentes, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados.	Os recursos criados são usados para atividades fora da comunidade. Existe discussão pela comunidade sobre a sua distribuição mas não são distribuídos com justiça.	Criados recursos consideráveis e a comunidade decide sobre a sua distribuição. Os recursos são justamente distribuídos.
<b>Ligações a outros</b>	Nenhuma	A comunidade tem ligações informais com outras organizações e pessoas. Não tem um propósito bem definido.	A comunidade acordou ligações mas não estão envolvidas nas atividades e desenvolvimento da comunidade.	Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento da comunidade, baseado no respeito mútuo.	As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhoramentos para a comunidade.
<b>Habilidade para "questionar porque"</b>	Não existem discussões de grupo para questionar sobre os assuntos da comunidade.	São desenvolvidas discussões por pequenos grupos para questionar sobre os assuntos da comunidade e para desafiar a sabedoria adquirida.	Grupos chamados a ouvir os assuntos da comunidade. Estes têm a habilidade para refletir nos assuntos, definindo as suas ideias e ações. Têm habilidade para desafiar a sabedoria adquirida.	Existe diálogo entre os grupos da comunidade para identificar soluções, auto-testar e analisar. Alguma experiência em testar soluções.	Os grupos da comunidade têm habilidade para autoanalisar e desenvolver esforços ao longo do tempo. Isto leva a mudança coletiva.

<b>Gestão de programas</b>	Por agente	Por agente em discussão com a comunidade.	Pela comunidade supervisionada pelo agente. Mecanismos de tomada de decisão mutuamente acordados. Regras e responsabilidades claramente definidas. A comunidade não recebeu treino de competências para a gestão de programas.	Pela comunidade, com assistência limitada do agente no planeamento, política e avaliação. Desenvolvido um sentido de pertença da comunidade.	A comunidade autogere independente do agente. A gestão é responsabilizável.
<b>Relação com agentes externos</b>	Agentes no controlo das políticas, finanças, recursos e avaliação de programas.	Agentes no controlo, mas discutem com a comunidade. Não existe tomada de decisão da comunidade. O agente atua em nome da agência para produzir resultados.	Agentes e comunidade tomam decisões conjuntas. O papel do agente é mutuamente acordado.	A Comunidade toma decisões com o suporte de agentes. O agente facilita a mudança com treino e suporte.	Os agentes facilitam a mudança a pedido da comunidade que toma as decisões. O agente atua em nome da comunidade para construir capacidades.

nhada para um tradutor de inglês, desconhecedor do texto original, para evitar qualquer influência na tradução das palavras, que realizou a retroversão da escala. O mesmo grupo revisor realizou uma nova avaliação da versão resultante, comparando-as com a original em inglês.

**D- Adaptação cultural**

A EAveC foi aplicada em sessões de grupos focais, conforme proposto por Laverack<sup>4</sup> e de acordo com os métodos usados por outros autores<sup>6,7</sup>:

Na comunidade ACEs, constituído por enfermeiros com funções de gestão (enfermeiros dos conselhos técnicos das USF/UCSP; Coordenadores das UCC; Direção de Enfermagem; Vogal do Conselho Clínico) e com o Diretor-Executivo;

Na comunidade hospitalar, constituído por um grupo de *stakeholders* na área problemática em análise (stress profissional e Burnout), com 6 enfermeiros, 2 médicos, 1 psicólogo e 1 assistente social;

Na comunidade empresarial, constituído por todos os colaboradores da empresa com funções de liderança (5 professores e 3 profissionais não docentes);



Na comunidade escolar, um representante dos encarregados de educação de cada escola, um conjunto de 4 educadores e 4 auxiliares, assim como uma enfermeira de saúde pública.

De acordo com as instruções de Laverack<sup>4</sup>, a partir das problemáticas de cada comunidade, foram analisados os depoimentos para cada

um dos cinco domínios da escala na versão traduzida, apresentados aleatoriamente sem indicação de qualquer score a eles associado. O grupo focal discutiu e chegou a consenso, para cada domínio, de qual o depoimento que melhor caracterizava a comunidade para a problemática em estudo. Além disso era pedido para chegarem

FIGURA 2

## NÍVEIS DE EMPODERAMENTO DAS COMUNIDADES AVALIADAS

### Níveis de Empoderamento Comunitário

#### Níveis de Empoderamento Comunitário

Problemática: Vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem.



#### Comunidade hospitalar

Problemática: Stress Profissional e Burnout



#### Comunidade empresa

Problemática: clima organizacional



#### Comunidade escolar: Moçambique

Problemática: saúde infantil e status nutricional



a consenso se alterariam alguma das expressões da escala que poderia adequar-se melhor ao contexto da sua comunidade. Os grupos focais decorreram em momentos distintos: Comunidade hospitalar decorreu a 29 de maio de 2017; Comunidade ACeS decorreu a 29 de setembro de 2017; Comunidade empresa a 15 de maio de 2018 e Comunidade Escolar em Moçambique a 01 de outubro de 2018.

### RESULTADOS

Traduzimos a *Empowerment Assessment Rating Scale* para português, a qual designamos por Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAveC). Esta escala manteve os 9 domínios da escala original cada um com 5 depoimentos, conforme apresentado na **figura 1**: As designações dos domínios foram consensuais em todas as comunidades, sendo que, de acordo

com as características da comunidade, se deve explicar o significado de estrutura organizativa (no ACeS foi indicado que deveria ser unidade funcional, na comunidade empresa e escolar, comissões ou grupos de trabalho e na comunidade hospitalar, serviços). As restantes não precisam ser clarificadas e ficam com a designação explícita na figura 1. Colocamos a escala completa na sua versão traduzida em anexo a este artigo (**anexo 1**).

A partir dos grupos focais identificou-se ainda o nível de empoderamento de cada comunidade, face à problemática em análise para cada uma delas, possível de apresentar num gráfico de radar, conforme apresentado na **figura 2:**

Conforme se observa na figura 2, todas as comunidades apresentam domínios com baixos níveis de empoderamento comunitário, sendo comum em todas elas um nível muito baixo de participação comunitária, com variações em todos os outros domínios. As comunidades

com maior nível de empoderamento na maioria dos domínios são a comunidade ACeS e a comunidade empresa. Contudo, como as áreas problemáticas em análise são muito diferentes não podem ser comparáveis entre comunidades, sendo contextuais para cada problemática e cada comunidade.

### DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário é um instrumento útil na avaliação dos níveis

de empoderamento comunitário de diferentes comunidades e permite, no contexto da Enfermagem Comunitária, avaliar o estado de arte da comunidade numa etapa diagnóstica em relação ao seu nível de empoderamento e o impacto da intervenção do enfermeiro no seu aumento.

Está a utilizar-se este instrumento como forma de avaliar o impacto da aplicação do MAIEC na melhoria do nível de empoderamento comunitário de várias comunidades. ▴



## Referências

1. Pedro, Melo e Odete, Alves. Community Empowerment and Community Partnerships in Nursing Decision-Making. *Healthcare*, 2019, 7, 76.
2. Pedro, Melo; Rosa, Silva e Maria Henriqueta, Figueiredo. Attention foci in community health nursing and community empowerment: a qualitative study. *Rev Enf Referência*. 2018, 19: 81-90
3. Melo, P e Figueiredo, MH. As intervenções de Enfermagem e o empoderamento comunitário: um estudo com "Focus Group". Comunicação apresentada no 10 International Seminar on Nursing Research. 10 International Seminar on Nursing Research Proceedings; 2016 Maio 5-6; Porto, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.
4. Laverack, G. *Health Promotion Practice: Building Empowered Communities*. Berkshire: Open University Press, 2007
5. Glenn, Laverack. Evaluating community capacity: Visual representation and interpretation. *Community Development Journal*, 2006, 7, 41, 3: 266-76
6. Ann, Shiu, Rebecca, Wong, David, Thompson. Development of a reliable and valid Chinese version of the diabetes empowerment scale. *Diabetes Care*, 2003; 26: 2817-21.
7. Lutien, Bakker, Wimm, Van-Brakel. Empowerment Assessment tools in People with Disabilities in Developing Countries. A systematic literature review. *Lepr Rev*. 2012, 83: 129-53



**PEDRO NEVES**

**Enfermeiro Especialista,**  
Mestre, Doutorando. ULS –  
Unidade Local de Saúde de  
Matosinhos; CINTESIS – Centro  
de Investigação em Tecnologias  
e Serviços de Saúde, Porto,  
Portugal.

✉ [pedroneves.horizonte@gmail.com](mailto:pedroneves.horizonte@gmail.com)

**CARLOS SEQUEIRA**

**Professor Coordenador,** Doutor.  
ESEP – Escola Superior de  
Enfermagem do Porto; CNTESIS  
- Centro de Investigação em  
Tecnologias e Serviços de  
Saúde, Porto, Portugal.

**LIA SOUSA**

**Professora Enfermagem,**  
Doutora. CESPU - Cooperativa  
de Ensino Superior Politécnico e  
Universitário; CNTESIS - Centro  
de Investigação em Tecnologias  
e Serviços de Saúde, Porto,  
Portugal.

**MAR LLEIXÀ-FORTUÑO**

**Professora Enfermagem,**  
Doutora. Universidad Rovira e  
Virgili, Tarragona, Espanha.

# CONSTRUÇÃO DE UM APOIO ONLINE PARA O FAMILIAR CUIDADOR

## Construction of an online support for the family caregiver

### Abstract

The increase in the number of dependent individuals means that more and more families find themselves in the situation of caregivers, with all the consequences that performing this role entails. Based on this reality, we consider it to be completely relevant to systematize knowledge in this area towards the develop of an educational online support tool for caregivers.

We conducted a focus group with experts in this field to identify what appropriate content an online caregiver support program should have. Our goal is to build an online tool that works as a complement to the work of professionals and is safe for carers.

The main results and conclusions, after we analyze the focus group incomes indicate that the online support tool should contain topics that can be grouped into three main themes: 1) caregiver knowledge and skills, 2) potential resources for the caregiver and 3) caregiver coping strategies and well-being.

It was also possible to obtain important complementary information that will be very useful in the construction of the online tool.

The relevance of this study to clinical practice is that, although it is still necessary to expand and enhance the scope of research in this area, we consider this information essential for all health professionals seeking to provide effective support to family caregivers, as well as to serve as support for the development of intervention projects and health services.

**KEYWORDS: HEALTH LITERACY, FAMILY CAREGIVERS, HEALTH TECHNOLOGIES; NURSING EDUCATION.**

### INTRODUÇÃO

Um dos desafios para os sistemas de saúde, principalmente nos países desenvolvidos devido à sua demografia, é encontrar soluções que permitam lidar com o envelhecimento em termos de necessidades em cuidados de saúde.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde <sup>(1)</sup>, o mundo apresenta uma realidade sem precedentes

sendo que em 2030 o número de idosos deverá superar o de crianças pela primeira vez desde que há registo populacional.

O aumento da população idosa, com todo um conjunto de doenças crónicas ou outras patologias associadas, bem como o aumento da sobrevivência de pessoas após eventos críticos de saúde tem como uma das consequências o aumento de pessoas com dependência ou necessidades

permanentes de cuidados de saúde <sup>(2)(3)</sup>.

Este cenário leva a que cada vez mais familiares se vejam na situação de cuidadores, o que apesar de ser uma situação cada vez mais comum, representa um grande desafio aos mais diversos níveis para os familiares expostos a uma relação de prestação de cuidados <sup>(2)(4)(5)</sup>.

Segundo a literatura, a prestação de cuidados por familiares cuidadores ou informais, apesar de variar consoante a complexidade do estado de saúde e o tipo de dependência, acarreta consequências a nível familiar, social, económico e profissional. Associado a esta realidade descrita, sabe-se que um nível adequado de literacia em saúde está associado a melhores resultados em saúde, bem como a uma utilização mais eficaz dos serviços e dos recursos de saúde <sup>(6)(7)</sup>.

Pelo contrário, baixa literacia em saúde está normalmente associado a um número mais elevado de hospitalizações, fraca adesão aos tratamentos e mesmo o aumento da mortalidade está normalmente associada a baixa literacia em saúde. Além destes factos, uma percentagem significativa de cuidadores apresenta dificuldades em seguir esquemas medicamentosos ou outras tarefas relacionadas com o cuidar devido a baixos níveis de literacia em saúde <sup>(6)(7)</sup>.

Tendo esta realidade descrita anteriormente em consideração propusemo-nos a criar uma ferramenta que se constituísse como um apoio online ao cuidador no desempenho do seu papel.

A análise de diversa literatura permitiu verificar que uma das situações realçadas pelos cuidadores é a necessidade de que os programas de apoio ao cuidador estejam disponíveis sob a forma de programas educacionais que podem ser mais genéricos nos conteúdos e nos destinatários, visto que determinadas situações e contextos são comuns

a vários cuidadores, mas também especificamente dirigidos a cada um dos cuidadores consoante as suas necessidades e preferências específicas <sup>(8)</sup>.

Acima de tudo a expectativa dos cuidadores é que os profissionais reconheçam a diversidade de estilos de aprendizagem, as necessidades específicas de cada cuidador e que essa informação esteja acessível nos horários, locais e formas de transmissão de informação que mais convêm aos cuidadores <sup>(8)</sup>.

Ainda que se encontre na literatura estudos descrevendo a eficácia das intervenções de ajuda, com frequência encontramos o relato de dificuldades por parte dos familiares cuidadores em participar nos grupos de apoio devido aos horários, à falta de retaguarda para deixarem os seus familiares dependentes, à distância entre o seu domicílio e as instituições de saúde, bem como os custos associados a essas deslocações, entre outros.

Sendo o ato de cuidar muito exigente, inclusive em termos de tempo necessário aos cuidados, muitas vezes é difícil aos cuidadores informais encontrarem resposta para as suas necessidades nos horários e locais habituais, pelo que novas formas de abordagem, mais inovadoras e flexíveis são desejadas <sup>(8)</sup>.

Apesar desta realidade, escasseiam programas validados de conteúdos educacionais inovadores, apresentados sob formatos modernos e com recurso às tecnologias de informação, que dêem resposta às necessidades reais dos familiares cuidadores, pelo que o seu desenvolvimento é essencial para os familiares cuidadores, mas também para as instituições de saúde e para os profissionais de saúde <sup>(9)</sup>.

Acreditamos que os recursos de informação, apoio social multidisciplinar e conselhos acedidos a partir de seus próprios lares com recurso às tecnologias de informação e comunicação (TIC) podem ter um

efeito positivo para diferentes tipos de cuidadores <sup>(9)</sup>.

Além disso, os estudos demonstram a existência de programas de apoio a doentes ou aos seus cuidadores com recurso às TIC com resultados promissores, tanto a nível de acesso, disponibilidades como de custo-efectividade.

Acresce a estes dados o facto de que existe por parte da população mundial um crescente uso das tecnologias de informação sobre questões de saúde.

Assim, urge criar, por consenso, catálogos de necessidades, disponibilizar procedimentos e conteúdos informativos, eventualmente com recurso à áudio e vídeo, bem como folhetos ou outro material acessível e descarregável da internet, como complemento dos profissionais, mas disponível onde e quando o familiar cuidador necessita, sem restrições de local e horários.

A exploração das aplicações interactivas é uma opção sustentável, acessível, flexível e participativa e realçamos o facto de considerarmos que o objectivo é auxiliar o familiar cuidador a superar as dificuldades no cuidado da pessoa dependente, em complemento e não em substituição do trabalho tradicionalmente desenvolvido pelos profissionais de saúde <sup>(1)</sup>.

## OBJECTIVOS E MÉTODO:

Com este trabalho procuramos junto de um grupo de profissionais de saúde com prática clínica junto de pessoas dependentes e seus cuidadores ou investigação relevante nos tópicos em estudo, perceber quais seriam os conteúdos que consideravam relevantes incluir num conteúdo educativo/informativo a disponibilizar "online" como complemento do trabalho dos profissionais e como meio de capacitação e apoio dos cuidadores.

Assim, reunimos um focus-group com Enfermeiros e Professores de >



Enfermagem com especialização, mestrado ou doutoramento em áreas relacionadas com a geriatria, a demência, a dependência, os cuidadores, entre outras, por forma a contar com o seu precioso contributo<sup>(10)(11)</sup>.

O grupo de peritos final foi constituído por 6 profissionais, sendo 4 mulheres e 2 homens. Cinco elementos tinham entre 30 e 40 anos de idade tendo um elemento entre 40 e 50 anos. Os anos de experiência profissional variaram entre os 10 e 15 para um elemento, entre 15 e 20 anos de experiência para 4 elementos e um elemento tinha mais de 20 anos de prática profissional. Dois elementos eram doutorados e 4 tinham especialidade ou mestrado em Enfermagem.

Consideramos que a metodologia de focus-group seria a mais adequado pois permite reunir um grupo de especialistas, que se reúnem para analisar e debater uma determinada questão ou problemática, num ambiente em que cada um dos intervenientes contribui individualmente nas suas áreas de conhecimento/especialidade para se obter a melhor solução ou consenso<sup>(10)(11)</sup>. Na fase de planeamento do focus-group preparamos as possíveis questões/tópicos de discussão e avaliamos o perfil que pretendíamos para os elementos a integrar o grupo. Foram assim convidados 9 peritos para integrar o grupo, tendo-se conseguido, após articulação de disponibilidades de agenda, reunir com 6 peritos, durante uma sessão que durou sensivelmente 1h30. O moderador da sessão foi o investigador principal deste projeto e a questão aberta de abertura de discussão foi "Tendo em conta a vossa experiência, nos diferentes contextos onde desenvolvem a vossa atividade, quais são no vosso entender os principais conteúdos que um programa/ferramenta educacional/informativa a disponibilizar "online" deveria conter?"

A partir desta questão inicial foi

ainda possível formular outras questões como "quais seriam as principais patologias que deveriam integrar esta ferramenta?", "quais os cuidados que consideram que uma abordagem e disponibilização de conteúdos "online" seria uma mais valia para os cuidadores sem colocar em causa a sua segurança e a da pessoa dependente de quem cuidam" e, ainda, outras relacionadas com "quais são no vosso entender os conteúdos complementares destes principais até aqui abordados que poderiam integrar a ferramenta e ser uma mais valia para os cuidadores?". A sessão foi gravada com a devida autorização dos intervenientes, além de terem sido apontadas notas ao longo da discussão. Posteriormente a sessão foi integralmente transcrita e sujeita a análise de conteúdo de forma a sistematizar-se e catalogar-se a informação.

## RESULTADOS

Após a análise à sessão foi possível extrair um conjunto de dados que nos permitiu catalogar em três dimensões as respostas às diversas questões que, como descrito anteriormente, nortearam a partilha de ideias neste focus group.

### Catalogámos em três categorias:

#### 1) *conhecimentos e habilidades do cuidador;*

"descrever os cuidados e os materiais (...) ter videos demonstrativos..."

"o que é aquela patologia e como vai evoluir"

"incluir demências, problemas cardiovasculares, cuidados paliativos, avc..."

"como trocar uma fralda, como transferir um doente da cama para a cadeira tão necessário para prevenir o aparecimento de úlceras por pressão..."

#### 2) *recursos potenciais do cuidador;*

"qual a legislação e quais os apoios sociais ou comunitários que se aplicam a cada condição de saúde..."

#### 3) *estratégias de coping e bem-estar do cuidador;*

"informar o cuidador onde pode recorrer para encontrar suporte, no fundo disponibilizar a sua rede" "é importante prevenir o desgaste dos cuidadores..."

Foi ainda possível explorar outras áreas que poderiam complementar a ferramenta online e serem de utilidade enquanto recurso para os cuidadores.

"algo interativo e de fácil acesso (...) porque as pessoas tem muita dificuldades em se deslocar ao centro saúde..."

"informação sistematizada com linguagem simples e facilmente perceptível"

"estar lá o que os enfermeiros dos contextos consideram ser importante"

Adequar a informação segundo os princípios da informoterapia, ou seja, informação certa, dirigida às pessoas certas e disponível no momento certo, que seja facilitadora da tomada de decisão, desenvolvimento de competências e segurança no desempenho do papel de prestador de cuidados.

A linguagem deverá ser simples, adaptada às características comuns da maioria dos utilizadores o que não invalida que existam conteúdos mais desenvolvidos para os cuidadores que assim o entendam.

A navegabilidade na ferramenta tecnológica deverá ser simples, intuitiva e com um layout agradável.

## DISCUSSÃO

À semelhança de alguns estudos nesta temática a informação que foi possível obter através da análise das respostas dos peritos integrantes do focus-group corroborou a premência em se investir no "online" como complemento da acção dos profissionais.

A categorização das necessidades está em linha com outros estudos disponíveis sobre a temática o que nos dá uma segurança acrescida no

momento de decidir quais os temas a incluir <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>.

O recurso ao focus-group como pretendíamos quando o escolhemos como meio para desenvolver esta fase da investigação revelou-se o adequado pois atingimos os objectivos a que nos propusemos, nomeadamente o conhecimento das necessidades de informação e dos conteúdos que seriam mais prementes e adequados estarem disponíveis de forma segura no programa educativo "online". Uma tecnologia interactiva deste género é uma ferramenta acessível, de baixo custo e que permite aos seus utilizadores terem a segurança de recorrerem a conteúdos previamente validados pelos profissionais.

A saúde deve acompanhar o desenvolvimento tecnológico actual e utiliza-lo para chegar às pessoas que não encontram respostas nas formas tradicionais de informar e

capacitar, ou seja, os profissionais de saúde devem ver estas tecnologias como uma recurso a seu favor quando pretendem chegar a mais pessoas de forma acessível.

As tecnologias digitais favorecem um ensino inovador ao permitirem o desenvolvimento de competências e conseqüentemente uma maior autonomia do cuidador na tomada de decisão, bem como aumentam na medida do possível a literacia em saúde tão necessária para melhor saúde e melhor qualidade de vida quer dos cuidadores quer das pessoas que estão ao seu cuidado.

### CONCLUSÃO

Nesta sessão foi possível perceber e agrupar quais os principais conteúdos que os peritos consideraram ser os que beneficiariam de informação online incluída numa ferramenta de apoio. Foi ainda possível explorar

outras áreas que poderiam complementar a ferramenta online e serem de utilidade enquanto recurso para os cuidadores.

Este focus-group é mais uma etapa dum projecto mais amplo que pretende construir e validar uma ferramenta de apoio online aos familiares cuidadores em termos de informação, literacia em saúde, capacitação e apoio para o desempenho do papel de cuidador que funcione como complemento ao trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde.

Como desafio futuro considerou-se a ampliação e aprofundamento da investigação nesta área, para que com o aumentar e aprofundar dos conhecimentos disponíveis sejam tomadas decisões que tornem efectivas as intervenções junto dos cuidadores familiares, bem como procurar novas e efectivas respostas para as necessidades identificadas. ▴



## Referências

1. WHO. Global Health and Aging. Genebra : WHO, 2011.
2. Sequeira, C. Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers.. 2013, Journal of Clinical Nursing, Vol. 22, pp. 491-500. <http://doi.org/10.1111/jocn.12108>
3. Zabalegui, A. et al. Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. Gerokomos. 2004, Vol. 15, 4, pp. 13-22.
4. Lavela, S. L. e Ather, N. Psychological health in older adult spousal caregivers of older adults. Chronic Illness. 2010, Vol. 6, pp. 67-80.
5. Sequeira, C. Cuidar de Idosos com dependência física e mental. Lisboa : Lidel, 2010.
6. Lindquist, L. , et al. Inadequate Health Literacy Among Paid Caregivers of Seniors. J Gen Intern Med. 2011, Vol. 26, 5, pp. 474-479. <http://doi.org/10.1007/s11606-010-1596-2>
7. Berkman, N. , et al. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med. 2011, 155, pp. 97-107. <http://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
8. Neves, P., et al. Information needs os family caregivers of dependent individuals. International journal of clinical neurosciences and mental health 2017; 4:5. <http://doi.org/10.21035/ijcnmh.2017.4.5>
9. Landeiro, MJS, Peres, HCC e Martins, TV Construção e avaliação de tecnologia educacional interactiva para familiares cuidadores sobre cuidar de pessoas dependentes. Rev. Eletr. Enf., 2017
10. Silva, I., Veloso, A. e Keating, J. Focus group: considerações técnicas e metodológicas. Revista Lusófona de Educação, 2014, Vol. 26, pp. 175-190.
11. Tausch, A. e Menold, N. Methodological Aspects of Focus Groups in Health Research - Results of Qualitative Interviews With Focus Group Moderators. Global Qualitative Nursing Research, 2016

**RAQUEL PEREIRA**

**Enfermeira Especialista**, Mestre.  
Centro Hospitalar Barreiro  
Montijo, Portugal.

✉ [pereira.raquel12@gmail.com](mailto:pereira.raquel12@gmail.com).

**TERESA SILVEIRA**

**Professora Adjunta**. Escola  
Superior de Saúde da Cruz  
Vermelha Portuguesa Lisboa,  
Portugal.

**JOSÉ VILELAS**

Professor Coordenador.  
Escola Superior de Saúde da  
Cruz Vermelha Portuguesa  
Lisboa; CINTESIS - Centro de  
Investigação em Tecnologias e  
Serviços de Saúde, Portugal.

**PATRÍCIA PONTÍFICE-SOUSA;**

**Professora Auxiliar**, Doutora.  
Instituto de Ciências da Saúde  
da Universidade Católica  
Portuguesa, Lisboa, Portugal.

# CONFORTO AO ADULTO EM FIM DE VIDA HOSPITALIZADO

Comfort to the adult at  
the end of life hospitalized

**Abstract**

**Introduction:** This review article arises from the need to make a broader contribution to the issue of comfort in the practice of nursing care for the adult and elderly person at the end of life during hospitalization.

**Objective:** To systematize the scientific evidence about comfort care of the adult and elderly person at the end of life hospitalized.

**Methodology:** Integrative literature review using the MeSH descriptors of each EBSCOhost database (CINAHL Plus With Full Text, MEDLINE with Full text and Scientific Electronic Library Online - SciELO).

**Results:** The sample consisted of 15 articles whose findings were analyzed and synthesized.

**Conclusions:** Comfort is a preponderant factor for the well-being of the adult and elderly person who is hospitalized, especially in the context of end-of-life. It is noted that there is great fragility on the part of health teams, especially nurses, in dealing with end-of-life situations still strongly mobilized by feelings of sadness, grief and impotence due to the impending death process, which may condition care of comfort that are provided by the teams to these patients. On the other hand, the reduced number of studies with these characteristics, as well as the need to understand comfort in hospitalization, encourages the development of new investigations.

**KEYWORDS:** COMFORT, ADULT AND ELDERLY AT END OF LIFE, HOSPITALIZATION.

**INTRODUÇÃO**

A

experiência de doença está geralmente impregnada de sofrimento e desconforto.

A perda de bem-estar, só por si, dá origem a alguma forma de desconforto. Quando a doença é grave pondo em risco a vida da pessoa, quando traz incapacidade ou limitações alterando o seu modo de vida ou quando obriga a pessoa a viver permanentemente com dor, o desconforto é grande, tornando-se por vezes insuportável.

Em cada história de doença existe, pois, uma pessoa e uma família que

sofre. A pessoa em fim de vida e seus familiares próximos são, obviamente, muito afetados por estas questões.

Neste sentido, proporcionar o conforto é uma das principais funções e um desafio para a prática dos cuidados de enfermagem<sup>1</sup>. Muitas definições de conforto tem surgido na literatura, optámos por Kolcaba que considera o conforto como um fenómeno de importância básica para a enfermagem, contextualizado ora como um objetivo da enfermagem ora como um estado relativo ao doente, destacando a im-

portância de compreendê-lo na sua multidimensionalidade do processo de cuidar<sup>2,3</sup>.

Por outro lado, recentemente, o conforto e as especificidades que lhe estão associadas tem sido investigados de uma forma mais sistemática, mantendo-se no entanto um constructo complexo e por vezes de difícil aplicabilidade prática nos contextos de cuidados.

Em 2012, Sousa estudou a natureza do processo de conforto do idoso crónico hospitalizado e salientou que o processo de conforto é mediado pela interação enfermeiro- doente idoso e sua família, integrado numa abordagem humanista-afetiva. O agir integrador e intencional do enfermeiro é um ponto essencial para dar resposta às necessidades de cuidados<sup>4</sup>. Este estudo deixou em aberto a necessidade do desenvolvimento de investigação que possibilite a compreensão da natureza do processo de conforto em outros contextos de cuidados. A maioria dos investigadores têm considerado o conforto como um estado, tentando evidenciar os atributos e as intervenções inerentes ao processo de confortar<sup>5</sup>.

O mesmo artigo de revisão concluiu que os estudos que focam os seus objetivos no conforto são essencialmente de Enfermagem, no entanto começam a surgir estudos de outras áreas do saber, demonstrando o seu carácter multidisciplinar, os contextos mais estudados são aqueles que traduzem maior vulnerabilidade por parte dos participantes como é o caso da pessoa em fim de vida, pessoa portadora de doença crónica ou idosos<sup>5</sup>. São várias as investigações que procuram explorar o conforto da pessoa ao longo do ciclo de vida, mais concretamente, na sua etapa final, uma vez que é, obviamente, considerada uma etapa de maior vulnerabilidade em que o conforto surgirá como elemento fundamental. Neste caso particular, importa referir que "fim de vida"

é característico da doença e não da pessoa, uma vez que a pessoa em si se perpetua através das obras que realizou, do significado que teve para os outros e do sentido que atribuiu à sua vida. Falar sobre Cuidados Paliativos e final de vida não é falar sobre a morte, a desesperança, desespero, mas sim de vida e sua qualidade, de esperança realista, de respeito pelas preferências e objetivos dos doentes e das suas famílias. Assim, confortar em fim de vida, terá que ter em conta estes determinantes<sup>6</sup>.

#### Objetivo

De modo a explorar os estudos publicados na área do conforto à pessoa em fim de vida, consideramos pertinente realizar uma revisão integrativa de literatura para assim estabelecer padrões de evidência nesta área do conhecimento. Pretendemos sistematizar a evidência científica sobre os cuidados de conforto à pessoa adulta e idosa em fim de vida hospitalizadas.

## MÉTODOS

A presente revisão de literatura foi realizada com intuito de dar resposta à seguinte questão de investigação: *Qual a evidência científica acerca do conforto à pessoa adulta em fim de vida hospitalizada?*

Optámos por uma revisão integrativa da literatura por permitir fornecer informação abrangente sobre uma temática. Ao estabelecer critérios específicos, a revisão integrativa da literatura permite-nos evidenciar quais os métodos de investigação mais prevalentes na temática em que se baseia a revisão e quais as lacunas que persistem nessa área em termos de aprofundamento do conhecimento<sup>7</sup>. Pretendemos desta forma evidenciar e sintetizar qual a metodologia científica que tem guiado o estudo do conforto à pessoa adulta hospitalizada em situação de fim de vida

A pesquisa foi realizada em bases

de dados bibliográficas internacionais no decorrer dos meses de novembro e dezembro de 2018. Como critérios de inclusão foram considerados estudos primários em texto completo, nos últimos 5 anos, em língua inglesa, portuguesa ou espanhola, descritores presentes no resumo, pessoas adultas e idosas em fim de vida em contexto de hospitalização e profissionais prestadores de cuidados de saúde neste contexto.

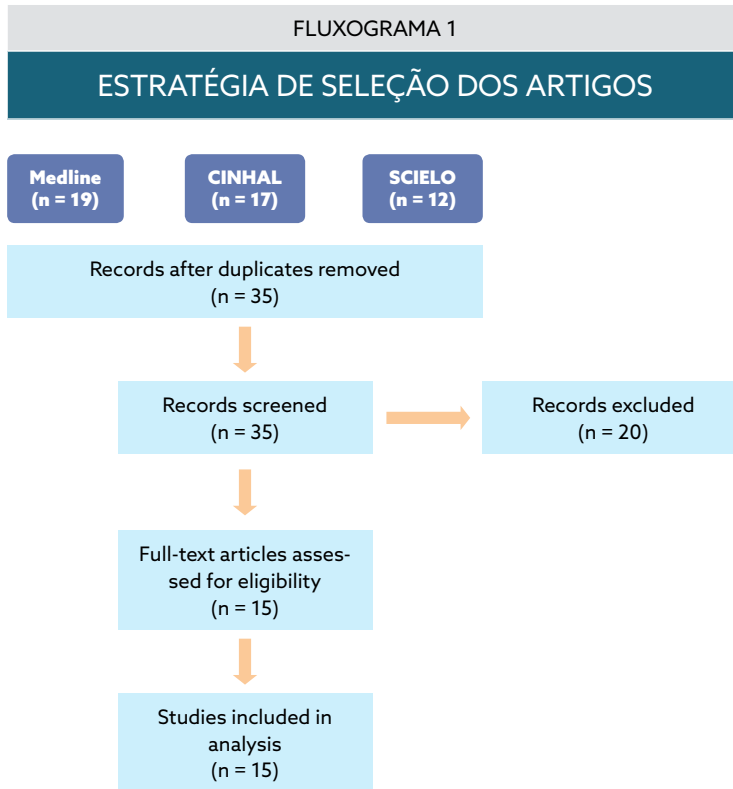
Foram excluídos artigos de opinião, artigos de reflexão, apresentações em congressos e editoriais.

Para a pesquisa foram utilizados os descritores MeSH de cada base de dados EBSCOhost. Na base de dados CINAHL *Plus With Full Text*, os termos utilizados foram: [(Nurs\* OR Caregivers OR Elderly OR Old age OR aged OR older patient OR Adults OR Middle Aged OR Young Adult NOT Child\*) AND (Comfort OR Well-being) AND (Palliative care OR End of life care OR Terminal care) AND (hospital\*)].

Na base de dados MEDLINE *with Full text*, foram utilizado os termos [(Nurs\* OR Caregivers OR Elderly OR Old age OR aged OR older patient OR Adults OR Middle Aged OR Young Adult NOT Child\*) AND (Comfort OR Well-being) AND (Palliative care OR End of life care OR Terminal care) AND (hospital\*)].

Para a Scientific Electronic Library Online - SciELO, os termos utilizados foram: (Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida) AND (Conforto do Paciente OR Cuidados de Conforto) AND (Adulto OR Idoso). Os resultados da pesquisa efetuada estão representados no **fluxograma 1**.

Os estudos incluídos foram submetidos a uma análise de qualidade de estudos qualitativos com base nos *Crítérios de avaliação da qualidade dos estudos qualitativos de Bugalho e Carneiro*<sup>8</sup>. Dos 14 estudos qualitativos incluídos na revisão, 6 foram considerados de *Alta Qualidade* e 8



estudos considerados de *Moderada Qualidade*. O estudo Quantitativo que foi incluído na revisão foi também submetido à tabela de *Critérios de Avaliação para estudos quantitativos de Steele, Bialocerkowski, Grimme<sup>9</sup>*, tendo sido considerado de Moderada Qualidade.

## RESULTADOS

A abordagem primária nas bases de dados previamente descritas devolveu-nos um total de 35 artigos. Após a aplicação dos critérios de seleção a amostra constituiu-se de 15 artigos. O número de produções científicas relativas ao tema foram mais significativas no período compreendido entre 2015 e 2018.

Os periódicos constituintes da amostra encontram-se publicados em jornal (8) e revista científica (7). Os objetivos dos estudos da amostra prendem-se essencialmente com a avaliação do conforto, a perceção dos doentes e/ou enfermeiros acer-

ca do cuidado confortador e qualidade de vida da pessoa em fim de vida e das experiências vivenciadas promotoras de conforto e desconforto. Os estudos tomaram lugar em contexto hospitalar. Focalizaram-se nas intervenções e nos resultados dessas intervenções visando avaliar o impacto de estratégias que poderão ser ou não confortadoras. A abordagem metodológica utilizada nos estudos encontrados foi maioritariamente qualitativa (14 estudos), sendo que apenas um utilizou metodologia quantitativa.

A **tabela 1** permite a visualização da caracterização dos artigos que integraram a revisão.

O contexto principal que emerge nos estudos são essencialmente serviço de medicina ou não especificado referindo apenas ser um contexto de internamento hospitalar (7), unidades de cuidados intensivos (3), serviço de oncologia (3) e unidades de cuidados paliativos (2). Todos os estudos encontrados,

elevam o conforto a um nível multidimensional e complexo em que a intervenção do enfermeiro é primordial. Para os enfermeiros as ações de enfermagem em cuidados paliativos devem priorizar a promoção do conforto, sendo referenciado o conforto afeto aos procedimentos de enfermagem que visam o alívio da dor e sintomas físicos. Os enfermeiros referem ainda o alívio do sofrimento através do "cuidado confortador" como um elemento muito importante do seu trabalho. Conforto é, deste modo, a meta da sua intervenção. Para a pessoa em fim de vida a ação de estar junto, é uma condição para atingirem qualidade de vida e o conceito de conforto é de natureza multidimensional pelo que, em algumas situações experienciam conforto e noutras desconforto, utilizando estratégias confortadoras tais como a espiritualidade ou a identificação da vida para lá da morte. O adulto e idoso em fim de vida hospitalizados sentem como confortador ter por perto pessoas de referência e o alívio da dor, assim como incitam a necessidade de uma relação enfermeiro – pessoa de excelência.

## DISCUSSÃO

O conforto do adulto em fim de vida é uma preocupação cada vez mais presente nas equipas de saúde. Esta preocupação é transversal a várias culturas como mostram os artigos resultantes da presente revisão. Atualmente, o conforto é um constructo multidimensional, que integra várias classificações e taxonomias e do qual derivaram diversas teorias de enfermagem<sup>5</sup>. Toda a dinâmica do cuidado confortador ao adulto em fim de vida hospitalizado é influenciado e determinado pelo contexto em que ocorre e pelos intervenientes, originando desta forma diferentes modos de o construir e desenvolver. Os adultos em fim de vida hospitalizados requerem ser confortados e identificam diferen-

TABELA 1

## ESTUDOS, ABORDAGEM METODOLÓGICA, PRINCIPAIS ACHADOS E NÍVEL DE EVIDÊNCIA. PORTUGAL, LISBOA, 2018.

ESTUDO	PAÍS	REVISTA /ANO	ABORDAGEM METODOLÓGICA	PRINCIPAIS ACHADOS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
<b>Spirituality-Focused Palliative Care to Improve Indonesian Breast Cancer Patient Comfort</b>	Indonésia	Indian Journal of Palliative Care (2018)	Descritivo/ Transversal	Os CP focados na espiritualidade tem uma importância impar para as doentes com cancro de mama. Os enfermeiros são detentores de um papel fundamental para providenciar este tipo de cuidado e promover o conforto.	IV
<b>Nurse's Skills for Cardiology Palliative Care</b>	Brasil	Revista de Enfermagem UFPE (2018)	Qualitativo/ Descritivo	Prevaleceram as competências relacionadas com o cuidar. As competências mais citadas foram as relacionadas com os constituintes centrais dos Cuidados Paliativos: Família, auto-conhecimento; desenvolvimento profissional e conforto físico. As menos citadas foram as psicológicas e espirituais; trabalho em equipa; comunicação e decisão ética e clínica. Não existem citações relacionadas com necessidades sociais.	IV
<b>Planejamento da assistência ao paciente em cuidados paliativos na terapia intensiva oncológica</b>	Brasil	Acta Paulista (2017)	Qualitativo/ Descritivo	Os profissionais reconhecem a importância dos cuidados paliativos, mas identifica-se um entendimento fragilizado, correlacionando estes cuidados apenas aos doentes em terminalidade de vida. Não sobressaiu a preocupação em oferecer cuidados paliativos para continuidade do cuidado nos casos de alta da UTI, e houve enfoque no cuidado físico. Além disso, as dificuldades para triar, fazer prognóstico, reconhecer o doente em cuidados paliativos, partilhar o processo de tomada de decisão entre equipe, planear o cuidado de forma integral, aliado ao receio de repercussões éticas e legais, em especial, foram fatores intervenientes do ponto de vista negativo para realização dos cuidados paliativos na UTI oncológica. Destacam-se ainda, o défice na formação do profissional sobre o tema, carências na comunicação entre as equipas e para com os familiares, e opiniões divergentes em relação às condutas terapêuticas	IV
<b>Comfort Conversations in Complex Continuing Care: Assessing Patients' and Families' Palliative Care Needs</b>	Canadá	Perspectives: The Journal of the Gerontological Nursing Association (2017)	Qualitativo/ Descritivo	Conclui-se que falar sobre conforto é natural e humano. As "comfort conversations" criaram um meio envolvente que convidava os participantes a partilhar com os prestadores de cuidados o que lhes confere ou tira conforto. Os participantes deram diversas interpretações do significado de conforto: o amor pela família; as sensações físicas de conforto como por exemplo desfrutar da sua refeição favorita ou respirar sem dificuldade; a atmosfera do seu quarto, da unidade, do hospital. Curiosamente, a dor e o domínio físico raramente foram focados nas "comfort conversations" .	IV

<b>Critical Care Nurses in Community Hospitals: Moral Experiences with EndofLife Care</b>	Canadá	Canadian Journal of Critical Care Nursing (2017)	Qualitativo/ Descritivo	Os estudos revelam que os enfermeiros de cuidados intensivos cuidam em fim da vida beneficiando de experiências são descritas como desafiadoras, gratificantes e éticas.	IV
<b>A New Generation of Comfort Care Order Sets: Aligning Protocols with Current Principles</b>	USA	Journal Of Palliative Medicine (2017)	Quasi experimental	Existe evidencia de melhoria na colaboração entre médicos, enfermeiros e profissionais de cuidados paliativos. Por outro lado, o padrão oferece soluções na gestão de sintomas com opioides e também na titulação das infusões de opioides. Foi desenvolvido com sucesso um conjunto padronizado de cuidados de conforto nas duas instituições que poderão servir como recurso para outras	III
<b>Dying comfortably in very old age with or without dementia in different care settings - a representative "older old" population study</b>	ENG	BMC Geriatrics (2017)	Descritivo/ Retrospectivo	É reportada elevada prevalência de múltiplos sintomas nesta fase final, no entanto pouco controlo sintomático pelo que poderá ser um indicador de que é necessário mais treino e formação. Por outro lado, as probabilidades de "morrer confortavelmente" aumentam em cerca de 4% quando o doente se encontra em casa	IV
<b>End of life care for people with dementia: The views of health professionals, social care service managers and frontline staff on key requirements for good practice</b>	ENG	Plos One (2017)	Qualitativo/ Focus Grupo	Prestar bons cuidados em fim de vida aos doentes com demência requer que diferentes formas de expertise sejam reconhecidas e utilizadas. O comprometimento com os doentes e família bem como ajudar a reconhecer o trajeto final, implica um suporte integrativo e emocional fortes bem como técnica especializada	IV
<b>Impact of Palliative Medicine Involvement on End-of-Life Services for Patients With Cancer With In-Hospital Deaths</b>	USA	Journal Of Oncology Practice (2017)	Qualitativo/ Retrospectivo	Dos doentes que se encontravam internados e a receber cuidados paliativos, muito poucos receberam terapias dirigidas ao cancro. O envolvimento dos cuidados paliativos está associado à diminuição de exames auxiliares de diagnóstico e outro tipo de intervenções que, obviamente, não são promotoras de conforto nesta fase	IV
<b>Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca do cuidado ao paciente em terminalidade no ambiente hospitalar</b>	Brasil	Texto e Contexto Enfermagem (2016)	Qualitativo/ Exploratório	A maioria dos enfermeiros apresenta dificuldades em atuar frente à terminalidade, ainda fortemente mobilizados por sentimentos de tristeza, pesar e impotência pelo iminente processo de morte dos doentes, mesmo que alguns tenham manifestado satisfação pessoal por conseguirem realizar os cuidados adequados aos mesmos. Há necessidade de um diálogo aberto com os doentes e os familiares, a fim de respeitar as suas vontades, evitando maior sofrimento. Há necessidade permanente de capacitação, especialmente a partir da problematização das dificuldades vivenciadas no ambiente de trabalho, como as referentes à terminalidade, o que é preconizado pela formação permanente, humanizando e qualificando o cuidado de enfermagem, além de assegurar dignidade e conforto aos doentes e aos seus familiares. Há também a necessidade de se dirigir uma atenção maior à família do doente nesse processo de morte, mediante manifestações de cuidado, apoio e conforto com o intuito de proporcionar à família uma experiência menos dolorosa.	IV

<b>Advance Care Planning in Nurse Practitioner Practice: A Cross-Sectional Descriptive Study</b>	Canadá	Nursing Leadership (2016)	Qualitativo/ Descritivo	Os enfermeiros possuem conhecimento, atitude e crenças que suportam a sua prática de ACP. Porém, é necessário que exista mais apoio às organizações e aos profissionais sobretudo nos cuidados de saúde primários. É necessário guiar os profissionais no sentido de identificar os doentes que estão preparados para iniciar ACP; como interpretar e padronizar a abordagem ADC, quando a abordagem ADC deve ser revista e como documentar as abordagens ao doente de forma a maximizar a partilha com outros membros da equipa de saúde.	IV
<b>Assessment of a Statewide Palliative Care Team Training Course: COMFORT Communication for Palliative Care Teams</b>	USA	Journal Of Palliative Medicine (2016)	Correlacional	O currículo de comunicação COMFORT (Communication; Orientacion, Mindful communication; Family; Openings, Relating, Team) é um tipo de treino/ currículo efetivo para as equipas multidisciplinares de cuidados paliativos e a sua utilização tem impacto na qualidade de vida dos doentes	IV
<b>Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista</b>	Brasil	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (2015)	Qualitativo/ Exploratório	O significado do cuidar em enfermagem para uma boa morte expressou-se pela categoria principal promoção do conforto e, as subcategorias: alívio de desconfortos físicos, suporte social e emocional e manutenção da integridade e do posicionamento corporal. Cuidar para uma boa morte significa, sobretudo, promover conforto o qual pode ser resultante de práticas de cuidar em saúde e em enfermagem que conciliem racionalidade e sensibilidade assegurando a dignidade do paciente e sua família.	IV
<b>Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses</b>	USA	International Journal Of Palliative Nursing (2015)	Quantitativo	Foram examinados 3 domínios: Comunicação centrada no doente-família; valores éticos e culturais e prestação efetiva de cuidados. Os anos de experiência e o local de trabalho tiveram um efeito significativo no sentimento de conforto ao discutir questões de fim de vida com doentes e família. As enfermeiras do serviço de oncologia revelaram maior conforto no domínio comunicação com doente/família.	IV
<b>Negotiated reorienting: a grounded theory of nurses' end-of-life decision-making in the intensive care unit</b>	ENG	International Journal of Nursing Studies (2015)	Qualitativo/ Grounded Theory	Os enfermeiros não decidem de forma autónoma, porém assentam as suas competências em 2 práticas essenciais: procura do consenso e controlo de emoções (criar tempo/espço e promover o conforto).	IV

tes interpretações do significado de conforto, focando pouco a dimensão física e mais frequentemente as questões relacionadas com o ambiente e as relações pessoais e sociais. Num dos artigos resultantes da presente revisão, é evidente a importância impar do contexto espiritual nos cuidados a este tipo de doentes. Esta ideia já vem sendo suportada na literatura, realçando

sintomas espirituais importantes como a falta de segurança, medo, sentido de vulnerabilidade, incerteza, culpa, desesperança e perda de fé.<sup>10</sup>

As experiências de conforto tal como relatam alguns estudos prévios, acabam por ser muitas vezes esplanadas através de experiências de desconforto ou de ausência de conforto.<sup>11,12</sup> Daí que, muitas vezes,

seja mais fácil reconhecer e identificar as experiências de conforto pelos desconfortos referidos e seu respetivo alívio, como verificámos nesta revisão.

Os profissionais de saúde reconhecem a importância de confortar em fim de vida, mas identifica-se um entendimento fragilizado, que relaciona este tipo de cuidados apenas à pessoa que se encontra em situa-



ção de morte iminente. Por outro lado, promover o conforto para uma "boa morte" é considerado essencial, emergindo algumas subcategorias relacionadas com alívio de desconfortos físicos, suporte social e emocional e manutenção da integridade corporal /posicionamento. Quanto melhor os enfermeiros conhecerem as perspetivas, os sentimentos e as opiniões das pessoas em fim de vida, melhor será a abordagem às suas necessidades.<sup>10</sup> A presente revisão vai ao encontro da literatura já existente mostrando que a investigação baseada na perspetiva das pessoas pode ser crucial para promover e implementar intervenções de conforto efetivas em cuidados paliativos. A implementação de protocolos dirigidos ao conforto em fim de vida e de algumas intervenções tipificadas parece ser um caminho importante na construção de uma cultura confortadora mais efetiva nas equipas de saúde. Os achados respondem de certa forma à questão formulada. Apesar desta constatação, a questão pro-

posta para este estudo orienta-nos para uma abordagem centrada nas interações que se verificam entre os adultos e idosos em fim de vida e os enfermeiros/ prestadores de cuidados em contextos particulares, numa análise profunda da situação das práticas e do sentido que os autores atribuem às práticas.

## CONCLUSÕES

Concluimos que o cuidado confortador ao adulto e idoso em fim de vida, é abordado através de uma metodologia qualitativa, focando-se maioritariamente no contexto de unidades/serviços de medicina. É neste contexto que os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, deverão atender às necessidades singulares das pessoas em fim de vida, avaliando e compreendendo essas necessidades, instituindo intervenções consideradas promotoras de conforto. Os resultados são tendencialmente homogêneos pois, apesar das especificidades de cada contexto, na globalidade visam, quer do

ponto de vista exploratório quer do ponto de vista da compreensão do processo e avaliação dos resultados, disponibilizar um cuidado individualizado, dirigido às reais necessidades do adulto e idoso em fim de vida qualquer que seja o contexto em que se insira (serviço de medicina, oncologia, unidade de cuidados intensivos ou unidade de cuidados paliativos).

Denota-se, porém, que, existe ainda uma grande fragilidade por parte das equipas de saúde, sobretudo os enfermeiros, em lidar com situações de fim de vida ainda fortemente mobilizados por sentimentos de tristeza, pesar e impotência pelo iminente processo de morte, o que pode condicionar os cuidados de conforto que são prestados pelas equipas a estes doentes.

Atendendo aos critérios de seleção definidos, estamos conscientes que estes resultados de investigação, constituem apenas uma das formas de olhar esta realidade concreta, conduzindo deste modo à necessidade de se fazer mais investigação sobre o tema. ▴



## Referências

- Ribeiro, P, Costa, MA. O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. Revista de Enfermagem Referência. III - n.º 7 - Jul.2012.
- Kolcaba, K. Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Company,2013.
- Sousa, P. O Conforto da Pessoa Idosa. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora, 2014.
- Ribeiro, P. A Natureza do Processo de Conforto do Doente Idoso Crónico em Contexto Hospitalar - Construção de uma Teoria Explicativa. (Dissertação) Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2012.
- Pinto, S, Caldeira, S, Martins, JC. A Systematic Literature Review Toward the Characterization of Comfort. Holistic Nursing Practice, 2016 30(1), 14-24.
- Capelas, MLV, Coelho, SPF, Silva, SCFS, Ferreira, CMD. Cuidar a pessoa que sofre - Uma Teoria de Cuidados Paliativos. Lisboa.Universidade Católica Editora,2017.
- Sousa, Luís M. M; Marques-Vieira, Cristina M. A; Severino, Sandy S. P; Antunes, Vanessa. 2017. "Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem", Revista Investigação Enfermagem, 21: 17 - 26.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência
- Steele E, Bialocerowski A, Grimme K. The postural effects of load carriage on young people: a systematic review. BMC Musculoskeletal Disorders.2003.4(12):1-7.
- Pinto, S.; Caldeira, S., Martins, JC. A qualitative study about palliative care patients' experiences of comfort: Implications for nursing diagnosis and interventions. Journal of Nursing Education and Practice. Vol 7, nº 8. 2017. Doi: 10.5430/jnep.v7n8p37
- KolcabaK,KolcabaR.Ananalysisoftheconceptofcomfort.JAdv Nurs. 1991; 16(11): 1301-1310. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x>
- CoelhoA,ParolaV,Escobar-BravoM,etal.Comfortexperiencein palliative care: A phenomenological study. BMC Palliat Care. 2016; 15: 71. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0145-0>



#### RITA PIRES

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Centro Hospitalar Universitário de São João, E.P.E., Centro Materno Pediátrico, Unidade de Oncologia Pediátrica. Porto, Portugal.

✉ [ritaafpires@gmail.com](mailto:ritaafpires@gmail.com)

#### MARGARIDA REIS SANTOS

Professora Coordenadora, PhD, MSc, RN. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

#### CÂNDIDA PINTO

Professora Coordenadora, PhD, MSc, RN. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal.

# PERCEÇÃO DOS PAIS SOBRE O FUTURO DA CRIANÇA COM CANCRO


## Perception of parents about the future of the child with cancer

### Abstract

Cancer in the child affects the whole family, which experiences the uncertainty of the prognosis, projecting itself into an unpredictable future. Parents come to live with the disease, the treatments and their effects, in a sinuous path lined by the uncertainty of the next day. The aim was to identify parents' perceptions regarding the future of children / adolescents with cancer undergoing chemotherapy. A qualitative, exploratory, descriptive and transversal study was developed. Eleven parents of children with cancer who underwent chemotherapy after their homecare were enrolled. Data were collected by semi-structured interview and analyzed according to Bardin. From the content analysis emerged the domain "Future Uncertain", which integrates the category "Syndrome of Damocles" and the subcategories "Fear" and "Unpredictability of the Future". Fear is a negative emotion experienced by parents of children with cancer, from the time of diagnosis and throughout the course of the disease. The unpredictability of the future is a constant in the life of parents, generating a continuous concern, so they resort to the strategy of thinking and living only in the present. However, uncertainty can catalyze psychological growth, leading them to value small moments, and to incorporate uncertainty as an integral part of life. Nurses must carry out interventions aimed at better management of uncertainty, as they help in the process of adaptation and management of stress. These interventions should lead to a "new normality" in family life, in which confrontation with adversity leads to a whole new meaning of existence.

**KEYWORDS:** PARENTS; CHILD; CANCER; NURSING.

## INTRODUÇÃO

 cancro na criança afeta toda a família, que vivencia a incerteza do prognóstico e um vasto leque de emoções como o medo, a ansiedade, a confusão, a esperança e a preocupação<sup>1,2</sup>. O diagnóstico da doença leva ao confronto com o risco de morte e o desmoronamento do futuro sonhado<sup>3</sup>. Os pais passam a conviver com a doença, o tratamento e seus efeitos, e simultaneamente com a imprevisibilidade do futuro. Esta imprevisibilidade faz com que os pais alterem o seu foco de atenção, passando de uma visão de longo prazo, para uma a curto prazo, focada nas preocupações imediatas do quotidiano<sup>4,5</sup> e desfrutando de todos os momentos na companhia do filho<sup>6</sup>. Os pais vivenciam sentimentos ambivalentes entre o medo e a esperança<sup>1</sup>. O medo, ansiedade e incerteza, são particularmente exacerbados no momento de diagnóstico e no final do tratamento<sup>7,8</sup>. O medo e a imprevisibilidade do futuro são elementos constantes na vida dos pais, pela perspectiva do amanhã sempre em suspense, dada a vulnerabilidade da vida da criança com cancro. A incerteza paira como uma sombra, mesmo após o término dos tratamentos, pelo receio de uma recidiva<sup>9,10</sup>. A incerteza é definida como uma representação cognitiva, na qual o significado dos eventos é ambíguo e o futuro difícil de prever<sup>11</sup>. A incerteza sobre a doença resulta da: ambiguidade da própria doença; falta de informação sobre a doença, tratamento e efeitos colaterais; complexidade da informação disponível e do sistema de saúde; imprevisibilidade do curso da doença e do seu prognóstico<sup>12</sup>.

A Teoria da Incerteza sobre a doença de Mishel<sup>12</sup> estrutura-se em três componentes: os antecedentes que influenciam a incerteza; a avaliação

cognitiva da incerteza e as estratégias de *coping*. A incerteza pode ser interpretada como uma oportunidade ou uma ameaça e a sua interpretação e as estratégias desenvolvidas podem culminar na adaptação à situação.

O cancro é inquestionavelmente uma doença complexa, que implica na maioria das situações múltiplos tratamentos, que por sua vez, provocam efeitos colaterais a curto, médio e longo prazo, nem sempre previsíveis, e a possibilidade de morte<sup>13</sup>. Alguns investigadores<sup>14</sup>, referem que não encontraram diferenças significativas, relativamente à incerteza quanto ao futuro, em adolescentes com diagnóstico de cancro, independentemente de serem recém-diagnosticados, entre um ano e quatro anos pós diagnóstico, e diagnóstico há cinco ou mais anos.

O futuro afigura-se como incerto para os pais e estes necessitam de redefinir o quotidiano conscientes da imprevisibilidade do curso da doença e do medo que vivenciam perante a possibilidade da recidiva e da morte do filho. Assim, este estudo emerge como corolário das reflexões que a prática proporcionou e pela escassez da investigação sobre a temática em Portugal. Com o presente estudo pretende-se contribuir para o conhecimento da gestão da incerteza dos pais de crianças com cancro de modo a delinear-se um melhor apoio por parte dos profissionais de saúde.

### OBJETIVO

O estudo visa identificar a perceção dos pais quanto ao futuro das crianças/adolescentes com cancro submetidas a quimioterapia.

### MÉTODOS

A investigação assenta no paradigma qualitativo, de natureza explo-

ratória, descritiva e transversal. A população foi constituída pelos pais de crianças com cancro submetidas a tratamento de quimioterapia, num Centro Hospitalar, especializado, localizado no norte de Portugal, após o regresso a casa. A amostra não probabilística, intencional, foi constituída por 11 pais. Os participantes foram selecionados pelo investigador de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Pais de crianças com cancro submetidas a tratamento de quimioterapia, independentemente do número de ciclos, no Centro Hospitalar;
  - Pais de crianças com cancro, submetidas a tratamento de quimioterapia, após quarenta e oito horas do regresso a casa. Considerou-se que este intervalo de tempo seria necessário para que os participantes obtivessem uma perceção mínima sobre a experiência de cuidar o filho em casa, após realização de tratamento de quimioterapia;
  - Aceitarem participar no estudo.
- Como critério de exclusão foi definido:
- Participantes que não falassem fluentemente a língua portuguesa.

Para este estudo foi selecionado, como instrumento de colheita de dados, o guião da entrevista e como técnica, a entrevista semiestruturada.

A investigação obteve parecer positivo da Comissão de Ética e do Conselho de Administração da instituição onde se realizou. Os participantes no estudo foram contactados durante o período em que os seus filhos se encontravam internados e todos assinaram o documento de consentimento informado.

As questões éticas foram consideradas desde o início, na escolha do tema, do tipo de estudo, da seleção dos participantes, na colheita de

dados e na sua interpretação. Com o intuito de salvar o anonimato e a confidencialidade dos participantes recorreu-se a códigos de identificação, sendo estes identificados por E1 a E10.

Entre janeiro e junho de 2016, foram realizadas 10 entrevistas no domicílio dos participantes, numa sala no Hospital de Dia de Oncologia Pediátrica ou um outro local, conforme a vontade expressa pelos pais. Maioritariamente decorreram na presença das crianças, estando estas entretidas a desenhar ou colorir desenhos, facultados pelo investigador. Ocorreram numa só sessão com a participação de um dos pais, apenas uma contou com a presença de ambos. A duração das entrevistas foi em média de 58 minutos, tendo sido gravadas em suporte áudio, com consentimento dos entrevistados. Posteriormente, foram transcritas na íntegra, respeitando-se a linguagem empregada pelos participantes, incluindo os risos, hesitações e silêncios, como sugerido por Bardin<sup>15</sup>. Os dados foram analisados segundo os pressupostos da análise temática ou categorial, que consiste numa transformação do texto em unidades de registo ou de contexto e categorias, sendo esta técnica a mais comumente utilizada na análise de conteúdo<sup>15,16</sup>.

## RESULTADOS

Dos dados emergiu o domínio "Futuro Incerto", que integra a categoria "Síndrome de Damocles" e as subcategorias "Medo" e "Imprevisibilidade do Futuro" (Figura 1).

### Síndrome de Damocles

Esta síndrome deriva da lenda grega que envolve um cortesão, Damocles, ao qual foi dada a oportunidade de viver a vida do rei. Enquanto desfrutava da "boa vida" numa mesa de banquete, apercebe-se, de repente, de uma espada pendurada no teto sobre a cabeça, presa apenas por um fio de cabelo. Na situação das pessoas com

câncer, nomeadamente após o fim dos tratamentos, esta síndrome caracteriza-se pela dificuldade em viver o presente, dado o medo da recidiva e da morte consequente<sup>17,18</sup>. A vivência desta possível ameaça configura uma constante preocupação para os pais.

### Medo

O medo da morte, da recidiva e das sequelas é uma constante, no discurso dos nossos entrevistados, permeados pela experiência de outros pais, da informação fornecida sobre a sobrevida:

*"(...) a C. e o N. [outros pais] perderam agora o filho. (...) o filho deles foi operado no mesmo dia, mas ele foi primeiro que a A. [criança] (...). Isso são coisas que nunca mais... nunca mais se esquecem (comovida e mostra a lembrança do velório da criança)." E6;*  
*"eu nem sei qual é a taxa de sobrevivência de um tumor cerebral, mas sei que é baixa, (...) eu não quero que o meu filho sobreviva 5 anos e daqui a 5 anos morra (...) e dos que sobreviveram quem é que é autónomo? (...) é raro o caso de uma criança que sobreviveu. (...) acho que ela apresentou-nos duas crianças que sobreviveram. (...) vocês não sabem o que é viver com um miúdo com tumor, eu não quero que ele consiga ultrapassar este problema agora, para depois voltar a aparecer daqui a dois ou três anos, porque a taxa de reincidência desta porcaria é muito grande. Eu quero que o meu filho tenha filhos, eu quero que o meu filho seja avô" E7.*

### Imprevisibilidade do Futuro

O desconhecimento sobre a doença, a incerteza sobre o percurso da mesma configura para os participantes, uma profunda incerteza, uma imprevisibilidade perante o futuro da vida dos filhos:

*"(...) não há muitos casos, não é? Idênticos, portanto, também não há muita investigação sobre este tipo de cancro (...) às vezes eu fico a pensar quais as consequências que poderá ter mais? O que é que irá aparecer?" E4;*

*"(...) é um tumor que pode facilmente voltar, não é? E que afeta certas e determinadas situações como o andar, a visão. (...) mas prefiro não, não pensar muito (...) agora foco-me só em ela ficar boa." E6;*

*"Não tem sido, não tem sido nada fácil (...). Uma pessoa acorda todos os dias de manhã e tenta viver um dia de cada vez, é mesmo assim. Chegamos à conclusão que entramos num túnel e, ainda, não sabemos se voltamos a ver a luz ou não. É uma incógnita" E8.*

## DISCUSSÃO

Os resultados presentes neste estudo evidenciam o quotidiano dos pais das crianças com cancro. Pais que têm de enfrentar o medo face à possibilidade de recidiva e ou morte da criança, o que configura uma imprevisibilidade sobre o futuro da mesma. Tais resultados corroboram os de estudos prévios. A Síndrome de Damocles, descrita através da analogia dos sentimentos vivenciados por este cortesão, é experienciada, particularmente por muitas crianças e adultos sobreviventes de cancro, assim como pelos seus pais ao viverem com a incerteza e o medo no seu quotidiano<sup>17</sup>. A incerteza sobre o curso da doença, leva a pensar no "impensável": a hipótese de o filho morrer. Isto potencia uma enorme carga emocional nos pais, pela percepção de que a vida da criança está suspensa por um fio frágil<sup>19</sup>. Estes sentimentos são exponenciados cada vez que ocorre uma complicação ou uma recaída<sup>19</sup>, ou quando morre uma outra criança<sup>20</sup>. Apesar da Síndrome de Damocles ser descrita nos sobreviventes de cancro, a incerteza desta patologia, do seu tratamento e dos efeitos a curto e a longo prazo instalam-se no momento do diagnóstico e perderam toda a vida. O medo é definido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros como uma *Emoção Negativa: Sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado*

FIGURA 1

## REPRESENTAÇÃO DO DOMÍNIO "FUTURO INCERTO"



devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir<sup>21</sup>. Esta emoção negativa é vivenciada pelos pais de crianças com cancro, desde o momento do diagnóstico e ao longo de todo o percurso da doença.

O cancro na infância leva os pais a serem invadidos pelo medo e desespero perante a nova condição de saúde do filho. O medo decorre de diversos fatores: tratamento e a possibilidade de recidiva<sup>22</sup>, receio de receber más notícias, de falhar nos cuidados prestados ao filho, de necessitar ausentar-se da companhia do filho, de os profissionais de saúde cometerem erros e da morte do filho<sup>1,23,24</sup>, o que configura para estes pais um futuro nebuloso. Contudo, o medo é balanceado por momentos de esperança de que haverá recuperação<sup>1,25</sup>.

Apesar do avanço da ciência, que permite cada vez mais diagnósticos precisos e tratamentos mais dirigidos, o cancro continua a ser uma patologia que confronta a pessoa com a hipótese de morte<sup>1,25,26</sup>.

A possibilidade de perda do filho é um medo que atormenta os pais, apesar de nem sempre o verbalizarem no seu discurso, este tema surge dissimulado e transmitido através de circunstâncias próximas, como a morte de outra criança com cancro. Os estudos de outros investigadores<sup>3,6,20</sup>, similarmente ressaltam que os pais apresentam medo da morte do filho, principalmente quando ocorre o óbito de outras crianças.

O medo decorre, igualmente, do receio das sequelas a longo prazo, que possam comprometer a autonomia e o futuro do filho, como expressa um dos pais participante na nossa investigação e relatado também por outros autores<sup>27,28</sup>, que verificam que o impacto da doença a longo prazo na vida do filho, é um dos eventos considerados como gerador de maior stress. Este medo também é vivenciado pelos adolescentes e jovens adultos com cancro<sup>26</sup>. Pode-se concluir, que o medo é uma emoção presente nos pais que têm um filho com doença oncológica, em várias fases da doença e por várias razões. Os nossos entrevistados, reportam que o medo de que a doença volte, compromete a visão do futuro, o que corrobora os achados de outros investigadores<sup>1,17,26,27,29</sup>.

A imprevisibilidade do futuro é uma característica inerente à doença oncológica, pois apesar dos avanços da medicina, que permitem tratar a doença, é difícil prever o seu percurso / evolução, recidiva ou desfecho<sup>30</sup>. Na maioria das situações deixou de ser uma doença inexoravelmente fatal, mas a "morte" paira como uma sombra sobre quem enfrenta o diagnóstico de um cancro.

Os pais são catapultados para a experiência de viver constantemente com a imprevisibilidade no quotidiano, sem saber o que ocorrerá no futuro, pois como salientam outros investigadores<sup>24</sup>, a qualquer momento pode surgir uma recaída, uma complicação ou a impossibilidade

de cura. Esta imprevisibilidade pode despoletar sentimentos de desespero nos pais, aumentar os níveis de ansiedade e afetar as suas estratégias de coping<sup>31</sup>.

A percepção dos pais da imprevisibilidade é elevada e inalterável, sendo consistente e independente do tempo decorrido desde o diagnóstico, estando presente durante todo o processo de tratamento<sup>8,13</sup>.

Tudo isto configura uma preocupação contínua, pelo que recorrem à estratégia de pensarem apenas no presente e vivenciam um dia de cada vez, considerando como refere um dos pais que se entra "num túnel e ainda não sabemos se voltamos a ver a luz ou não". A incerteza passa a ser uma constante na vida destes pais e das próprias crianças<sup>1,22</sup>. Essa imprevisibilidade é exacerbada, quando se enfrenta uma situação que é rara, tal como é reportado por um dos pais participante nesta investigação. Resultados também relatados por outros investigadores<sup>13</sup>, que concluíram que a possibilidade dos diversos efeitos tardios do tratamento, mantém a incerteza sobre o futuro, podendo ser uma batalha ao longo da vida.

A falta de controle sobre alguns aspetos, nomeadamente o conhecimento sobre a alta probabilidade de recidiva, tal como é expresso neste estudo, gera nos pais a necessidade de aprender a balancear o equilíbrio quotidiano familiar na incerteza<sup>10</sup>. Contudo, a incerteza pode catalisar um crescimento psicológico, aprendendo a valorizar pequenas coisas no quotidiano, e incorporando a incerteza como parte integrante da vida. A valorização do "hoje", porque é o que existe, dado que o passado já passou e o amanhã é incerto, é algo que é referido pelos pais em outros estudos<sup>32</sup>. Perante a incerteza, reavaliam-se os valores e o que é importante na vida, aprecia-se a sua fragilidade e consciencializam-se da sua fugacidade<sup>33</sup>.

Os profissionais de saúde devem levar a cabo intervenções que visem >

a melhor gestão da incerteza, pois isso ajuda o processo de adaptação e gestão do stresse, tanto por parte dos pais como das crianças<sup>17,13,27</sup>. Essas intervenções podem ser levadas a cabo por profissionais de enfermagem e psicólogos, sendo trabalhado a natureza da incerteza, a comunicação com os profissionais de saúde, as estratégias de *coping*, a capacidade de resolução de problemas, o suporte social e o reforço das competências<sup>13</sup>. Estas intervenções visam conduzir para uma "nova normalidade" na vida familiar<sup>34</sup>. Essa normalização poderá conduzir ao já referido crescimento psicológico<sup>10</sup>, em que o confronto com a adversidade leva a uma resignificação da existência. Apesar dos resultados encontrados corroborarem os de outros estudos, o que nos leva a inferir da similitude das percepções dos pais quanto ao futuro das crianças / adolescentes com cancro, há que assumir al-

gumas limitações decorrentes da presente investigação. O facto de ser um estudo transversal, circunscrito a uma só realidade institucional e baseado, na vivência dos pais. Consideramos que em estudos futuros seria também interessante conhecer o olhar das crianças / adolescentes com cancro.

### CONCLUSÕES

O cancro é uma doença crónica, inesperada e contranatura, especialmente na infância, pois abala as expectativas de uma infância feliz e saudável, e de um futuro longo. É uma das doenças mais temidas e com maior impacto a nível familiar, pelo seu passado de doença fatal e pelo presente marcado pelos complexos e longos tratamentos. A pesquisa efetuada, e os resultados do presente estudo evidenciam que a gestão da incerteza, passa a fazer parte do quotidiano da família.

Numa lógica humana e humanizadora de cuidados, há que atender às necessidades da família, no sentido de potenciar as melhores respostas adaptativas da gestão do cancro da criança. A incerteza pode destruturar o sistema familiar, cuja coesão é tão importante para todos os elementos.

Os enfermeiros, no âmbito da equipa multidisciplinar, devem levar a cabo intervenções que visem a melhor gestão da incerteza, pois isso ajuda no processo de adaptação e gestão do stresse, tanto por parte dos pais como das crianças. Estas intervenções devem conduzir a uma construção de uma "nova normalidade" na vida familiar, em que o confronto com a adversidade leva a uma resignificação da existência. Os cuidados em saúde, tem que abordar não só os aspetos clínicos, mas também os aspetos psicossociais da pessoa e família para contribuírem para uma assistência humanizadora.. ▴



## Referências

1. Maree JE, Parker S, Kaplan L, Oosthuizen J. The Information Needs of South African Parents of Children With Cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2016;33(1):9-17.
2. Anjos C dos, Santo FH do E, Carvalho EMMS de. O Câncer Infantil no Âmbito Familiar: Revisão Integrativa. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2015;19(1):227-33. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1415-2762.20150018>
3. Araujo KN, Sousa ATO, França JRF, Gomes IP, Figueiredo DCMM, Araújo GM. Percepções Maternas acerca do Enfrentamento diante do Câncer Infantil. *Rev Enferm UFPE Line*. 2014;8(5):1185-91.
4. Silva-Rodrigues FM, Pan R, Pacciullo Sposito AM, de Andrade Alvarenga W, Nascimento LC. Childhood cancer: Impact on parents' marital dynamics. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2016;23:34-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2016.03.002>
5. Landier W. Age Span Challenges: Adherence in Pediatric Oncology. *Semin Oncol Nurs* [Internet]. 2011;27(2):142-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2011.02.006>
6. Benedetti GM dos S, Higarashi IH, Sales CA. Vivências de pais/mães de crianças e adolescentes com câncer: uma abordagem fenomenológico-existencial Heideggeriana. *Texto Context Enferm* [Internet]. 2015;24(2):554-62. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-0702015000200554&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-0702015000200554&lang=pt)
7. Bally JMG, Holtslander L, Duggleby W, Wright K, Thomas R, Spurr S, et al. Understanding Parental Experiences Through Their Narratives of Restitution, Chaos, and Quest: Improving Care for Families Experiencing Childhood Cancer. *J Fam Nurs* [Internet]. 2014;20(3):287-312. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24777070>
8. Khoury MN, Huijjer HAS, Doumit MAA. Lebanese parents' experiences with a child with cancer. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2013;17(1):16-21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2012.02.005>
9. Sloan CA. Hope, Uncertainty, and Coping among Parents of Children with Cancer. University of San Diego; 2015.
10. Lin L, Yeh CH, Mishel MH. Evaluation of a conceptual model based on Mishel's theories of uncertainty in illness in a sample of Taiwanese parents of children with cancer: A

- cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2010;47(12):1510–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.05.009>
11. MISHEL MH. Uncertainty in Illness Theory. *J Nurs Scholarsh*. 1990;22(4):256–62.
  12. Mishel MH. Uncertainty in Illness. *J Nurs Scholarsh*. 1988;20(4):225–32.
  13. Morrison CF, Szulczewski L, Strahlendorf LF, Lane JB, Mullins LL, Pai ALH. Designing technology to address parent uncertainty in childhood cancer. *Adv Nurs Sci*. 2016;39(1):15–25.
  14. CL D, JE H, CJ B. Uncertainty in adolescents and young adults with cancer. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2007;34(3):681–8. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=106150744&site=ehost-live&scope=site>
  15. Bardin L. Análise de conteúdo. 4a edition. Lisboa: Edições 70, Lda; 2011.
  16. Santo P do E. Introdução à metodologia das ciências sociais - Gênese, Fundamentos e Problemas. 2a Edition. Lisboa: Edições Sílabo; 2015.
  17. Cupit-Link M, Syrjala KL, Hashmi SK. Damocles' syndrome revisited: Update on the fear of cancer recurrence in the complex world of today's treatments and survivorship. *Hematol Oncol Stem Cell Ther*. 2018;11(3):129–34.
  18. Curda A. The Damocles Syndrome: where we are today. *J Cancer Educ*. 2011;26(2):397–8.
  19. Amador DD, Reichert AP da S, Lima RAG de, Collet N. Concepções de cuidado e sentimentos do cuidador de crianças com câncer. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2013;26(6):542–6. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000600006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600006&lng=en&nrm=iso&tlng=en%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
  20. Santos LF, Marinho KC, Oliveira RR de, Siqueira KM, Oliveira LMAC, Peixoto MKAV, et al. Ser mãe de criança com câncer: uma investigação fenomenológica. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(4):626–31.
  21. Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a prática de enfermagem CIPE: versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011.
  22. Barrera M, Granek L, Shaheed J, Nicholas D, Beaune L, D'Agostino NM, et al. The Tenacity and Tenuousness of Hope: Parental Experiences of Hope When Their Child Has a Poor Cancer Prognosis. *Cancer Nurs*. 2013;36(5):408–16.
  23. Santos AF dos, Guedes MDS, Tavares RC, Silva JMB da, Brandão Neto W, Santana JB de, et al. Vivencias de madres con niños internos con diagnóstico de cáncer. *Enfermería actual en Costa Rica*. 2018;2018(34).
  24. Silva CC, Barbieri-Figueiredo M do C. A Pessoa que vive a experiência de cuidar de um filho com câncer. *Rev da Soc Bras Enfermeiros Pediatras*. 2011;11(1):25–32.
  25. Vidotto PCP, Ferrari RAP, Tacla MTGM, Facio BC. Maternal experience in the diagnostic itinerary of child cancer. *Rev Enferm UFPE Line*. 2017;11(4):1565–73.
  26. Walker AJ, Lewis FM. Adolescent and young adult cancer survivorship: A systematic review of end-of-treatment and early post-treatment. *Nurs Palliat Care* [Internet]. 2016;1(1):1–6. Available from: <https://www.oatext.com/pdf/NPC-1-101.pdf>
  27. Howard AF, Goddard K, Tan de Bibiana J, Pritchard S, Olson R, Kazanjian A. Adult childhood cancer survivors' narratives of managing their health: the unexpected and the unresolved. *J Cancer Surviv* [Internet]. 2016;10(4):711–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11764-016-0517-8>
  28. Alves DF dos S, Guirardello E de B, Kurashima AY. Estresse relacionado ao cuidado: o impacto do câncer infantil na vida dos pais. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(1):1–7.
  29. Panjwani AA, Marín-Chollom AM, Pervil IZ, Erbligh J, Rubin LR, Schuster MW, et al. Illness Uncertainties Tied to Developmental Tasks Among Young Adult Survivors of Hematologic Cancers. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2019;8(2):149–56.
  30. Stone DS, Ganz PA, Pavlish C, Robbins WA. Young adult cancer survivors and work: a systematic review. *J Cancer Surviv*. 2017;11(6):765–81.
  31. Bayat M, Erdem E, Gül Kuzucu E. Depression, anxiety, hopelessness, and social support levels of the parents of children with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs* [Internet]. 2008;25(5):247–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18648089>
  32. Darcy L, Knutsson S, Huus K, Enskar K. The Everyday Life of the Young Child Shortly After Receiving a Cancer Diagnosis, From Both Children's and Parent's Perspectives. *Cancer Nurs* [Internet]. 2014;34(6):445–56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24406380>
  33. Amorim NMA, Sousa FGM, Santos AMR, Fernandes HIVM, Figueiredo M do CAB. O profissional de saúde do outro lado do cuidado segundo a teoria da incerteza na doença. *Ciência, Cuid e Saúde*. 2018;17(2):1–10.
  34. Knafel K. Parental Perceptions of the Outcome and Meaning of Normalization NIH Public Access. *Res Nurs Health*. 2010;33(2):87–98.



# COMPETÊNCIAS NÃO-INSTRUMENTAIS NO ENSINO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM: EFICÁCIA DE UM PROGRAMA EM CONTEXTO DE SIMULAÇÃO DE ALTA-FIDELIDADE

Non-technical skills in nursing education: effectiveness of a high-fidelity simulation-based course

## SARA PIRES

**Doutoranda**, Mestre.  
Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro. Portugal

✉ [sarapires23@ua.pt](mailto:sarapires23@ua.pt)

## SARA MONTEIRO

**Professora Auxiliar Convidada**, Doutor. Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro. Portugal

## ANABELA PEREIRA

**Professora Associada** com Agregação, Doutor. Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro. Portugal

## JOANA STOCKER

**Professora Auxiliar**, Doutor. College of Natural and Health Sciences of Zayed University. Dubai

## DANIELA CHALÓ

**Professora Ajunta Convidada**, Mestre. Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal

## ELSA MELO

**Professora Adjunta**, Doutor. Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal

## Abstract

Literature refers that patients are commonly affected by preventable adverse events associated with non-technical skills failures. Non-technical skills training programs address to prepare for, respond to, and mitigate adverse events in healthcare.

This study took place at Center for Clinical Simulation of Aveiro University. Third year prelicensure nursing students were included in two groups: control group (N=27), and experimental group (N=20, who participated in the training course developed, focusing on non-technical skills and crisis resource management acting principles). The study was divided in two different moments, before the implementation of the course, and after the implementation of the course. The course was then divided in three sessions: one four-hour theoretical session; and two three-hour practical sessions, each including two high-fidelity simulation-based different scenarios, four in total.

Regarding non-technical skills, we found significant differences in the experimental group in eleven items after intervention. As per participants' self-confidence levels, those who participated seem to have significantly increased confidence in their skills. Regarding social-demographic variables, it seems that students from primary healthcare tend to present better non-technical skills than students from maternal health specialty.

Overall these results seem to suggest that the course developed was effective in increasing students' knowledge and awareness on non-technical skills. It was demonstrated that the development and application of the structured course is feasible and positive changes in behavior can be measured through the instruments developed. Then, consideration must be given in integrating non-technical skills training into nursing education.

**KEYWORDS:** NON-TECHNICAL SKILLS; CRISIS RESOURCE MANAGEMENT; HIGH-FIDELITY SIMULATION-BASED TRAINING; HEALTHCARE; NURSING EDUCATION; NURSING STUDENTS.



## INTRODUCTION

**N**on-technical skills (NTS) such as communication, leadership, mutual support, situation-awareness, and decision-making are crucial to ensure patient safety, especially when managing crises<sup>(1)</sup>. Medical errors are common in crisis situations and the majority is due to NTS failures<sup>(2-5)</sup>. Therefore, understanding what NTS are, their relevance for healthcare and importance to patient outcomes is increasingly being recognized.

Indeed, crisis resource management (CRM) is a set of direct acting principles that encompass NTS, that were adapted from aviation industry to healthcare context, providing a simulation-based model for teaching and improving these skills within healthcare professionals and reduce errors<sup>(6-7)</sup>. CRM principles include: know the environment, anticipate and plan, call for help early, exercise leadership and followership, distribute the workload, mobilize all available resources, communicate effectively, use all available information, prevent and manage fixation errors, cross (double) check, use cognitive aids, re-evaluate repeatedly, use good teamwork, allocate attention wisely and set priorities dynamically<sup>(8)</sup>.

Literature states that learners need to actively practice so that learning is effective<sup>(1)</sup>. Following this directive, in order to effectively provide NTS training, high-fidelity simulation has been shown to be an effective tool to teach CRM acting principles as it offers a safe environment for trainees to develop, practice and refine their knowledge and skills with no risk of harm to real patients<sup>(9)</sup>. High-fidelity simulation includes a realistic child or adult mannequins and monitors placed in a realistic clinical environment. Monitors and mannequins interface

with a computer program to project and display vital signs, voice and, sometimes, movements. These mannequins mimic diverse parameters of human physiology (cardiovascular, pulmonary, metabolic, and neurological systems). Such programs that use high-fidelity simulation-based training proved to also improve participants' self-efficacy and confidence<sup>(10)</sup>. In fact, literature refers to several studies that emphasized NTS' improvement and successful clinical performance after its training courses<sup>(11-24)</sup>. Therefore, the development of NTS training programs in healthcare learning environments may significantly improve students' performance and self-confidence, and can be an added value as it can help them to adjust to the complex clinical context<sup>(22-23)</sup>. However, even though recent literature has highlighted the necessity of introducing NTS training and assessment within healthcare professionals<sup>(10,13,17,19,20,21,22,24)</sup> there is still little focus on a coherent and systematic integration of these skills into healthcare learning settings, such as nursing education<sup>(15,25,26)</sup>.

## OBJECTIVE

Therefore, the main purpose of this study was to develop and examine the efficacy of a high-fidelity simulation-based course focusing on NTS and CRM acting principles for undergraduate nursing students in order to promote its knowledge and usage as well as increase confidence on their clinical performance, with the ultimate objective of improving patient care and safety and contribute to error reduction in their future practice.

## METHOD

The present study took place at Center for Clinical Simulation of

Aveiro University, in the School of Health of Aveiro University and the Scientific Committee granted respective approval.

In order to recruit participants all 3rd year prelicensure nursing students were invited to participate in the study and were informed of the purpose of the study, nature of their involvement, and potential benefits and risks in participating. Then, a written informed consent was obtained from those who volunteered to participate. Confidentiality was guaranteed in that data would be reported as group data only. Students were also informed that taking part in the study was entirely voluntary and had no impact on their curricular evaluations. It should be noted that it was not possible to randomize the sample as there were students who volunteered only to answer the questionnaires and be included on control group.

Forty-seven students volunteered to participate in the study: twenty-seven students in the control group, and twenty students in the experimental group. The control group attended the usual classes. The experimental group attended the usual classes and participated as well in the high-fidelity simulation-based training course, focusing on NTS and CRM principles, developed for this study.

The study was divided in two moments, before the implementation of the course to the experimental group (phase 0), and after the implementation of the course to the experimental group (phase 1). There was a drop-out of fifteen participants from the control group (experimental group remained the same), being that only thirty-two participants completed the study and were included in the analyses (control group = 12; experimental group = 20). The drop-out was due to the fact that these students were not present in

all sessions where questionnaires were administered, as the sessions occurred in usual classes. Participants' ages ranged between 20 (68.2%) and 39 years old (Mean=21.34; Standard Deviation=3.75), primarily female (85.1%). All participants were at the 3rd year of undergraduate in nursing, and had no experience in high-fidelity simulation, and knowledge or experience on NTS or CRM principles. The last experience on an internship was in 2nd year. The specialties experienced were 63.8% in primary health, 34% in maternal health, and 2.2% in cardiology. To evaluate the course four instruments were constructed: a sociodemographic questionnaire (age, gender, class, year, experience in high-fidelity simulation, knowledge and experience with NTS, knowledge and experience on CRM principles, and specialty of the last internship accomplished); the Non-Technical Skills Assessment Scale in Nursing (NTSN); a self-confidence questionnaire; and a satisfaction questionnaire.

The NTSN was used to evaluate students' NTS performance in nursing activities and consists of a unidimensional scale, constituted by a list of 63 items with a five-point Likert scale: "totally disagree", "partially disagree", "neither agree nor disagree", "partially agree", and "totally agree", and a "non-applicable" option. For its construction and development, all norms were followed, namely, analysis of items for construct representativeness, its comprehensibility and suitability to nursing students' competences, and application context. It was reviewed by three nursing experts, besides the study researchers, and then tested in a group of six senior nursing students. In relation with the scale psychometric qualities, most items present a significant and positive relationship. Cronbach alpha presented a good value .94, and exploratory factor analysis with one factor explained 26% of the variance.

The self-confidence questionnaire was used to evaluate participants' confidence in their performance, with four items using a five-point Likert scale: "not at all confident", "little confident", "confident", "very confident", "extremely confident", and a "non-applicable" option. Lastly, the satisfaction questionnaire was used to evaluate the experimental group satisfaction with the course in general and its contents in particular, with 17 items using a four-point Likert scale: "insufficient", "sufficient", "good", "very good", and a "non-applicable" option. The questionnaire was divided in four evaluation areas: structure and content, instructor, resources and teaching materials, and global appreciation. The Non-Technical Skills Nursing Course (NTSNC) was designed and developed based on NTS and CRM principles and acting strategies and some already developed programs, such as the Neonatal Intensive Care Multidisciplinary Crisis Resource Training program<sup>(27)</sup>; the Simulated Trauma and Resuscitative Team Training course<sup>(28)</sup>; and the TeamSTEPPS training curriculum developed by the United States Department of Defense and the Agency for Healthcare Research and Quality. The NTSNC learning objectives aimed to provide an overview on the course objectives (general and learning session's objectives); define a team and its members responsibilities and roles; define NTS concept and understand its importance in healthcare, more precisely in nursing practice; describe NTS such as communication, leadership, mutual support, situation-awareness, and decision-making; define CRM as a structured strategy for improving NTS and describe its principles, adapted for undergraduate nursing students; and finally, apply NTS and CRM principles to clinical scenarios in high-fidelity simulation environment.

The course was divided in three sessions: one four-hour theoret-

ical session; and two three-hour practical sessions, each including two high-fidelity simulation-based different scenarios, four in total. The theoretical lecturer introduced the NTS and CRM principles and acting strategies. The practical sessions took place in high-fidelity simulation environment, where an initial and general orientation to the simulation equipment (mannequins and monitors) was conducted. In this context, students had the opportunity to briefly interact with the human patient simulator and learn its capabilities (and limitations). To assure that the practical sessions would be more effective, the experimental group was divided in two smaller groups of ten students each and then these students were divided in active (Sample=5) and observer participants (Sample=5). Active participants managed the first simulated crisis scenario while observers viewed the scenario via live video transmission and then participants changed position for the second scenario, different from the first one. Practical session's contents and the four high-fidelity simulation scenarios were the same for both groups. Each high-fidelity simulation scenario was introduced and initiated with a briefing by giving students information about the clinical case scenario and instructing them to proceed as a nursing team. During each scenario students should manage a crisis that would arise regarding not only technical skills but essentially NTS. Scenarios lasted approximately 15 minutes and were immediately followed by a focused and structured debriefing discussion, for 45 minutes. Debriefing was conducted in a different room with all participants and an expert instructor, using videos of the scenarios, to promote reflective practice on NTS and CRM principles and acting strategies and identify strengths and weaknesses areas for their future performance improvement. At the end of the theoretical and each

high-fidelity simulation scenario debriefing on practical sessions, a satisfaction questionnaire was administered.

All participants (control and experimental groups) answered the sociodemographic questionnaire, the NTSN, and the self-confidence questionnaire: before, immediately and six months after the course implementation to the experimental group. Besides these, the experimental group also answered the satisfaction questionnaire five times: after the theoretical session, and after each high-fidelity simulation scenario.

Differences on control group and experimental group were analyzed to evaluate progression on students' NTS performance in nursing activities in general, as well as their self-confidence levels. With this purpose, results from NTSN and self-confidence questionnaire were compared in each group (control and experimental) and between groups and phases. Social-demographic variables were also used to perform further differential studies within

the sample (results from phase 0 were used to control intervention related variables). Finally, satisfaction levels with the course developed for the experimental group were also explored in order to understand what sessions contributed the most to students' NTS improvement (phase 1). SPSS was used to run paired and independent samples T-test, as well as Analysis of Variance (ANOVA) and lastly Analysis of Repeated Measures to compare all three phases.

## RESULTS

Considering the NTS, we found no significant differences in total scale results. This suggests that overall there is no difference between control and experimental group for the total score obtained in the NTSN nor across phases 0 and 1 within each group (before and after the intervention).

However, when performing the same analyses for each NTSN items from phase 0 to phase 1, we found significant differences in the experimental

group in 11 items (**Table 1**).

The means increased in the majority of the 11 items, such as in item 6 ("I know all team members' names"), 7 ("I know patients' names"), 8 ("I know who's the patients' relatives"), 14 ("I contribute to the clear definition of the strategy and intervention plan"), 31 ("I acknowledge to the team my own limitations"), 35 ("I use a technical language when communicating with the team"), and 51 ("I am receptive to other team members' opinions even when they are different from mine"), except for items 9 ("Mobilize all available resources to resort patients' information"), 17 ("Proceed to the proper hand hygiene before intervening"), 33 ("Always address people directly by name"), and 43 ("Always confirm medication before its preparation and administration"). In the control group we also found significant differences in four items from phase 0 to phase 1 (**Table 2**). However, contrary to the experimental group, except in item 31, the means decreased in the majority of items, such as item 12 ("I have prior access to information/history and current situation of the patient"), 21 ("Leader knows how to communicate with the team"), and 62 ("I am focused on the patient during care"). As per participants' self-confidence levels, there were no significant differences across groups (control and experimental) in both phases 0 and 1, nor between phase 0 and phase 1 in the control group. Nonetheless, we found significant differences between phase 0 and phase 1 in the experimental group. More specifically, students who participated in the NTSNC seem to have significantly increased confidence in their skills (Significance=.025), as the overall mean was higher after the implementation of the course.

Regarding social-demographic variables, we found no significant differences in NTSN total scale for gender nor for internship specialty. Although there were also no differences between males and females in >

TABLE 1

### DIFFERENCES ON NTSN\* ITEMS IN THE EXPERIMENTAL GROUP. AVEIRO, PORTUGAL, 2017

Item	Phase 0			Phase 1			Paired Samples T-test		
	N†	Mean	SD‡	N†	Mean	SD‡	t§	df	p¶
6	20	4.15	.933	20	4.85	.489	-3.390	19	.003
7	20	4.00	.858	20	4.75	.550	-3.943	19	.001
8	20	2.90	.788	20	4.15	1.424	-3.206	19	.005
9	20	4.40	.754	20	3.65	.587	3.470	19	.003
14	20	3.50	.513	20	4.20	.410	-4.765	19	.000
17	20	4.25	.851	20	3.60	1.046	2.668	19	.015
31	20	3.50	.688	20	4.20	.696	2.896	19	.009
33	20	4.25	.639	20	3.90	.308	2.666	19	.015
35	20	4.30	.733	20	4.85	.366	-3.240	19	.004
43	20	4.40	.681	20	3.90	1.021	2.364	19	.029
51	20	4.45	.686	20	4.80	.410	-2.666	19	.015

\*NTSN - Non-Technical Skills Assessment Scale in Nursing.

†N - Sample.

‡SD - Standard deviation.

§t - Student's t-test value.

||df - Degrees of freedom.

¶p - Significance value.

TABLE 2

DIFFERENCES ON NTSN\* ITEMS RESULTS ON CONTROL GROUP. AVEIRO, PORTUGAL, 2017

Item	Phase 0			Phase 1			Paired Samples T-test		
	N†	Mean	SD‡	N†	Mean	SD‡	t§	df	p¶
12	12	4.75	1.288	12	3.75	1.288	2.253	11	.046
21	12	4.42	.900	12	3.83	.577	2.244	11	.046
33	12	3.17	.835	12	4.00	.603	-3.079	11	.010
62	12	4.83	.389	12	4.17	.718	2.966	11	.013

\*NTSN - Non-Technical Skills Assessment Scale in Nursing.

†N - Sample.

‡SD - Standard deviation.

§t - Student's t-test value.

||df - Degrees of freedom.

¶p - Significance value.

TABLE 3

DIFFERENCES IN NTSN\* ITEMS BETWEEN PRIMARY HEALTHCARE MATERNAL HEALTH IN PHASE 0. AVEIRO, PORTUGAL, 2017

Item	Primary health care			Maternal Health			Independent samples T-test		
	N†	Mean	SD‡	N†	Mean	SD‡	t§	df	p¶
1	30	4.63	.556	16	4.19	.655	2.434	44	.019
6	30	4.60	.675	16	3.44	.964	4.295	23	.000
12	30	4.93	1.172	16	3.88	.806	3.600	41	.001
14	30	3.70	.702	16	3.19	.655	2.411	44	.020
15	30	3.67	.758	16	3.19	.655	2.136	44	.038
26	30	4.27	.828	16	3.38	1.025	2.998	26	.006
27	30	4.33	.802	16	3.44	1.094	3.173	44	.003
29	30	4.20	.761	16	3.56	1.153	2.254	44	.029
50	30	5.13	1.042	16	4.31	.793	2.750	44	.009
52	30	1.73	1.258	16	3.19	2.344	-2.310	20	.032
61	30	4.57	.504	16	4.88	.342	-2.456	41	.018
63	30	4.53	.629	16	4.50	.516	2.315	44	.025

\*NTSN - Non-Technical Skills Assessment Scale in Nursing.

†N - Sample.

‡SD - Standard deviation.

§t - Student's t-test value.

||df - Degrees of freedom.

¶p - Significance value.

all NTSN items, there were 12 items that presented significant differences between two specialties: primary healthcare and maternal health. Curiously, NTSN means are always higher in primary healthcare rather than in maternal health, except for item 52 ("I was involved in situations of conflict with other team members"). This is because it is a nega-

tive item (refers to conflicts involvement) while all the other items are formulated in a positive way. Therefore, it suggests that the lower the mean, the less they were involved in conflictual situations (Table 3). To evaluate participants' satisfaction with the course in general and its contents in particular (structure and content, instructor, resources

and teaching materials, and global appreciation), differences on the satisfaction questionnaire results were performed. We found significant differences between theoretical and practical sessions 1 and 2 in the structure and content area (Table 4).

DISCUSSION

Based on the results previously presented we can assume that the experimental group revealed better results in comparison with the control group between phase 0 and 1. Although no statistically significant differences were found in general NTSN scores, maybe explained by the fact that students did not want to compromise themselves with disagreement scale options, answering instead towards what is expected them to know and behave (social desirability), when we analyzed the activities and skills described by each item, we found statistically significant and positive differences between phases 0 and 1 for the experimental group. This means that these students increased their knowledge reflected in their performance in NTS in some activities, contrary to the control group. Besides NTSN unidimensionality, and even though all items integrate and measure the same construct, they do not have to do with each other in the sense that each item refer to a different context and/or activity. For example, item 2 "I know the equipment / clinical material that is available" and item 19 "The team leader is clearly established" measure the same construct - NTS, but refer to a specific activity and are not correlated. Therefore, we can conclude that there is a positive progression in experimental group students' perception on their knowledge and then performance in NTS after the course sessions developed and implemented in this research. This seem to reinforce other researches' results, such as The Simulated Trauma and Resuscitative Team Training curricula which is

TABLE 4

## DIFFERENCES ON SATISFACTION QUESTIONNAIRE RESULTS. AVEIRO, PORTUGAL, 2017

	Theoretical session			Practical session 1			Practical session 2			ANOVA*		
	N†	Mean	SD‡	N†	Mean	SD‡	N†	Mean	SD‡	F§	df	p¶
Structure**	20	3.66	.247	20	3.90	.126	20	3.89	.190	9.5	2	.000
Instructor	20	3.87	.256	20	3.88	.224	20	3.94	.111	.714	2	.494
Resources††	20	3.70	.410	20	3.83	.373	20	3.83	.335	.745	2	.480
Global	20	3.83	.296	20	3.88	.311	20	3.93	.232	.629	2	.537

\*ANOVA – Analysis of variance.

†N – Sample.

‡SD – Standard deviation.

§F – test F for variance analysis.

||df – Degrees of freedom.

¶p – Significance value.

\*\*Structure – Structure and content.

††Resources – Resources and teaching materials.

‡‡Global – Global appreciation.

also associated with improvement in team CRM skills over the duration of the course<sup>(28)</sup>.

Nonetheless, some items presented a decrease on their means in the experimental group which can be explained by the fact that students were able to develop higher levels of awareness of what NTS are and of their performance on them. As so, this can be considered a somehow positive result, as students informally shared with the researchers that they've overestimated their responses in phase 0, as they did not have the full knowledge and experience on NTS or CRM principles and acting strategies.

In relation to control group results, the fact that they've demonstrated a positive progression in item 31 ("I acknowledge to the team my own limitations") can be due to a greater requirement for clinical skills as they are at the end of their academic career and are more aware of their capabilities and limitations at the technical level. Besides, this item also demonstrated progression in the experimental group. Finally, the fact that the academic nursing curricula doesn't include NTS training, might make it more difficult for students to feel confident and secure on their performances.

In fact, this study demonstrated that this type of training can con-

tribute not only for a better understanding and then performance on NTS, which contribute to students' improvement on technical skills, but also to increase their self-confidence. More specifically, students who participated in the NTSNC seem to have significantly increased confidence in their skills, as demonstrated by literature. This situation will, in its turn, necessarily promote and improve the quality of care provided and decrease errors in their future practice.

Curiously, NTSN means are always higher in primary healthcare rather than in maternal health. As so, it seems that students from primary healthcare tend to present better NTS than students from maternal health specialty, especially those related to their involvement on teams' decisions and encouragement. This result shows that internships are different depending on teams' sensibility in NTS.

Finally, students from the experimental group showed greater satisfaction with the structure and content of the course in the practical sessions compared with the theoretical one. In this sense, students seem to appreciate more the practical sessions instead of theoretical session in the course structure and content. These results may be due to the fact that the practical sessions

are more appealing and interesting as the students can put the acquired knowledge in the theoretical session into practice.

Therefore, these results show that high-fidelity simulation is well received by those experiencing it and offers benefits not inherent in traditional nursing education modalities, in the way that simulation-based methodologies emphasize both technical and NTS that are fundamental to a new paradigm of currently evolving education<sup>(29)</sup>. To further reinforce this focus, such programs should be incorporated in undergraduate nursing curricula from the first year in order to enable students to become familiar with the concept of NTS, CRM, and high-fidelity simulation-based training as well, to afford the opportunity to continuously practice these skills in a safe environment and to become more competent and, consequently, confident in their skills<sup>(10)</sup>. In this sense, even though the results of the interaction of the three phases didn't demonstrate significant differences between both groups and intergroup, one thing we can conclude and evaluate, when asked what are NTS or CRM principles, only the experimental group answered correctly. This means that they are aware and have the knowledge to put in practice, contrary to the control group, that

cannot improve their performance on something that did not know or learned of.

In a time where increased effort is focused on improving the quality of healthcare delivered, while minimizing adverse events, a methodology that allows teams to learn and practice critical teamwork and communication skills in a safe environment is invaluable<sup>(30)</sup>.

Recognizing that a lack of NTS can produce lethal consequences and there are still limited studies related to its training in undergraduate nursing students, consideration must be recommended that this training be integrated into nursing education<sup>(10)</sup> as it is essential for undergraduate nursing students to develop not only clinical but also NTS. NTS training can enhance healthcare professionals understanding of their roles and improve communication. The majority of healthcare curriculums emphasize technical skills and forget that NTS remain an important component for rapid responsive teams on emer-

gency settings for example. These components reflect team cohesion and team collaboration<sup>(31)</sup>.

One of the limitations of our study was the size of the sample. Future studies should be tested with a bigger sample. In this sense, it was difficult to overcome this difficulty, as students do not have the experience and knowledge on the topic, and do not consider NTS as important as technical skills. It is also important to refer that the dropped out of those 15 participants, was due to the fact that they were not present at the session where they were asked to complete the questionnaires. These sessions were scheduled on normal school days, and the motive that led them to give up had nothing to do with the study because students were not informed of the classes where the questionnaires would be administered.

### CONCLUSION

Overall, experimental group showed significant improvements in NTS

nursing activities and the course was well received by them. In general terms, the results demonstrated that students who participated in NTSNC were able to focus and improve the outlined NTS necessary to complement their clinical and technical skills.

As NTS continues to increase its importance in educational settings, there is a need to ensure that this topic is explicitly embedded in undergraduate nursing education. In this study, it was demonstrated that the development and application of a structured high-fidelity simulation-based course on NTS, is feasible and that positive changes in behavior can be measured through the instruments developed. In this sense, more studies are necessary to conduct in order to consolidate and improve these results.

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflicts of interest: none. ▴



## References

- Lai A, Haligua A, Bould D, Everett T, Gale M. Learning crisis resource management: Practicing versus an observational role in simulation training – A randomized controlled trial. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2016;35(4):275-81.
- Clarke JR, Spejewski B, Gertner AS, Webber BL, Hayward CZ, Santora TA, ... Blank-Reid C. An objective analysis of process errors in trauma resuscitations. *Acad Emerg Med*. 2000;7(11):1303-10.
- Cooper JB, Newbower RS, Kitz RJ. An analysis of major errors and equipment failures in anesthesia management: Considerations for prevention and detection. *Anesthesiology*. 1984;60:34-42.
- Houshian S, Larsen MS, Holm C. Missed injuries in a level I trauma center. *J Trauma Acute Care Surg*. 2002;52:715-9.
- Nguyen N, Elliott J, Watson W, Dominguez E. Simulation improves non-technical skills performance of residents during the perioperative and intraoperative phases of surgery. *J Surg Educ*. 2015;72(5):957-63.
- Hughes KM, Benenson RS, Krichen AE, Clancy KD, Ryan JP, Hammond C. A crew resource management program tailored to trauma resuscitation improves team behavior and communication. *J Am Coll Surg*. 2014;219(3):545-51.
- Lucas A, Edwards M. Development of crisis resource management skills: A literature review. *Clin Simul Nurs*. 2017;13(8):347-58.
- Rall M, Dieckmann P. Crisis resource management to improve patient safety. *Euroanesthesia*. 2005;107-12.
- Gaba DM. The future vision of simulation in healthcare. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(suppl 1):i2-i10.
- Pearson E, McLafferty I. The use of simulation as a learning approach to non-technical skills awareness in final year student nurses. *Nurse Educ Pract*. 2011;11(6):399-405.
- Bamford R, Langdon L, Rodd CA, Eastaugh-Waring S, Coulston JE. Core trainee boot-camp: a method for improving technical and non-technical skills of novice surgical trainees. A before and after study. *Int J Surg*. 2018;57:60-5.

12. Bierer J, Memu E, Leeper R, Fortin D, Fréchette E, Incullet R, Mathaner R. The development of an in-situ thoracic surgery crisis simulation focused on non-technical skill training. *Ann Thorac Surg.* 2018;106(1):287-92.
13. Boet S, Bould M, Fung L, Qosa H, Perrier L, Tavares W, ... Tricco A. Transfer of learning and patient outcome in simulated crisis resource management: A systematic review. *Can J Anaesth.* 2014;61(6):571-82.
14. Dieckmann P, Graae Zeltner L, Helso A. Hand-it-on: An innovative simulation on the relation of non-technical skills to healthcare. *Advances in Simulation.* 2016;1:1-11.
15. Flynn FM, Sandaker K, Ballangrud R. Aiming for excellence – A simulation-based study on adapting and testing an instrument for developing non-technical skills in Norwegian student nurse anaesthetists. *Nurse Educ Pract.* 2017;22:37-46.
16. Goldenberg M, Fok K, Ordon M, Pace K, Lee J. Simulation-based laparoscopic surgery crisis resource management training – Predicting technical and non-technical skills. *J Surg Educ.* 2017;75(4):1113-9.
17. Grantcharov TP, Kristiansen VB, Bendix J, Bardram L, Rosenberg J, Funch-Jensen P. Randomized clinical trial of virtual reality simulation for laparoscopic skills training. *Br J Surg.* 2004;91(2):146-50.
18. Khan R, Scaffidi M, Walsh C, Lin P, Al-Mazroui A, Chana B, ... Grover S. Simulation-based training of non-technical skills in colonoscopy: Protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Res Protoc.* 2017;6(8):e153.
19. Lewis R, Strachan A, Smith MM. Is high fidelity simulation the most effective method for the development of non-technical skills in nursing? a review of the current evidence. *Open Nurs J.* 2012;6:82-9.
20. Martinou E, Chindambaran R, Krishnasamy G, Donnell A, Vig S, Menon G. Simulation in undergraduate medical education: Designing a programme to improve medical students' non-technical skills. *Int J Surg.* 2015;23:15-134.
21. Murray K, McKenzie K, Kelleher M. The evaluation of a framework for measuring the non-technical ward round skills of final year nursing students: An observational study. *Nurse Educ Today.* 2016;45:87-90.
22. Pires S, Monteiro S, Pereira A, Chaló D, Melo E, Rodrigues A. Non-technical skills in undergraduate nursing education: Consideration for a training course development. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences Eissn.* 2016;2357-1330.
23. Pires S, Monteiro S, Pereira A, Stocker J, Chaló D, Melo E. Non-technical skills assessment scale in nursing: Construction, development and validation. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018;26:e3042.
24. Seymour NE, Gallagher AG, Roman SA, O'Brien MK, Andersen DK, Satava RM. Analysis of errors in laparoscopic surgical procedures. *Surgical Endoscopy.* 2004;18(4):592-5.
25. Gordon M, Darbyshire D, Baker P. Non-technical skills training to enhance patient safety: A systematic review. *Med Educ.* 2012;46:1042-54.
26. Lyk-Jensen HT, Jepsen RM, Spanager L, Dieckmann P, Ostergaard D. Assessing nurse anaesthetists' non-technical skills in the operating room. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2014;58:794-801.
27. Lindamood K, Rachwal C, Kappus L, Weinstock P, Doherty E. Development of neonatal intensive care multidisciplinary crisis resource training program. *Newborn & Infant Nursing Reviews.* 2011;11(1):17-22.
28. Gillman L, Brindley P, Paton-Gray J, Engels P, Park J, Vergis A, Widder S. Simulated trauma and resuscitation team training course: Evolution of a multidisciplinary trauma crisis resource management simulation course. *Am J Surg.* 2016;212(1):188-93.
29. Halamalek LP, Kaegi DM, Gaba DM, Sowb YA, Smith BC, Smith BE, Howard SK. Time for a new paradigm in pediatric medical education: Teaching neonatal resuscitation in a simulated delivery room environment. *Pediatrics.* 2000;106(4):1-6.
30. Brown LL, Overly FL. Simulation-based interprofessional team training. *Clinical Pediatric Emergency Medicine.* 2016;17(3):179-84.
31. Porter J, Cant R, Cooper S. Rating teams' non-technical skills in the emergency department: A qualitative study of nurses' experience. *Int Emerg Nurs.* 2018;38:15-20.



# CONVIVER COM A INCERTEZA RELACIONADA COM A DOENÇA NEURODEGENERATIVA HEREDITÁRIA: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO

Living with uncertainty related to hereditary neurodegenerative disease: an ethnographical study

## SÓNIA NOVAIS

**Professor Adjunto**, Doutor em Enfermagem. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. Oliveira de Azeméis, Portugal.

✉ [coordenacao.cle@essnortecvp.pt](mailto:coordenacao.cle@essnortecvp.pt)

## FELISMINA MENDES

**Professor Coordenador**, Doutor em Sociologia. Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora. Portugal.

### Abstract

**Introduction & Objectives:** Familial Amyloidotic Polyneuropathy is an autosomal dominant disease and threatens the life of the gene carrier by extracellular deposition of transthyretin in the peripheral nervous system. This paper aims to describe how people living with Familial Amyloidotic Polyneuropathy experience the transition and uncertainty arising from the knowledge of the outcome of the pre-symptomatic genetic test.

**Methodology:** focused ethnography study conducted in the community of Vila do Conde and Póvoa de Varzim. Data collection was performed through ethnographic interview to 31 patients. The collected data were verbatim transcribed and analyzed according to the qualitative data analysis procedures.

**Results and Discussion:** Data have been narrowed into four categories that illustrate how people with Familial Amyloidotic Polyneuropathy, on the one hand, feel and live the uncertainty of the disease, and on the other hand explain the resources and conditions they must have to deal with this uncertainty. Thus, we have as categories, perform the pre-symptomatic test, personal conditions for transition, community conditions for transition and conditions of society for transition.

The management of disease uncertainty is mediated by previous knowledge about a certain health condition, because it affects several generations of the same family, previous knowledge about the risk condition contributes to the acceptance of health status.

**Conclusions:** It is important that nurses promote strategies that increase social and family support and assume as credible authorities in caring for people living with Andrade's disease, becoming facilitators of their personal growth and uncertainty management.

**KEY WORDS:** FAMILIAL AMYLOID POLYNEUROPATHY; UNCERTAINTY; HEREDITARY DISEASE; RARE DISEASES.

### INTRODUÇÃO

**A** Polineuropatia Amiloídótica Familiar (PAF) é uma doença neurodegenerativa, hereditária, autossómica dominante, que se caracteriza pelo início tardio de uma neuropatia sensitivo-motora autonómica



progressiva, consumptiva e fatal <sup>(1)</sup>. Define-se pela deposição extracelular, ao longo do sistema nervoso periférico, de fibras proteicas amiloides insolúveis e compostos amorfos <sup>(2)</sup>. Esta deposição vai causando uma progressão sintomática ascendente, por mecanismo de *dying back*, em que a degenerescência axonal ocorre na direção distal-proximal <sup>(3)</sup>. Este processo traduz-se por uma perda sensitiva que se inicia pelos pés, acompanhada, em alguns casos, pelo aparecimento de dor nos membros inferiores, em alguns casos e, contrastando com a perda de sensibilidade térmica e álgica que surge noutros <sup>(4)</sup>. A degeneração axonal apresenta uma progressão distal-proximal, afetando fibras mielinizadas de pequeno diâmetro e não-mielinizadas, causando parestesias, disestesias, ou hiperalgesias nas extremidades inferiores <sup>(4)</sup>. A perda de sensação vai gradualmente atingindo os membros superiores, a partir das mãos em sentido centripeto, atingindo o tronco <sup>(5)</sup>. Simultaneamente surgem alterações gastrointestinais, oculares, cardíacas e renais, nomeadamente alterações do trânsito com aumento de volume e frequência das dejeções, opacidade do vítreo, cardiomiopatia e alterações da condução elétrica <sup>(4,6)</sup>. Secundariamente instala-se um quadro de dependência neuropática acompanhado de um défice motor que conduz a um grau de dependência elevado para as atividades de vida diária, com quadro de incontinência fecal e urinário causado por alterações esfinterianas <sup>(4,6)</sup>. As opções de tratamento para as pessoas que vivem com PAF são limitadas, e destinam-se à palição dos sintomas ou à estabilização do tetrâmero prevenindo a amiloidogénese. Apesar disso, desde os anos 90 do século passado, a possibilidade de realização do transplante hepático como medida de intervenção terapêutica de primeira linha, trouxe às pessoas com PAF esperança

do regresso à normalidade após a sua realização <sup>(7)</sup>. Neste sentido, estar doente com PAF é como viver um percurso de vida de sofrimento e de perdas, associado a sentimentos negativos, como a sensação de impotência, a perda de esperança e de sentido na vida, bem como de incerteza com o futuro <sup>(8)</sup>. Relacionado com o conceito de herança genética encontra-se o conceito de risco genético, sendo que, os descendentes de um portador do gene mutante têm 50% de probabilidades herdarem a mutação de um dos seus progenitores. Sendo uma doença genética de início tardio, as pessoas em risco têm disponível a possibilidade de realização de um teste genético pré-sintomático a partir dos 18 anos. A pessoa, quando o realiza e tem um diagnóstico genético positivo para a mutação, passa a ser considerada um doente pré-sintomático <sup>(9)</sup>. A certeza do diagnóstico genético encontra-se associada à gestão da incerteza, da espera pela manifestação dos sintomas e da evolução no conhecimento acerca de novos tratamentos <sup>(9)</sup>. O momento do diagnóstico é um momento decisivo na vida da pessoa que cresceu em risco de ser portador de PAF. O diagnóstico genético pré-sintomático constitui-se como um momento de diagnóstico prévio à manifestação da doença, mas alerta a pessoa para uma condição de saúde que não pode evitar e que não tem cura no caso da PAF. Os estudos realizados sobre este tema, com pessoas em risco de PAF, tentam avaliar o nível de bem-estar psicológico dos que procuram o teste genético pré-sintomático, comparativamente com os níveis de bem-estar psicológico da população em geral que não está em risco ou de pessoas que estão em risco de outra doença genética <sup>(10-13)</sup>. No entanto, na análise dos resultados destes estudos, devemos ter em consideração que as pessoas que procuram o teste pré-sintomático

pelo risco de doença hereditária, fazem-no voluntariamente e são apenas uma parte das pessoas em risco, pelo que seria importante num estudo como este cruzar os resultados com os motivos que os conduzem à sua procura <sup>(12)</sup>. Também sabemos que as mulheres apresentam mais sintomas relacionados com a ansiedade, e esses sintomas permanecem mesmo após a conclusão e conhecimento do resultado do teste pré-sintomático <sup>(14)</sup>. Os resultados encontrados neste estudo, demonstram a redução da incerteza e o aumento do autocontrolo dos participantes, que parece indicar uma vantagem do aconselhamento psicológico ao longo do processo de teste genético pré-sintomático <sup>(14)</sup>. Já relativamente à idade, os estudos verificam que as pessoas mais velhas possuem valores mais altos de ansiedade. Quanto ao estado civil, os viúvos apresentam maior índice de ansiedade latente, que os autores relacionam com o facto de estes se sentirem sozinhos e sendo que estas doenças causam um nível de dependência elevado, nomeadamente no autocuidado, o facto de não conseguirem perspetivar um cuidador <sup>(10,11,14)</sup>. Se o stress psicológico se encontra aumentado no momento do diagnóstico, os níveis de ansiedade e de depressão vão diminuindo ao longo do tempo independentemente do resultado do teste genético <sup>(10)</sup>. Estes resultados podem significar que, o facto de o teste ser realizado a pedido dos participantes evidenciar a utilização de estratégias de coping adequadas, mas também pode significar que a realização do teste é apenas um dos aspetos relacionados com o impacto da doença na vida das pessoas, e não o aspeto central <sup>(10)</sup>. Os autores de um dos estudos também referem que, o facto da idade em que se realiza o teste se aproximar da idade de início de sintomas, pode explicar estes resultados, bem como o facto de o

teste ser mais um dos momentos de stress que as pessoas que vivem em famílias de risco de doença genética têm de enfrentar <sup>(10)</sup>. Outro aspeto interessante que emergiu deste estudo foi que não houve diferença entre as pessoas com um resultado de teste genético positivo ou negativo. Para os autores do estudo, as pessoas com resultados de teste negativos podem experimentar alívio e alegria, mas também sentimentos de culpa e vergonha ao lidar com a realidade de que outros em sua família carregam a doença <sup>(10)</sup>.

Considerada uma doença rara, sabe-se hoje, através de testes moleculares que a PAF se encontra mais disseminada mundialmente e fora dos focos bem definidos e identificados, pois existem mais de cem mutações no gene 18 que provocam a PAF. Porém, a mutação portuguesa, para além de ser a mais prevalente, é a que apresenta pior prognóstico para os seus portadores, uma vez que surge com maior gravidade de sintomas, uma idade de apresentação dos sintomas mais precoce e um fenómeno de antecipação de sintomas dependente da relação entre o género do progenitor transmissor da mutação e dos seus descendentes.

Ao mesmo tempo, esta é uma doença em que o diagnóstico se pode tornar difícil, nomeadamente quando não existe história familiar prévia de PAF, ou quando a origem familiar da pessoa é estranha aos focos de origem identificados de doença, ou quando a pessoa em risco e portadora do gene nega ou desconhece os sintomas iniciais. Pela idade de início dos sintomas e pela dependência elevada a que a evolução da doença conduz, podemos perceber o seu impacto sobre a pessoa e a sua autonomia funcional, bem como a sua sobrecarga emocional, física, económica e social para a pessoa e para a sua família <sup>(8)</sup>. Nos últimos anos, existiu uma evolução na qualidade de vida secundária ao transplante de fígado e nos últimos

5 anos têm surgido novos fármacos que travam a progressão da doença com diferentes níveis de eficácia, alguns já no mercado, outros ainda em fase de estudo. Porém, não se sabe de que modo as pessoas com PAF lidam com o conhecimento de ser portador da mutação, ou com o início dos primeiros sintomas, ou com a incerteza com o futuro face às diferentes terapêuticas disponíveis, nem como interpretam as suas necessidades de cuidados de enfermagem.

### OBJETIVOS

Descrever como as pessoas que vivem com PAF experimentam a transição e incerteza decorrentes do conhecimento do resultado do teste genético pré-sintomático.

### MÉTODOS

Este trabalho enquadra-se numa metodologia etnográfica focada. A PAF está classificada em todo o mundo como uma doença rara, mas este estudo foi realizado nas comunidades de Vila do Conde e Póvoa de Varzim porque a sua prevalência é mais elevada, estando estimada em 163,12:100.000 habitantes, no entanto, em Portugal Continental atinge valores de cerca de 20,4:100.000 habitantes (15). Previamente ao início do trabalho de campo, foram implementados alguns procedimentos que garantiram a integridade científica e ética do trabalho que pretendíamos realizar. Foi realizado o pedido de admissão do projeto ao Conselho Científico do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa em janeiro de 2015. Foi realizado, em fevereiro de 2015, o pedido de um parecer à Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa. Decorrente da resposta a este pedido de parecer foi necessário realizar uma notificação e pedido de autorização de tratamento de dados pessoais à Comissão Nacional de Proteção de Dados,

que obteve um parecer favorável da instituição. O nosso acesso ao trabalho de campo foi facilitador, uma vez que uma das investigadoras é natural e residente em Vila do Conde e exerceu funções como enfermeira nos cuidados de saúde primários entre 2010 e 2015. Estes dois factos, deram-lhe um conhecimento privilegiado sobre a doença, sobre as pessoas e sobre as instituições que poderiam apoiar a execução do estudo e que facilitaram o acesso ao campo.

Na fase inicial foram selecionados alguns informantes-chave pelo conhecimento e pela ligação que tinham na comunidade de pessoas com PAF <sup>(16)</sup>. Através de vários contactos pessoais e profissionais, foram escolhidos dois membros da Associação Portuguesa de Paramiloidose, três enfermeiros que trabalham na comunidade em estudo, uma assistente técnica, uma assistente social e um médico que trabalham no CEAP e que voluntariamente aceitaram divulgar o nosso estudo junto da população acessível. Esta divulgação consistiu na entrega de um convite que continha informação acerca do estudo, nomeadamente, a sua finalidade, os seus objetivos e o contacto de uma das investigadoras.

Esta técnica foi complementada por uma técnica de amostragem em bola de neve, uma vez que, após a identificação dos primeiros participantes, denominados de informantes, foi-lhes pedido que referenciassem mais informantes através da sua rede social de familiares, amigos ou conhecidos que estivessem disponíveis para participarem no estudo. Esta técnica de amostragem permitiu incluir no estudo pessoas portadoras de PAF, com mais de 18 anos, que vivessem na Póvoa de Varzim ou em Vila do Conde. Os dados foram recolhidos através de entrevistas etnográficas de acordo com o preconizado de Spradley <sup>(17)</sup>. Cada entrevista foi transcrita *verbatim* por uma investigadora, e

foram analisados de acordo com os procedimentos de Miles, Huberman e Saldaña (18,19).

Participaram no estudo 31 pessoas que vivem com PAF na comunidade da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde. Durante a recolha e análise de dados que decorreu concomitantemente, procurou-se, por um lado, obter a saturação teórica dos dados, percebendo os padrões de repetição, que visam confirmar a informação obtida anteriormente, mas também, através de uma amostragem teórica, procurou-se a diversidade de casos, enriquecendo o modelo emergente e possibilitando a explicação da variação e dos padrões diferenciadores do discurso dos participantes (20).

## RESULTADOS

Sendo um estudo qualitativo e etnográfico, o painel de participantes pode não ser representativo da população com PAF residente nestes dois concelhos, mas ressaltamos que o objetivo deste trabalho foi a procura pela profundidade do significado cultural de viver com uma doença neurodegenerativa hereditária nesta comunidade e não a representatividade da população ou a generalização dos resultados. Os informantes têm, em média 42 anos, tendo o informante mais novo 20 anos e o mais velho 59 anos à data da entrevista. A maioria dos informantes que participaram no estudo são mulheres, são casados e possuem o 2º ciclo de escolaridade. Dos 31 informantes, 21 encontram-se reformados, 6 encontram-se ativos e 4 desempregados, valores condicentes em termos de estatuto profissional com os encontrados noutros estudos realizados com pessoas com PAF (21).

Em média, os informantes realizaram o teste genético aos 18,6 anos e apresentaram os primeiros sintomas pelos 31,6 anos. E apenas 1 informante desconhecia a história familiar de doença relacionada com

a PAF. Quanto ao estágio de evolução da doença, na sua maioria os informantes encontram-se no estágio II ou no estágio I, mas participaram 2 pessoas que são portadoras assintomáticas e 4 pessoas em estágio III (22). Relativamente ao tratamento realizado, 19 informantes realizaram transplante de fígado, 7 encontram-se a realizar Tafamidis, sendo que 1 também estava inserido num ensaio clínico à data do estudo, 3 encontram-se a realizar tratamento de suporte de sintomas sem terem realizado qualquer outro tratamento e os 2 informantes que são portadores assintomáticos não têm à data da recolha de dados, indicação para tratamento. Apresentamos o resumo da caracterização da amostra encontra-se na **tabela 1**.

Não existindo um guião de entrevista com perguntas pré-definidas, a estratégia de análise de dados foi orientada, por um lado pelo enquadramento teórico e conceptual, e por outro lado, pela procura de padrões e regularidades no discurso dos informantes que dessem resposta às questões de investigação. Após os dois ciclos de codificação emergiu do discurso dos participantes o seguinte temático: *(Con)viver com a incerteza relacionada com a doença neurodegenerativa hereditária*.

Este tema é constituído por 4 categorias que ilustram o modo com as pessoas com PAF, por um lado, sentem e vivem a incerteza da doença, e, por outro lado, que recursos e condições possuem para lidar com essa incerteza. Assim, temos como categorias, realizar o teste pré-sintomático, condições pessoais para a transição, condições da comunidade para a transição e condições da sociedade para a transição. O discurso dos informantes foi analisado, codificado e reduzido em cada categoria, permitindo ilustrar os sentimentos, experiências e vivências relacionados com ela. Mostramos em seguida, a **tabela 2** ilustrativa da relação entre as categorias e os códigos do primeiro tema.

## DISCUSSÃO

*Realizar o teste pré-sintomático* surge como uma das principais categorias no discurso dos informantes. Durante a análise, reorganização e síntese dos dados codificados durante o primeiro ciclo, deparamos com vários códigos que se conseguiram reduzir em apenas um, durante o segundo ciclo de codificação (18,19). Nomeamos este código, *percorrer um caminho em busca de um resultado*, uma vez que reúne o discurso dos informantes acerca de todos os procedimentos relacionados com o processo de realização do teste pré-sintomático, bem como ilustra a idade de realização do teste e a idade de conhecimento da condição de portador.

Notamos no discurso dos informantes que existem diferenças acentuadas, ao longo do tempo, sobre a idade em que o teste foi realizado e a idade com que tiveram conhecimento do resultado. Os informantes com mais idade realizaram o teste ainda em crianças, alguns no centro de saúde das Caxinas. Estes relatos corroboram os achados do subcapítulo anterior, onde uma das testemunhas privilegiadas nos refere ter participado num estudo no centro de saúde das Caxinas, onde eram realizados testes a todos os descendentes de portadores de PAF, independentemente da sua idade.

*Bem a colheita de sangue, no meu caso foi assim... pelos meus doze ou treze anos vieram os médicos aqui à Casa dos Pescadores e vieram tirar sangue e, eu, o meu irmão que tinha nove anos e os meus primos e fomos lá tirar sangue sem saber para quê.* Informante 2, 46 anos, transplante de fígado.

*Foi fácil pedir para fazer o teste. Na altura foi a minha mãe que pediu. Foi feito aqui nas Caxinas na Associação da Paramiloidose, foi feito lá no centro de saúde a recolha do sangue e o resultado também me foi entregue lá pelo médico de fa-*

TABELA 1

## CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS INFORMANTES

Variáveis sociodemográficas	Categorias		Frequência absoluta	Média (desvio padrão)	Variância
<b>Idade</b>				41,9 (8 anos)	Mínimo/Máximo: 20 - 59
<b>Género</b>	Feminino		20		
	Masculino		11		
<b>Estado civil</b>	Casado/União de facto		18		
	Solteiro		8		
	Viúvo		2		
	Divorciado/Separado		3		
<b>Escolaridade</b>	1º ciclo		8		
	2º ciclo		13		
	3º ciclo		6		
	Ensino secundário		2		
	Ensino Superior		2		
<b>Profissão</b>	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas		1		
	Técnicos e Profissionais de nível intermédio		1		
	Pessoal Administrativo e Similares		1		
	Pessoal dos Serviços e Vendedores		5		
	Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas		4		
	Operários, Artífices e Trabalhadores similares		11		
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem		2		
	Trabalhadores não qualificados		6		
<b>Estatuto laboral</b>	Ativo		6		
	Desempregado		4		
	Reformado		21		
<b>Idade de realização do teste pré-sintomático</b>			18,6 (5 anos)	Mínimo/Máximo: 6 - 30	
<b>Idade de início de sintomas</b>			31,6 (6 anos)	Mínimo/Máximo: 25 - 52	
<b>História prévia na família</b>	Não		1		
	Sim	Pai	8		
		Mãe	22		
<b>Estádio da doença (22)</b>	Portador assintomático		2		
	Estádio I		10		
	Estádio II		15		
	Estádio III		4		
<b>Tratamento</b>	Sem indicação de tratamento		2		
	Tratamento sintomático		3		
	Transplante de fígado		19		
	Tafamidis		7		
	Ensaio clínico		1 (realiza também Tafamidis)		

mília. Informante 30, 35 anos, Tafamidis. Atualmente, o teste genético pré-sintomático só pode ser requerido

a partir dos 18 anos, e associado a todo o processo de recolha e divulgação dos resultados existe o acompanhamento em consultas de

aconselhamento genético <sup>(23)</sup>, pelo que estes relatos já não ocorrem nos informantes mais jovens ou naqueles que relatam as experiên-

TABELA 2

## RESUMO DAS CATEGORIAS REFERENTES AO TEMA: (CON)VIVER COM A INCERTEZA RELACIONADA COM A DOENÇA NEURODEGENERATIVA HEREDITÁRIA

Tema	(Con)viver com a incerteza relacionada com a doença neurodegenerativa hereditária	
Categorias	Código do primeiro ciclo	Código do segundo ciclo
<b>Realizar o teste pré-sintomático</b>	Idade com que realizou o teste Idade de conhecimento do resultado do teste Local de realização do teste Processo de realização do teste	Percorrer um caminho em busca de um resultado
	Herança familiar	Herança familiar
	Querer saber para decidir	Quero saber
	Estar preparado para saber	Estar preparado para saber
	Fazer o teste com sintomas	Sentir antes de saber
	Já vai meia a contar	A pessoa já vai meia a contar
	Sei lá o que nos pode sair na rifa	Sei lá o que nos pode sair na rifa
<b>Condições pessoais</b>	Há os que escondem	Há os que escondem
	Há os que aceitam	Há os que aceitam
	Algo de que não se fala	Algo de que não se fala
	Expectativa com a resposta dos outros ao diagnóstico	Expectativa com a resposta dos outros ao diagnóstico
	Estrutura familiar matriarcal	Estrutura familiar matriarcal
	Apoio da família	Suporte familiar
	Estigma	Perceção do estigma
<b>Condições da comunidade</b>	Doença tabu	Doença tabu
	Cuidados de saúde primários Tratamento de feridas	Cuidados de saúde primários
	Centro de Estudos da Paramiloidose da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa da Varzim Apoio social Apoio emocional Serviço de saúde	Centro de Estudos da Paramiloidose da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa da Varzim
	Associação Portuguesa de Paramiloidose	Associação Portuguesa de Paramiloidose
	Acesso a transporte	Câmara Municipal de Vila do Conde
<b>Condições da sociedade</b>	Apoios do Estado Acesso a medicação	Apoios do Estado
	Centros de referência	Centros de referência

cias atuais com outros familiares. *Tenho um primo que vai agora para a segunda consulta no IBMC. Informante 2, 46 anos, transplante de fígado. A minha prima pediu logo ao marido para me levar ao centro de genética no Porto. Fiz duas colheitas de sangue, a primeira era para eles ver se realmente tinha ou não. Fui logo acompanhada por uma psicóloga e*

*um psiquiatra para falar sobre o assunto. Informante 14, 39 anos, transplante de fígado.*

De acordo com a norma 013/2017 sobre a abordagem diagnóstica e critérios de referência da Paramiloidose no adulto, *“o diagnóstico pré-sintomático de portador de uma mutação patogénica da TTR deve ser proposto à pessoa adulta (idade igual ou superior a 18 anos), em risco de 50% de ser portadora, por*

*relação familiar com pessoas com PAF ou portadores com confirmação prévia do diagnóstico de PAF, com identificação de uma mutação particular”* (23). Essa referência, de acordo com esta norma, deve ser realizada pelo médico hospitalar de um centro de referência para a PAF (23). No entanto, as pessoas que passaram por este processo referem que este procedimento é pesado e moroso e, por vezes, não entendem, >

nem valorizam o objetivo das consultas de aconselhamento genético.

*O rastreio ainda é outro caso complicado [...]. Porque eles arranjaram um protocolo que se tem de lá ir 50 vezes. Demora meses e convenhamos saber que se tem esta doença não é nada doutro mundo. Faz-se uma análise, uma! E sabe-se se tem ou se não tem. Mas faz-se uma consulta e depois é que se vai tirar o sangue e depois é que se vai saber o resultado e depois... devia-se ir lá tirar o sangue e depois passado um ou dois ou três meses ia-se lá saber o resultado ponto final.* Informante 1, 43 anos, transplante de fígado.

*E ele [filho], prontos, foi à consulta a primeira vez, falou com um médico. Chegamos lá fizemos, ele fez uma colheita de sangue e falou com um médico. Depois foi a mais duas consultas, a uma psicóloga. [...] Foi a duas consultas, à terceira consulta... não foi na segunda consulta, porque ele tirou sangue duas vezes, tornou a tirar sangue para fazer a contra-análise. Pronto, depois no dia que... na terceira consulta foi que ele soube o resultado. Teve outra consulta com a psicóloga e teve o resultado, mas a psicóloga antes de lhe dar o resultado primeiro conversou com ele, se achava que ele estava preparado para receber o resultado.* Informante 4, 42 anos, transplante de fígado.

Este aspeto de aparente menorização da importância do aconselhamento genético ocorre, pois existe a ideia das pessoas portadoras ou nas pessoas em risco de que esta doença, a PAF é uma herança familiar, pelo que o teste só serve para confirmar o que elas à partida já conhecem, o seu estatuto de portador da doença.

*Mas eu disse sempre à minha médica que não era preciso pedir o resultado, pois toda a*

*gente da minha família tinha a doença eu também ia ter. Ainda disse à médica: a senhora acha? Se a minha mãe teve, a minha tia tinha, o irmão da minha mãe tinha e morreu cedo. Eu não acreditava que alguém pudesse ser saudável na minha família...*

Informante 2, 46 anos, transplante de fígado.

*Eu sempre tive ideia que eu ia ter como a minha mãe tinha por isso quando soube foi uma confirmação.* Informante 12, 34 anos, portadora assintomática.

No entanto, essa herança familiar é vista como algo que marca negativamente a família, devido ao sofrimento e às perdas para quem padece PAF.

*Eu vivo o dia-a-dia... às vezes digo para mim própria porquê eu? Porque me escolheu a mim para ter este problema de saúde. Porque escolheu a minha família, não é? Penso como seria a nossa vida com a família toda, porque nós estávamos tão bem.* Informante 14, 39 anos, transplante de fígado.

Quando a história familiar de doença é desconhecida do portador é mais difícil aceitar a identidade genética que se carrega.

*O meu pai morreu muito cedo... eu ainda tenho mãe, não é? E o meu pai morreu no São João e ninguém nos disse o que ele tinha. Deduzo que uma vez que a minha mãe está viva e sem sintomas que fosse o meu pai o portador, mas essas informações foram-me dadas depois no Porto, que o normal era ter sido do pai.* Informante 9, 46 anos, transplante de fígado e rim.  
*Nós não tínhamos conhecimento sobre o que quer que seja sobre essa doença porque à priori quem transmitiu essa doença à minha mãe foi o meu avô e quando ele faleceu a minha mãe, na altura, tinha 14 anos. Nessa altura não havia conhecimento sobre o que quer*

*que seja.* Informante 30, 35 anos, Tafamidis.

Os motivos que conduzem as pessoas à realização do teste pré-sintomático são diversos, mas, no seu discurso dos informantes alegam sentirem a necessidade de saber o resultado para puderem tomar decisões quanto ao futuro, nomeadamente, sobre a constituição de família, um possível casamento ou a escolha de uma profissão. Este discurso foi agrupado num código denominada de quero saber.

*[...]Fui saber o resultado na altura para decidir começar a trabalhar e ter tempo de descontos para a altura da reforma, mas soube o resultado e isso não foi importante e decidi andar para a frente com os meus estudos.* Informante 23, 36 anos, transplante de fígado.

*Eu fui conhecedor da doença da minha mãe, mas todos os meus irmãos foram, puderam fazer o exame e eu fui o único que não porque ainda não tinha os dezoito anos e então decidi que mal fizesse os dezoito queria fazer porque queria organizar a minha vida. Decidi fazer logo [...].* Informante 30, 35 anos, Tafamidis.

Um dos informantes referiu-nos que, aos 18 anos, pensava realizar o teste pré-sintomático quando pretendesse casar e ter filhos, alegando que esse conhecimento prévio e precoce, no seu entendimento, teria um impacte grande na sua vida quotidiana, no entanto, o início de sintomas precipitou a sua decisão.

*Antes, eu nunca quis saber. Sabia que a minha mãe tinha, os meus familiares tiveram e que eu poderia vir a ter, só que sempre me disseram que só podia ir para a lista de transplantada se um dia tiveres um sintoma e então, eu não morria da doença, morria da cisma. Então eu optei por não, se um dia eu arranjasse alguém e tivesse intenções de casar e ter filhos eu faria. E foi*

*sempre o meu pensamento. A partir do momento e até aquela data [início dos sintomas] eu não tive intenções disso eu não quis fazer o teste.* Informante 14, 39 anos, transplante de fígado.

Embora a adesão ao teste genético pré-sintomático seja voluntária, e numa categoria anterior verificásemos que, muitos dos informantes discordam do procedimento de consultas de aconselhamento genético, um dos códigos que acompanha o seu discurso é, *estar preparado para saber*. Verificamos que, embora, em alguns casos o resultado positivo confirme a suspeita, intimamente existe a esperança de um resultado diferente do que obtiveram no teste, como se verifica nos excertos apresentados.

*Porque foi mesmo na Santa Casa, estavam sempre a dizer para eu ir fazer o teste. Porque já tinha vinte e oito anos e já tinha os dois filhos e elas disseram-me sempre vai fazer... vai fazer... Não é porque eu quisesse fazer, porque eu já não me importava. Acho que já estamos tão habituadas nisto que já não queremos saber.* Informante 5, 32 anos, Tafamidis.

No discurso dos informantes, verifica-se que, em algumas situações os sintomas já se encontravam presentes antes da realização do teste. De acordo, com a norma 013/2017 sobre a abordagem diagnóstica e critérios de referência da Paramiloidose no adulto<sup>(23)</sup> quando a pessoa apresenta sintomas, o diagnóstico de PAF não pode ser adiado pela espera na realização do teste genético pré-sintomático.

*Já tinha sintomas e depois fiz o teste. Lá, no Canadá, o doutor que cuidava do meu pai fazia-nos testes, mas há trinta anos lá fora ninguém sabia que era do fígado. Que era o fígado que produzia a amiloide. Não fiz o teste genético, eu fiz o teste de biópsia do nervo daqui do calcanhar e deu a amiloide. Foi assim que soube que*

*tinha a doença.* Informante 15, 49 anos, transplante de fígado. *Porque eu antes de fazer os testes já sabia que tinha a doença e tudo. Eu já tinha sintomas... Eu foi, em antes de fazer os testes, que tive sintomas. Eu estive sempre a evitar porque eu tinha medo de agulhas e tinha medo de ser picado. Só fiz o teste depois da minha irmã fazer. Ela ao fazer acusou-lhe e prontos, já que ela faz eu vou fazer. Porque ela fez, senão eu nunca fazia.* Informante 26, 34 anos, tratamento de suporte por estágio avançado.

Relacionado com o código, herança familiar e com o código estar preparado para saber surge um outro código *a pessoa já vai meia a contar*. Este código distingue-se dos anteriores porque agrupa o discurso dos informantes que, apesar de, na altura da realização do teste ainda não terem sintomas, têm a convicção do resultado positivo ainda antes de o receberem.

*Quando recebi o resultado não pensei em nada, juro. Eu já estava convencida que não havia pessoas da minha família que poderiam não ser doentes, eu só conheci pessoas doentes. Só os da minha idade é que tinham saúde. Eu sempre achei que toda a gente ia ser doente não alterou nada.* Informante 2, 46 anos, transplante de fígado. *É assim... saber... é aquela sensação, prontos... de dizer que até parece que se fica sem ar, mas não chorei, não gritei, prontos... fiquei assim naquela, acho que a gente até já vai meia a contar. Vamos... porque muita gente olhava para mim e dizia que eu não ia ter [...]. Para algumas pessoas deve fazer sentido, mas para nós não porque nós já estávamos a contar com isso, já não nos metia medo.* Informante 5, 32 anos, Tafamidis.

Por outro lado, outros informantes entendem o teste pré-sintomático e a genética como um jogo de pro-

habilidades, valorizando a incerteza do resultado, e neste sentido, o discurso produzido pelos informantes foi codificado como *sei lá o que nos pode sair na rifa*. Este código, mostra a consciencialização do risco de transmissão da mutação para os filhos em alguns dos informantes como se pode verificar nos excertos transcritos, relacionando-se com o código estar preparado para saber.

*A minha filha foi fazer cedo o teste e foi negativo. Mas se fosse positivo matava-me mais a mim do que a ela. Enquanto que para mim, quando soube que tinha a doença não me importei. Mas quando ela vinha com essa conversa matava-me. Sei lá o que nos podia sair na rifa...* Informante 2, 46 anos, transplante de fígado.

A condição de ser portador de uma doença neurodegenerativa hereditária desencadeia na pessoa um processo de adaptação à nova condição de saúde, bem como a antecipação do que pode ocorrer no futuro. A percepção do risco genético desperta sentimentos antecipatórios<sup>(24)</sup> como verificamos na categoria anterior, no entanto, esses sentimentos e a vivência desta transição é influenciada pelas condições pessoais de cada pessoa afetada pela PAF. Estruturam esta categoria 7 códigos: há os que escondem; há os que aceitam; algo de que não se fala; expectativa com a resposta dos outros ao diagnóstico; estrutura familiar matriarcal; suporte familiar; e, percepção do estigma.

Para os informantes que participaram no nosso estudo existem duas formas de adaptação à doença: há os que escondem e há os que aceitam. As pessoas que escondem a doença, tentam que a sua condição de portador não seja conhecida da restante comunidade, uma vez que elas, na opinião dos informantes não aceitam a sua condição de saúde. Essa não aceitação do estado de saúde pode conduzir a uma demora na procura de ajuda especiali-

zada e de intervenção terapêutica, o que acarreta que as manifestações da PAF vão evoluindo e tornando a condição de saúde evidente aos outros, descobrindo o que se pretendia encobrir.

*A minha tia, a primeira que me faleceu, chegou a ir a Espanha fazer um transplante de vesícula ou tirar a vesícula porque ela achava que não tinha a doença, não podia ter, aquilo era outra doença qualquer. Como em Portugal não a operavam ela foi a Espanha operar-se. Gastou fortunas em tratamentos inglórios, nunca aceitou a doença.* Informante 1, 43 anos, transplante de fígado

*Ainda há muita gente que esconde. Mas do que vale esconder o que se tem de mostrar um dia.* Informante 18, 42 anos, transplante de fígado.

Notamos que, no discurso dos nossos informantes, esta condição de tentar esconder a doença ou o estado de saúde relaciona-se com o modo como os outros enfrentam a sua condição de portadores da doença de Andrade, sendo que na sua maioria, os nossos informantes referem aceitar a doença, tal como é ilustrado nos excertos do código há os que aceitam.

*Eu aponto o dedo a quem não assume, nós é que temos a culpa. Nós é que temos de passar a mensagem que somos normais, não somos coitadinhos. Eu se calhar falo de contente, noto apenas num dos pés uma pequena anomalia. Eu se calhar falo de boca cheia. Nós nascemos com isto e não pedimos para vir ao mundo.* Informante 29, 44 anos, transplante de fígado.

A gestão da incerteza na doença é mediada pelo conhecimento prévio que se tem acerca de determinada condição de saúde (25–27). No caso de uma doença como a PAF, hereditária, dominante, e que por isso afeta várias pessoas e gerações da

mesma família, o conhecimento prévio sobre a condição de risco é fundamental para a aceitação do estado de saúde. No entanto, num dos relatos podemos verificar, que apesar do desconhecimento acerca da história familiar a aceitação da nova condição ocorreu.

*Não, nunca fiz teste nenhum pois não sabia que a doença existia na minha família, nunca fiz nada [...]. Ao primeiro impacto custa, fui muito abaixo quando soube da doença. Ao início custa, mas tem de se levar a vida para a frente, por isso é que agora só peço o dia-a-dia e sei que tenho uns dias bons e outros dias maus...* Informante 9, 46 anos, transplante de fígado e rim.

Porém, mesmo aceitando a doença, verificamos que existem diferentes posições sobre a divulgação da condição de saúde quer à família, quer na comunidade, assim o discurso dos informantes sobre a dificuldade/facilidade em falar acerca da condição de saúde foi codificado com a designação de algo de que não se fala. E verifica-se pelos excertos que antigamente, mesmo nas famílias afetadas pela PAF não se falava acerca da doença.

*A minha mãe, a minha falecida mãe não nos dizia nada porque ela casou muito tarde, não é? Casou tarde e teve filhos tarde e nós éramos pequeninos quando ela. Então ela desabafava com pessoas amigas ou com vizinhos e nós não nos dizia nada, só mais tarde é que nós soubemos...* Informante 8, 50 anos, transplante de fígado.

Embora os excertos que se referem às vivências na atualidade com a PAF, nos mostrarem que existe maior à vontade das pessoas para falarem acerca dela, verificamos que a exposição acerca da condição e as conversas acerca da doença, se remetem ao ciclo familiar e íntimo.

*Só eu e o outro meu irmão que também é transplantado é que falamos, quando nos encontra-*

*mos ou pelo telefone e falamos disto e daquilo tão naturalmente. E um outro irmão que também fala, que é mais próximo, mas que não tem a doença... [...]* Eu já falo sempre. Se me perguntarem eu falo. Informante 3, 38 anos, transplante de fígado.

No entanto existem ainda pessoas que não falam mesmo no ciclo familiar, como podemos observar pelo seguinte excerto:

*Nós nem nos achamos doentes! A gente sente-se tão bem que nem... Nós raramente mesmo, falamos sobre a doença aqui em casa, nem com a minha mãe nem nada. Mesmo a minha mãe ela ainda tem os sintomas que tem, não fala assim da doença.* Informante 6, 20 anos, portadora assintomática.

*Ainda há pais que não dizem aos filhos que têm a doença.* Informante 15, 49 anos, transplante de fígado.

Outro código que constitui esta categoria foi denominado de expectativa com a resposta dos outros ao diagnóstico. Este código está relacionado com a antecipação que os informantes fazem ou fizeram sobre a resposta dos familiares, amigos e outros significativos ao diagnóstico de PAF.

*Chorei tipo, as lágrimas escorreram-me, mas sem um som. Só escorriam... e na altura namorava não sabia como dizer. Nunca tinha falado com ele do assunto, custou-me... custou-me.* Informante 14, 39 anos, transplante de fígado.

Uma das particularidades da estrutura familiar nas Caxinas é que esta é centrada num pilar, a mãe, isto é, uma *estrutura familiar matriarcal*. De acordo com os informantes, e em linha de concordância com as testemunhas privilegiadas, se o pai é a pessoa doente, a mãe assume os cuidados e a educação dos filhos, no entanto, se é a mãe a pessoa com PAF, a família tem mais dificuldades em lidar com a doença, como pode-



mos ver no seguinte excerto:

*A minha mãe começou a ficar afetada pela doença e o meu pai começou a beber. [...] Eu agora acho que ele teve dificuldade em aceitar a doença da minha mãe. Agora penso na minha mãe e acho que o meu pai foi uma pessoa tipo, aquele convívio do bacalhau, das pessoas quando chegavam, iam aqueles casais todos comer fora e não sei quê... O meu pai perdeu isso... E eu acho que o meu pai que não aceitou bem... Desviar-se dos amigos porque a minha mãe não podia acompanhá-lo para lado nenhum.* Informante 2, 46 anos, transplante de fígado.

De um modo geral, os informantes relatam a sua experiência de perder a mãe com PAF, mais do que perder o pai e esses relatos são associados a memórias negativas da sua infância ou à assunção do papel de cuidadores familiares ainda na adolescência.

*A mim aconteceu-me que tive de sair da escola depois da minha mãe morrer. Para cuidar do meu pai e do meu irmão. O meu pai cozinhava, mas tinha de limpar e arrumar a casa. O meu irmão só tinha nove anos, não fazia nada... E eu vi que tinha de ajudar, ainda fui para a escola, mas era muita coisa. Eu ainda era uma criança...* Informante 12, 34 anos, portadora assintomática.

Verificamos que, tal como encontrado num outro estudo, o conhecimento e o contacto com a doença vão sendo adquiridos desde a infância e durante a adolescência através da vivência da doença dos familiares<sup>(28)</sup>. Os dados recolhidos neste estudo reforçam o facto de que a representação pessoal da doença genética é construída em silêncio no seio destas famílias<sup>(28)</sup>.

Percebemos que apesar das dificuldades que a PAF acarreta para a família, ela é entendida como o apoio para as pessoas afetadas assumindo o papel de cuidadores quando au-

menta o nível de dependência, mas também assumindo um papel mais alargado de suporte familiar.

*Porque acho que a gente sem filhos... porque olha o meu tio era solteiro e não tinha filhos, se não fossemos nós quem é que ia cuidar dele? Ele não tinha quem cuidasse dele, não é? E agora a minha mãe tem os filhos, precisa disto e daquilo e nós vamos sempre. Tem os filhos e se a gente não tivesse?* Informante 5, 32 anos, Tafamidis.

A minha família é o meu apoio. Na família materna que acaba por ser a minha fonte de informação e tenho a sorte de ter o meu irmão e a esposa. São a minha fonte de informação e ao mesmo tempo tenho uma família que me apoia em tudo o que preciso. Informante 23, 36 anos, transplante de fígado.

Os estudos realizados neste âmbito demonstram a existência de uma relação entre a dinâmica da família e a doença no caso das famílias com PAF, com a existência de laços de fidelidade e coesão forte entre os seus membros, talvez como resultado do isolamento social, ou porque as exigências da prestação de cuidados à pessoa doente são revertidas numa conexão interna mais forte<sup>(29,30)</sup>. Verificamos pelos relatos dos nossos informantes que esta condição se mantém volvidos 10 anos e apesar da evolução nos tratamentos e na esperança de vida das pessoas com PAF. Entendemos que a qualidade de vida e as questões psicossociais associadas a uma doença hereditária neurodegenerativa podem afetar negativamente a adesão ao tratamento, nomeadamente ao regime terapêutico complexo após o transplante de fígado, ao Tafamidis, ou ao tratamento de sintomas e este aspeto tem uma influência clara no curso da doença<sup>(31)</sup>.

Sabe-se que os baixos níveis de compreensão sobre uma doença, como a PAF na comunidade, contribuem para a perpetuação do

estigma e da discriminação, que se estende aos cuidadores familiares (7,32). O estigma constitui-se como uma condição pessoal que se apresenta como dificultadora da transição saúde/doença para as pessoas com PAF, assim designamos este código de perceção do estigma. Este código compila uma grande quantidade do discurso dos informantes produzido durante as entrevistas e também esteve presente no discurso das testemunhas privilegiadas.

*Namorava há uma semana, mas a mãe soube que ele era meu namorado e ele, antes, que ele falasse eu terminei logo, mas vinha com a história que a mãe soube... E depois, pronto como soube que eu era a filha de fulana... Eu percebi logo a história e então acabou tudo ali, mas eu passei por isso.* Informante 12, 34 anos, portadora assintomática.

Esta perceção do estigma está associada com o primeiro código que se encontra integrado na categoria *condições da comunidade*, e que se denominou de *doença tabu*. Esta associação ocorre, uma vez que, entendemos que o estigma é sentido pela pessoa como uma desonra ou vergonha e esta perceção é perpetuada pela falta de esclarecimento acerca da doença nesta comunidade (33). No entanto, também se verifica que, na comunidade, está é uma doença incómoda de que não se pretende falar.

*As pessoas que vivem aqui sabem o que é a doença dos pezinhos pelo que ouvem falar e ainda há muitos que leigos não sabem o que é.* Informante 1, 43 anos, transplante de fígado.

No entanto, o desconhecimento sobre a doença não ocorre apenas nas pessoas leigas que vivem na comunidade de Vila do Conde e da Póvoa de Varzim, na perspetiva dos informantes, este desconhecimento, também existe numa resposta de saúde comunitária, nos cuidados de saúde primários.

*O médico de família não sabe destas coisas. Ele é que me perguntou a mim, não será que isso dos enjoos, não será da sua doença? E eu disse não sei... é que eu não estou a lembrar-me de mais nada...* Informante 12, 34 anos, portadora assintomática.

Nota-se que os informantes apenas recorrem aos cuidados de saúde primários no sentido de obterem receituário medicamentoso junto do médico de família ou tratamento de feridas junto dos enfermeiros de família. Desta forma, parece-nos que não existe uma valorização dos cuidados de enfermagem que poderiam estar acessíveis nesta valência de cuidados no âmbito da gestão dos processos corporais ou na capacitação para o autocuidado, entre outros.

*Eu se me queimar com qualquer coisa, normalmente, vou às enfermeiras porque elas ajudam-me.* Informante 25, 53 anos, transplante de fígado.

A existência e a ligação das pessoas com PAF ao CEAP da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim constituem-se como outro um código. Embora este centro esteja encerrado na valência de internamento desde 2012, ainda é visto pelos informantes como um recurso na comunidade no âmbito dos cuidados de saúde e cuidados sociais às pessoas com PAF.

*Eu quando estou mal recorro à Santa Casa da Póvoa. Se eu não tivesse lá esse apoio eu acho que não tínhamos apoio nenhum aqui. Se nós não tivéssemos esse conhecimento ou o médico que lá está agora, fosse daqueles que quando lhe dissessem que era para parar ele tivesse parado nós cá não tínhamos apoio nenhum.* Informante 23, 36 anos, transplante de fígado.

O CEAP também foi, enquanto manteve a sua valência de internamento, um apoio para as pessoas com PAF e para as suas famílias no

apoio à reabilitação e reconstrução da autonomia após o transplante de fígado. Com a redução do número de pessoas transplantadas, com o transplante de fígado a ser realizado em pessoas com menor evolução da doença e com a criação da rede nacional de cuidados continuados, este centro especializado no cuidado à pessoa com PAF, no entendimento dos decisores deixou de fazer sentido.

*Não, eu não vim para casa [após o transplante]. Não tinha... fiquei lá do dia oito ao dia vinte e nove e depois é que os médicos me mandaram para a Santa Casa diretamente. Para casa não podia ir porque não tinha ninguém. Então falaram com a Segurança Social e a médica falou-me e eu fui diretamente para o Centro de Estudos da Paramiloidose que na altura estava aberto e depois eles é que nos mandaram para outros lados.* Informante 8, 50 anos, transplante de fígado.

A Associação Portuguesa de Paramiloidose surge como código na categoria das condições da comunidade, uma vez que se constitui como um recurso para a pessoa com PAF e para a sua família. Com sede nas Caxinas, entre a Póvoa de Varzim e Vila do Conde, esta associação fundada em 1978 pelo Dr. Corino de Andrade com o apoio de pessoas com PAF, famílias de doentes e outros profissionais de saúde mantém a sua atividade até aos nossos dias. Alguns informantes recorrem à APP para obterem informação como podemos ver no seguinte excerto:

*Eu ouvia falar desta doença, mas não conhecia nada, estava mesmo cego. Depois eu entrei em contacto com a Associação, com o núcleo e foi quando comecei a conhecer mais...* Informante 9, 46 anos, transplante de fígado e rim.

Também é referido por outros informantes o apoio que a APP no âmbito

dos produtos de apoio, como cadeiras de rodas, ou em parceria com o Banco Alimentar contra a Fome, sob a forma de cabazes alimentares.

*Sim, dá-nos um apoio alimentar mensal e no Natal faz uma festinha para todos.* Informante 4, 42 anos, transplante de fígado.

Alguns dos informantes colaboram com a associação, uma vez que são sócios, mas também existem outros que colaboram pontualmente. Sentir a pertença ao grupo e perceber que através dessa pertença podem ajudar o outro é uma das razões evocadas para apoiar a APP.

*Para mim é importante fazer parte da Associação. Para já gosto de ajudar o outro. Sempre foi... quem me conhece sabe que eu sou assim. E também porque no início tinha muita vergonha de ter esta doença. E aqui na Associação estou no meio deles e sou outro igual a eles. Aí não tenho nenhum problema. Agora também não preciso de ir a lado nenhum, pois na Associação temos muita informação.* Informante 15, 49 anos, transplante de fígado.

No entanto, para outros informantes, a APP não é entendida como um recurso na comunidade. Estes informantes apresentam uma posição crítica sobre as atividades da associação e relatam um afastamento dela relativamente às suas necessidades.

*Já algumas vezes consultei o site da PAF, mas nunca fiz nenhum comentário. Não existe nenhuma porta aberta para que eu chegue, me sinta à vontade e diga, eu estou aqui e estou disponível para ajudar no que precisem. Mas eu ajudo como? Contribuo para a PAF como? E eu também o faria mais se a associação tivesse a porta aberta e convidassem as pessoas a irem. Mas tirando a Santa Casa e a Associação não existe mais nenhum apoio na comunidade.* Informante 3, 38 anos, trans-

plante de fígado.

Para além destes apoios na comunidade, em Vila do Conde e em especial para os seus habitantes acometidos de PAF a Câmara Municipal de Vila do Conde, disponibiliza transporte gratuito para a deslocação a consultas a Lisboa e a Coimbra para as pessoas submetidas a transplante. Este apoio social não existe para quem vive na Póvoa de Varzim.

*Por exemplo a minha prima tem transporte. Porque o próprio presidente da Câmara da Vila deu-lhes transporte para os doentes, mas nós aqui na Póvoa não temos. E na Vila não dá aos da Póvoa...* Informante 5, 32 anos, Tafamidis.

Neste tema (*Con*)viver com a incerteza relacionada com a doença neurodegenerativa hereditária apresentamos como última categoria condições da sociedade. Esta categoria agrega o discurso produzido pelos informantes sobre os apoios sociais e de saúde que existem de âmbito nacional e que ultrapassam as fronteiras da sua comunidade. Assim foram designados dois códigos, apoios do estado e centros de referência para definir as condições da sociedade que influenciam a transição das pessoas com PAF. Relativamente aos apoios do estado existe a perceção da diminuição dos apoios relativamente à comparticipação de cremes e outros produtos que anteriormente estes doentes tinham direito.

*Por exemplo eles andam a cortar muita coisa na medicação, eles cortaram muita coisa, na questão dos cremes, na questão das vitaminas... dantes a gente tomava o Centrum. Deixaram de participar isso... Mas tirando...* Informante 4, 42 anos, transplante de fígado

O outro código que emergiu nesta categoria é centros de referência. De acordo com o site do SNS ("Centros de Referência – SNS," 2017) um centro de referência "é qualquer serviço, departamento ou unidade de saúde,

reconhecido como o expoente mais elevado de competências na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência, devido à baixa prevalência da doença, à complexidade no seu diagnóstico ou tratamento e/ou aos custos elevados da mesma, sendo capaz de conduzir formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas". Assim e no mesmo sítio eletrónico verificamos que as pessoas com PAF reúnem condições para serem acompanhadas em pelo menos dois tipos de centros de referência, os que são referência para a Paramiloidose Familiar e os que são referência para o Transplante Hepático. De acordo com a norma 013/2017 sobre a abordagem diagnóstica e critérios de referenciação da Paramiloidose no adulto (23), a responsabilidade de acompanhamento dos descendentes e das pessoas com PAF é destes centros de referência. E isso também é verificado no discurso produzido pelos informantes onde aparece salientada a importância destes centros como recurso informacional e terapêutico.

*Outro sítio que funciona bem é a consulta de apoio no Porto à paramiloidose. Se tenho alguma dúvida pergunto à pessoa que está no atendimento e é cinco estrelas...* Informante 3, 38 anos, transplante de fígado.

Pela minha doença recorro ao Santo António, se sentir alguma coisa diferente... está tudo nas mãos dela, da minha médica do Porto. E é ótimo, porque se precisar de alguma coisa liga-se para o Santo António e pede-se para falar com a médica se houver alguma coisa que aconteça. Informante 5, 32 anos, Tafamidis. Da análise do discurso produzido pelos participantes e que constitui o tema (*Con*)viver com a incerteza relacionada com a doença neurodegenerativa hereditária, verificamos

que os centros de referência surgem como autoridades credíveis em quem as pessoas com PAF confiam no sentido de as ajudarem a lidar com a incerteza da doença. É nestes centros que se encontra o desenvolvimento de investigação sobre as novas terapêuticas e onde se concentram os peritos das diferentes áreas de especialização clínica que acompanham as pessoas e as famílias com PAF.

O encerramento do CEAP que era assumido pelos seus utilizadores como uma extensão na comunidade destes centros de referência constituiu-se como um ponto crítico no modo como as pessoas com PAF sentem o apoio na comunidade. Como já salientamos na análise dos dados recolhidos junto das testemunhas privilegiadas, os cuidados de saúde primários não são assumidos como uma referência para a satisfação dos cuidados de saúde que necessitam. No âmbito das condições pessoais que influenciam a gestão da incerteza com a doença verificamos que, para as pessoas com PAF, o suporte familiar assume uma grande importância. Esse suporte pode ser alterado caso seja a mãe a portadora de PAF, uma vez que, nesta comunidade o pilar e suporte de toda a família é a mãe. O suporte social, nomeadamente em situações onde a doença é conotada como estigmatizante, assume um relevo fundamental<sup>(34,35)</sup>.

## CONCLUSÕES

Os resultados obtidos com as pessoas que vivem com PAF são concordantes com os resultados de outros estudos que afirmam que a incerteza influencia quer a pessoa portadora da condição crónica, quer a família. Desta forma, é importante que os enfermeiros, na comunidade promovam estratégias que incrementem o suporte social e familiar e se assumam como autoridades credíveis nos cuidados à pessoa que vive com a doença de Andrade, >

tornando-se facilitadores do seu crescimento pessoal. A avaliação da incerteza na doença como uma ameaça induz-nos a pensar em fatores que não sejam promotores do crescimento pessoal e da homeostasia para a pessoa com PAF.

A experiência subjetiva de viver com PAF na comunidade passa pela oscilação entre três estados, a incerteza, a ameaça e a oportunidade. Assim, o enfermeiro que trabalha na comunidade deve desenvolver a sua capacidade de juízo diagnóstico, identificando os pontos críticos que alteram o curso da transição e podem fazer aumentar a ameaça ao equilíbrio e crescimento pessoal. Apontamos como pontos críticos

que alteram o curso de vida e as condições de saúde da pessoa em risco, o conhecimento sobre a sua condição de portador, pois embora exista um protocolo de aconselhamento genético do IBMC, percebemos ao longo deste estudo que as pessoas o consideram pesado e desnecessário, não o valorizando, e os estudos mostram que a longo prazo estas consultas são abandonadas pelos utilizadores (36,37). A motivação para a realização destes testes como verificamos é diferente entre os indivíduos. Pode ser orientada para questões relacionadas com a ideia de controlo e planeamento sobre o futuro, como ter filhos ou tomar decisões sobre a vida profis-

sional. Ou, pode ser orientada para questões relacionadas com a sua relação com os outros, nomeadamente pelas preocupações e pressões externas dos familiares para a realização do teste. Sabendo que a gestão da incerteza e a transição após conhecimento do resultado do teste genético pré-sintomático, que se constitui como um ponto crítico é mediada pelas condições pessoais, pelas condições da comunidade e pelas condições da sociedade, o enfermeiro deve implementar intervenções redutoras da avaliação da incerteza como uma ameaça e promotoras da aceitação do estado de saúde, por exemplo centradas na gestão das emoções. ▴



## Referências

- Ando Y, Coelho T, Berk JL, Cruz MW, Ericzon B-G, Ikeda S, et al. Guideline of transthyretin-related hereditary amyloidosis for clinicians. *Orphanet J Rare Dis* [Internet]. 2013 Jan [cited 2014 Mar 30];8:31. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3584981&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Sousa MM, Cardoso I, Fernandes R, Guimarães A, Saraiva MJM. Deposition of Transthyretin in early stages of Familial Amyloidotic Polyneuropathy. Evidence for Toxicity of Nonfibrillar Aggregates. *Am J Pathol*. 2001;159(6):1993-2000.
- Said G. Familial amyloid polyneuropathy: mechanisms leading to nerve degeneration. *Amyloid Int J Exp Clin Investig Off J Int Soc Amyloidosis*. 2003 Aug;10 Suppl 1:7-12.
- Tasaki M, Ueda M, Obayashi K, Koike H, Kitagawa K, Ogi Y, et al. Effect of age and sex differences on wild-type transthyretin amyloid formation in familial amyloidotic polyneuropathy: a proteomic approach. *Int J Cardiol*. 2013;170(1):69-74.
- Wixner J, Mundayat R, Karayal ON, Anan I, Karling P, Suhr OB. THAOS: gastrointestinal manifestations of transthyretin amyloidosis - common complications of a rare disease. *Orphanet J Rare Dis* [Internet]. 2014 Jan [cited 2014 Aug 31];9:61. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4005902&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Holmgren G, Hellman U, Lundgren H-EE, Sandgren O, Suhr OB. Impact of homozygosity for an amyloidogenic transthyretin mutation on phenotype and long term outcome. *J Med Genet* [Internet]. 2005 Dec [cited 2014 Mar 31];42(12):953-6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1735971&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Novais SA de L, Mendes FRP. Representation of illness in Familial Amyloidotic Polyneuropathy Portuguese Association newspaper: A documental study. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2016 Mar;18(1):85-90. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nhs.12240/full>
- Jonsén E, Athlin E, Suhr OB. Familial amyloidotic patients' experience of the disease and of liver transplantation. *J Adv Nurs* [Internet]. 1998 Jan;27(1):52-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9515608>
- Mendes FRP. *Futuros Antecipados. Para uma sociologia do risco genético*. Porto: Edições Afrontamento; 2007.
- Graceffa A, Russo M, Vita GL, Toscano A, Dattola R, Messina C, et al. Psychosocial impact of presymptomatic genetic testing for transthyretin amyloidotic polyneuropathy. *Neuromuscul Disord* [Internet]. 2009 Jan [cited 2014 Apr 18];19(1):44-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19084401>
- Lêdo S, Leite Â, Sequeiros J. Anxiety and pre-symptomatic testing for neurodegenerative disorders. *Open J Genet* [Internet]. 2013 [cited 2017 May 14];3:14-26. Available from: <http://dx.doi.org/10.4236/ojgen.2013.32A3003>
- Leite Â, Paúl C, Sequeiros J. O bem-estar psicológico em indivíduos de risco para doenças neurológicas hereditárias de aparecimento tardio e controlos. *Psicol Saúde Doenças*. 2002;3:113-8.
- Pinto SML da S. O primeiro dia do resto das suas vidas: alguns aspectos psicológicos da paramiloidose. Vol. *Mestrado, Psicologia*. [Lisboa]: Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2002.
- Lêdo S, Paneque M, Rocha J, Leite Â, Sequeiros J. Predictive testing for two neurodegenerative disorders ( FAP and HD ): A psychological point of view. *Open J Genet*. 2013;3:270-9.

15. Inês M, Coelho T, Conceição I, Duarte-Ramos F, De Carvalho M, Costa J. Epidemiology of transthyretin familial amyloid polyneuropathy in Portugal. *Orphanet J Rare Dis*. 2015;10:P21.
16. Polit D, Beck C. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 7a. Porto Alegre: Artmed; 2011.
17. Spradley J. *The Ethnographic Interview*. Forth Worth; Chicago; San Francisco; Philadelphia; Montreal; Toronto; London; Sydney; Tokyo: Holt, Rinehart and Winston, Inc; 1979.
18. Milles M, Huberman A, Saldaña J. *Qualitative Data Analysis: a methods sourcebook*. 3rd ed. Los Angeles; London; New Delhi; Singapore; Washington DC: Sage; 2014.
19. Saldaña J. *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. 3th ed. London/Thousand Oaks/New Delhi/Singapore: Sage Publications; 2016.
20. Morse J. Designing funded qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of Qualitative Inquiry*. Thousand Oaks; London; New Delhi: Sage Publications; 1994. p. 220-35.
21. Martinho MJCM, Martins MMFPDS, Angelo M. Escala de conflito em tomadas de decisão em saúde: instrumento adaptado e validado para língua portuguesa. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2013 Jun [cited 2014 Apr 18];47(3):576-83. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000300576&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000300576&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
22. Coutinho P, Silva AM da, Lima J, Barbosa A. Forty years of experience with type 1 amyloid neuropathy: review of 483 cases. In: Glenner G, Costa PP, Freitas A, editors. *Amyloid and Amyloidosis*. Amsterdam: Excerpta Medica; 1980. p. 88-98.
23. Direção Geral da Saúde. Norma 013/2013 Abordagem Diagnóstica e Critérios de Referenciação da Paramiloidose no Adulto [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2017. Available from: [www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/.../norma-n-0132017-de-13072017-pdf.aspx](http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/.../norma-n-0132017-de-13072017-pdf.aspx)
24. Loewenstein GF, Weber EU, Hsee CK, Welch N. Risk as feelings. *Psychol Bull* [Internet]. 2001;127(2):267-86. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.127.2.267>
25. Mishel MH. Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory. *Image J Nurs Scholarsh* [Internet]. 1990 Dec;22(4):256-62. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1547-5069.1990.tb00225.x>
26. Mishel MH. What do We Know about Uncertainty in Illness? *日本看護研究学会雑誌* [Internet]. 2006 [cited 2017 Jun 25];29(1):19-26. Available from: [http://www.jsnr.jp/meeting/docs/31\\_02.pdf](http://www.jsnr.jp/meeting/docs/31_02.pdf)
27. Mishel MH. Theories of Uncertainty in Illness. In: Smith MJ, Lier PR, editors. *Middle Range Theory for Nursing*. 3th ed. New York: Springer Publishing Company; 2014. p. 53-86.
28. Martinho MJCM, Martins MMFPDS, Ângelo M. Vivências da doença genética na família. In: Uniesep, editor. *Saúde e qualidade de vida: uma meta a atingir*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2011. p. 173-8.
29. Paneque M. Impacto psicossocial de pruebas genéticas predictivas en enfermedades neurodegenerativas de inicio tardío. Universidade do Porto; 2008.
30. Martinho MJCM. Olhares cruzados sobre o processo de tomada de decisão em famílias com Polineuropatia Amiloídica Familiar. Universidade do Porto; 2013.
31. Gonçalves RFL. Investimento corporal do portador de polineuropatia amiloídica familiar. *Referência*. 2009;11 Série(11):47-60.
32. Oliveira CSR de, Mendes Á, Sousa L. Promoção da saúde em famílias com paramiloidose: papéis dos mais velhos junto dos mais novos. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 16];33(5):1-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n5/1678-4464-csp-33-05-e00185515.pdf>
33. Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2016.
34. Brashers DE, Hsieh E, Neidig JL, Reynolds NR. Managing Uncertainty About Illness: Health Care Providers as Credible Authorities. In: Dailey RM, Poire BA Le, editors. *Applied Interpersonal Communication Matters: Family, Health, and Community Relations*. New York: Peter Lang Publishing; 2006. p. 219-40.
35. Mishel MH. Uncertainty in chronic illness. *Annu Rev Nurs Res* [Internet]. 1999;17:269-94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10418661>
36. Leite Â, Dinis MAP, Sequeiros J, Paúl C. Risk perception in subjects at-risk for Familial Amyloidotic Polyneuropathy. *Univ Psychol* [Internet]. 2017 Nov 14;16(3):1. Available from: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/13860>
37. Rolim L, Leite Â, Lêdo S, Paneque M, Sequeiros J, Fleming M. Psychological aspects of pre-symptomatic testing for Machado-Joseph disease and familial amyloid polyneuropathy type I. *Clin Genet*. 2006;69:297-305.



# AVALIAÇÃO DA DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO: ESTUDO EXPLORATÓRIO DO FENÓMENO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

Self-care dependency assessment: an exploratory study of the phenomenon in community

## SORAIA PEREIRA

Enfermeira Especialista, Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica. ACES Entre Douro e Vouga I - Feira/Arouca, Portugal

✉ [soraia.pereira@arsnorte.min-saude.pt](mailto:soraia.pereira@arsnorte.min-saude.pt)

## TERESA MARTINS

Professora Coordenadora, Doutora em Ciências de Enfermagem. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal

## PAULO MACHADO

Professor Coordenador, Doutor em Ciências de Enfermagem. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal

### Abstract

The assessment of the dependent person's self-care ability, through measurement instruments, and the assessment of the level and kind of dependency, may provide nurses a more assertive method for understand the nature of the problems that affect dependency and for establish an action plan tailored to the development of new practices centered on the dependent person, looking forward to promote autonomy.

Within this context, and in order to develop nursing practice in self-care dependency context, this paper serves the goal of the characterization of dependent people in self-care in a community context and the analysis of the different domains of self-care according to sociodemographic and clinical variables. It was used the non-probabilistic sampling method, of the accidental type and for data collection was used the reduced version of the Self-Care Dependency Assessment Form.

The results found show that women and the elderly are more dependent, and that the dependence settles mainly gradually. Regarding the level of dependence by self-care domain, the one that registered the highest level of dependence was self-care "taking medication", followed by "dressing and

undressing" and self-care "taking a bath". The "global level of dependence" has an average of 2.64 and a standard deviation of 0.83, which reveals high degrees of dependence on self-care.

With current demographic changes and consequent health needs and their implications for health policy preparation and planning, the measurement and evaluation of the dependent person and their caregiver is becoming increasingly essential, enabling a holistic and adjusted approach.

**KEYWORDS: SELF CARE; DEPENDENCY.**

### INTRODUÇÃO

A melhoria dos processos terapêuticos e das condições socioeconômicas das populações influenciaram os índices de mortalidade e de morbidade, a que se associa um acentuado aumento da esperança

média de vida mas, também, um exponencial aumento de pessoas idosas com doenças crônicas e consequentemente em situação de dependência<sup>1</sup>. A dependência surge, habitualmente, como resultado do declínio funcional da pessoa e pode ocorrer em qualquer altura do ciclo vital como consequência do aparecimento de patologias ou acidentes<sup>2,3,4</sup>. Dentro das causas que mais têm contribuído para o crescente número de pessoas dependentes incluem-se as patologias crônicas e de evolução prolongada, tais como as doenças e perturbações do aparelho respiratório, as neoplasias e as doenças do aparelho circulatório<sup>5</sup>. Também as políticas baseadas nas altas hospitalares precoces<sup>6,7</sup> e os feridos resultantes de acidentes rodoviários, apresentam-se como causadores de incapacidade e dependência<sup>8</sup>.

O autocuidado, de acordo com o International Council of Nurses (ICN) através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define-se como uma "*Atividade Executada pelo Próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária*"<sup>9</sup>. Para Orem, o autocuidado define-se como as atividades que a pessoa realiza por si mesma para manter a vida, saúde e bem-estar, prolongando-se ao conceito de cuidado dependente, quando a pessoa por si só não consegue satisfazer as suas necessidades e necessita que outra desempenhe as suas funções de autocuidado<sup>10</sup>.

De acordo com Sequeira<sup>4</sup> a avaliação precoce da dependência no autocuidado possibilita a prescrição de intervenções ajustadas às necessidades identificadas, promovendo assim uma melhoria significativa na prevenção da dependência e consequentemente uma maior satisfação. A avaliação da capacidade de autocuidado da pessoa, através de instrumentos de medida e a avalia-

ção do nível e tipo de dependência, permite aos enfermeiros um trabalho sistemático e de rigor metodológico na promoção e na avaliação da autonomia, bem como na avaliação dos ganhos em saúde, contribuindo para uma melhor visibilidade das terapêuticas de enfermagem, sendo objetivo do presente trabalho precisamente a compreensão deste fenómeno<sup>1,12,13</sup>.

## OBJETIVOS

Decorrente das alterações sociodemográficas que têm emergido - em que o envelhecimento e a cronicidade ganham destaque -, torna-se irrefutável a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a dependência no autocuidado, conceito central para a Enfermagem. Os profissionais de saúde possuem neste âmbito um papel preponderante, devendo ser capazes de produzir e desenvolver respostas e estratégias ajustadas que permitam uma abordagem holística da pessoa em situação de dependência. Fruto desta necessidade, conduziu-se um estudo com o objetivo de compreender o fenómeno da dependência, nomeadamente explorar as características sociodemográficas da amostra de pessoas dependentes em estudo, bem como, o nível e tipo de dependência e qual o comportamento dos diferentes domínios do autocuidado em função de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas.

## MÉTODOS

O presente estudo enquadra-se num paradigma quantitativo, de colheita sistemática e transversal de dados - com recolha de dados num único momento. O método de amostragem utilizado é o não probabilístico, do tipo acidental, tendo sido considerados para fazer parte da amostra indivíduos dependentes ou os seus familiares cuidadores, com idade igual ou superior a 18 anos, sem

défices cognitivos aparentes, que aceitassem participar no estudo. Para a colheita de dados recorreu-se à versão reduzida do Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado<sup>16</sup> constituído por 27 itens integrados em 10 domínios: andar, transferir-se, virar-se, elevar-se, uso do sanitário, alimentar-se, arranjar-se, vestir-se e despir-se, tomar banho e tomar a medicação. Cada item é avaliado através de uma escala de Likert de 4 níveis (dependente não participa, necessita de ajuda de pessoa, necessita de equipamento e completamente independente), permitindo uma avaliação geral do nível de dependência no autocuidado bem como a compreensão do nível de dependência por domínio e atividade, o que é fundamental para a intervenção do enfermeiro. Com vista ao cumprimento da finalidade e objetivo definidos, recorreu-se a duas instituições que apoiam pessoas dependentes no domicílio. Foram dirigidos pedidos de autorização às direções das duas instituições no sentido de ver autorizada a recolha de dados junto dos seus utentes, tendo ambas manifestado parecer favorável. Ao longo de todo o estudo foram salvaguardados os aspetos éticos de sigilo e privacidade da pessoa. Recorreu-se a um consentimento informado, sendo que todos os participantes foram devidamente informados da finalidade, objetivo e âmbito do estudo, ressalvando que a participação era livre e voluntária, suscetível de abandono a qualquer momento e sem impacto para os serviços prestados pelas instituições. Os formulários foram posteriormente codificados, salvaguardando assim a confidencialidade dos dados recolhidos. A colheita de dados decorreu entre fevereiro e maio de 2014, tendo-se realizado 150 entrevistas a pessoas dependentes ou os seus familiares cuidadores, através dos Serviços de Apoio ao Domicílio e em valências de Centro de Dia das referidas instituições. A >

TABELA 1

## VALORES MÉDIOS, VALORES DE DESVIO PADRÃO, MÍNIMOS E MÁXIMO DE CADA DOMÍNIO DO AUTOCUIDADO

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
<b>Autocuidado: Andar</b>	150	1	4	2,68	1,11
<b>Autocuidado: Transferir-se</b>	150	1	4	2,77	1,12
<b>Autocuidado: Virar-se</b>	150	1	4	3,20	1,17
<b>Autocuidado: Elevar-se</b>	150	1	4	2,73	1,10
<b>Autocuidado: Uso do sanitário</b>	150	1	4	2,74	1,04
<b>Autocuidado: Alimentar-se</b>	150	1	4	2,72	0,84
<b>Autocuidado: Arranjar-se</b>	150	1	4	2,59	0,97
<b>Autocuidado: Vestir-se e despir-se</b>	150	1	4	2,27	0,89
<b>Autocuidado: Tomar banho</b>	150	1	4	2,50	0,87
<b>Autocuidado: Tomar medicação</b>	150	1	4	2,19	0,92
<b>Nível global de dependência</b>	150	1	4	2,64	0,83

abordagem das famílias foi realizada previamente pelas instituições, por telefone e pessoalmente, averiguando a presença dos critérios de inclusão definidos e confirmando a aceitação em participar no estudo e as entrevistas ocorreram no domicílio da pessoa dependente. Após o período de colheita de dados, os questionários foram introduzidos numa base de dados, através do *software* TELEFORM®, disponível na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Seguidamente à sua leitura, os dados foram lidos através do TELEFORM® *reader*, tendo sido posteriormente exportados para uma base de dados do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0, para o ambiente Windows, onde se precedeu ao processamento estatístico dos dados.

## RESULTADOS

Com vista ao cumprimento do objetivo definido e com o apoio de técnicas de análise estatística descritiva e inferencial pretende-se, de uma forma sistematizada e reflexiva, compreender o fenómeno em estudo, ressaltando os aspetos mais significativos. A amostra foi constituída por 76% de

indivíduos do sexo feminino, sendo este o grupo mais representativo ( $n = 114$ ) e 24% do sexo masculino, o que está em linha com estudos anteriores<sup>2, 7, 12, 15, 16, 17, 18</sup>. A média de idades situou-se nos 78,45 anos com desvio padrão de 10,98, sendo a mediana 80,50 anos, com idades compreendidas entre os 40 e 100 anos de idade. Isto permite-nos compreender que os dependentes são maioritariamente idosos, o que também se observa noutros estudos semelhantes<sup>7, 18, 19</sup>. Quanto ao estado civil, cerca de 54% (81) das pessoas dependentes eram viúvas, e 33,3% (50) eram casadas ou encontravam-se em união de facto, seguindo-se os solteiros (8,0%) e os divorciados (4,7%) com menor expressão. No que diz respeito ao nível de escolaridade verifica-se um domínio de pessoas com o ensino básico ou sem qualquer instrução, totalizando estes dois grupos cerca de 86,7% (130) da amostra, onde apenas uma pessoa dependente possuía habilitações ao nível do ensino superior. Em relação à situação profissional 98,7% (148) não possuía ocupação o que seria expectável devido à média de idades dos dependentes (78,45 anos).

Registou-se que a dependência se instalou de forma gradual em 72,7%

(109) dos participantes e em 27,3% (41) ocorreu de forma súbita. Estes resultados encontram-se em linha com outros estudos, nos quais a dependência surgiu decorrente do processo de envelhecimento, podendo assumir-se como uma transição do tipo desenvolvimental<sup>20</sup>. Relativamente à origem da dependência, a doença crónica foi a situação mais presente com 57,3% (86), seguida pelo envelhecimento com 48,7% (73) e pela doença aguda com 15,3% (23). O tempo de dependência variou entre 0 e 79 anos, sendo a média de 7,21 anos de dependência e a mediana de 3,00, com um desvio padrão de 11,71. Estes resultados vão ao encontro da já referida predominância de pessoas idosas e cuja instalação da dependência ocorreu de forma gradual.

Relativamente ao regime terapêutico medicamentoso, os indivíduos estudados tomam em média 7,13 medicamentos por dia, sendo o mínimo 0 e o máximo 19 medicamentos diferentes, distribuídos entre 0 e 7 vezes por dia, sendo em média 3,13 vezes por dia. No último ano, 54% (81) das pessoas dependentes recorreu pelo menos uma vez ao Serviço de Urgência, tendo no máximo recorrido 8 vezes. Em relação aos in-



ternamentos, 67,3% (101) da amostra não registou nenhum internamento no último ano, 26,7% (40) registou um internamento e 0,7% (1) registou 5 internamentos tendo sido o número máximo na amostra.

Quanto ao estado mental das pessoas dependentes, cerca de 40% (60) não sabe em que mês está, em que terra vive, nem consegue repetir três palavras. Quase 60% (90) não está capaz de fazer cálculos simples, e cerca de 30% (43) não identifica objetos comuns.

Quanto aos aspetos relacionados com a eliminação intestinal e vesical, cerca de 78% (117) consegue controlar os intestinos, 19,3% (29) é completamente dependente ou necessita que lhe façam um enema e 2,7% (4) necessita de ajuda de pessoa para colocar um supositório ou fazer um enema. Já em relação à eliminação vesical, apenas 34,7% (52) são continentemente, 29,3% (44) são incontinentes ou encontram-se algaliados e 36% (54) apresenta problemas ocasionais ou não consegue utilizar a casa de banho em tempo útil.

Mais de metade dos participantes são completamente independentes no autocuidado "andar" ou necessitam de equipamento. Das 47 pessoas que recorrem ao uso de cadeiras de rodas apenas 9 são completamente autónomas. Cerca de 45,3% (68) necessita de ajuda de pessoa ou encontra-se completamente dependente o que nos permite ajuizar acerca do nível de dependência das pessoas dependentes da amostra. Quanto ao autocuidado "virar-se" mais de 30% (46) dos participantes apresenta

igualmente níveis de dependência severos dependendo de ajuda de pessoa, o que constitui uma ameaça ao nível da integridade cutânea. Em relação ao autocuidado "elevar-se" quase metade dos participantes necessita de ajuda de pessoa para elevar parte do corpo. Também no "uso do sanitário" observam-se níveis elevados de dependência, sendo que na globalidade das atividades que caracterizam este autocuidado mais de metade das pessoas necessita de ajuda de pessoa ou são completamente dependentes.

Relativamente ao autocuidado "alimentar-se" cerca de 77,3% (116) dos participantes é completamente dependente na preparação dos alimentos, contrastando com os 79,3% (119) que são completamente independentes para "pegar no copo ou chávena" e nos 78,7% (118) que são igualmente independentes para "levar os alimentos à boca com os utensílios".

O cuidado com as unhas, atividade dentro do autocuidado "arranjar-se" é a atividade que compreende maior dependência com 90,7% (136) a necessitar de ajuda de pessoa para a sua realização, o que permite ajuizar acerca da motricidade fina dos participantes. De uma maneira geral as atividades neste autocuidado distribuem-se principalmente entre as pessoas que conseguem realizar as atividades de forma independente e as que necessitam de ajuda de pessoa, sendo a utilização de equipamentos pouco expressiva.

Um dos autocuidados onde se verifica um dos maiores níveis de depen-

dência é o autocuidado "vestir-se e despir-se" onde para além dos marcados níveis de dependência, também se nota pouca adesão às ajudas técnicas. O autocuidado "tomar banho" apresenta igualmente níveis severos de dependência, em particular na atividade "lavar o corpo" onde chega aos 93,3% (140) de pessoas com necessidade de ajuda. Em relação ao autocuidado "tomar a medicação" também se regista níveis de dependência elevados, sobretudo na toma da medicação.

Os itens de cada domínio foram agregados numa variável de resultado. As dez variáveis computadas relativas aos diferentes autocuidados foram ainda transformadas numa variável geral, que denominamos de nível de dependência global, e que se apresentam na **Tabela 1**.

No que respeita ao nível de dependência por domínio de autocuidado, aquele que registou um maior nível de dependência foi o autocuidado "tomar medicação" com média de 2,19 e desvio padrão de 0,922, seguido do autocuidado "vestir-se e despir-se", com média de 2,27 e desvio padrão de 0,893 e o autocuidado "tomar banho" com média de 2,50 e desvio padrão de 0,871. Os autocuidados que registaram menor nível de dependência foram os autocuidados "virar-se" com média de 3,20 e desvio padrão de 1,17, seguido do autocuidado "transferir-se" com média de 2,77 e desvio padrão de 1,12 e o autocuidado "elevar-se" com média de 2,73 e desvio padrão de 1,10. Quanto ao "nível global de dependência", este apresenta média de 2,64 e desvio padrão de 0,83 o que revela que a amostra em estudo se caracteriza por elevados graus de dependência no autocuidado.

Procuramos ainda analisar o comportamento dos diferentes domínios do autocuidado em função de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas. Nesta análise, optamos pelo uso de estatística não paramétrica dado a não normalidade da distribuição, estudada através do teste de

TABELA 2

### DIFERENÇAS ENTRE HOMENS E MULHERES QUANTO AO NÍVEL GLOBAL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

	Género	N	Média	U (p)
Nível Global de Dependência no Autocuidado	Masculino	36	59,40	1472,5 (0,01)
	Feminino	114	80,58	
	Total	150		

TABELA 3

### RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL GLOBAL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO E O ESTADO CIVIL

	ESTADO CIVIL	N	MÉDIA
Nível Global de Dependência no Autocuidado	Casado/ União de facto	50	61,84
	Solteiro	12	73,38
	Viúvo	81	83,60
	Divorciado	7	83,00
	Total	150	

TABELA 4

### MÉDIAS E DESVIOS PADRÃO E VALORES DO TESTE DE MANN-WHITNEY DAS SITUAÇÕES QUE ORIGINARAM A DEPENDÊNCIA E O NÍVEL GLOBAL DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

SITUAÇÃO QUE ORIGINOU A DEPENDÊNCIA:		MÉDIA (DP)	U	P
Envelhecimento	Não (n=77)	24,03 (8,41)	1807,00	0,001
	Sim (n=73)	28,90 (7,57)		
Doença aguda	Não (n=127)	27,31 (8,12)	849,50	0,001
	Sim (n=23)	21,35 (7,94)		
Instalação da dependência	Súbita (n=41)	23,20 (8,80)	1591,50	0,007
	Gradual (n=109)	27,60 (7,88)		

Kolmogorov-Smirnov.

Encontraram-se diferenças significativas ao nível do género, através do Teste de Mann-Whitney, registando o sexo feminino um maior nível de dependência (**Tabela 2**). Através do teste Kruskal-Wallis, verificaram-se também diferenças significativas entre o nível de dependência no autocuidado e o estado civil ( $H = 7,99$ ;  $gI = 3$ ;  $p = 0,046$ ). Através de Testes de Mann-Whitney tentamos localizar as diferenças, apresentando os participantes viúvos quando comparados com os casados uma maior dependência ( $U = 1259,00$ ;  $p = 0,03$ ) conforme se pode compreender na **Tabela 3**.

O nível de dependência é estatisticamente diferente nos participantes que apontaram o envelhecimento como causa da sua dependência

quando comparados com os que não assinalaram a idade associada à sua diminuição de autonomia. Também quando comparamos o nível de dependência dos participantes que apontam uma doença aguda como fator desencadeante da sua dependência, com os que não associam a uma doença aguda, verificamos que estes manifestam significativamente maior dependência (**Tabela 4**). Finalmente, quando comparamos o nível de dependência entre os que referem que esta se instalou subitamente com os que referem que se efetuou de forma gradual, constatamos que estes últimos demonstram significativamente maior dependência.

Analisaram-se ainda, de forma sucinta, os recursos utilizados pelas pessoas dependentes para promo-

ção da autonomia. Entre as ajudas técnicas mais utilizadas encontram-se a rampa no uso da cadeira de rodas, o antiderrapante no banho, a babete na alimentação, a caixa de comprimidos na toma da medicação e a fralda no uso do sanitário. Existindo assim, aparentemente, uma maior tendência pelo uso de recursos em autocuidados associados aos aspetos vitais e sobrevivência. Os recursos menos utilizados foram o copo adaptado e o rebordo de prato na alimentação, o transfer e o disco de rotação na transferência e as barras paralelas e apoios de pé.

## DISCUSSÃO

Apesar da existência de alguns instrumentos de avaliação das capacidades e perfil de autocuidado, o instrumento utilizado destaca-se pela sua discriminação, permitindo uma avaliação mais operacionalizada das competências da pessoa nas atividades de autocuidado.

A amostra em estudo, selecionada através de uma amostragem não probabilística apresentou um perfil sobreponível a outros estudos, tendo por base a idade, estado civil, grau de dependência e condições de saúde. O género feminino foi o mais representativo, o que se encontra em linha com estudos anteriores, levando-nos a compreender também que as pessoas mais dependentes são também maioritariamente idosos<sup>7, 12, 16, 17, 18</sup>. Quanto ao estado civil, a maioria das pessoas dependentes eram viúvas, seguindo-se as pessoas casadas ou em união de facto, resultados em consonância com outros estudos<sup>7, 16, 18</sup>. A dependência das pessoas estudadas instalou-se de forma gradual na maioria dos casos. Ou seja, a dependência surgiu decorrente do processo de envelhecimento, caracterizando-se por uma transição do tipo desenvolvimental<sup>20</sup>. Este processo de envelhecimento mostrou estar associado a doenças crónicas, que estiveram na base do comprometimento da autonomia

e dependência da pessoa. Também encontramos dados que nos mostram que os participantes têm um regime terapêutico medicamentoso complexo, indo ao encontro de outros estudos<sup>7, 18, 21, 22, 23, 24, 25</sup>.

Os autocuidados andar e o uso de sanitário apresentarem-se como as dimensões mais representativas para caracterizar a pessoa como dependente no autocuidado. A dimensão medicação requer atividades mais complexas e que pressupõe que para além da independência, a pessoa tenha autonomia na atividade, pois para preparar e tomar sozinho os medicamentos, a pessoa terá que ter capacidade de os diferenciar, calcular a dose e determinar horários.

Relativamente ao uso de equipamentos para fomentar a autonomia das pessoas, entre os recursos mais utilizados pelas pessoas dependentes encontram-se a rampa no uso da cadeira de rodas, o antiderrapante no banho, a babete na alimentação, a caixa de comprimidos na toma da medicação e a fralda no uso do sanitário. As ajudas técnicas são consideradas pelas pessoas dependentes e pelo membro da família prestador

de cuidados como importantes contribuições no momento de cuidar de uma pessoa dependente, no entanto, o acesso, a informação da sua existência e forma de funcionamento são aspetos que devem ser explorados,<sup>26, 27, 28</sup> possuindo os enfermeiros um papel preponderante através da informação e instrução de utilização destes recursos. Os serviços relacionados com a teleassistência, aconselhamento e instalação de equipamentos, apoio técnico na adaptação do domicílio, e os apoios na compra de medicamentos e de bens alimentares são os menos referidos. Em linha com outros estudos, também aqui se regista uma larga utilização dos serviços do Serviço Nacional de Saúde, que dão um extenso apoio à população<sup>26, 29</sup>.

## CONCLUSÃO

Com as atuais alterações demográficas e consequentes necessidades em saúde e suas implicações na preparação e planeamento de políticas de saúde, a mensuração e a avaliação da pessoa dependente e do seu cuidador tornam-se imprescindíveis, permitindo uma abordagem holística e ajustada às necessidades. O autocuidado é um conceito central da disciplina de enfermagem, que, aliado às alterações demográficas e ao aumento da prevalência de doenças crónicas, se torna fundamental avaliar, no sentido de tornar a enfermagem mais adequada para as pessoas dependentes e seus cuidadores. Os enfermeiros assumem assim um papel fundamental na definição de políticas que vão ao encontro das necessidades reais das pessoas ao nível dos cuidados de saúde, sendo essencial conhecer a realidade de cada pessoa de forma clara e pormenorizada, o que o presente estudo pretendeu responder, contribuindo para o aumento do conhecimento nesta área.

Os cuidados de enfermagem e a qualidade do exercício profissional do enfermeiro devem assentar não só na promoção da autonomia da pessoa dependente mas também na capacitação do membro da família prestador de cuidados, aumentando as suas competências e promovendo a transição para o papel de prestador de cuidados<sup>12, 16, 30, 31</sup>. ▴

Os cuidados de enfermagem e a qualidade do exercício profissional do enfermeiro devem assentar não só na promoção da autonomia da pessoa dependente mas também na capacitação do membro da família prestador de cuidados, aumentando as suas competências e promovendo a transição para o papel de prestador de cuidados<sup>12, 16, 30, 31</sup>. ▴



## Referências

- Petronilho F. Produção de Indicadores de Qualidade: A Enfermagem que queremos evidenciar. *Sinais Vitais*. 2009 Jan; 82: 35-43.
- Figueiredo D, Lima MP, Sousa L. Cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência: Rede social, pessoal e satisfação com a vida. *Psic., Saúde & Doenças*. 2012; 13(1): 117-29.
- Roper N, Logan W, Tierney A. *Modelo de Enfermagem*. 3ª ed. Alfragide: McGrawHill de Portugal; 1995.
- Sequeira C. *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda; 2010.
- Portugal. *Morbilidade Hospitalar –Serviço Nacional de Saúde de 2012*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2013.
- Pryor J. Coaching patients to self-care: a primary responsibility of nursing. *Int J Older People Nurs*. 2009 Jun; 4(2); 79-8. doi: 10.1111/j.1748-3743.2008.00148.x.
- Silva RA. Dependência no Autocuidado no seio das Famílias Clássicas do concelho do Porto: Abordagem Exploratória à Dimensão do Fenómeno [Dissertação]. [Porto]: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. 2011
- Portugal. *Relatório Anual de Segurança Interna 2013*. Lisboa: Sistema de Segurança Interna - Gabinete do Secretário-Geral; 2014.
- ICN: International Council of Nurses [Internet]. ICNP Browser. Disponível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
- Orem D. *Nursing: concepts of practice*. New York: McGraw-Hill Book; 1995.
- Orem D. *Modelo de Orem - Conceptos de enfermagem en la práctica*. Barcelona: Masson - Salvat Enfermería; 1993.
- Martins R. A Dependência no Autocuidado no seio das famílias clássicas do Concelho de Lisboa: Abordagem exploratória à dimensão do fenómeno [Dissertação]. [Lisboa]: Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. 2011.
- Pereira F. Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem [Tese doutoramento]. [Porto]: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2007.

14. Pereira S. Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado - Versão reduzida [Dissertação]. [Porto]: Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2014.
15. Imaginário C. O Idoso Dependente em Contexto Familiar: Uma Análise da Visão da Família e do Cuidado Principal. Coimbra: Formasau; 2008.
16. Pereira, E. Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: relevância da definição dos cuidados prestados [Dissertação]. [Porto]: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. 2011.
17. Petronilho F. Preparação do Regresso a Casa. Coimbra: Formasau; 2007.
18. Silva A. Avaliação da Condição de Saúde dos Indivíduos Dependentes no Autocuidado Inseridos no Seio das Famílias Clássicas do Concelho do Porto [Dissertação]. [Porto] Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. 2012.
19. Martins T. Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra: Formasau; 2006.
20. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing Transitions: An Emerging Middle Range Theory. *ANS Adv Nurs Sci*. 2000 Set; 23(1): 12-28.
21. Goeman DP, Douglass JA. Optimal management of asthma in elderly patients. *Drugs Aging*. 2007;24(5):381-94.
22. Melchior AC, Correr CJ, Fernandez-Llamos F. Tradução e validação para o português do Medication Regimen Complexity Index. *Arq. Bras. Cardiol*. 2007 Out; 89(4): 210-18. Doi: 10.1590/S0066-782X2007001600001.
23. Padilha J, Oliveira M, Campos M. Revisão integrativa da literatura sobre gestão do regime terapêutico em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Rev. esc. enferm. USP*. 2010 Dez; 44(4): 1129 – 34. Doi: 10.1590/S0080-62342010000400040
24. Robnett R, Dionne C, Jacques R, Lachance A, Mailhot M. The ManageMed Screening: an Interdisciplinary Tool for Quickly Assessing Medication Management Skills. *Clinical Gerontologist*. 2007; 30(4): 1-23. Doi: 10.1300/J018v30n04\_01
25. Williams ME, Pulliam CC, Hunter R, Johnson TM, Owens JE, Kincaid J, et al. The Short-Term Effect of Indisciplinary Medication Review on Function and Cost in Ambulatory Elderly People. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Jan; 52(1): 93-8. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2004.52016.x
26. Leonardo V. Famílias que integram dependentes no autocuidado: recursos utilizados pelos prestadores de cuidados [Dissertação]. [Porto]: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. 2011.
27. Almeida AC, Rodrigues M, Miranda M, Monteiro R. Transição do Doente Dependente para a Família. *Sinais Vitais*. 2005; 62.
28. Lopes L. Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2007; 25.
29. Martins R. A Emergência de um Cuidar Gerontológico. *Servir*. 2005; 53.
30. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. Divulgar. 2011 Dez.
31. Silva A. Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 2007; 55: 11-20.



**SUELLEN MATOS**

**Enfermeira**, Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. Paraíba, Brasil.

✉ [suellen\\_321@hotmail.com](mailto:suellen_321@hotmail.com)

**MARGARIDA ABREU**

**Professora Coordenadora**, Doutor. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

**ADRIANA LUCENA**

**Enfermeira**, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

**IRAKTÂNIA DINIZ**

**Enfermeira**, Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. Paraíba, Brasil.

**SMALYANNA ANDRADE**

**Enfermeira**, Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. Paraíba, Brasil.

**SIMONE OLIVEIRA**

**Docente**, Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Escola Técnica de Saúde (ETS)/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. Paraíba, Brasil.

**Agradecimentos**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES).

# ÚLCERA POR PRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: ESCORES DE RISCO E DETERMINANTES CLÍNICOS

## Pressure ulcer in institutionalized elderly: the risk scores and clinical determinants

### Abstract

**Introduction:** The term senescence translates the natural process of aging, which includes a sum of physiological, anatomical and functional changes. These changes can lead to morbidities and, when associated with chronic diseases, provide a situation of fragility and dependence, which may leave the elderly vulnerable to the appearance of wounds, which usually present a chronic evolution.

**Objective:** to determine the prevalence and characteristics of pressure ulcers among institutionalized elderly people, the association between risk scores and clinical conditions of the elderly, and the measure of intensity of association of these variables with the development of the lesion.

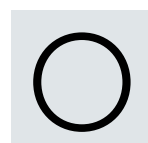
**Method:** This is a cross-sectional, population-based study with a quantitative approach, based on the analysis of part of the database. All the elderly included in the database (N = 324), enrolled in long-term institutions, were included in the study.

**Results:** The prevalence of pressure ulcer was 8% in institutionalized elderly. It can be verified that of the five variables related to clinical conditions, they had a significant association ( $p \leq 0.05$ ). The estimates of the coefficients of the binary logistic regression model showed that positive values, such as urinary incontinence, osteoarticular, neurological diseases and negative values for the change in vision, may increase and / or decrease the chance of developing the lesion.

**Conclusion:** Pressure ulcers are preventable wounds that require constant observation by the professionals responsible for the planning and implementation of care.

**KEYWORDS:** HOMES FOR THE AGED; PRESSURE ULCER; HEALTH OF THE ELDERLY.

### INTRODUÇÃO



termo senescência traduz o processo natural de envelhecimento, que inclui um somatório de modificações fisiológicas, anatômicas e funcionais.<sup>1</sup> Essas alterações, podem gerar morbididades

e quando associadas às doenças crônicas, propiciam uma situação de fragilidade e dependência, que podem deixar o idoso vulnerável ao aparecimento de feridas, que normalmente apresentam evolução crônica. Desse modo, ao mesmo tempo em que ocorre um aumento

acentuado de idosos e, consequentemente, a mudança da estrutura etária na sociedade, novas necessidades emergem no campo da saúde, nomeadamente, na área das feridas crônicas.<sup>2</sup>

Dentre as feridas mais frequentes, desponta a úlcera por pressão (UPP), que é uma complicação de pele decorrente da pressão exercida na região de proeminência óssea combinada ao atrito.<sup>3</sup> O seu aparecimento está relacionado às condições clínicas predisponentes e fatores de risco extrínsecos e intrínsecos importantes ao surgimento da lesão.<sup>3</sup>

As UPP podem acometer idosos inseridos tanto no contexto hospitalar, quanto nas instituições de longa permanência, sendo consideradas problema de saúde pública, com profundas consequências físicas, psicológicas, sociais e com custos onerosos ao tratamento.<sup>4</sup>

De acordo com a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP),<sup>5</sup> a prevalência dessas lesões entre idosos institucionalizados varia de 2,3% a 28% no mundo. Em âmbito nacional, estudos de prevalência sobre úlceras por pressão entre idosos residentes em instituições de longa permanência ainda são escassos, assim como aqueles que envolvam também a análise das condições clínicas e sua associação com o risco de desenvolvimento e com a própria ocorrência da lesão. Esta lacuna gera a necessidade de investigações em diferentes locais destinados a residência dos idosos fora do ambiente domiciliar, a fim de reunir informações que, somadas, possam retratar o *status quo* do problema no cenário brasileiro.

A identificação e análise das condições de saúde que contribuem para o risco e surgimento da lesão entre idosos institucionalizados fazem parte do processo de cuidar dinâmico e efetivo da enfermagem, já que permitem o levantamento dos problemas a partir dos quais torna-

-se possível planejar e implementar ações baseadas na realidade evidenciada em cada cenário, favorecendo a assistência qualificada e a minimização dos riscos de UPP.

Assim, considerando a UPP como frequente lesão de pele que acomete idosos em todo o mundo e reconhecendo a necessidade de contribuir com informações concernentes ao problema no contexto das instituições de longa permanência para idosos no cenário nacional, objetivou-se determinar a prevalência e as características das úlceras por pressão entre idosos institucionalizados, a associação entre os escores de risco e as condições clínicas dos idosos e a medida de intensidade de associação destas variáveis com o desenvolvimento da lesão.

## MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, de base populacional e abordagem quantitativa, realizado a partir da análise de parte do banco de dados proveniente do projeto maior intitulado "Prevalência e Incidência de úlcera por pressão em Instituições de Longa Permanência para Idosos em João Pessoa", vinculado à Universidade Federal da Paraíba, desenvolvido em seis Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do município de João Pessoa/PB. Foram levados em consideração para inclusão os seguintes requisitos: Ser residente na instituição; concordar em participar do estudo (caso o idoso não se encontrasse em condições físicas e/ou cognitivas de dar anuência de sua participação, esta foi dada pelo seu responsável) e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (caso o idoso não se encontre em condições físicas e/ou cognitivas o Termo fora assinado pelo seu responsável).

Foram incluídos na pesquisa todos os idosos que constavam no banco de dados (N= 324), cadastrados nas

instituições no período de janeiro a dezembro de 2013. Para o cálculo da prevalência de UPP, foi levantado o número de idosos institucionalizados com UPP, dividido pelo total da amostra no período estudado. Do conjunto de itens do instrumento, foram analisadas as variáveis sociodemográficas, clínicas, fatores de risco e os escores de risco para UPP.

A estratificação de risco de UPP no estudo original foi realizada a partir da classificação da Escala de Braden.<sup>6</sup> A escala apresenta escores que vão de 6 a 18, cujos critérios de avaliação compreendem: percepção sensorial, umidade, atividade física, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Na avaliação, o pesquisador deve atribuir um escore para cada critério, cujo somatório final posiciona o idoso em apenas uma categoria de risco – baixo (15 a 18), moderado (13 a 14), alto (10 a 12) e muito alto (9 a 6).<sup>6</sup>

Os dados foram analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Para caracterização dos sujeitos da pesquisa e das características das úlceras por pressão foi utilizada a estatística descritiva, com medidas de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas; e média e desvio padrão para a variável idade.

A verificação da associação entre os escores de risco da escala de Braden com as condições clínicas dos idosos foi realizada pelo Teste Exato de Fisher. A força de associação foi mensurada pelo coeficiente de contingência V de Cramer, cuja classificação pode ser considerada fraca (0 – 0,20), moderada (0,20 – 0,50), forte (0,50 – 0,70) ou muito forte (>0,70).<sup>7</sup> Para análise desses dados, excluíram-se os idosos institucionalizados que não apresentaram risco para úlcera por pressão (173), resultando em 151 classificados com risco baixo, moderado, alto ou muito alto, de acordo com os >

escores da Escala de Braden. Para realização da regressão logística binária (*stepwise*), foram inseridas no modelo variáveis com os menores p-valores próximos a 0,5 (ponto de corte). Após oito passos, o método *stepwise* minimizou o número de variáveis e maximizou a precisão do modelo. Portanto, das 26 variáveis relacionadas aos dados clínicos e aos fatores de risco, apenas quatro apresentaram p-valores  $\leq 0,05$ . As estimativas do coeficiente determinaram a intensidade da chance de ocorrência da úlcera por pressão, corroboradas pela razão de chance e seus intervalos de confiança.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, sob protocolo nº 0468/12 e CAAE: 02043712.4.0000.5188.

## RESULTADOS

Dos 324 idosos pesquisados, 75,3% (244) eram do sexo feminino. Predominou a faixa etária entre 80-90 anos 39,5%, com média de 81,17 anos (DP=9,380). A maioria dos idosos não era alfabetizado 54% e estava aposentado 71,9%. Com relação à prevalência de úlcera por pressão, 8% (26) idosos insti-

tucionalizados apresentaram úlcera por pressão, dos quais 77% (20) tiveram apenas uma lesão. Entre os casos de UPP, a localização de maior desenvolvimento foi a região sacral, com 30,8% (8) ocorrências. Quanto ao grau da lesão, 61,59% (16) apresentaram estágio I, 23% (6) estágio II, 3,9% (1) estágio III e 11,6% (3) suspeita de lesão tissular.

Na **tabela 1** é possível identificar as associações dos escores de risco da escala de Braden com as condições clínicas dos idosos institucionalizados em risco de desenvolver UPP. Pode-se verificar que as cinco variáveis pesquisadas, apresentaram associação significativa ( $p \leq 0,05$ ). Quanto à força de associação evidenciada pelo coeficiente de contingência, todas estas variáveis apresentaram associação moderado que variam entre (0,20-0,50), com destaque para déficit cognitivo (0,375) e incontinência fecal (0,365) (**Tabela 1**).

O modelo de regressão logística permitiu verificar as variáveis que aumentam ou diminuem a chance de ocorrência da úlcera por pressão entre os idosos institucionalizados. As estimativas dos coeficientes do modelo de regressão logística binário demonstraram que os valores positivos, quais sejam, incontinen-

cia urinária, doenças osteoarticulares e neurológicas são variáveis que aumentam a chance da ocorrência de úlcera por pressão. Já as estimativas dos coeficientes com valores negativos diminuem a chance de desenvolvimento da lesão, sendo considerados fatores de proteção, que no estudo em tela foi a variável alteração da visão. Importa ressaltar que quanto mais o resultado se distancia do 1, maior o efeito estimado da variável explicativa no cálculo da estimativa de chance de ocorrência do desfecho (**Tabela 2**).

## DISCUSSÃO

Nas ILPI pesquisadas houve predominância de residentes do sexo feminino, corroborando achados de outros estudos que evidenciaram população majoritariamente feminina, explicada pela maior expectativa de vida e preservação da capacidade funcional.<sup>8</sup>

No presente estudo a média de idade foi de 81,17 anos. Entende-se que o aumento da expectativa de vida é um fenômeno mundial cada vez mais progressivo. Os resultados desta investigação alinham-se àqueles encontrados em estudo transversal realizado com 1.100 idosos residentes em instituições

TABELA 1

### ASSOCIAÇÃO ENTRE OS ESCORES DE RISCO DA ESCALA DE BRADEN COM AS CONDIÇÕES CLÍNICAS DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS. JOÃO PESSOA-PB, BRASIL, 2013. (N=151).

CONDIÇÕES CLÍNICAS		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA ESCALA DE BRADEN				P-VALOR	V DE CRAMER
		MUITO ALTO	ALTO	MODERADO	BAIXO		
<b>Doenças respiratórias</b>	Não	4	30	20	88	0,042 <sup>a</sup>	0,206
	Sim	1	4	2	2		
<b>Edema</b>	Não	4	34	20	70	0,004 <sup>a</sup>	0,26
	Sim	1	0	2	20		
<b>Incontinência fecal</b>	Não	1	1	5	39	0,000 <sup>a</sup>	0,365
	Sim	4	33	17	51		
<b>Incontinência urinária</b>	Não	0	1	2	25	0,003 <sup>a</sup>	0,293
	Sim	5	33	20	65		
<b>Déficit cognitivo</b>	Não	1	0	4	36	0,000 <sup>a</sup>	0,375
	Sim	4	34	18	54		

<sup>a</sup> Teste Exato de Fisher

TABELA 2

**MODELO DE REGRESSÃO LOGÍSTICA BINÁRIO (STEPWISE) PARA AS VARIÁVEIS RELACIONADAS À PRESENÇA DE ÚLCERA POR PRESSÃO. JOÃO PESSOA-PB, BRASIL, 2013.**

VARIÁVEL	ESTIMATIVA DO COEFICIENTE	P-VALOR	ODDS RATIO	IC 95%
<b>Incontinência urinária</b>	2,175	0,009	8,805	1,715 – 45,215
<b>Doenças osteoarticulares</b>	1,775	0,005	5,899	1,709 – 20,368
<b>Doenças neurológicas</b>	1,273	0,033	3,570	1,107 – 11,509
<b>Alteração da visão</b>	- 2,938	0,030	0,053	0,004 – 0,751

Todas as variáveis apresentaram associação estatisticamente significativa  $p < 0,05$  (Qui quadrado). IC = Intervalo de confiança.

de cuidado a longo prazo desenvolvido na República da Irlanda, cuja maioria dos participantes estava na faixa etária entre 80 a 89 anos, caracterizando um perfil de idosos longevos.<sup>9</sup>

O baixo nível de escolaridade foi outro ponto verificado, o que pode ser explicado pelo fato de a inserção no mercado de trabalho ser bastante valorizada no passado em comparação à valorização da dedicação aos estudos nas últimas décadas.<sup>10</sup>

Outro resultado já esperado consiste na renda da maioria dos idosos ser proveniente de aposentadoria, seja por tempo de serviço ou decorrente de benefícios sociais. Salienta-se que esta é destinada ao local onde residem, com a finalidade de auxiliar no custeio das despesas com manutenção e cuidado aos idosos, já que todas as instituições são filantrópicas.

Quanto à análise da ocorrência de úlceras por pressão entre os idosos, a prevalência revelada foi de 8%, resultado que pode ser considerado baixo quando comparado com algumas investigações em âmbito inter-

nacional e nacional sobre a mesma temática, em que autores identificaram 14,5% em Nova York<sup>11</sup> e Suécia<sup>12</sup>, 16,9% na Jordânia<sup>13</sup>. No Brasil, pesquisas em diferentes cenários revelam valor que se aproxima e que supera os achados, variando de 10,95%<sup>4</sup> a 21,3%.<sup>14</sup>

Neste estudo, a prevalência reflete o desenvolvimento de UPP entre os idosos das ILPIs da capital paraibana, permitindo a análise da dimensão do problema e, consecutivamente, refletir acerca dos cuidados prestados aos idosos. Desse modo, apreende-se que a baixa prevalência revelada pode advir do baixo número de idosos acamados e totalmente dependentes, bem como da regularidade dos cuidados prestados pelos cuidadores na troca de fralda e hidratação da pele, o que favorece a manutenção da sua integridade.

No que concerne às lesões apresentadas pelos idosos, predominaram as seguintes características: ocorrência de uma lesão; estágios I, II, III e a região sacral como a mais afetada. Sabe-se que o maior número de lesões em um mesmo indivíduo

e a estratificação em estágios mais avançados constituem-se fatores que predisõem ao risco de complicações e óbito. Em contextos que apresentem estas características, caso não se disponha de produtos terapêuticos específicos aliados à condutas preventivas e terapêuticas incontestavelmente positivas, à exemplo da mudança de decúbito e manutenção da higiene e hidratação da pele, o tratamento dar-se-á por tempo prolongado e será mais oneroso para a equipe assistencial e para a instituição.

É sabido que as UPP são classificadas segundo o grau de acometimento dos tecidos, cuja progressão aos estágios mais avançados reflete a relação direta com a profundidade da lesão.<sup>15</sup> Como exemplo, o estágio I por não acometer as camadas mais profundas da pele, produz alterações manifestadas discretamente e que podem ser imperceptíveis como uma lesão de pele aos olhos de alguns profissionais de saúde e cuidadores.

Reafirma-se que os custos com o tratamento de pacientes com úlceras por pressão são maiores do que os gastos para as medidas preventivas básicas.<sup>16</sup> Desse modo, considera-se que não somente o número de lesões pode onerar o tratamento, mas também a sua profundidade e características clínicas. Daí decorre a importância de investir em medidas protetivas básicas, perfeitamente viáveis para as instituições pesquisadas e que podem culminar com a redução da prevalência identificada, embora considerada baixa quando comparada aos outros cenários referidos. Além disso, as medidas preventivas são consideradas como indicador de qualidade na assistência de enfermagem.<sup>17</sup> Ainda quanto aos dados clínicos, a ocorrência de UPP predominantemente na região sacral tem sido relatada.<sup>18</sup> Evidência como esta é justificada pelo fato dos idosos permanecerem com frequência em decúbito dorsal ou sentados e sem



mobilização por tempo prolongado.<sup>5</sup> Não apresentar doença respiratória e edema foi indicativo de baixo risco para UPP entre a maioria dos idosos. Algumas doenças respiratórias podem determinar baixa oxigenação tecidual, como: bronquite, asma e enfisema pulmonar.

Estas, são consideradas doenças pulmonares crônicas que tem como implicação a diminuição da capacidade respiratória, cujo as trocas gasosas não fluem de forma adequada interferindo nas atividades diárias do idoso restringindo-o ao leito e aumentando o risco de desenvolver UPP.<sup>19</sup> Na amostra pesquisada, os problemas respiratórios que predominaram foram bronquite e pneumonia, mas que possivelmente por problemas mais leves demandam risco menor porque ocorre diminuição do comprometimento sanguíneo para as periferias.

Em relação ao edema, contribuem para morte celular e é considerado como um fator de risco para o desenvolvimento da UPP.<sup>3</sup> Na amostra pesquisada, a maioria dos idosos não apresenta edema, portanto explica-se a predominância do baixo risco evidenciado. Ainda assim, sugere-se a intensificação dos cuidados de prevenção com a utilização de dispositivos que favoreçam o alívio da pressão em regiões de maior risco de UPP, evitando a diminuição da hipóxia e da inflamação tissular.

Quanto às incontinências fecal e urinária, apesar dessas condições serem importantes fatores de risco para a UPP,<sup>6</sup> observa-se que predominou o baixo risco em idosos que apresentavam tais condições. Este achado pode ser explicado pela rotina de algumas instituições no concernente à troca de fraldas em intervalos regulares e à hidratação da pele. Ademais, o estudo de revisão sistemática e meta-análise, apresentaram diferentes resultados em relação aos achados da pesquisa, os autores demonstraram que a dupla incontinência apresenta as-

sociações significativas em relação ao aparecimento de UPP.<sup>20</sup>

A higienização após as dejeções ou micções aliadas ao uso de barreiras tóxicas e protetoras constituem-se medidas preventivas à redução da ação da exposição da pele à umidade, minimizando o risco de ocorrência da ferida.<sup>21</sup>

Para a variável déficit cognitivo, também foi observada a categoria baixo risco como a mais predominante entre os idosos, acerca do que questiona-se: Como pode o déficit cognitivo estar associado ao baixo risco de desenvolver UPP, se esta condição determina risco moderado a grave à lesão<sup>17</sup> devido à permanência no leito, visto que o grau de acometimento da cognição interfere na capacidade de se movimentar?

Ao comparar as variáveis estatisticamente significativas à presença de úlcera por pressão, a incontinência urinária pode aumentar oito vezes (OR=8,805) a chance de um idoso institucionalizado desenvolver a lesão. Isto confirma que não controlar a urina pode intensificar o risco de ocorrência da ferida em indivíduos com esta condição. Os danos provocados na pele pela exposição aos resíduos de urina são explicados pelo PH ácido e presença de toxinas que, em contato prolongado, ocasionam maceração da pele.<sup>22</sup> Daí a importância do estabelecimento de rotinas diárias de higiene e do rigor no seu cumprimento, bem como da qualidade com que o cuidado deve ser realizado.

As doenças osteoarticulares são afecções comuns que acometem os idosos e ao apresentar esse tipo de comprometimento clínico a chance de desenvolver UPP pode aumentar em cinco vezes (OR=5,899).

Ainda são escassos estudos que apliquem testes de associação entre doenças osteoarticulares e úlcera por pressão em idosos residentes em instituições de longa permanência. Entretanto, a literatura nos

apresenta que o diagnóstico de doenças osteoarticulares nos idosos está associado ao grande risco de quedas, fraturas, dor, deformidades articulares, dependência física e restrição ao leito,<sup>23</sup> condições que favorecem o risco para o desenvolvimento de UPP.

Doenças neurológicas (OR=3,570) também despontaram como comprometimento clínico que aumenta a chance do indivíduo desenvolver o problema em até três vezes mais. Apesar de ter sido o menor valor quando comparada às outras condições, esta é uma problemática apontada como fator de risco para ocorrência da úlcera em estudos nacionais e internacionais.<sup>24,25</sup> Como se sabe, a pressão sobre a pele ocasionada pela condição estática de um indivíduo que fica por longo tempo na mesma posição é elemento condicionante à UPP. Sobre isso, pesquisas apontam que mudar o decúbito a cada 2 ou 3 horas é um forte aliado à prevenção desta lesão.<sup>3</sup>

Alteração da visão (OR=0,053) se comportou como variável protetiva ao desfecho do estudo – ocorrência de UPP. Em termos de fração, este valor representa 1/18, ou seja, visão prejudicada reduz dezoito vezes mais à ocorrência da ferida a cada 1 idoso institucionalizado. Como o intervalo de confiança não perpassou o valor 1, estes achados são evidências estatísticas do efeito protetor real desta condição clínica na amostra estudada.<sup>17</sup>

Quanto à visão prejudicada, não se tem uma explicação científica relacionando este fato à proteção da lesão. Contudo, hipotetiza-se que a dificuldade de enxergar provoca a diminuição da autonomia do idoso, que por sua vez, reforça a necessidade de cuidados especiais por causa da deficiência. Desse modo, é possível que esta funcione para a equipe assistencial (técnicos de enfermagem e cuidadores) como um indicador para o cuidado sistemático ao idoso, convertendo de

forma indireta a condição clínica em uma medida protetiva, o que poderia explicar a redução da chance de ocorrência da úlcera por pressão nesses idosos.

Em conclusão, embora a prevalência das UPP encontradas neste estudo seja considerada baixa, resalta-se que as condições clínicas que se constituem fatores de risco para UPP (incontinência urinária, doenças osteoarticulares e neurológicas), carecem de cuidados e atenção dos profissionais para que haja investimento em medidas preventivas básicas para evitar o desenvolvimento destas.

Reafirma-se que úlceras por pres-

são são feridas preveníveis que necessitam de constante observação por parte dos profissionais responsáveis pelo planejamento e implementação do cuidado. Por isso, torna-se salutar a incorporação de instrumentos como a Escala de Braden em ILPIs para auxiliar a equipe de enfermagem e cuidadores, proporcionando bem-estar e atenção qualificada aos idosos institucionalizados.

Como limitações, acredita-se que uma análise proveniente do banco de dados, impossibilita relatar quais eram as ações/cuidados de saúde nomeadamente no que concerne as medidas preventivas realizadas

pela equipe, como: a troca de fralda, mudança de decúbito e hidratação da pele, uma vez que estas, são primordiais para manutenção da integridade física do idoso.

Recomenda-se o desenvolvimento de outros estudos a fim de investigar melhor a prevalência, as características das úlceras por pressão e condições clínicas entre idosos institucionalizados uma vez que ações de saúde de baixa complexidade podem ter expressão significativa no bem-estar e saúde geral do idoso, contribuindo para um envelhecer saudável e consequentemente intervir no desenvolvimento da lesão. ▴



## Referências

- Pocinho RSP. Maiores en contextos de aprendizagem: Caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Maiores en Portugal. Tese de doutoramento em Psicogerontologia. Universitat de València. 2014 [acesso 28 janeiro 2019]. Disponível em: [http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Ma\\_yores\\_Pocinho.pdf](http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Ma_yores_Pocinho.pdf)
- Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013 [acesso 10 Nov 2016];381(2):752-62. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736%2812%2962167-9/abstract>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. 2014. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia.
- Chacon JMP, Blanes L, Hochman, Ferreira LM. Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo. *São Paulo Med. J.* 2009. [acesso 12 Nov 2018];127(4):211-5. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151631802009000400006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151631802009000400006&lng=en).
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. Preventing pressure ulcers and skin tears. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. National Guideline. 2009. [acesso 21 Nov 2016] Disponível em: [http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc\\_id=12262&nbr=006346&string=pressure+AND+ulcer](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=12262&nbr=006346&string=pressure+AND+ulcer)
- Paranhos WY, Santos, VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*, 1999. [acesso 12 Feb 2016];33(1):191-206. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/ree/usp/upload/pdf/799.pdf>
- Murphy KR, Myors B. Statistical power analysis: a simple and modern for traditional and modern hypothesis test. 2008. 3ed. New York: Routledge.
- Zimmermann IMM, Leal MCC, Zimmermann RD, Marques APO. Idosos institucionalizados: comprometimento cognitivo e fatores associados. *Geriatr Gerontol Aging*. 2015 [acesso 08 Feb 2019];9(3):86-92. Disponível em: <http://www.ggaging.com/details/49/pt-BR/institucionalized-elders--cognitive-impairment-and-associated-factors>
- Moore Z, Cowman S. Pressure ulcer prevalence and prevention practices in care of the older person in the Republic of Ireland. *Journal of Clinical Nursing*. 2011. [acesso 07 Feb 2016];21(1):362-71. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2702.2011.03749.x>
- Neves DR, Nascimento RP, Junior, MSF, Silva FA, Andrade ROB. *Cad. EBAP*.BR. 2018 [acesso em 02 Feb 2019];16(2):319-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cebape/v16n2/1679-3951-cebape-16-02-318.pdf>
- Cai S, Mukamel DB, Temkin GH. Pressure Ulcer Prevalence Among Black and White Nursing Home Residents in New York State: Evidence of Racial Disparity? *Medical care*. 2010 [acesso 05 Feb 2016];48(3):233-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3313600/>
- Gunningberg L, Hommel A, Baath C, Idvall E. The first national pressure ulcer prevalence survey in county council and municipality settings in Sweden. *J Eval Clin Pract*. 2012 [acesso 06 Feb 2016];19(5): 862-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01865.x>
- Aljezawi M, Al Qadire, M, Tubaishat A. Pressure ulcers in long-term care: a point prevalence study in Jordan. *British Journal of Nursing*. 2014 [acesso 05 Feb 2016];23(6):4-11. Disponível em: [http://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/bjon.2014.23.Sup6.S4?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](http://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/bjon.2014.23.Sup6.S4?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed)
- Freitas MC, Medeiros ABF, Guedes MVC, Almeida, PC, Galiza, FT, Nogueira JM. Úlcera por pressão em idosos institucionalizados: análise da prevalência e fatores de risco. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011 [acesso 06 Feb 2016];32(1):143-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a19v32n1.pdf>



15. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Stages Revised. Washington; 2016 [acesso 10 Jun 2016]. Disponível em: <http://www.npuap.org/about-us/>
16. Andrade C, Carolina D, Almeida CFSC, Pereira WE, Alemão MM, Brandão CMR, et al. Custos do tratamento tópico de pacientes com úlcera por pressão. *Rev. esc. enferm. USP.* 2016 [acesso 30 Jan 2019]; 50(2):295-301. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000200295&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200295&lng=en)
17. Schub T, Heering H. Pressure Injuries: etiology and Risk Factors. Quick lesson. Published by cinahl information systems, a division of EBSCO information Services. 2018; 8: 1-4.
18. Machado DO, Mahmud SJ, Coelho RP, Cecconi CO, Jardim GS, Paskulin LMG. Cicatrização de lesões por pressão em pacientes acompanhados por um serviço de atenção domiciliar. *Texto contexto enferm.* 2018 [acesso 02 Fev 2019]; 27(2):1-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e518\\_0016.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e518_0016.pdf)
19. Cruz C, Cruz L, Reis R, Inácio F, Veríssimo M. Doença alérgica respiratória no idoso. *Rev Port Imunoalergologia.* 2018 [acesso 26 Jan 2019]; 26(3):189-205. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0871-972120180003000003&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-972120180003000003&lng=pt)
20. Beeckman D, Lancker AV, Hecke AV, Verhaeghe S. A Systematic Review and Meta-Analysis of Incontinence-Associated Dermatitis, Incontinence, and Moisture as Risk Factors for Pressure Ulcer Development. *Research in Nursing & Health.* 2014 [acesso 16 Fev 2019]; 37:204-18. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24700170>
21. Nurse Aide. Freiberg Press Inc. It is against Federal law to reproduce any part of this publication for any use without permission. Current, paid subscribers may make copies of articles for educational use within their own individual facility. Publisher: Bill Freiberg. 2019 [acesso 09 Fev 2019]; 1-2. Disponível em: [www.care4elders.com](http://www.care4elders.com)
22. Molina PG, López EB, Fernández FPG, Fernández MÁL, Blasco JM, Verdú J. Pressure ulcers, incidence, preventive measures, and risk factors in neonatal intensive care and intermediate care units. *Int Wound J.* 2018 [acesso 12 Fev 2019]; 15:571-79. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/iwj.12900>
23. Kane LA, Buckley, KA. Functional mobility. In *Stroke Rehabilitation.* 2016. [acesso 06 Fev 2019]; 8:155-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-17281-3.00008-3>
24. Manju D, Sivashanmugam D, Meena A, Ashok KM. Pressure ulcer in patients with severe traumatic brain injury: significant factors and association with neurological outcome. *Journal of Clinical Nursing.* 2013 [acesso 08 Nov 2018]; 23:1114-19. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.12396>
25. Coleman S, Gorecki C, Nelson EA, Closs SJ, Defloor T, Halfens R, et al. Patient risk factors for pressure ulcer development: systematic review. *International Journal of Nursing Studies.* 2013 [acesso em 12 Nov 2018]; 50:974-1003. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020-7489\(12\)00421-X](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020-7489(12)00421-X)



#### SUSANA ARAÚJO

**Enfermeira**, Mestre. APNOR – Associação de Politécnicos do Norte - Mestrado de Gestão da Organizações – Ramo Gestão de Unidades de Saúde. Portugal.

✉ [susana.araujo@gmail.com](mailto:susana.araujo@gmail.com)

#### CARMINDA MORAIS

**Professor Coordenador**, Doutor. ESS/IPVC - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal, CEISUC – Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Portugal.

#### JORGE RIBEIRO

**Professor Adjunto Convidado**, Doutor. ESS/IPP - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, Porto, Portugal.

#### PEDRO FERREIRA

**Professor Catedrático**, Doutor. Faculdade de Economia da Universidade Coimbra, CEISUC. Portugal.

#### RUI PIMENTA

**Professor Coordenador** com Agregação, Doutor. ESS/IPP - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, CEISUC, Portugal.

# LITERACIA E QUALIDADE DE VIDA NA DIABETES MELLITUS TIPO 2 NUM ACES DO MINHO, PORTUGAL

Literacy and quality of life in diabetes mellitus type 2 in Minho, Portugal

## Abstract

**Background:** Diabetes Mellitus is a chronic disease responsible for disability, entailing high costs for the National Health Service. Investing in health literacy and empowerment are crucial for effective disease management.

**Objectives:** To analyze the knowledge about the disease and quality of life of people with Type 2 Diabetes Mellitus.

**Methodology:** Cross-sectional, exploratory, descriptive and correlational study. A sociodemographic and clinical characterization questionnaire and the portuguese version of DKT, DES-SF and EQ-5D-5L were applied to a convenience sample of 410 subjects.

**Results and discussion:** The sample reveals a low level of knowledge and high perception of quality of life, especially in men, showing mean  $\pm$  SD of DKT and EQ-5D-5L,  $51.90 \pm 13.83$  and  $0.90 \pm 0.15$ , respectively. A significant positive association between knowledge and QOL ( $r_s = 0.060$ ,  $p < 0.01$ ) was found, which reinforces other studies findings.

**Conclusions:** From the study emerges the need for health education programs that enable especially in the field of food and soft skills especially in response to adversity, thus raising the quality of life of these people.

**KEYWORDS:** DIABETES MELLITUS, HEALTH LITERACY, QUALITY OF LIFE.

## INTRODUÇÃO

**A** Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica não transmissível responsável por situações de incapacidade, muitas vezes permanente, perda de qualidade de vida, ou até morte prematura. Para além do impacto ao nível individual, a doença é responsável por avultados encargos socioeconómicos, originados quer pelo consumo de cuidados de saúde quer pelos custos financeiros, diretos e indiretos que acarreta <sup>(1)</sup>.

Os objetivos do tratamento consistem na prevenção ou mitigação das complicações da doença, muitas vezes incapacitantes e potencialmente fatais, e na preservação da Qualidade de Vida (QV). Para isso é fundamental um controlo da glicemia e uma gestão cuidada dos fatores de risco cardiovascular, e acima de tudo, o envolvimento nas atividades de autocuidado <sup>(2)</sup>. As pessoas com DM são diariamente desafiadas a tomar inúmeras decisões de autogestão e a realizar

atividades complexas ao nível do autocuidado. O conhecimento limitado em saúde está muitas vezes associado a maus resultados de saúde e ao uso inadequado dos cuidados de saúde <sup>(9)</sup>.

A Literacia em Saúde (LS) é essencial para que os conhecimentos e habilidades sejam potenciados e potenciadores de poder crítico importante para a tomada de decisões esclarecidas sobre a saúde <sup>(4)</sup>. O sucesso do processo de autogestão da diabetes é determinado pelo desenvolvimento de competências específicas para desempenhar tarefas do dia a dia, como por exemplo, ler rótulos em medicamentos, seguir instruções escritas ou verbais e compreender informações relevantes, dosagem da medicação, os valores da glicemia, os esquemas de insulina e interpretação dos rótulos dos alimentos, documentos de consentimento informado, entre outros <sup>(5,6)</sup>. Baixos níveis de literacia estão associados a pior controlo glicémico e um risco aumentado de complicações, incluindo a hipoglicemia <sup>(5,7)</sup>, traduzindo um comprometimento da capacidade de controlo da doença e consequentemente, da QV. Com a previsão de aumento da prevalência da DM, os custos associados a esta patologia continuarão de igual modo a aumentar, refletindo-se na vida dos indivíduos e das suas famílias, nos sistemas de saúde, nos Governos e na sociedade, como um todo. Neste contexto, o investimento na promoção da literacia em saúde e no empoderamento afiguram-se determinantes para uma gestão eficaz da patologia, atenuando o impacto da doença na qualidade de vida <sup>(8)</sup> e permitindo uma utilização dos recursos de saúde de forma eficiente.

## OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo principal analisar os conhecimentos e a QV das pessoas com DM tipo 2 acompanhadas num Agrupamento de Centros de Saúde do Minho. Os

dados obtidos permitirão definir o perfil de saúde deste grupo e assim, propor intervenções adequadas à melhoria dos indicadores encontrados.

## MÉTODOS

O estudo transversal, de natureza exploratória, descritiva e correlacional foi desenvolvido em 24 Unidades de Saúde de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Minho. O tamanho da amostra foi determinado com base no cálculo de prevalência da DM com um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 5%. O estudo iniciou-se depois de obtidas as autorizações formais da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, I.P., do Diretor Executivo do ACeS, bem como do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) para utilização das versões portuguesas dos instrumentos DKT e EQ-5D-5L. A cada participante foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos, sendo previamente solicitado o consentimento informado, livre e esclarecido.

Os dados obtidos foram submetidos a uma análise interna e exportados para o SPSS *Statistics for Windows*, versão 25.0, a partir do qual foi realizada a análise descritiva e inferencial. Participaram neste estudo 410 pessoas com o diagnóstico de DM tipo 2 há pelo menos 6 meses, acompanhadas na consulta multidisciplinar da diabetes, com idade igual ou superior a 20 anos.

Para a recolha de dados foi utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica e a versão portuguesa do Teste Breve de Conhecimentos sobre a Diabetes (DKT) e do EuroQol EQ-5D-5L, validados para a população portuguesa pelo CEISUC <sup>(9,10)</sup>.

O instrumento DKT desenvolvido por um grupo de peritos do *Michi-*

*gan Diabetes Research and Training Center* em 1998 permite explorar várias áreas do conhecimento geral sobre a doença, concretamente ao nível da gestão do regime alimentar, do regime terapêutico e do estilo de vida, em 23 questões. As primeiras 14 são adequadas para pessoas que não insulinotratadas. A totalidade de itens pode ser preenchida por pessoas que utilizam a insulina. As propriedades psicométricas da versão original fornecem informação sobre a fiabilidade dos vários grupos de itens, bem como um índice de dificuldade (percentagem dos doentes que assinalam corretamente um item) e uma boa correlação item-total para cada item. O coeficiente  $\alpha \geq 0,70$  encontrado revelou uma consistência interna razoável <sup>(11)</sup>. Tal como outros países, o instrumento foi já traduzido e validado para a população portuguesa, tendo-se constatado uma correlação significativa e positiva entre o conhecimento e a QV <sup>(12,13)</sup>.

O EQ-5D-5L é um sistema descritivo da QV que compreende 5 dimensões (mobilidade; cuidados pessoais; dor/mal-estar; ansiedade/depressão), cada uma com 5 opções de escolha segundo níveis de severidade (nenhum problema; problema ligeiro; problema moderado; problema grave; problemas extremos). Este inclui também uma Escala Analógica Visual que regista a autoavaliação da saúde atual dos participantes, considerando 0 o pior estado de saúde imaginável e o 100, o melhor estado de saúde imaginável <sup>(14)</sup>. O índice EQ-5D-5L situa-se numa escala de 1 (saúde perfeita) a 0 (morte), admitindo, contudo, valores negativos correspondentes a estados de saúde considerados como piores do que morte <sup>(10)</sup>. A fiabilidade do EQ-5D foi demonstrada pelos altos valores dos coeficientes de correlação, e pelo valor do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach encontrado de 0,716, o que significa uma consistência interna razoável <sup>(10)</sup>.

## RESULTADOS

A maioria dos participantes (53.2%) eram do sexo masculino, com média de idade de  $64.9 \pm 10.5$  anos, viviam acompanhado (89.8%), encontravam-se reformados do trabalho (62.7%) e tinham completado o 1º ciclo do Ensino Básico (62.4%). Do ponto de vista clínico, os inquiridos apresentaram valores médios de Hemoglobina Glicada (HbA1c) (%)  $7.0 \pm 1.0$  e com uma média de diagnóstico estabelecido (anos) de  $10.2 \pm 7.7$ . A maioria dos participantes não era tratado com insulina (87.3%) e referiu ter pelo menos uma comorbidade (88.3%) com forte expressão da hipertensão arterial e das dislipidemias.

O DKT apresentou um índice global médio  $\pm$  dp  $51.90 \pm 13.83$ , de  $51.37 \pm 13.75$  para os indivíduos não insulino-tratados ( $n=349$ ) e ligeiramente mais elevado,  $54.95 \pm 13.99$  para os insulino-tratados ( $n=61$ ). Os défices de conhecimento global sobre a doença incidiram na identificação de alimentos ricos em lípidos (61.2%), na seleção dos alimentos de acordo com a informação calórica (87.6%), no significado clínico da hemoglobina glicada (HbA1c) (72.7%), nas medidas que não devem ser tomadas em situações de hipoglicemia (90.2%) e no reconhecimento dos sinais de descompensação súbita da DM (96.6%). A população tratada com insulina revelou fragilidades

nos conhecimentos sobre os picos de ação da insulina intermédia (79.8%) e atuação perante omissões da toma de insulina (75.6%).

A **tabela 1** apresenta a proporção de respostas incorretas obtidas em cada pergunta do DKT.

Para uma análise mais pormenorizada das respostas, foi calculada a proporção de respostas na amostra e nos respondentes a cada questão. Quando considerado apenas o universo dos respondentes, a partir da questão "o", verificou-se um aumento bastante expressivo na proporção de respostas corretas. Este facto corrobora os pressupostos dos autores do instrumento, ou seja, as primeiras 14 questões ("a" a "o") são

TABELA 1

### RESULTADOS DO DKT (CONHECIMENTOS SOBRE A DIABETES)

DKT	n	Respostas Incorretas (%)
a) A alimentação de uma pessoa diabética é...	122	29,8
b) Qual dos seguintes é mais rico em hidratos de carbono?	202	49,3
c) Qual dos seguintes é mais rico em gordura?	251	61,2
d) Qual dos seguintes pode ser comido sem perigo para a pessoa diabética?	359	87,6
e) Hemoglobina glicada (hemoglobina A1c) é um teste que mede o nível médio do seu açúcar no sangue do último...	298	72,7
f) Qual o melhor método para medir o açúcar no sangue?	74	18,0
g) Que efeito tem o sumo de fruta não açucarado no nível de açúcar no sangue?	172	42,0
h) O que não deve ser usado para tratar o baixo nível do açúcar no sangue?	370	90,2
i) Para uma pessoa com os níveis de açúcar controlados, que efeito tem o exercício físico no valor do açúcar no sangue?	63	15,4
j) Que efeito uma infeção pode causar...	183	44,6
k) A melhor maneira de cuidar dos seus pés é...	59	14,4
l) Comer alimentos magros diminui o risco de ...	128	31,2
m) Sensação dormente e formigueiro podem ser sintomas de...	193	47,1
n) Qual dos seguintes problemas não é habitualmente associado à diabetes...	105	25,6
o) Os sinais de descompensação súbita da diabetes incluem...	396	96,6
p) Se estiver com gripe, qual das seguintes alterações deveria fazer?	248	60,5
q) Se tomou uma insulina de ação intermédia (NPH ou Lenta), muito provavelmente terá um efeito durante...	327	79,8
r) Mesmo antes do almoço, apercebe-se de que se esqueceu de tomar a insulina antes do pequeno-almoço. O que deve fazer?	310	75,6
s) Se está a começar a ter uma baixa de açúcar no sangue após ter tomado insulina, deve...	300	73,2
t) Um baixo nível de açúcar no sangue pode ser causado por:	275	67,1
u) Se tomar a insulina de manhã, mas não tomar pequeno-almoço, o seu nível de açúcar no sangue normalmente...	281	68,5
v) Um elevado nível de açúcar no sangue pode ser causado por...	301	73,4
x) Qual dos seguintes irá provavelmente provocar uma baixa de açúcar no sangue...	218	53,2

TABELA 2

## EFEITO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS AO NÍVEL DOS CONHECIMENTOS (DKT) E DA QV (EQ-5D-5L)

Variável	Valor	N	DKT		EQ-5D-5L	
			Média	t	Média	t
Sexo	Masculino	218	52.21	0.47	0.93	3.87***
	Feminino	192	51.56		0.87	
Idade	< 65 anos	185	54.38	3.32	0.93	3.73***
	≥ 65 anos	225	49.87		0.87	
Escolaridade	≤ E. Básico	290	49.47	-4.34***	0.88	-2.90**
	> E. Básico	120	57.79		0.94	
Hemoglobina glicada	< 6,5%	131	51,49	-0.43	0.90	0,47
	≥ 6,5%	276	52.12		0.90	
Comorbilidades	Nenhuma	48	55.49	-1.92	0.96	-5.49***
	≥ 1	362	51.43		0.89	

Legenda: \* p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001.

adequadas a pessoas não insulino-tratadas, e a totalidade ("a" a "x") a pessoas que utilizam insulina (44). O índice do EQ-5D-5L apresentou uma média de  $0.90 \pm 0.15$ . Os problemas de Dor/Mal-estar e Ansiedade/Depressão foram os que mais se evidenciaram, tendo sido referidos por 42.4% e 34.6% dos participantes, respetivamente.

Os testes kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, e os coeficientes de assimetria e curtose, permitiram verificar que o pressuposto da normalidade da distribuição não se encontrava assegurado. Utilizando o coeficiente de correlação de Spearman ( $r_s$ ), detetou-se uma associação positiva significativa entre os conhecimentos e a QV ( $r_s=0.060$ ,  $p<0.01$ ), embora fraca.

Para verificar diferenças em função das variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes nas três escalas, aplicamos o teste t para amostras independentes, após verificação da homogeneidade/heterogeneidade das variâncias com recurso ao teste de Levene. Como se pode verificar na **tabela 2**, nos conhecimentos as avaliações mais positivas foram observadas nos indivíduos mais jovens ( $t=3.32$ ,  $p=0.001$ ) e com mais escolaridade ( $t=-4.34$ ,  $p<0.001$ ).

Na QV, encontramos diferenças significativas consoante o sexo ( $t=3.87$ ,  $p<0.001$ ), a idade ( $t=3.73$ ,  $p<0.001$ ), o nível de escolaridade ( $t=-2.90$ ,  $p<0.01$ ) e a presença de comorbilidades ( $t = -5.49$ ,  $p<0.001$ ). Os participantes do sexo masculino, mais jovens, com mais habilitações literárias, e sem comorbilidades exibiram índices mais elevados de QV.

### DISCUSSÃO

A amostra é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo masculino (53.2%), com média de idade de 65 anos, em consonância com os dados nacionais de prevalência da diabetes, mais elevada entre os homens e em pessoas com idades compreendidas entre 60 e os 74 anos (45).

Os resultados obtidos sobre o nível de escolaridade evidenciaram que 62.4% dos participantes completaram apenas o 1º ciclo do ensino básico (antiga 4ª classe) e que 8.3% não frequentou a escola ou não concluiu nível de ensino nenhum. Pressupondo a associação entre a escolaridade e a literacia, os níveis de LS mais baixos estão relacionados com piores resultados em saúde e a elevados custos para os

sistemas de saúde, como taxas de admissão hospitalar mais elevadas, menor propensão para a utilização dos serviços de saúde preventivos, menor adesão ao tratamento prescrito e capacidade de gestão da doença (4,16). Por esta razão, os planos de educação terapêutica devem ser adequados a este determinante, minimizando os efeitos do baixo nível de LS na gestão da doença (17,18). Em relação à HbA1c, o valor médio encontrado na amostra foi 7%, sendo que 63.4% dos participantes apresentou valores iguais ou superiores aos recomendados, o que sugere a necessidade de um maior investimento na perceção do significado da HbA1c.

A HTA e as dislipidemias representam as comorbilidades mais comuns entre os participantes, atingindo 67.6% e 54.6% indivíduos, respetivamente, ou seja, um elevado número de pessoas apresenta um risco elevado de desenvolver doença cardiovascular (19).

O DKT obteve um índice global médio  $\pm$  dp de  $51.90 \pm 13.83$  para respostas corretas. Os indivíduos insulino-tratados apresentaram pontuações ligeiramente mais elevadas. Os resultados denotam fragilidades nos conhecimentos sobre a diabe-

tes, incidindo em alguns aspetos da alimentação, a utilidade do teste de HbA1c, os sinais de descompensação súbita da diabetes e o controlo sobre a insulina e seus efeitos. A questão "o que não deve ser usado para tratar o baixo nível de açúcar no sangue" obteve uma pontuação fraca (9.8%), refletindo possivelmente o aspeto mais positivo dos ensinamentos, ou seja, aprende-se o que se deve fazer, condicionando assim a resposta das pessoas.

Os resultados do EQ-5D-5L destacam os problemas de Dor/Mal-estar e Ansiedade/Depressão, com 42.4% e 34.6% dos participantes, respetivamente, a referirem ter dor/mal-estar maioritariamente ligeiros e a referirem estar ligeira a moderadamente ansiosos ou deprimidos. O índice do EQ-5D-5L, para uma cotação máxima de 1 valor, apresentou a média de  $0.90 \pm 0.15$ , valor muito elevado comparado com a média de  $0.63 \pm 0.01$  atribuída à população portuguesa com doença crónica (20), ou quando analisado com os resultados obtidos no estudo de Morais et al. (12) de  $0.65 \pm 0.27$ .

Da análise destes domínios em estudo e do efeito das variáveis socio-demográficas e clínicas, verificou-se o que indivíduos do sexo masculino evidenciaram de QV, talvez justificado por diferenças culturais e sociais. Estes resultados corroboram os resultados de vários estudos realizados que evidenciam de igual modo uma melhor prestação o sexo masculino (12,13,21).

Verificamos ainda que a idade tem efeito sobre os conhecimentos e a QV. Depois de dividida a amostra em 2 grupos, percebemos que os participantes com menos de 65 anos exibiam índices superiores em todos os domínios. Na literatura encontramos estudos com resultados semelhantes (12,13), admitimos por isso que, perante baixos níveis de literacia, também a capacidade de controlo da doença neste grupo possa estar comprometida, e consequentemente a QV, corroborando achados de

outros estudos relacionados com a avaliação da qualidade de vida das populações (12,20,22).

Encontramos também diferenças entre o nível de escolaridade e os conhecimentos sobre a DM e a QV, tendo as pessoas com escolaridade acima do 1 ciclo do ensino básico exibido índices superiores nestas escalas. Em relação aos conhecimentos sobre a DM, o presente estudo coincide com as conclusões encontradas, em outros trabalhos de investigação (9,12). Também os índices da QV encontrados foram mais elevados nas pessoas com mais habilitações literárias, o que é coincidente com estudos desenvolvidos por outros autores (18,20,23). Admitimos por isso que, perante baixos níveis de literacia, também a capacidade de controlo da doença e a QV neste grupo possa estar comprometida. Os participantes com valores de HbA1c inferiores a 6.5% revelaram índices de controlo da doença mais elevados como era de esperar. Apesar de não se terem encontrado diferenças nas médias, o estudo identificou elevados défices no conhecimento relacionado com a hemoglobina glicada, onde 86.8% dos inquiridos responderam erradamente ou simplesmente não responderam à questão. Estes dados são inquietantes na medida em que a falta de conhecimentos dos indivíduos acerca da doença e dos objetivos do seu tratamento, podem constituir uma das razões para o baixo nível de controlo dos fatores de risco associados à diabetes e de controlo glicémico (24). Em relação às comorbilidades, verificamos que os participantes sem qualquer outra patologia evidenciam pontuações superiores, e por conseguinte, uma perceção mais elevada da QV. Estes resultados vão de encontro com o descrito por alguns autores, que defendem que a QV das pessoas com DM vai diminuindo à medida que aumenta a duração da doença e o aparecimento de complicações (25,26). As doenças

mais expressivas na amostra são a HTA, as dislipidemias e o excesso de peso, no entanto, os resultados do DKT traduzem algum desconhecimento dos indivíduos relativamente às consequências associadas a esta doença crónica.

Segundo a duração da doença, o IMC e o tipo de tratamento (com ou sem insulina), não foram encontradas diferenças nos dois instrumentos em análise.

Em estudos futuros seria relevante medir mais aprofundadamente outros fatores associados à literacia em saúde, nomeadamente a motivação, a autoconfiança, e as barreiras à adesão ao regime terapêutico. Atendendo às conclusões deste estudo, uma outra linha de investigação a propor seria a avaliação da eficácia de programas de educação terapêutica em grupos de pessoas diabéticas.

## CONCLUSÕES

A DM é uma doença crónica que desafia diariamente a pessoa a tomar inúmeras decisões de autogestão e a realizar atividades complexas ao nível do autocuidado. O investimento na promoção da literacia em saúde e no empoderamento são determinantes para uma gestão eficaz da patologia.

O estudo permitiu concluir que, apesar da elevada perceção de qualidade de vida sobretudo nos homens, nas pessoas mais jovens e com mais escolaridade, existem fragilidades nos conhecimentos sobre a doença. Os resultados apontam para a necessidade de um processo de intervenção diferenciada ajustado aos determinantes encontrados e adaptado aos indivíduos. O desenvolvimento de programas de educação para a saúde pode ser encarado como uma estratégia com efeitos na melhoria da autogestão da doença, dos conhecimentos sobre a mesma e, por conseguinte, qualidade de vida das pessoas. ▴





## Referências

- WHO. Global Report on Diabetes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016. 88 p. Disponível em: [http://www.who.int/about/licensing/%5Chttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257\\_eng.pdf](http://www.who.int/about/licensing/%5Chttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf)
- IDF. IDF Diabetes Atlas 8th edn 2017 [Internet]. International Diabetes Federation. Brussels; 2017 [citado 9 de Setembro de 2018]. Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org>
- Saeed H, Saleem Z, Naeem R, Shahzadi I, Islam M. Impact of health literacy on diabetes outcomes: a cross-sectional study from Lahore, Pakistan. Public Health [Internet]. Março de 2018 [citado 26 de Agosto de 2018];156:8-14. Disponível em: <file:///C:/Users/susana/Downloads/1-s2.0-S0033350617304079-main.pdf>
- Nutbeam D. Defining, measuring and improving health literacy. Heal Eval Promot [Internet]. 2015 [citado 7 de Outubro de 2018];42(4):450-6. Disponível em: [https://www.jstage.jst.go.jp/article/jhep/42/4/42\\_450/\\_article/-char/ja/](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jhep/42/4/42_450/_article/-char/ja/)
- Bailey SC, Brega AG, Crutchfield TM, Elasy T, Herr H, Kaphingst K, et al. Update on Health Literacy and Diabetes. Diabetes Educ [Internet]. 19 de Setembro de 2014 [citado 20 de Outubro de 2018];40(5):581-604. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4174500/pdf/nihms614779.pdf>
- Osborn CY, Cavanaugh K, Wallston KA, Rothman RL. Self-Efficacy Links Health Literacy and Numeracy to Glycemic Control. J Health Commun [Internet]. 31 de Agosto de 2010 [citado 21 de Outubro de 2018];15(sup2):146-58. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3082364/pdf/nihms-271644.pdf>
- Menino E, Dixe M dos A, Louro M, Roque S. Programas de educação dirigidos ao utente com diabetes mellitus tipo 2: revisão sistemática da literatura. Rev Enferm Ref [Internet]. 16 de Julho de 2013 [citado 3 de Março de 2019];III Série(no 10):135-43. Disponível em: [https://www.esenfc.pt/site/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2378&id\\_revista=9&id\\_edicao=52](https://www.esenfc.pt/site/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2378&id_revista=9&id_edicao=52)
- Chrvala CA, Sherr D, Lipman RD. Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. Patient Educ Couns [Internet]. 2016 [citado 29 de Julho de 2018];99(6):926-43. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.003>
- Azevedo C, Santiago L. Fiabilidade da Escala de Conhecimento da Diabetes em Portugal. Acta Med Port [Internet]. 30 de Setembro de 2016 [citado 1 de Agosto de 2018];29(9):499-506. Disponível em: <https://actamedica-portuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7517>
- Ferreira P, Ferreira L, Pereira L. Contribution for the Validation of the Portuguese Version of EQ-5D. Acta Med Port [Internet]. 2013;26:664-75. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1317>
- Fitzgerald JT, Funnell MM, Hess GE, Barr PA, Anderson RM, Hiss RG, et al. The Reliability and Validity of a Brief Diabetes Knowledge Test. Diabetes Care [Internet]. 1 de Maio de 1998;21(5):706-10. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/cgi/doi/10.2337/diacare.21.5.706>
- Morais C, Pimenta RE, Ferreira PL, Boavida JM, Amorim JP. Assessing Diabetes Health Literacy, Knowledge and Empowerment in Northern Portugal. Em: Rocha A., Correia A., Costanzo S. RL, editor. New Contributions in Information Systems and Technologies [Internet]. Cham: Springer; 2015 [citado 3 de Novembro de 2018]. p. 63-71. Disponível em: [http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-16528-8\\_7](http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-16528-8_7)
- Oliveira S, Morais C. Promoção da Literacia e Capacitação de Pessoas Diabéticas Tipo 2 Idosas em Cuidados de Saúde Primários. Millenium - J Educ Technol Heal [Internet]. 2016 [citado 14 de Julho de 2018];2(1):175-82. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/13940>
- van Reenen M, Janssen B. EQ-5D-5L User Guide Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument [Internet]. Rotterdam: EuroQol Research Foundation; 2015 [citado 31 de Julho de 2018]. 28 p. Disponível em: [https://euroqol.org/wp-content/uploads/2016/09/EQ-5D-5L\\_UserGuide\\_2015.pdf](https://euroqol.org/wp-content/uploads/2016/09/EQ-5D-5L_UserGuide_2015.pdf)
- OND. Diabetes: Factos e Números. O Ano de 2015: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia; 2016. 1-66 p.
- Jayasinghe UW, Harris MF, Parker SM, Litt J, van Driel M, Mazza D, et al. The impact of health literacy and life style risk factors on health-related quality of life of Australian patients. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 4 de Dezembro de 2016 [citado 19 de Outubro de 2018];14(68):1-13. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4855442/pdf/12955\\_2016\\_Article\\_471.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4855442/pdf/12955_2016_Article_471.pdf)
- Adam KD, Wendel CS, Solvas PA, Hoffman RM, Duckworth WC, Murata GH, et al. Factors affecting diabetes knowledge in Type 2 diabetic veterans. Diabetologia [Internet]. 1 de Agosto de 2003 [citado 14 de Outubro de 2018];46(8):1170-8. Disponível em: [file:///C:/Users/susana/Downloads/Factors\\_affecting\\_diabetes\\_knowledge\\_in\\_Type\\_2\\_dia.pdf](file:///C:/Users/susana/Downloads/Factors_affecting_diabetes_knowledge_in_Type_2_dia.pdf)
- Fenwick EK, Xie J, Rees G, Finger RP, Lamoureux EL. Factors Associated with Knowledge of Diabetes in Patients with Type 2 Diabetes Using the Diabetes Knowledge Test Validated with Rasch Analysis. Khamesh ME, editor. PLoS One [Internet]. 3 de Dezembro de 2013 [citado 8 de Agosto de 2018];8(12):1-8. Disponível em: [www.plosone.org](http://www.plosone.org)
- ADA. Standards of Medical Care in Diabetes—2018. Diabetes Care [Internet]. 8 de Janeiro de 2018 [citado 2 de Julho de 2018];41(Supplement 1):S1-159. Disponível em: <https://diabetesed.net/wp-content/uploads/2017/12/2018-ADA-Standards-of-Care.pdf>
- Ferreira L, Ferreira P, Pereira L, Oppe M. EQ-5D Portuguese population norms. Qual Life Res [Internet]. 2014 [citado 4 de Novembro de 2018];23:425-430. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F11136-013-0488-4.pdf>
- Hara Y, Hisatomi M, Ito H, Nakao M, Tsuboi K, Ishihara Y. Effects of gender, age, family support, and treatment on perceived stress and coping of patients with type 2 diabetes mellitus. Biopsychosoc Med [Internet]. 2014 [citado 28 de Outubro de 2018];8(1):16. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25075211>
- Sommappa HK, Venkatesha M, Prasad R. Quality of Life assessment among Type 2 Diabetic patients in rural tertiary centre. Int J Med Sci Public Heal [Internet]. 2014 [citado 1 de Novembro de 2018];3(4):415-7. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/af14/582e67f84bfb6d6f8dca66a8f4eb17b7fb62.pdf>
- Tamir O, Wainstein J, Raz I, Shemer J, Heymann A. Quality of Life and Patient-Perceived Difficulties in the Treatment of Type 2 Diabetes. Rev Diabet Stud [Internet]. 2012 [citado



- 1 de Novembro de 2018];9(1):46-54. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22972444>
24. Bains SS, Egede LE. Associations Between Health Literacy, Diabetes Knowledge, Self-Care Behaviors, and Glycemic Control in a Low Income Population with Type 2 Diabetes. *Diabetes Technol Ther* [Internet]. Março de 2011 [citado 21 de Outubro de 2018];13(3):335-41. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3690006/pdf/dia.2010.0160.pdf>
25. Barendse S, Singh H, Frier BM, Speight J. The impact of hypoglycaemia on quality of life and related patient-reported outcomes in Type 2 diabetes: a narrative review. *Diabet Med* [Internet]. 1 de Março de 2012 [citado 1 de Novembro de 2018];29(3):293-302. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1464-5491.2011.03416.x>
26. Solli O, Stavem K, Kristiansen I. Health-related quality of life in diabetes: The associations of complications with EQ-5D scores. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 4 de Fevereiro de 2010 [citado 1 de Novembro de 2018];8(18):1-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20132542>



**TÂNIA CORREIA**

**Enfermeira Especialista** em Saúde Mental e Psiquiatria, Doutoranda em Ciências de Enfermagem, Mestre em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem. Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga E.P.E., CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Portugal.

✉ [tsp.correia@gmail.com](mailto:tsp.correia@gmail.com)

**MARIA MANUELA MARTINS**

**Professora Coordenadora**, Doutora em Ciências de Enfermagem. ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Portugal.

**ELAINE FORTE**

**Professora Doutora**, Doutorada em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Brasil.

# GESTÃO DE ENFERMAGEM: ÁREAS PRIORITÁRIAS NA SEGURANÇA DE PROFISSIONAIS E CLIENTES

Nursing management:  
priority areas regarding safety  
of professionals and clients

## Abstract

**Background:** Due to the disturbing data that have been published, health security has gained special notoriety. The involvement of manager nurses is a fundamental condition to ensure high hospital safety standards. These are responsible for promoting a safety culture in teams and for promoting safe environments.

**Objective:** To know what areas manager nurses consider as priority in the safety of clients and nurses in a hospital service.

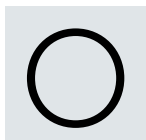
**Methodology:** A phenomenological qualitative study carried out through a semi-structured interview to 14 manager nurses of a hospital in the central region of Portugal, chosen by convenience. Content analysis was carried out using Atlas.ti software and Bardin methodology.

**Results and Discussion:** We identified 11 priority areas in client safety that reflect concern about adverse events with higher incidence rates and their causes described as more significant. The 12 priority areas in occupational safety are in line with the known occupational hazards and the most frequent workplace accidents. There are 5 categories that show a relationship between nurses 'and clients' safety.

**Conclusion:** For those interviewed, customer and professional safety are equally important and interrelated. It is understood that health security is complex and multidimensional and does not only imply client safety, this may be dependent on the safety of the nurse and vice versa. They also demonstrated knowledge of the main safety problems described in the literature.

**KEYWORDS:** NURSING CARE, PATIENT SAFETY, SAFETY MANAGEMENT, OCCUPATIONAL RISKS.

## INTRODUÇÃO



Institute Of Medicine (IOM) publicou em 2000 o relatório "To err is human: building a safer health

care sistem" que revelou um elevado número de mortes resultantes de erros clínicos considerados evitáveis, bem como o facto de existirem problemas evidentes nos sistemas que têm como objetivo evitar esses mesmos erros <sup>(1)</sup>.

Gestores, profissionais de saúde, formuladores de políticas e utilizadores dos serviços de saúde têm vindo a prestar mais atenção à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde <sup>(2)</sup>.

Contudo, apesar dos esforços atuais para melhorar os níveis de segurança, atualmente um em cada dez clientes é alvo de erros em saúde, dos quais 50% são considerados evitáveis <sup>(2-6)</sup>. Estes erros resultam em prejuízos de biliões de euros para os sistemas de saúde em todo o mundo e representam cerca de 15% dos gastos e atividade ao nível hospitalar <sup>(7)</sup>.

Sobre a relação entre a gestão de enfermagem e os resultados de segurança para o cliente, a evidência é ainda recente e limitada <sup>(8)</sup>. Ainda assim, apontam evidências de uma relação positiva entre o desempenho dos enfermeiros gestores e melhores resultados para a o cliente como a satisfação, diminuição de eventos adversos e complicações para o cliente <sup>(8)</sup>.

A investigação sobre esta temática têm vindo a focar-se mais nos comportamentos de liderança dos enfermeiros em relação à satisfação do trabalho e outros resultados organizacionais e demonstram que o desempenho da gestão de enfermagem influencia a motivação e o desempenho dos enfermeiros <sup>(9)</sup>. Evidenciam também que as atividades desenvolvidas neste âmbito são maioritariamente orientadas para

tarefas e gestão de relações e não tanto para mudanças <sup>(9)</sup>. Alguns sistemas de gestão de risco demonstram ainda que, os enfermeiros apresentam limitações na gestão do risco devido à limitação de recursos e à complexidade do trabalho em saúde <sup>(10)</sup>.

Em questões de segurança, as indústrias de alto risco levam um grande avanço e o papel dos gestores já foi reconhecido como fundamental <sup>(11)</sup>. Foi também já demonstrado que o desempenho da gestão está muito relacionado com o comprometimento da organização com a segurança, comportamentos de segurança dos funcionários e a ocorrência de acidentes de trabalho <sup>(11)</sup>.

A segurança do trabalhador enquadra-se no âmbito da Saúde Ocupacional (SO) que tem como objetivos a prevenção de riscos profissionais, proteção e promoção da saúde do trabalhador, garantindo ambientes de trabalho saudáveis que previnam ou diminuam a exposição a fatores de risco <sup>(12,13)</sup>.

De notar que a prática de enfermagem implica um conjunto de riscos acrescidos que se devem à essência da sua atividade e ao ambiente em que se desenvolve, estes riscos não podem ser ignorados pelos gestores na tomada de decisão <sup>(13)</sup>.

Este tema ganha elevada importância no âmbito da segurança hospitalar dado que não podem ser prestados cuidados de saúde seguros se os profissionais de saúde não estão também eles em segurança. <sup>(13)</sup>

No sentido de garantir a segurança em saúde é fundamental que os gestores de enfermagem identifiquem focos de intervenção para implementar estratégias de gestão de risco. Além disso importa considerar que a segurança dos cuidados de saúde é abrangente e complexa envolvendo segurança do cliente e profissionais.

Apesar de já existirem estudos sobre segurança do cliente e sobre a segurança no trabalho, as duas áreas juntas como uma área de gestão não surge ainda com evidência.

## OBJETIVO

Este estudo pretende conhecer que áreas os enfermeiros gestores consideram prioritárias para a segurança de clientes e profissionais nos serviços pelos quais são responsáveis.

## MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo qualitativo fenomenológico, cujos participantes são enfermeiros gestores de um hospital da região centro de Portugal, cujo método de amostragem é o de conveniência por serem os mais acessíveis <sup>(14)</sup>. Os critérios de inclusão são: experiência mínima de seis meses em gestão de um serviço hospitalar e encontrar-se em exercício de funções no momento da entrevista. A amostra é constituída por 14 enfermeiros gestores, dos quais, 11 mulheres e 3 homens, com médias de idade de 55,7 anos e tempo de experiência em gestão de 16,7anos. Todos enfermeiros especialistas, 8 mestres, 1 mestrando, 1 doutorando e doze com algum tipo de formação na área da gestão. Na recolha de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada individual. Estas ocorreram entre fevereiro e maio de 2015 no local de trabalho dos participantes.

Para a análise de conteúdo baseamos-nos na metodologia de Bardin <sup>(15)</sup> que envolve três fases: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação <sup>(15)</sup>. Como instrumento de recurso para a codificação e categorização das entrevistas utilizou-se o *software* Atlas.ti®, o que coadjuvrou na análise dos resultados. >

No respeito pelos princípios éticos e legais, para a realização da investigação, procedeu-se a um pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar em estudo e à respetiva Comissão de Ética. A última respondeu informando que apenas se pronuncia se solicitado pelo Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar que é responsável por autorizar estes pedidos. Foi autorizada a realização do estudo pelo mesmo. Todos os procedimentos realizados com os participantes respeitaram o anonimato, a confidencialidade e o consentimento informado.

## RESULTADOS

Sobre as áreas prioritárias para a segurança dos clientes os enfermeiros gestores alargaram-se no discurso e foram identificadas onze áreas prioritárias que se traduzem nas seguintes categorias: Comunicação, Cirurgia segura, Segurança do medicamento, Identificação do cliente, Quedas, Úlceras de pressão, Risco de infeção, Dotações seguras, Boas práticas, Controlo de visitas e Estrutura (Figura 1).

Face às áreas que consideram prioritárias na segurança do cliente foi possível identificar 12 categorias: Acidentes de Serviço, Riscos Biológicos, Ergonomia, Violência, Quedas, Burnout, Pausas Laborais, Satisfação, Comunicação, Controlo de visitas, Dotações Seguras e Estrutura (Figura 2).

## DISCUSSÃO

Áreas Prioritárias para a Segurança do Cliente

A falha na Comunicação tem vindo a ser apontada como uma das principais causas dos eventos notificados (16). Enquanto área prioritária, a comunicação foi identificada por três enfermeiros gestores que referiram ser essencial mencionando o compromisso da segurança

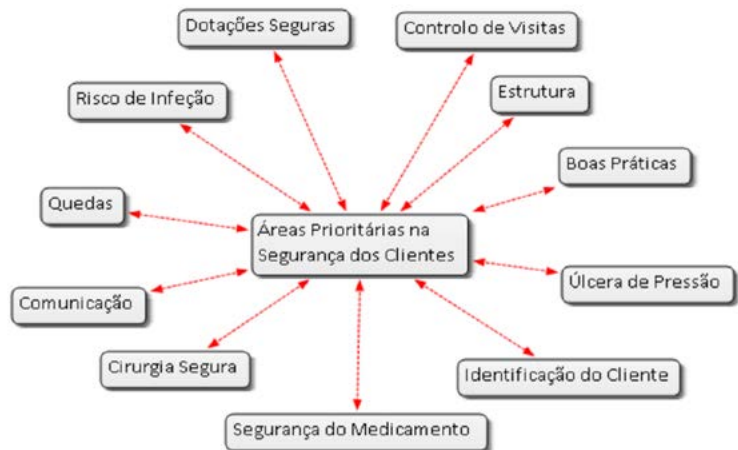
quando esta não é eficaz: "(...) não só a comunicação entre profissionais, a comunicação de informação clínica, (...) a comunicação entre o profissional e o cliente e entre profissional e cuidador, é ver a forma como o doente entende o cuidado, entende o procedimento e apreende e interioriza a sua responsabilidade no seu tratamento quer quando está no internamento quer quando vai para casa porque depende muito do sucesso da comunicação a orientação do cliente para evitar a recaída ou para terminar o seu tratamento em sucesso." (E10). Esta está mencionada no Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2015-2020 como um dos seus objetivos estratégicos: o aumento da segurança da comunicação, desta forma, faz sentido que figure no leque de áreas prioritárias de intervenção dos enfermeiros gestores (17).

Dois enfermeiros gestores identificaram a cirurgia segura como área prioritária referindo especificamente à iniciativa: "cirurgias seguras salvam vidas implementando uma checklist um protocolo implementado pela Direção Geral de Saúde em que o cliente não segue

para o bloco se não estiver a lista preenchida devidamente. (...) Com isto temos evitado cancelamento de cirurgias porque identificamos e atuamos atempadamente" (E5). Esta área prioritária respeita o PNSD 2015-2020 que contempla como objetivo estratégico de aumentar a segurança cirúrgica (17). Além disso, está em consonância com o manual "Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009" é de aplicação obrigatória em todos os blocos operatórios do Serviço Nacional de Saúde (18). Também a categoria da segurança do medicamento, contemplada no PNSD 2015-2020 (17), foi reconhecida como área prioritária por treze dos catorze enfermeiros gestores entrevistados e foi possível perceber que há um conhecimento da evidência atual sobre os erros medicamentosos: "(...) está relatado (...) que há erros, nós temos vários fatores intervenientes no erro aqui, (...), a visita que está a decorrer, não temos uma sala própria para preparar a medicação, as pessoas não respeitam (...), nós temos os telemóveis conosco a tocar, (...), somos interrompidos pelos nossos colegas, pelos assistentes operacionais, pelos médicos (...)

FIGURA 1

## ÁREAS PRIORITÁRIAS NA SEGURANÇA DOS CLIENTES (FONTE: ATLAS.TI)



mais aquele que é inerente a mim, que eu sou uma pessoa que posso errar(...)" (E11).

A falha na identificação dos clientes, de acordo com OMS contribui em larga escala para erros de medicação, erros de transfusão, erros em exames, procedimentos em pessoas erradas, entrega de bebês a famílias aos quais não pertencem <sup>(19)</sup>. A identificação do cliente foi referida por quatro enfermeiros gestores como prioritária, embora em discursos breves, demonstram que estão implementadas medidas de avaliação: "Nós temos algumas auditorias ao serviço, nomeadamente a identificação dos clientes com a pulseira" (E9). Esta categoria mais uma vez respeita as indicações do PNSD 2015-2020 no objetivo estratégico de assegurar a identificação inequívoca dos clientes <sup>(17)</sup>.

As Quedas em internamento ocorrem cerca de 4,8 a 8,4 por 1000 clientes (19). Também abrangida no PNSD 2015-2020 (17), a prevenção da ocorrência de quedas também foi referida, desta vez por, seis enfermeiros gestores que enumeraram a queda

como foco de intervenção prioritário, referindo mesmo a importância do registo e acompanhamento de resultado de auditorias: "(...) está implementada no serviço (...) a vigilância das quedas (...) que já estão no nosso padrão de documentação (...) e temos os resultados das auditorias (...)"(E11).

A Úlcera de Pressão enquanto elemento de atenção foi referida por quatro dos entrevistados: "Temos as úlceras de pressão que é uma prioridade que eu dou muito valor nomeadamente aqui no Serviço (...)" (E10). A taxa de incidência de Úlceras de pressão é de 10% a 14% e mais uma vez está contemplada no PNSD 2015-2020 no objetivo estratégico de prevenção da ocorrência de úlceras de pressão <sup>(17,19)</sup>.

O risco de infeção, também abrangido pelo PNSD 2015-2020 (17) no objetivo estratégico: prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos, evidenciou-se uma preocupação nos discursos de três participantes que, no entanto, incidiram mais em situações de contexto de infeções identificadas

e não tanto com intuito preventivo: "quando percebemos que há um cliente infetado tentamos colocá-lo em (...) isolamento possível, mas às vezes as condições físicas não permitem (...) Em relação ao pessoal tentamos sempre utilizar os equipamentos de proteção individual, (...)" (E9). Esta área prioritária justifica-se pela elevada taxa de incidência das infeções associadas aos cuidados de saúde que varia entre 5% a 10% <sup>(19)</sup>. As dotações seguras representam também uma preocupação de três enfermeiros gestores no que se refere à segurança dos clientes: "Mesmo até em termos de recursos humanos, está bem que estamos a trabalhar as dotações da DGS, (...), mas eu penso que se conseguíssemos tirar mais partido informaticamente dos registos de enfermagem se calhar também nos ia ajudar nas dotações seguras." (E9).

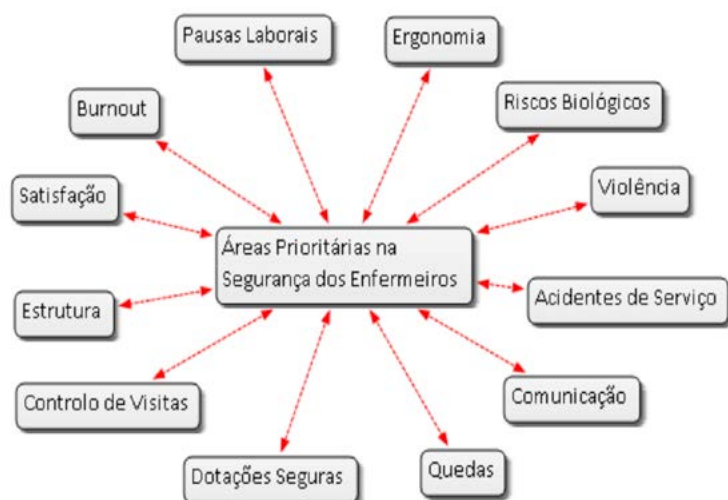
Um enfermeiro gestor enumerou boas práticas como uma preocupação: "Boas práticas sempre me preocuparam" (E2). Estas são definidas como práticas, clínicas, científicas e/ou profissionais baseadas na evidência e reconhecidas pela maioria dos profissionais de uma área específica <sup>(20)</sup>.

Também apenas um enfermeiro gestor referiu o controlo de visitas como foco prioritário de atenção para a segurança dos clientes: "(...) qualquer pessoa entra no hospital a qualquer hora, (...)" (E7) referindo mesmo que "(...) por vezes complicam a prestação de cuidados e depois a nível de segurança é complicado." (E7). Neste âmbito, a Lei n.º 15/2014, que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do cliente dos serviços de saúde, refere o direito de acompanhamento nos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde <sup>(21)</sup>. No entanto nada refere acerca de horários de visita ou como é feito esse controlo e por quem.

Por fim, cinco enfermeiros gestores enunciaram a estrutura como tema prioritário para a segurança do

FIGURA 2

## ÁREAS PRIORITÁRIAS NA SEGURANÇA DOS CLIENTES (FONTE: ATLAS.TI)



cliente e foram unânimes ao considerarem que *"Basicamente, temos uma estrutura física antiga, apesar de terem sido reestruturados quartos de banho e quartos, temos espaço reduzido, precisávamos de mais quartos e mais quartos de banho."* (E14). As instalações físicas estão incluídas no elemento estrutura incluído no modelo de avaliação da qualidade de Donabedian <sup>(22)</sup>.

As áreas prioritárias identificadas pelos enfermeiros gestores refletem preocupação com eventos adversos com maiores taxas de incidência e com as causas descritas como mais significativas para a ocorrência de eventos adversos. Além disso, as áreas prioritárias identificadas incluíram sete dos nove objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020, deixando de fora a cultura de segurança do ambiente interno bem como a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes <sup>(17)</sup>. Os dois últimos temas foram abordados quando questionados especificamente sobre o assunto e os dados analisados separadamente <sup>(23)</sup>. Áreas Prioritárias para a Segurança do Enfermeiro

Os Riscos Biológicos como vírus, fungos e bactérias que podem causar doença <sup>(24)</sup> foram identificados como área prioritária, três enfermeiros gestores a referiram: *"a infeção hospitalar também diz muito em relação aos enfermeiros, também somos todos pessoas e também precisamos de nos prevenir e de nos precaver sobre certas infeções e sobre certos riscos que corremos (...)"* (E9).

Cinco entrevistados mencionaram a Ergonomia como foco prioritário de atenção: *"A área prioritária é claramente a área da gestão de esforços. A maior parte dos problemas que temos prende-se com lombalgias de esforço. Temos uma quantidade grande de pessoas com problemas, com limitações que são impostas pela medicina do trabalho, que também a ergonomia dos postos de trabalho não é a melhor (...)"* (E8). A

categoria Ergonomia tem subjacente o risco relacionado com trabalho, com postura e atividade física resultante da atividade laboral.

A Queda foi apenas citada mas o enfermeiro gestor que em causa não explicou em que sentido representa um elemento prioritário na segurança dos enfermeiros.

A Violência evidenciou-se no discurso de um participante que expôs o problema *"das lesões por visitas e por clientes, agressões verbais e físicas e ameaças que leva a baixas do foro psiquiátrico em que as pessoas têm medo de vir trabalhar."* (E9). Esta categoria demonstra que os enfermeiros gestores estão atentos a fatores que contribuem, neste caso, para os riscos físicos e psicossociais dos profissionais que possam ter origem na violência no local de trabalho.

Três enfermeiros gestores indicaram o Controlo de Visitas como essencial para a segurança dos enfermeiros, no contexto de mudança de paradigma que se vive atualmente no que se refere à presença de familiares nos hospitais: *"as correntes que existem é de que um hospital deve ser (...) o mais aberto possível, principalmente para os elementos de transferência para envolver os familiares no processo terapêutico do cliente e para integração mais eficaz no seio familiar e na sociedade (...) o problema que nós temos é que de facto as pessoas, quando estão no hospital, só têm direitos, não têm obrigações, e sabem tudo e o respeito pelos outros está de lado. É lógico que nós aí não estamos muito seguros"* (E11), e acreditam que neste contexto o enfermeiro fica desprotegido quando não há um controlo de visitas efetivo, quer pelo risco físico, quer pelo sentimento de insegurança que contribui para aumento do risco psicossocial.

O Burnout enquanto área prioritária na segurança dos enfermeiros, foi apenas relatado por um enfermeiro gestor: *"Nos momentos críticos em que a prestação de cuidados é difícil por falta de condições e de recur-*

*sos humanos, é uma insatisfação e frustração muito grande para o enfermeiro não poder prestar cuidados com a máxima qualidade mas fazer aquilo que é prioritário e isso cria frustração e desencanto com a própria profissão. Mas temos de saber dar a volta e (...) para não entrarmos em burnout, (...)"* (E5). Este fenómeno é considerado uma síndrome característica do meio laboral, que se trata de um processo de resposta ao stress ocupacional crónico com efeitos negativos nas esferas individual, profissional, familiar e social <sup>(25)</sup>. Contribui para a redução da produtividade e qualidade do desempenho profissional, o aumento do absentismo, acidentes laborais, para uma imagem negativa da instituição bem como prejuízos financeiros <sup>(25)</sup>.

Num domínio semelhante, a Satisfação dos Enfermeiros foi considerada prioritária: *"(...) porque se estiverem satisfeitos, aumenta a segurança deles."* (E14) no entanto apenas foi referida uma vez sem grande elaboração sobre o assunto.

Nas duas últimas categorias referidas, está presente o risco psicossocial. Um enfermeiro gestor, que tem como foco de atenção a satisfação dos enfermeiros e a prevenção do burnout, está a dar o primeiro passo na gestão deste risco.

A categoria de Acidentes de Trabalho foi identificada como prioritária para a segurança dos enfermeiros por dois enfermeiros gestores: *"Relativamente aos enfermeiros, uma das áreas é a questão dos acidentes em serviço."* (E6), no entanto não se alongaram além disto. Acidente de trabalho é entendido como: *"aquele que se verifique no local e no tempo de trabalho e produza directa ou indirectamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte"* <sup>(26)</sup>. Os acidentes de trabalho podem originar doença profissional, que é *"toda aquela que é produzida em consequência do trabalho, (...) occasione ao trabalhador uma incapacidade"*

dade para o exercício da sua profissão ou a morte.” (24).

Os riscos profissionais, materializados em acidentes de trabalho e doenças profissionais refletem-se em incapacidades, morbidades e absentismo. O absentismo pode ser definido como o somatório dos dias de ausência excluindo-se as faltas dos períodos de férias (27). É, muitas vezes, reflexo de ambientes de trabalho inadequados, de falta de condições de segurança, de condições de trabalho stressantes. Além disso, a falta de trabalhadores tem consequências para os restantes pois aumenta o volume de trabalho individual, criando uma sobrecarga adicional em cada trabalhador que ainda está em atividade e, por consequência, aumento o risco de acidentes de trabalho (28).

Assim, os acidentes de trabalho têm consequências no profissional em causa mas também para toda a organização, pelo deve constituir um foco de intervenção prioritário para os enfermeiros gestores.

Outro enfermeiro gestor referiu ainda as Pausas Laborais como prioritário: *“Devíamos ter mais espaços de convívio, ser obrigatório fazer pausas, era muito importante (...). O que eu acho também complicado é a prática do horário de 12h neste contexto (...ninguém respeita a nossa hora de almoço (...)) não temos horários.”* (E 12). De acordo com o artigo nº 213 da lei nº7/2009 de 12 de Fevereiro “O período de trabalho diário deve ser interrompido por um intervalo de descanso, de duração não inferior a uma hora nem superior a duas, de modo a que o trabalhador não preste mais de cinco horas de trabalho consecutivo, ou seis horas de trabalho consecutivo caso aquele período seja superior a 10 horas.” (29).

Num total de seis referências, as Dotações Seguras reuniram mais consenso entre os enfermeiros gestores face à segurança do enfermeiro: *“Dotações seguras, acho que é prioritário porque não tendo dotações seguras temos riscos que estão mais*

*do que identificados e provado que tem consequências (...)”* (E10).

Por fim, houve relato de preocupação prioritária com a Estrutura Física dos espaços onde os enfermeiros desenvolvem a sua atividade profissional: *“(...)condições de trabalho que engloba (...) a estrutura física do serviços acho que são áreas importantes.”* (E10), outros enumeraram alguns problemas identificados: *“a ergonomia dos postos de trabalho não é a melhor (...)”* (E8).

A Comunicação foi referida como área prioritária para a segurança do enfermeiro, mas não explanada pelos entrevistados de que modo. As áreas, identificadas como prioritárias para a segurança dos enfermeiros, além de estarem de acordo com os riscos profissionais descritos, também demonstram atenção aos acidentes de trabalho apontados como mais frequentes, como são os riscos biológicos, quedas e ergonomia.

Importa sublinhar que os participantes valorizam a segurança do enfermeiro embora nos seus discursos haja falta de referência ao absentismo e doença profissional. Ainda assim, demonstraram conhecimento e sensibilização dos efeitos negativos das más condições de trabalho na segurança dos enfermeiros e reconheceram que, naturalmente a segurança dos enfermeiros se repercute na segurança dos clientes.

As categorias identificadas em áreas prioritárias dos clientes e dos enfermeiros tiveram cinco categorias em comum: Dotações seguras, Contolo de visitas, Estrutura, Quedas e Comunicação. Demonstra-se assim que, para os entrevistados, nem a segurança do cliente se sobrepõem à segurança do enfermeiro nem vice-versa.

## CONCLUSÕES

Conhecer as áreas que os enfermeiros gestores consideraram prioritárias para a segurança de clientes e profissionais, permitiu compreender

melhor a sua atuação. Foram identificadas onze áreas prioritárias para a segurança dos clientes que demonstram conhecimento sobre os eventos adversos com maiores taxas de incidência e com as causas descritas como mais significativas para a ocorrência de eventos adversos. Dos nove objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020 sete estão incluídos nas categorias descritas (17). De fora ficam a Cultura de Segurança do Ambiente Interno e a prática sistemática de Notificação, Análise e Prevenção de Incidentes que foram abordadas em outro momento do estudo.

As áreas que encaram como prioritárias na segurança do cliente traduzem-se em 12 categorias que comprovam a identificação dos riscos profissionais descritos bem como os acidentes de trabalho mais notificados.

Embora, os relatos dos participantes valorizem a segurança dos enfermeiros, não referiram as consequências do absentismo nem a doença profissional. Contudo, demonstraram conhecimento sobre as consequências de determinadas condições de trabalho na segurança dos enfermeiros.

Verificam-se cinco categorias identificadas em comum como prioritárias quer para a segurança dos clientes, quer para a segurança dos profissionais. Este fato sustenta o reconhecimento da influência da segurança dos enfermeiros na segurança dos clientes e vice-versa o que evidencia a relação entre a segurança de ambos.

Embora em alguns temas se evidencie a carência de discurso face à segurança do enfermeiro, este fato poderá refletir a delegação de funções no departamento de saúde ocupacional, embora isto não tenha sido referido.

Em suma, constata-se que encontramos junto dos participantes informações fundamentais para a perseguição de um caminho para alcançar a segurança dos serviços de saúde. ▴





## Referências

1. Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C.: Institute Of medicine; 2000.
2. Schenk EC, Bryant RA, Van Son CR, Odom-Maryon T. Perspectives on Patient and Family Engagement With Reduction in Harm: The Forgotten Voice. *Journal of Nursing Care Quality* 2018;34(1):73-9.
3. World Health Organization. *Patient Safety: Making health care safer*. Genebra, Suíça: WHO; 2017.
4. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *British Medical Journal Quality & Safety* 2013;22(10):809-15.
5. Institute for Patient and Family Centered Care. *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals-How to Get Started*. Bethesda, Maryland, Estados Unidos da América: Institute for Patient- and Family-Centered Care 2017 Janeiro. 22 p.
6. National Patient Safety Foundation. *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement - Fifteen Years after To Err Is Human*. Report of an Expert Panel Convened. Boston, Estados Unidos da América: National Patient Safety Foundation; 2015.
7. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. *The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*. Paris, França: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017 Março.
8. Wong CA, Cummings GG. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review *Journal of Nursing Management*. 2007;15:508-21.
9. Agnew C, Flin R. Senior charge nurses' leadership behaviours in relation to hospital ward safety: a mixed method study. *International Journal of Nursing* 2014;51(5):768-80.
10. Farokhzadian J, Dehghan Nayeri N, Borhani F. Assessment of Clinical Risk Management System in Hospitals: An Approach for Quality Improvement. *Global Journal of Health Science*. 2015;7(5):294-303.
11. Flin R. Leadership for safety: industrial experience. *Quality and Safety in Health Care*. 2004;13(suppl\_2):ii45-ii51.
12. DGS. Norma 026/2013: Programa de Saúde Ocupacional: 2º ciclo 2013/2017. Lisboa: DGS; 2013.
13. DGS. Norma 008/2014: Organização e funcionamento do Serviço de Saúde Ocupacional/Saúde e Segurança do Trabalho dos Centros Hospitalares/Hospitais. Lisboa: DGS; 2014.
14. Fortin M-F. *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures2009. 618 p.
15. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2000.
16. World Health Organization. *Patient Safety Solutions: communication during Patient Hand-overs*. Suíça; 2007.
17. Ministério da Saúde. *Diário da República, 2.ª série — N.º 28: Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2015-2020*. Ministério da Saúde; 2015. p. 3882 (2-10).
18. OMS. *Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS: 2009 Cirurgia Segura Salva Vidas*. In: Saúde D-Gd, editor. Lisboa2009.
19. World Alliance For Patient Safety. *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Genebra, Suíça: World Health Organization; 2008.
20. Ordem dos Enfermeiros. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2001.
21. Direção Geral da Saúde. *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Lisboa: DGS; 2011.
22. Governo da República Portuguesa. *Lei N.º 15/2014: Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde*. . In: República Ad, editor. Lisboa: Diário da República (21-03-2014); 2014. p. 2127 - 31.
23. Donabedian A. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press; 2003.
24. Correia T, Martins M, Forte E. Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro. *Revista de Enfermagem Referência*. 2017;IV Série(12):75-84.
25. Ministério da Saúde, Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. *Gestão dos riscos profissionais em estabelecimentos de saúde*. Lisboa, Departamento de Saúde Pública; 2013.
26. Benevides-Pereira A. *O Estado da Arte do Burnout no Brasil*. *Revista Eletrônica InterAção Psy*. 2003:4-11.
27. Governo da República Portuguesa. *LEI N.º 98/2009* In: (04-09-2009) AdR, editor. Lisboa: Diário da República; 2009. p. 5894-920.
28. Administração Central do Sistema de Saúde. *Balanço Social Global do Ministério da Saúde e SNS - 2014*. Lisboa: ACSS; 2015.
29. Laus AM, Anselmi ML. Ausência dos trabalhadores de enfermagem em um hospital escola. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 2008;42:681-9.
30. Governo da República Portuguesa. *Lei N.º 7/2009: revisão do Código do Trabalho*. In: República Ad, editor. Lisboa: Diário da Republica (12-02-2009); 2009. p. 926-1029.



# Intent-Care Project

[www.esenf.pt/intent-care](http://www.esenf.pt/intent-care)

## DEVELOPMENT OF AN EDUCATIONAL TECHNOLOGICAL TOOL FOR CARERS OF DEPENDENT PEOPLE

### Our aim

The Intent-Care project aims to develop and validate an interactive tool that provides information tailored to the needs of family carers of dependent patients, in such a way that it complements orientation received and promotes carer autonomy.

Our goal is to develop a trusted and user-friendly site. The major innovative element will be the platform's conception – the platform's interactivity with the users' needs will help their decision-making processes, and allow family carers to decide which information and learning is more important to them. Contents will be built focusing on the basic needs of a carers' daily life, thus assisting carers in overcoming problems and difficulties encountered when caring for a dependent person, regardless the medical diagnostic situation.

### Partners

- Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal
- CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde
- Universidade de São Paulo, Brazil
- Centro Hospitalar do Porto, Portugal

### Description

INTENT-Care will be supported by videos demonstrating the procedures and audio documents.

The videos address the most frequent types of care provided by family carers, in an attempt to meet the needs of the dependent persons' carers. The actors in the videos are family carers who already provide care for dependent persons. This interactive platform is being translated into other European languages.

### Project leader

Maria José Lumini RN, PhD. [lumini@esenf.pt](mailto:lumini@esenf.pt)