

Semestral | Vol. 3 N. 2 | Dezembro 2020
ISSN: 2184-1578
e ISSN: 2184-3791

RIIS

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde

Revista de Investigação & Inovação em Saúde

Vol. 3 N. 2 | Dezembro 2020

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE
DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA
Unidade de Investigação e Desenvolvimento

Ficha Técnica | Technical Sheet | Ficha Técnica

Propriedade

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
Unidade de Investigação e Desenvolvimento
Rua da Cruz Vermelha, Cidacos, 3720-126 Oliveira de Azeméis
Telf.: 256 661 435
Email: riis@essnortecvp.pt
URL: <https://www.riis.essnortecvp.pt>

Editor Chefe

Liliana Mota, PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Ficha Catalográfica

Revista de Investigação & Inovação em Saúde/ propriedade Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa: Unidade de Investigação e Desenvolvimento. Semestral. ISSN 2184-1578

Título da Revista

Revista de Investigação & Inovação em Saúde (RIIS)

Projeto gráfico e maquetização:

Unidade de Investigação e Desenvolvimento

ISSN

2184-1578

ISSNe

2184-3791

Registo de Marca Nacional

INPI – 592211

Periodicidade

Semestral

Acesso livre e gratuito para autores, revisores e leitores | Free access to authors, reviewers and readers | Acceso libre el autor, revisores e lectores

A RIIS agradece a colaboração de todos os autores, reservando-se ao direito de publicação. Todos os artigos publicados são da responsabilidade dos seus autores, que devem respeitar os princípios éticos da investigação e dar cumprimento às normas e orientações de edição da RIIS

Indexada em:





R|I|S

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde

Editorial

Integridade ética do investigador no domínio investigação científica

Diversas temáticas perpassam os artigos científicos da publicação deste número da revista. Todos eles de interesse relevante para o desenvolvimento e crescimento do conhecimento científico na área das ciências da enfermagem.

A sociedade em geral atravessa um momento crucial da sua história à escala mundial provocada pela nova doença COVID 19. Os enfermeiros, no cumprimento da sua missão e deveres, têm estado na linha da frente, quer no plano da prestação dos cuidados, quer no plano da investigação. Também neste contexto, os grandes centros investigação e as notáveis empresas farmacêuticas, incluindo o setor político e de governação dos países, não pouparam esforços para encontrar uma vacina para combater a doença deste início de século. Os primeiros resultados começam a aparecer e o prodígio da investigação para a possível irradiação do COVID 19, com um horizonte centrado no bem comum, tem sido proclamado em todo seu esplendor como benefício social e de saúde pública, como o fim último a alcançar. Porém, ainda não se falou dos meios que estão a ser utilizados para alcançar o fim desejado. A Declaração Universal de Bioética – UNESCO (2005) afirma no seu art.º 3.º que *“os interesses e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade”*.

E que meios são esses?

Surgem as primeiras informações de que há utilização de células provenientes de embriões ou fetos abortados que são usados para o fabrico da nova

vacina. Aqui coloca-se a questão da natureza moral do embrião e se deve ou não ser realizada investigação que utilize “seres humanos”. Na verdade, se por um lado podemos elevar o princípio ético da solidariedade para com as gerações futuras e para progresso da ciência que não deve ser travado; por outro, o princípio da integridade moral e física e da dignidade do embrião e dos seres humanos abortados são eticamente feridos.

Neste sentido, quatro questões éticas se colocam: a) ação daqueles que realizaram um aborto voluntário, o que, por sua vez, permitiu a recuperação de tecidos fetais necessários para a preparação das vacinas. b) aqueles que preparam as vacinas usando linhas de células humanas provenientes de abortos voluntários e de embriões humanos; c) aqueles que participam da comercialização em massa dessas vacinas, d) aqueles que precisam usá-los por motivos de saúde.

Naturalmente, que este procedimento levanta objeções éticas, porque nem tudo o que é tecnicamente e cientificamente possível fazer deve ser eticamente aceitável realizar.

Ética e integridade do investigador

A integridade ética do investigador é um dever e um requisito ético-moral, no que se refere à conduta deontológica do investigador. Os investigadores devem aderir às práticas éticas e aos princípios éticos fundamentais reconhecidos e adequados à(s) sua(s) disciplina(s), bem como às “normas éticas” documentadas nos diferentes códigos de ética

nacionais, sectoriais ou institucionais (Carta Europeia do Investigador), por forma a realizar o seu labor científico com meios e métodos honestos e adequados à investigação - através dos quais seja possível a verificação, a avaliação e publicitação dos resultados. No domínio da ética e integridade científica na investigação, a nossa prioridade é realçar a investigação e o investigador que regula a sua conduta baseada em princípios éticos. Todavia, a nível da integridade científica, não devemos e nem podemos deixar de referir a má conduta em investigação e práticas questionáveis: A fraude científica e práticas inaceitáveis (*"The European Code of Conduct for Research Integrity"*).

A fraude científica envolve a invenção, falsificação ou plágio na investigação, quer no exercício da atividade de investigação, quer na apresentação dos resultados: fabricação/invenção de dados ou resultados (*fabrication*, em inglês); a falsificação, manipulação de dados ou resultados; plágio, usar o trabalho de outrem sem o devido crédito de autoria. O investigador que age desta forma fraudulenta e agride violentamente os valores fundamentais da ciência e do cientista. Há evidências de publicações plagiadas, do autoplágio, resultados falsificados ou inventados.

No caso das práticas inaceitáveis, segundo o *"The European Code of Conduct for Research Integrity"*, referem-se a: 1) Manipulação dos critérios de autoria; 2) Republicação de partes significativas de uma publicação do próprio, incluindo traduções, sem referências ou citação ao artigo anterior (Autoplágio); 3) Citações eletivas para agradar a editores ou colegas; 4) Reter resultados ou dados; 5) Permitir a entidades de financiamento ou de patrocínio comprometer a

independência da investigação ou da publicação de resultados; 6) Expandir desnecessariamente a bibliografia do estudo; 7) Acusar um investigador de má conduta ou outras violações, por maldade; 8) Deturpar ou exagerar nos resultados obtidos e/ou na sua aplicabilidade; 9) Atrasar de forma indevida o trabalho ou a publicação de outros investigadores; 10) Uso de senioridade para encorajar comportamentos não íntegros; 11) Ignorar violações da integridade científica; 12) Suportar publicações que não têm preocupações relacionadas com a qualidade de investigação.

O investigador deve orientar a sua conduta baseada em princípios éticos referidos no *The European Code of Conduct for Research Integrity*, no sentido de realizar uma investigação responsável e honesta, que consagre os seguintes princípios: Confiabilidade – na garantia da qualidade da investigação, refletida no desenho experimental, nas metodologias a usar, na análise de resultados e no uso de recursos; Honestidade – no desenvolvimento, implementação, revisão, publicação e comunicação da investigação; Respeito – pelos colegas, participantes, da investigação, sociedade, ecossistemas, património cultural e meio ambiente; Responsabilidade – pela investigação, pela ideia da publicação, pela sua gestão, e organização, pela formação, pela supervisão e coordenação e, também pelo seu impacto.

A base de uma boa prática científica está na base de uma boa essência ética.

Carlos Costa Gomes, PhD

Presidente da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Sumário | Summary | Resúmen

Editorial

ARTIGOS DE INVESTIGAÇÃO

- 7 **Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar**
Manuela Ferreira, Catarina Pereira, Maria João Rodrigues, Mariana Paiva, Vânia Arrojado, Maria Henriqueta Figueiredo
- 21 **Automedicação nos estudantes do ensino superior da saúde**
Fernanda Príncipe, Ana Oliveira, Cristiana Silva, Daniela Silva, Denise Silva, Tomás Silva
- 29 **Violência doméstica contra as mulheres: conhecimentos, atitudes e barreiras do enfermeiro de família**
Isabel Oliveira, Cíntia Oliveira, Juliana Carvalho, Nuno Santos, Ana Torres
- 39 **Inteligência emocional do enfermeiro na abordagem ao doente crítico: estudo qualitativo**
Liliana Sousa, Cláudia Pereira, Ana Lopes, Mirandolina Faísca, Tânia Fortuna, Fernanda Príncipe, Liliana Mota
- 49 **Promoção da atividade física numa instituição de ensino superior**
Ana Quesado, Ana Rita Santos, Inês Cecílio Soares, Liliانا Moreira, Sandrina Pereira
- 61 **Estudantes de enfermagem relativamente à comunidade LGBT: Conhecimentos, atitudes e competência cultural**
Maribel Carvalhais, Andreia Santos, Diana Portovedo, Marco Oliveira, Rafaela Barbosa, Sofia Costa, Ana Torres
-
- ### ARTIGOS DE REVISÃO
- 75 **Jejum pré-operatório no cliente submetido a cirurgia eletiva: revisão integrativa da literatura**
Susana Castro, João Ventura-Silva, Olga Ribeiro
- 87 **Intervenção do enfermeiro na prevenção de trombose venosa profunda no pós-operatório: revisão integrativa**
Alexandre Rodrigues, Ana Filipa Arvins, Ana Sofia Granadeiro Rebelo, Cláudia Dias, Ricardo Novo, Sara Anjos, António Garrido
- 101 **O impacto do trabalho por turnos na saúde dos enfermeiros: revisão integrativa**
João Bamonde, Cristiano Pinto, Pedro Santos, Germano Couto



GANHOS EM SAÚDE FAMILIAR SENSÍVEIS AO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO/INTERVENÇÃO FAMILIAR

Family health gains sensitive to the Dynamic Family Assessment/Intervention Model

Beneficios en la salud familiar sensibles al Modelo Dinámico de Evaluación/Intervención Familiar

Manuela Ferreira, * Catarina Pereira, ** Maria João Rodrigues, ** Mariana Paiva, ** Vânia Arrojado, ** Maria Henriqueta Figueiredo ***

RESUMO

Enquadramento: o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) é um referencial teórico e operativo que pretende dar resposta às necessidades dos enfermeiros no cuidado às famílias. **Objetivo:** avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem prestados por estudantes colaborativamente com as famílias segundo o MDAIF. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo, transversal, de natureza quantitativa, com uma amostra de conveniência, constituída por 35 famílias. A colheita de dados foi realizada a partir dos registos de enfermagem dos cuidados prestados às famílias, sujeitos posteriormente a análise descritiva. **Resultados:** o MDAIF permitiu aos estudantes obter em ganhos em saúde junto das famílias. Dos diagnósticos formulados destacam-se pela prevalência os da dimensão do desenvolvimento, seguidos dos da dimensão funcional e finalmente os da dimensão estrutural. Registaram-se ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem em todas as áreas de atenção das dimensões, com uma modificação positiva no estado dos diagnósticos de enfermagem de 80,8% do antes para após a intervenção. **Conclusão:** os estudantes de enfermagem, fundamentados no MDAIF, avaliaram e intervíram colaborativamente com as famílias, obtendo ganhos em saúde familiar. Recomenda-se a disseminação generalizada do MDAIF no cuidado às famílias.

Palavras-chave: diagnóstico de enfermagem; enfermagem familiar; enfermeiras de saúde da família; saúde da família

*PhD, Professor adjunto na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/CINTESIS
<https://orcid.org/0000-0003-0019-9534>
 autor de correspondência:
 manuela.ferreira@essnortecvp.pt

**RN, Enfermeira, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

***PhD, Professor coordenador na Escola Superior de Enfermagem do Porto/CINTESIS
<https://orcid.org/0000-0001-7902-9751>

Como referenciar:

Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M.J., Paiva, M., & Figueiredo M.H. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 7-20. doi.org/10.37914/riis.v3i2.84

Recebido para publicação em: 05/07/2020
 Aceite para publicação: 24/11/2020

ABSTRACT

Background: the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (MDAIF) is a theoretical and operational framework that aims to respond to the needs of nurses in caring for families. **Objective:** to evaluate health gains sensitive to nursing care provided by students collaboratively with families according to the MDAIF. **Methodology:** this is a descriptive, cross-sectional, quantitative study, with a convenience sample, consisting of 35 families. Data collection was performed from the nursing records of caring provided to families, which were subsequently subjected to a descriptive analysis. **Results:** the MDAIF allowed students to obtain health gains beside their families. From the diagnoses formulated, those of the development dimension stand out, followed by those of the functional dimension and finally by those of the structural dimension. There were gains in health that were sensitive to nursing care in all areas of care of the dimensions, with a positive change in the state of nursing diagnoses from 80.8% from before to after the intervention. **Conclusion:** nursing students, based on the MDAIF, evaluated and intervened collaboratively with families, obtaining gains in family health. Widespread dissemination of MDAIF in family care is recommended.

Keywords: nursing diagnosis; family nursing; family nurse practitioners; family health

RESUMEN

Marco Contextual: el Modelo Dinámico de Evaluación e Intervención Familiar (MDAIF) es un marco teórico y operativo que tiene como objetivo dar respuesta a las necesidades del enfermero en el cuidado de la familia. **Objetivo:** evaluar las mejoras en salud sensibles a los cuidados de enfermería proporcionados por los estudiantes en colaboración con las familias según el MDAIF. **Metodología:** se trata de un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, con muestra de conveniencia, conformada por 35 familias. La recolección de datos se realizó a partir de los registros de enfermería de cuidados proporcionados a las familias, los cuales fueron posteriormente sometidos a un análisis descriptivo. **Resultados:** el MDAIF permitió a los estudiantes obtener beneficios para la salud de sus familias. De los diagnósticos formulados destacan los de la dimensión de desarrollo, seguidos de los de la dimensión funcional y con menor prevalencia los de la dimensión estructural. Hubo avances en salud sensibles al cuidado de enfermería en todas las áreas de cuidado de las dimensiones, con un cambio positivo en el estado de los diagnósticos de enfermería del 80,8% antes al después de la intervención. **Conclusión:** los estudiantes de enfermería, con base en el MDAIF, evaluaron e intervinieron de manera colaborativa con las familias, obteniendo mejoras en salud familiar. Se recomienda una amplia difusión del MDAIF en la atención familiar.

Palabras clave: diagnóstico de enfermería; enfermería de la familia; enfermeiras de familia; salud de la familia

INTRODUÇÃO

A enfermagem de saúde familiar tem como foco os cuidados de enfermagem à família como um todo, sem esquecer os seus membros individualmente (Shivalli, Majra, Akshaya, & Qadiri, 2015; Figueiredo, 2012). Os cuidados de enfermagem à família desenvolvem-se numa relação terapêutica, dinâmica e recursiva caracterizada pela elaboração de soluções promotoras de mudança, a partir das potencialidades da família e respeitando a sua realidade. O enfermeiro apresenta um papel de observador-participante neste processo evolutivo de mudança e facilitador de construção de soluções de forma colaborativa com a família (Kokorelias, Gignac, Naglie, & Cameron, 2019; Figueiredo, 2012). O MDAIF foi adotado pela Ordem dos Enfermeiros para dar respostas às necessidades dos enfermeiros portugueses (Figueiredo, 2012) e é atualmente adotado por muitas Escolas Superiores de Enfermagem/Saúde no ensino de enfermagem e pelos enfermeiros nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.

Constituiu objetivo geral deste estudo avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem prestados por estudantes da licenciatura colaborativamente com as famílias segundo o MDAIF. Tem ainda como objetivos específicos: caracterizar as famílias estudadas; analisar as áreas de atenção, focos, diagnósticos de enfermagem e resultados de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, a partir das modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (Ordem Enfermeiros, 2007), definidos *à priori* no MDAIF (Figueiredo, 2012).

ENQUADRAMENTO/ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A família é considerada como um grupo de pessoas que convivem no mesmo lar e estão ligadas por vínculos afetivos possuindo a sua identidade e unicidade (Russell, Coleman, & Ganong, 2018; Figueiredo, 2012). Família é o todo e partes ao mesmo tempo, e apresenta características que são mais e menos do que a soma das partes sendo impossível fazer a sua descrição apenas com base nos indivíduos que a constituem, o que significa que cada um tem uma estrutura relacional e complexa possuindo diferentes funções e papéis, bem como, expectativas sociais, não havendo assim duas famílias iguais. As alterações na família, decorrentes do ciclo vital, afetam quer as partes, quer o todo, em que ambos tendem para a solução e mudança necessária para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar. Os seus elementos (subsistemas familiares) desenvolvem determinadas funções que vão sendo transformadas ao longo do ciclo vital (Figueiredo, 2012). O tipo de família permite diferenciar a sua constituição e os vínculos entre os indivíduos, podendo condicionar a avaliação e a identificação de focos sensíveis aos cuidados de enfermagem. Tal como acontece no indivíduo, a família também apresenta um ciclo vital, que corresponde às mudanças e transformações da família ao longo do seu percurso evolutivo (Figueiredo, 2012), que condicionam a avaliação e a identificação de focos sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A Saúde Familiar é um estado subjetivo caracterizado pelo conjunto de particularidades associadas à maximização do potencial de saúde da família. A saúde familiar depende da saúde e da doença de cada indivíduo que afeta a funcionalidade da família, por

Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar

outro lado a funcionalidade da família afeta a saúde de cada indivíduo que a constitui (Kholifah, Nursalam, Adriani, Ahsan, & Susanto, 2016; Shivalli et al., 2015; Figueiredo, 2012). A saúde familiar traduz-se na capacidade da família para criar estratégias que permita a sua funcionalidade, mantendo a organização, produzindo mudanças estruturais e dar respostas às necessidades individuais dos seus membros. Na família, cada indivíduo desenvolve e promove o conceito de saúde em que adquire hábitos saudáveis e possui um papel de mediador ou de impacte que ajuda na recuperação da saúde quando um dos membros da família necessita de cuidados (Figueiredo, 2012).

O papel do enfermeiro de família em Portugal existe integrado numa equipa multidisciplinar com a responsabilidade de prestar cuidados de enfermagem gerais à família em todas as suas fases do seu ciclo vital, contribuindo também para a ligação entre os membros da família. Os enfermeiros, na sua atuação, devem ter em atenção: a experiência que a família tem sobre si própria, o seu passado, presente, e perspetivas futuras, a doença, descrevendo o significado e o impacte que a doença tem, não só na pessoa, mas também em toda a sua família; os cuidados que devem ser prestados à pessoa pela sua família ou prestados à família como cliente; intervenções de enfermagem que tenham como foco as estratégias para trabalhar a família nas suas situações de saúde-doença (Kokorelias et al., 2019; Figueiredo, 2012).

Os cuidados de enfermagem centram-se na interação entre o enfermeiro e a família, estabelecendo um processo interpessoal, significativo e terapêutico (Waldow, 2014; Silva, Costa, & Silva, 2013) e têm

como objetivo promover a participação dos seus membros em todas as etapas, promovendo a mudança na família, a utilização de estratégias de *coping*, que mobilize as suas forças e dos recursos disponíveis para ajudar a família a identificar e solucionar autonomamente os seus problemas face aos seus projetos de vida/saúde (Waldow, 2014; Figueiredo, 2012). Os focos de enfermagem em saúde familiar são a promoção de projetos de saúde da família e as intervenções correspondem a elementos promotores de capacitação da família (Silva et al., 2013), dando assim respostas afetivas, cognitivas e comportamentais ao sistema terapêutico (Figueiredo, 2012). Desta forma, as intervenções de enfermagem centram-se na família e em cada indivíduo que a constitui.

Os principais componentes dos modelos teóricos para facilitar o atendimento centrado na família incluem: 1) colaboração entre familiares e profissionais de saúde, 2) consideração dos contextos familiares, 3) políticas e procedimentos e 4) educação profissional do utente, da família e da saúde (Kokorelias et al., 2019). O MDAIF é considerado um referencial teórico e operativo, que pretende dar as respostas às necessidades dos enfermeiros, responsáveis pelos cuidados de saúde familiar e desenvolvimento de práticas de enfermagem relacionados com a família (Figueiredo, 2012). Este modelo baseia-se no pensamento sistémico, em que a família é o principal foco de atenção, sem esquecer os membros da família individualmente (Silva et al., 2013).

O MDAIF, com os seus princípios e postulados, centra-se nas áreas de atenção familiar por domínios avaliativos, onde especifica três grandes dimensões

Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar

de avaliação e intervenção familiar: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012). A dimensão estrutural, consiste na avaliação e intervenção na estrutura interna, externa e de contexto, com uma visão sobre a composição da família, o vínculo entre os seus membros e entre estes e outros elementos significativos como a família alargada, assim como no contexto onde a família se insere (Russell et al., 2018; Seibel et al., 2017). A dimensão desenvolvimento simplifica a compreensão dos fenómenos da família, associados à sua trajetória evolutiva a nível funcional, estrutural e inter-relacional. A avaliação e intervenção que determina a forma de como os membros da família interagem uns com os outros e que se centra nas atividades do quotidiano da vida da família está presente na dimensão funcional. A avaliação e intervenção colaborativa da família é fundamental para identificar as necessidades da família, realçar as forças e o potencial da família para a evolução através da ligação dos membros da família com os enfermeiros de saúde familiar (Tavakol, Nasrabadi, Moghadam, Salehiniya, & Rezaei, 2017; Figueiredo, 2012). O MDAIF baseia-se no processo de enfermagem com a finalidade capacitar a família para a possível mudança do seu funcionamento cognitivo, afetivo e comportamental numa evolução contínua, entre estadios de menor complexidade para estadios de maior complexidade, enquadra-mentos do seu ciclo vital, traduzindo ganhos em saúde familiar sensíveis aos cuidados de enfermagem (Figueiredo, 2012).

Os modelos teóricos de avaliação e intervenção na família facilitam fundamento conceptual e operativo compreensível, são fáceis de aplicar e habilitam os enfermeiros de família de competências para ajudar

as famílias (Kholifah et al., 2016; Leahey & Wright, 2016), mas cuja eficácia carece de maior evidencia científica (Kokorelias et al., 2019), facto que justifica a realização do presente estudo.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, transversal, de natureza quantitativa, cuja amostra é de conveniência, constituída por 35 processos clínicos de famílias avaliadas e intervencionadas segundo o MDAIF pelos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, no âmbito do ensino clínico da área de enfermagem de saúde familiar de uma escola superior de saúde da Região Centro de Portugal, nos anos letivos 2018/2019 e 2019/2020. Foram incluídos neste estudo todos os processos das famílias estudadas, tendo sido excluídos os processos familiares em cujas famílias não tenham dado consentimento informado livre e esclarecido escrito para a aplicação do estudo de caso à família, ou sem consentimento informado por parte dos estudantes, para a utilização dos estudos de caso ou cuja abordagem feita às famílias pelos estudantes não siga a matriz operativa do MDAIF.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi uma grelha de registos definida à priori a partir do MDAIF, constituído por quatro partes. A primeira parte contempla dados de caracterização das famílias (tipo de família, subsistemas familiares, tipo e intensidade de contacto dos elementos da família e, função das relações com a família extensa, sistemas mais amplos (comunidade escola, colegas de trabalho, profissionais de saúde, colaboradores das instituições que apoiem a família), classe social, etapa do ciclo

Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar

vital da família, e família com membro dependente). A segunda parte integra os diagnósticos de enfermagem segundo as três dimensões do MDAIF. As intervenções de enfermagem fazem parte da terceira parte do questionário. Na última parte do instrumento de colheita de dados apresentam-se os resultados de enfermagem.

A recolha de dados a partir do processo clínico das famílias foi feita por dois investigadores, de forma independente, com o propósito de aumentar a homogeneidade e reduzir desvios na categorização dos dados. Sempre que se verificaram desvios à análise dos dados, pelos investigadores, foi feita uma reanálise para permitir o consenso. Para a análise dos dados foram utilizadas medidas estatísticas descritivas, com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences®*, versão 21. Este estudo teve aprovação pela Comissão de Ética (Parecer Nº 08/2019) e Unidade de Investigação e Desenvolvimento da Escola Superior de Saúde (2019015), tendo sido cumpridos os princípios éticos previstos.

RESULTADOS

As famílias estudadas são maioritariamente nucleares (n=21; 61,8%), seguidas das famílias alargadas (n=5; 14,7%). Com menos representatividade verifica-se, por ordem decrescente, as famílias casal (n=3; 8,8%), as famílias reconstruídas (n=2; 5,9%), e com igual representatividade a família monoparental liderada pela mulher (n=1; 2,9%), família de coabitação (n=1; 2,9%) e família unipessoal (n=1; 2,9%). Não foi possível determinar a tipologia de uma das famílias, pela ausência de registo.

Relativamente à classe social das famílias estudadas a maioria enquadra-se na classe média (n=15; 42,9%), seguida da classe média baixa (n=8; 22,9%), da classe média alta (n=7; 20%), da classe baixa (n=4; 11,4%) e finalmente, com menos representatividade a classe alta (n=1; 2,9%). Em relação à etapa do ciclo vital familiar, dos 31 registos, mais de metade da amostra são famílias com filhos pequenos (n=17; 54,8%) e cerca de 32,3% (n=10) são famílias com filhos adultos, sendo a minoria famílias com filhos na escola (n=3; 9,7%) e famílias com filhos adolescentes (n=1; 2,9%). A maioria das famílias com registo quanto à existência de subsistema conjugal (n=31) apresenta subsistema conjugal (n=21; 67,7%) e destes, 32,3% dos casais (n=10) estão em idade fértil. Das famílias estudadas 42,9% apresentam subsistema parental (n=15). Relativamente ao tipo de contacto da família extensa, dos 34 registos, o mais usual é o contacto presencial (94,1%; n=32) e o telefónico (82,4%; n=28), a intensidade/frequência de contacto mais apresentada foi a diária (67,6%; n=23) e semanal (41,2%; n=14). Dos 34 registos quanto às funções da rede da família extensa, apresentam-se por ordem decrescente de prevalência: o apoio emocional (91,2%; n=31); a companhia social (73,5%; n=25); o guia cognitivo e de conselhos (32,4%; n=11); e ainda a ajuda material e de serviços (29,4%; n=10).

Os sistemas mais amplos apresentados nas 35 famílias em estudo são por ordem decrescente: os serviços de saúde (71,4%; n=25); amigos (65,7%; n=23); colegas de trabalho (60,0%; n=21); grupos de lazer e cultura (40,0%; n=14); vizinhos (28,6%; n=10); comunidade escolar (28,6%; n=10); e grupos religiosos (25,7%; n=9).

Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar

Das famílias estudadas e com registo quanto à existência de membros dependentes (n=22) apenas 27,3% (n=6) apresenta membros dependentes. No que se refere aos níveis de dependência, dos seis registos com a variável nível de dependência presente, a sua maioria (83,3%; n=5), apresenta dependência ao nível do autocuidado de higiene, vestuário, atividade de lazer, atividade física, gestão do regime terapêutico, autovigilância e medicação, seguida da dependência no autocuidado de ir ao sanitário e sono-reposo (66,6%; n=4) e finalmente, a dependência no autocuidado de comer e beber (50,0%; n=3). Todas as famílias com membros dependentes (n=6) apresentaram como prestador de cuidados principal um membro da família, este é apoiado em 50,0% destas famílias por um cuidador formal/ajudante familiar (n=3).

Da análise da Tabela 1 podemos concluir que, na avaliação inicial, antes da intervenção dos estudantes de enfermagem (intervenção colaborativa com as famílias), verifica-se um conjunto diversificado de diagnósticos de enfermagem à família (219), distribuídos pelas diferentes áreas de atenção das dimensões do MDAIF sendo que, em média, existem $6,3 \pm 3,8$ diagnósticos de enfermagem por família. De todas as dimensões a que apresenta uma menor frequência de diagnósticos de enfermagem é a dimensão estrutural, com 35 diagnósticos (16,0%), seguida da dimensão funcional com 63 (28,8%) diagnósticos de enfermagem e por último, a mais representativa, a dimensão desenvolvimento, com um total de 121 (55,2%) diagnósticos de enfermagem.

Tabela 1

Evolução do número de diagnósticos de Enfermagem que requerem intervenções de enfermagem segundo as dimensões e áreas de atenção antes e após a intervenção de enfermagem

Dimensão	Áreas de atenção	Diagnósticos de Enfermagem	Antes (n)	Após (n)
Estrutural	Rendimento Familiar	Rendimento Familiar Insuficiente	6	4
	Edifício residencial	Edifício Residencial Não Seguro	5	1
		Edifício Residencial Negligenciado	4	0
	Precaução de Segurança	Precaução de Segurança Não Demonstrada	5	1
	Abastecimento de água	Abastecimento de Água Não Adequado	7	2
	Animal doméstico	Animal Doméstico Negligenciado	8	1
Desenvolvimental	Satisfação conjugal	Satisfação Conjugal Não Mantida	19	3
		Relação Dinâmica Disfuncional	17	2
		Comunicação Não eficaz	5	0
		Interação Sexual Não Adequada	1	0
		Função Sexual Comprometida	2	0
	Planeamento familiar	Planeamento Familiar Ineficaz	7	3
		Fertilidade Comprometida	1	1
		Conhecimento Sobre Vigilância Pré-concepcional não demonstrado	2	1
		Uso de Contracetivo Não adequado	4	1
		Conhecimento sobre Reprodução não demonstrado	4	1
Adaptação à gravidez	Adaptação à Gravidez Não Adequada	1	0	
	Conhecimento não demonstrado	1	0	

Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar

Funcional	Papel parental	Comunicação Não eficaz	0	0
		Comportamento de Adesão não demonstrado	1	0
		Papel parental não adequado	23	3
		Conhecimento do papel não demonstrado	18	0
		Comportamento de Adesão não demonstrado	10	2
		Consenso de papel: não	2	0
		Conflito de papel	2	0
		Saturação de papel	3	1
	Papel de prestador de cuidados	Papel de prestador de Cuidados Não Adequado	5	0
		Conhecimento de papel não demonstrado	5	1
		Comportamento de Adesão não demonstrado	3	1
		Consenso de papel: não	0	0
		Conflito de papel	0	0
		Saturação de papel	2	0
	Processo familiar	Processo Familiar Disfuncional	15	4
Comunicação familiar não eficaz		13	3	
Coping familiar ineficaz		9	2	
Interação de Papeis não eficaz		6	3	
Relação Dinâmica Disfuncional		5	1	
TOTAL		219	42	

Na avaliação final, após a intervenção adequada à família a partir do preconizado para cada diagnóstico pelo MDAIF, verifica-se uma modificação positiva nos estados de 177 diagnósticos de enfermagem. A dimensão desenvolvimento, com 18 diagnósticos, continua a ser a dimensão com maior proporção de diagnósticos de enfermagem (42,9%), seguida da dimensão funcional, com 15 diagnósticos de

enfermagem (35,7%) e finalmente a dimensão estrutural, com 9 diagnósticos de enfermagem (21,4%) (Figura 1).

Verifica-se da avaliação inicial para a avaliação final, após a intervenção dos estudantes de enfermagem, uma modificação positiva nos estados dos diagnósticos de Enfermagem de 80,8%, o que revela um impacto positivo na saúde familiar.

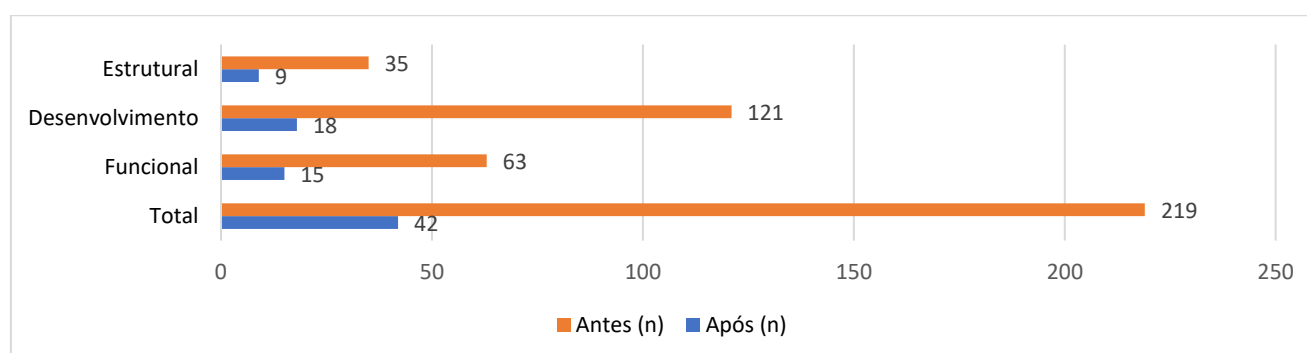


Figura 1

Gráfico da evolução do número de diagnósticos de enfermagem que careciam de intervenção antes e após da intervenção colaborativa com as famílias, seguindo as dimensões do MDAIF

Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar

Da análise da Figura 2, relativa à dimensão estrutural do MDAIF verifica-se que 22,9% das famílias, na avaliação inicial, apresentavam como diagnóstico animal doméstico negligenciado (n=8), 20% das famílias apresentavam diagnóstico de abastecimento de água não adequado (n=7), 19,1% das famílias apresentavam como diagnóstico de enfermagem o rendimento familiar insuficiente (n=6). Após a aplicação dos cuidados de enfermagem colaborativos com a família, a partir das intervenções preconizadas pelo MDAIF para cada diagnóstico, verifica-se a existência de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados

de enfermagem comprovados por evolução positiva dos estados dos diagnósticos em 100% das famílias com diagnóstico de edifício residencial negligenciado (4 famílias), 87,5% das famílias com diagnóstico de animal doméstico negligenciado (7 famílias), 80% das famílias com diagnóstico de edifício residencial não seguro (4 famílias) e precaução de segurança não demonstrado (4 famílias), 71,4% das famílias com diagnóstico de abastecimento de água não adequado (5 famílias) e 33,3% das famílias com diagnóstico de rendimento familiar insuficiente (2 famílias).

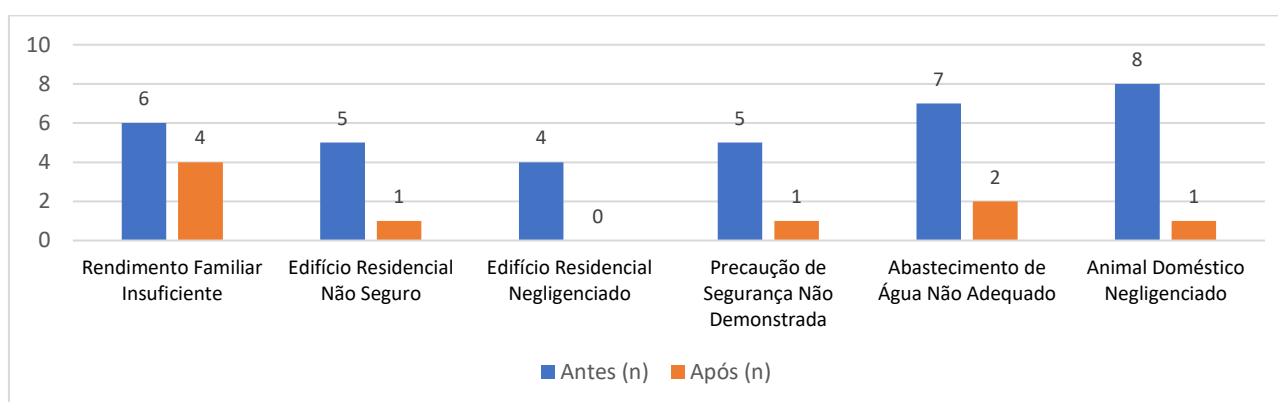


Figura 2

Gráfico da evolução do número de diagnósticos de enfermagem na dimensão estrutural do MDAIF que careciam de intervenção antes e após a intervenção de enfermagem colaborativa com as famílias

Na avaliação inicial da dimensão desenvolvimental das famílias, os diagnósticos de enfermagem que careciam de intervenção mais prevalentes foram o papel parental não adequado em 65,7% (n=23), satisfação conjugal não mantida em 54,2% (n=19), conhecimento do papel parental não demonstrado 51,4% (n=18), relação dinâmica disfuncional em 48,6% (n=17), comportamento de adesão não demonstrado em 28,6% (n=10) e planeamento familiar ineficaz em 20% (n=7) (Figura 3).

Após a aplicação dos cuidados de enfermagem colaborativos com a família, preconizados pelo MDAIF para cada diagnóstico de enfermagem e adaptados à família, verificaram-se ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem comprovados por uma redução em 100% das famílias com diagnóstico de satisfação conjugal, que carecem de cuidados de enfermagem: comunicação não eficaz (5 famílias), interação sexual não adequada (1 família) e função sexual não comprometida (2 famílias); adaptação à gravidez: não adequada (1 família), conhecimento e

Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar

comportamento de adesão não demonstrado (1 família); papel parental: conhecimento de papel não demonstrado (18 famílias), ausência de consenso (2 famílias) e conflito de papel (2 famílias). 87,0% das famílias viram resolvido, após a intervenção, o diagnóstico de papel parental não adequado (20 famílias), 84,2% das famílias o diagnóstico de relação dinâmica disfuncional (15 famílias) e 80,0% das famílias o diagnóstico de papel parental – comportamento de adesão não demonstrado (8

famílias), 75,0% das famílias o diagnóstico de uso de contraceptivo não adequado (3 famílias) e conhecimento sobre reprodução não adequado (3 famílias), 66,6% das famílias o diagnóstico de saturação de papel parental (2 famílias), 57,1% das famílias o diagnóstico de planejamento familiar ineficaz (4 famílias) e finalmente 50% das famílias viram o diagnóstico de conhecimento de vigilância pré-concepcional não demonstrado resolvido (1 família).

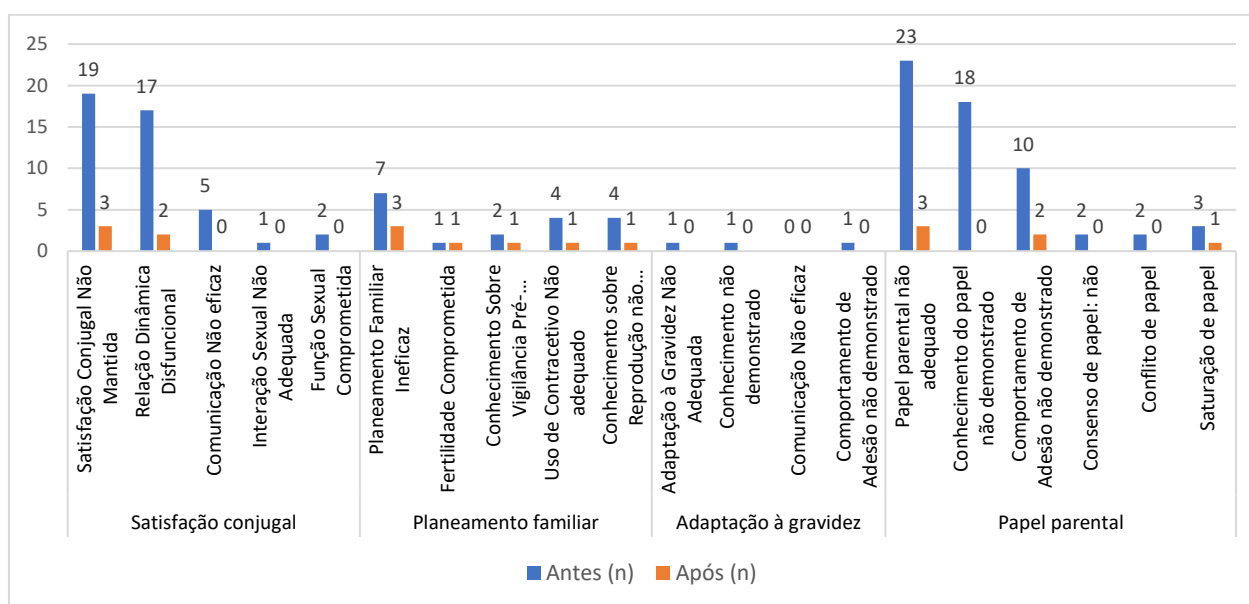


Figura 3

Gráfico da evolução do número de diagnósticos de enfermagem que careciam de intervenção nas áreas de atenção da dimensão desenvolvimental do MDAIF antes e após da intervenção de enfermagem colaborativa com as famílias

Após a aplicação dos cuidados de enfermagem colaborativos com a família na dimensão funcional, preconizados pelo MDAIF para cada diagnóstico de enfermagem e adaptados à família, verifica-se que 42,9% das famílias, na avaliação inicial, apresentavam como diagnóstico papel processo familiar disfuncional (n=15), 37,1% das famílias apresentavam diagnóstico

de comunicação familiar ineficaz (n=13), 25,7% das famílias apresentavam como diagnóstico de enfermagem coping familiar ineficaz (n=9), 17,1% das famílias apresentavam o diagnóstico de interação de papéis ineficaz (n=6), 14,3% das famílias apresentavam os diagnósticos de papel de prestador de cuidados não adequado (n=5), conhecimento sobre

Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar

papel de prestador de cuidados não adequado (n=5), e relação dinâmica disfuncional (n=5), 8,6% das famílias apresentavam o diagnóstico de comportamento de adesão ao papel parental não demonstrado (n=3) e finalmente 5,7% das famílias apresentavam o diagnóstico de saturação do papel de prestador de cuidados (Figura 4).

Após a aplicação dos cuidados de enfermagem colaborativos com a família verificaram-se ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, comprovados por uma redução em 100% das famílias com diagnóstico de papel de prestador de cuidados não adequado (5 famílias) e saturação do papel de prestador de cuidados (2 famílias). A maioria das

famílias (80%) viram resolvido o diagnóstico de enfermagem de conhecimento de papel de prestador de cuidados não demonstrado (4 famílias) e relação dinâmica disfuncional (4 famílias), 77,8% das famílias resolveram o diagnóstico coping familiar ineficaz (7 famílias), 76,9% das famílias o diagnóstico de comunicação familiar não eficaz (10 famílias), 73,3 das famílias o diagnóstico de processo familiar disfuncional (11 famílias), 66,6% das famílias o diagnóstico de conhecimento de adesão do papel de prestador de cuidados não demonstrado (2 famílias), e finalmente 50% das famílias resolveram o diagnóstico de interação de papéis não eficaz (3 famílias).

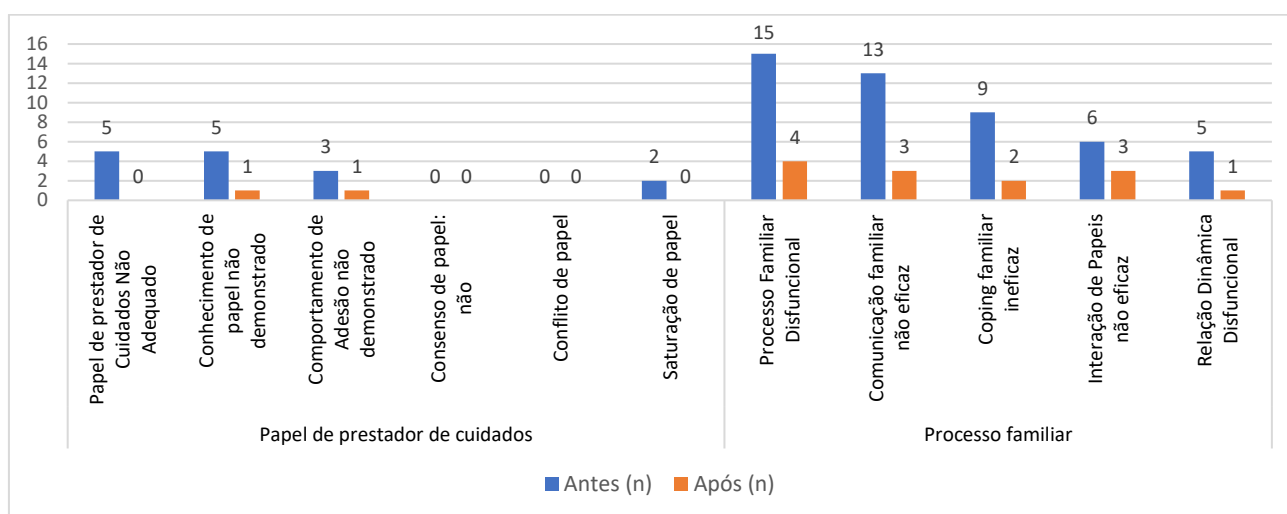


Figura 4

Gráfico da evolução do número de diagnósticos de enfermagem que carecem de intervenção nas áreas de atenção da dimensão funcional do MDAIF antes e após da intervenção de enfermagem colaborativa com as famílias

DISCUSSÃO

Maioritariamente as famílias estudadas são nucleares, proporção que se assemelha à proporção das famílias nucleares portuguesas registadas em 2011 (59%) (Instituto Nacional de Estatística, 2013). Verifica-se

um predomínio entre a classe média e média baixa (66% das famílias), dado que revela alguma desigualdade social (Mauritti, Nunes & Alves, 2019)

Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar

entre riqueza e produção, evidenciando as novas tendências de concentração de riqueza no topo, com as classes médias a entrarem aos poucos num ciclo de frustração e crispação (Estanque, 2017).

Da avaliação familiar verifica-se uma grande proximidade das famílias com a sua rede de apoio social (frequência maioritariamente diária e sob a forma presencial ou por telefone) particularmente justificado pelo seu papel de apoio emocional, companhia social, guia cognitivo e de conselhos e ainda ajuda material e de serviços. Estes resultados revelam o papel protetor da rede de apoio sobre o funcionamento familiar e a qualidade das relações intrafamiliares, na sua estrutura, coesão e adaptabilidade (Seibel et al., 2017). Também Corrêa, Queiroz & Fazito (2016) evidenciam o papel das redes como fonte de externalidades positiva (ou negativa) ao redistribuir recursos e reagir às políticas implementadas, influenciando e sendo influenciadas por elas. Os sistemas mais amplos apresentados nas famílias estudadas variam em função do estágio de desenvolvimento ciclo vital em que a família se encontra, da vivência por parte das famílias, de transições normativas e não normativas, das relações entre os subsistemas familiares (funcionamento familiar) e naturalmente, do contexto social no qual as famílias estão inseridas (Seibel et al., 2017), destacando-se, neste estudo, com maior expressão os serviços de saúde, amigos, colegas de trabalho/escola e vizinhos.

A aplicação do MDAIF junto de 35 famílias permitiu uma modificação positiva no estado de 177 diagnósticos de enfermagem que passaram de 219 para 42 diagnósticos, antes e após a intervenção, respetivamente. A dimensão desenvolvimento foi a

que apresentou mais diagnósticos, justificado pela necessidade das famílias em de se adaptarem às transições normativas, seguindo-se a dimensão funcional, pela necessidade de ajuste ao desempenho de diferentes papéis na família e às questões da coesão, adaptabilidade e melhor funcionamento familiar e finalmente, a dimensão estrutural, todas complementares. De facto, modelos bem estruturados permitem um bom desempenho dos cuidados de enfermagem que contribuem para maior independência e funcionalidade da família (Kholifah et al., 2016) mais capaz para gerir situações de transição normativas e não normativas, num ciclo entre estádios de entropia e neguentropia que permitem um crescente de complexidade evolutiva, tradutora da evolução do ciclo vital da família.

O MDAIF revelou-se eficaz na resposta às necessidades de saúde familiar, registando-se ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, facto que é corroborado por Kholifah et al. (2016), Leahey & Wright (2016), Shivalli et al. (2015) e Figueiredo (2012), que referem que os modelos de cuidados de enfermagem centrados na família são efetivos, oferecendo soluções viáveis e duradouras com envolvimento comunitário. A este propósito, Kokorelias et al. (2019) reforça a necessidade da existência de estudos que avaliem o impacto dos modelos nos resultados nos utentes, famílias ou sistemas de saúde dada a parca existência de estudos desta natureza.

Na dimensão estrutural registaram-se ganhos em saúde ao nível da segurança e zelo pelo edifício residencial, precauções de segurança, abastecimento de água e animal doméstico, traduzindo uma maior competência das famílias, nestas áreas. Estes

Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar

resultados são corroborados por Russell et al. (2018), que referem que compreender a estrutura familiar de uma família ajuda os profissionais de saúde a responder de forma mais eficaz às necessidades de saúde das famílias contemporâneas.

Na dimensão desenvolvimental salienta-se a eficácia da aplicação do MDAIF na resposta às áreas de atenção: papel parental, satisfação conjugal e planeamento familiar. Segundo Hickey et al. (2018) os enfermeiros de família e de saúde pública possuem a habilidade de apoiar os pais durante a transição para a parentalidade, usando princípios e práticas informadas por evidências, ao mesmo tempo em que são sensíveis às necessidades exclusivas dos pais nas comunidades. Também Tavakol et al. (2017) salientam o papel dos terapeutas da família, na qual se inclui o enfermeiro de família, para o diagnóstico e intervenção com vista a maior satisfação conjugal e reduzir a taxa de divórcios.

Na dimensão funcional, registam-se ganhos em saúde no processo familiar (comunicação familiar, coping familiar, interação de papéis e relação dinâmica), resultados que são corroborados por Nourani, Seraj, Shakeri, & Mokhber (2019) que referem que os profissionais de saúde podem ser agentes facilitadores da partilha de papéis na família com o objetivo de melhorar a satisfação conjugal. Shen et al. (2017) concluíram que após a intervenção dos profissionais de saúde baseada no modelo ecológico regista-se um maior tempo e qualidade de comunicação e uma melhor perceção da adequação da comunicação com impacto no bem-estar familiar. Por último, no papel de prestador de cuidados (conhecimento do papel, comportamento de adesão e saturação de papel) da dimensão funcional, verifica-

se que os enfermeiros têm um papel efetivo na melhoria do bem-estar dos cuidadores, ajudando as famílias, dotando-as de mais conhecimentos para uma prestação de cuidados compartilhada e apoiando-as durante o processo de atendimento e segurança dos cuidados, tradutora de mais ganhos em saúde (Kuluski et al., 2019; Schaepe, Ewers, 2018; Imanigoghary, Peyrovi, & Kazemi 2017). Regista-se como limitação ao estudo o reduzido número de famílias estudadas e o facto da amostra não ser representativa da população estudada.

CONCLUSÃO

O MDAIF enquanto modelo teórico e operativo constituiu a referência para que os estudantes de enfermagem avaliassem as famílias, identificassem áreas de atenção e formas de intervenção de enfermagem, de forma colaborativa com a família, em contexto de Cuidados de Saúde Primários. Os estudantes a partir dos diagnósticos de enfermagem identificados selecionaram para cada diagnóstico as intervenções que se mostraram mais adequadas, de acordo com as preferências da família, de entre as sugeridas pelo MDAIF.

Dos diagnósticos de enfermagem formulados, antes e que acompanharam o após a intervenção, os que apresentaram maior magnitude foram os diagnósticos que integram a dimensão do desenvolvimento, seguidos dos da dimensão funcional e finalmente os da dimensão estrutural. Registaram-se ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem em todas as áreas de atenção das dimensões do MDAIF, com uma modificação positiva no estado dos diagnósticos de enfermagem de 80,8%, do antes para após a intervenção. As famílias, com a ajuda dos

estudantes de enfermagem fundamentados no MDAIF, souberam mobilizar as suas forças e os seus recursos que lhe permitiram dar resposta às suas necessidades, o que se traduziu em maior funcionalidade da família.

Os resultados podem informar o movimento em direção a um modelo de atendimento centrado na família, o MDAIF, pelo que se sugere a sua implementação disseminada na prática clínica junto dos enfermeiros de família e a realização de estudos de investigação, que sejam representativos da população, que sustentem a sua universalização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Corrêa, C. S., Queiroz, B. L. & Fazito, D. (2016). Relação entre tamanho e estrutura da rede de apoio e o tempo individual dedicado à atenção ao idoso na cidade de São Paulo 2000. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 33(1), 75-97. doi:10.20947/S0102-309820160005
- Estanque, E. (2017). Onde para a classe média? Breves notas sobre o conceito e a realidade portuguesa. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 83, 37-54. doi:10.7458/SPP2017839971.
- Figueiredo, M. H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Loures, Portugal: Lusociência.
- Hickey, G., McGilloway, S., Leckey Y. & Stokes, A. (2018). A universal early parenting education intervention in community-based primary care settings: Development and installation challenges. *Education Sciences*, 8(178), 1-15. doi:10.3390/educsci8040178
- Imanigohary, Z., Peyrovi, H. N. & Kazemi, M. (2017). The role of nurses in coping process of family caregivers of vegetative patients: A qualitative study. *International Journal Community Based Nursing and Midwifery*, 5(1), 70-81. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5219567/pdf/IJCBNM-5-70.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística. Statistics Portugal. (2013). *Famílias nos Censos 2011: Diversidade e mudança. Destaque: Informação à Comunicação Social*, 1-26. Recuperado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=206614582&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Kholifah, S. N., Nursalam, M. N., Adriani, M., Ahsan, BN & Susanto, T. (2016). Structural model for public health nurses' performance in the implementation of family nursing based on nursing relational capital. *International Journal of Caring Sciences*, 9(1), 914-26. Recuperado de http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/33_1-susanto_original_10_2.pdf
- Kokorelias, K. M., Gignac, M. A, Naglie, G. & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 19(564), 1–11. doi: 10.1186/s12913-019-4394-5
- Kuluski, K., Kokorelias, K. M., Peckham, A., Goldhar, J., Petrie, J. & Alloway, C. A. (2019). Twelve principles to support caregiver engagement in health care systems and health research. *Patient Experience Journal*, 6(1), 141-148. Recuperado de <https://pxjournal.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1338&context=journal>
- Leahey, M. & Wright, L. M. (2016). Application of the Calgary Family Assessment and Intervention Models: Reflections on the reciprocity between the personal and the professional. *Journal of Family Nursing*, 22(4), 450–459. doi:10.1177/1074840716667972
- Mauritti, R., Nunes, N. & Alves, J. E. (2019). Social inequalities and development in Portugal: A look at the regional scale and the low density territories. *Sociologia on line. Revista da Associação Portuguesa de Sociologia*, (19), 102-126. doi: <https://doi.org/10.30553/sociologiaonline.2019.19.5>
- Nourani, Sh, Seraj F., Shakeri, M.T. & Mokhber N. (2019). The relationship between gender-role beliefs, household labor division and marital satisfaction in couples. *Journal of Holist Nursing and Midwifery*, 29(1), 43-49. doi: 10.29252/HNMJ.29.1.301
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados de saúde. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf

Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar

- Russell, L. T., Coleman, M. & Ganong, L. (2018). Conceptualizing family structure in a social determinants of health framework. *Journal of Family Theory & Review*, 10(4), 735-748. doi: 10.1111/jftr.12296
- Schaepe, C., & Ewers, M. (2018). "I see myself as part of the team" – family caregivers' contribution to safety in advanced home care. *BMC Nursing*, 17(40), 1-10. doi: 10.1186/s12912-018-0308-9
- Seibel, B. L., Falceto, O. G., Hollist, C. S., Springer, P., Fernandes C. C. & Koller, S. H. (2017). Rede de apoio social e funcionamento familiar: Estudo longitudinal sobre famílias em vulnerabilidade social. *Pensando Famílias*, 21(1), 120-136. Recuperado em <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/185176>
- Shen, C., Wan, A., Kwok, L.T., Pang S., Wang X., Stewart S.M., Lam TH & Chan S.S. (2017). A community-based intervention program to enhance family communication and family well-being: The learning families project in Hong Kong. *Front. Public Health*, 5(257), 9. doi: 10.3389/fpubh.2017.00257
- Shivalli, S., Majra, J. P., Akshaya, K. M. & Qadiri, G. J. (2015). Family centered approach in primary health care: Experience from an urban area of Mangalore, India. *The Scientific World Journal*, 2015 (419192), 2-8. doi: 10.1155/2015/419192
- Silva, M. A., Costa, M. A., & Silva, M. M. (2013). A Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (11), 19-28. doi: 10.12707/RIII13105
- Tavakol, Z., Nasrabadi, A. N., Moghadam, Z. B., Salehiniya, H. & Rezaei, E. (2017). A Review of the factors associated with marital satisfaction. *Galen Medical Journal*, 6(3), 197-207
- Waldow, V. R. (2014). Cuidado colaborativo em instituições de saúde: A enfermeira como integradora. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 23(4), 1146-52. doi: 10.1590/0104-07072014001840013

AUTOMEDICAÇÃO NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR DA SAÚDE

Self-medication in students of higher health education

La automedicación en estudiantes de educación superior en salud

Fernanda Príncipe, * Ana Oliveira, ** Cristiana Silva, *** Daniela Silva, ** Denise Silva, **** Tomás Silva *****

RESUMO

Enquadramento: a automedicação envolve o uso de medicamentos para tratar distúrbios ou sintomas autodiagnosticados, ou o uso intermitente ou continuado de medicação prescrita por um médico para tratamento crónico ou doenças ou sintomas recorrentes. **Objetivos:** caracterizar a prática da automedicação nos estudantes do ensino superior da saúde. **Metodologia:** estudo quantitativo e descritivo. Amostra constituída por 301 estudantes. Recolha de dados com recurso a questionário e análise de dados efetuada através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). **Resultados:** verifica-se automedicação em 93,4% dos estudantes do ensino superior saúde. Os sinais e sintomas mais frequentes foram as cefaleias (29,8%), dismenorreia (13,5%) e febre (9,9%). Os medicamentos mais utilizados foram os analgésicos/antipiréticos (34,6%), os anti-inflamatórios (29,2%), vitaminas e sais minerais (7,4%). **Conclusão:** a automedicação entre os estudantes do ensino superior é elevada, pelo que é fulcral abordar esta problemática ao longo do curso de forma a minimizar os riscos associados a este consumo.

Palavras-Chave: automedicação; estudantes; ensino superior

*PhD, Professora coordenadora na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/ CINTESIS <https://orcid.org/0000-0002-1142-3258> autor de correspondência: fernanda.principe@essnortecvp.pt

** RN, Enfermeira, Urgência Pediátrica no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

***RN, Enfermeira, Bloco Operatório Central no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

****RN, Enfermeira, MediCapilar Lisboa

*****RN, Enfermeiro, Escola das Armas de Mafra do Exército Português

Como referenciar:

Príncipe, F., Oliveira, A., Silva, C., Silva, D., Silva D., & Silva, T. (2020). Automedicação nos estudantes do ensino superior da saúde. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 21-28. doi.org/10.37914/riis.v3i2.82

Recebido para publicação em: 09/06/2020
Aceite para publicação: 04/12/2020

Background: self-medication involves the use of medications to treat self-diagnosed disorders or symptoms, or the intermittent or continued use of medication prescribed by a doctor for chronic treatment or recurrent illnesses or symptoms. **Objectives:** characterize the practice of self-medication in higher health education students. **Methodology:** quantitative and descriptive study. Sample composed by 301 students. Data were collected using a questionnaire and data analysis was performed with Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). **Results:** the prevalence of self-medication is 93.4% in students of higher health education. The most frequent signs and symptoms were headache (29.8%), dysmenorrhea (13.5%) and fever (9.9%). The most used drugs were analgesics/ antipyretics (34.6%), anti-inflammatories (29.2%), vitamins and minerals (7.4%). **Conclusion:** self-medication among higher education students is high, it is crucial to address this issue throughout the course in order to minimize the risks associated with this consumption.

Keywords: self-medication; students; higher education

Marco contextual: la automedicación implica el uso de medicamentos para tratar los trastornos o síntomas autodiagnosticados, o el uso intermitente o continuo de medicamentos recetados por un médico para el tratamiento crónico o enfermedades o síntomas recurrentes. **Objetivos:** caracterizar la práctica de la automedicación en estudiantes de educación superior en salud. **Metodología:** estudio cuantitativo y descriptivo. Muestra compuesta por 301 alumnos. La recogida de datos fue efectuada con un cuestionario y la análisis de datos realizada a través de *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). **Resultados:** hay automedicación en el 93.4% de los estudiantes de educación superior en salud. Los signos y síntomas más frecuentes fueron dolor de cabeza (29.8%), dismenorrea (13.5%) y fiebre (9.9%). Los fármacos más utilizados fueron analgésicos / antipiréticos (34,6%), antiinflamatorios (29,2%), vitaminas y minerales (7,4%). **Conclusión:** la automedicación entre los estudiantes de educación superior es alta, por lo que es crucial abordar este problema a lo largo del curso para minimizar los riesgos asociados con este consumo.

Palabras clave: automedicación; estudiantes; educación superior

INTRODUÇÃO

A automedicação envolve o uso de medicamentos não prescritos pelo consumidor para tratar doenças ou sintomas que este reconhece. Implica também o uso continuado ou intermitente de medicação prescrita pelo médico para doenças crónicas ou sintomas recorrentes. A automedicação é um fenómeno frequente e usado há muitos anos e a sua incidência e distribuição é descrita pela organização mundial de saúde (WHO, 2000).

A prática da automedicação está em ascensão em todo o mundo e constitui-se um grande problema de saúde pública pela sua prevalência em países desenvolvidos e em desenvolvimento (Gelayee, 2017). Sendo desencadeada por fatores económicos, políticos e culturais, aos quais estão associados, o desperdício de recursos, o aumento da resistência a agentes patogénicos e graves implicações para a saúde (Araia, Gebregziabher, & Mesfun, 2019).

Estudo realizado sobre esta problemática demonstra que existe uma grande prevalência da prática da automedicação não responsável pelos estudantes de instituições de ensino superior (IES) (Castro, et al., 2016), o que releva a necessidade de um melhor conhecimento sobre os fatores associados a esta prática e planear intervenções que promovam a responsabilização e conscientização desta população (Alfaro-Mora, et al., 2019; Ortiz, et al., 2019). Pretendemos com este estudo caracterizar a prática da automedicação em estudantes do ensino superior da saúde de duas IES da região centro e norte de Portugal.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Atualmente, a automedicação é um fenómeno social e cultural que consiste num comportamento global

comum que gera um problema na saúde pública. Muitos jovens e adultos assumem esta prática sem conhecer os possíveis riscos que isso implica para a sua saúde. Posto isto, a automedicação consiste na seleção e uso de medicamentos por indivíduos para tratar condições ou sintomas autorreconhecidos ou diagnosticados (Haque, et al., 2019).

A automedicação responsável define-se como um autocuidado em saúde em que o indivíduo assume um papel de gestor do processo saúde-doença, baseado na responsabilidade e na procura de informação fidedigna por um profissional de saúde (Ortiz, et al., 2019). Esta participação apresenta-se como uma vantagem para o sistema de saúde, na medida em que, há uma gestão mais racional de doenças menores, evitando-se consultas médicas desnecessárias (Ortiz, et al., 2019).

A prática pode comprometer o bem-estar humano e resultar em graves complicações provocadas pelo uso frequente de medicamentos não sujeitos a receita médica, como dosagem inadequada, duplicação de fármacos, interação medicamentosa, falha no tratamento, ocultação de problemas de saúde, sintomas e atraso na prescrição do tratamento adequado (Alshogran, et al., 2018; Castro, et al., 2016). A transição para o ensino superior está marcada por um forte impacto no desempenho académico e comportamental, necessitando de intervenções específicas com vista à minimização de efeitos secundários relacionados com alteração da dinâmica familiar, adaptação a um sistema de ensino diferente, ansiedade decorrente de múltiplas adaptações, entre outros (Príncipe, 2019).

Neste sentido, as IES desempenham um papel fundamental enquanto agentes de promoção da saúde

dos estudantes, melhorando o perfil de saúde da comunidade académica através do desenvolvimento do ensino, da investigação e partilha de conhecimentos, contribuindo ainda, para a avaliação da eficácia de programas de intervenção em educação para a saúde (Príncipe, 2019). É importante realçar que a prevalência da prática da automedicação na comunidade académica é elevada. Verifica-se que os estudantes de IES com fácil acesso à internet têm uma grande quantidade de informação disponível. No entanto, nem sempre é fidedigna levando a uma prática não adequada (Alfaro-Mora, et al., 2019).

Vários estudos mostraram que as cefaleias, febre, doenças do foro gastrointestinal e infeções do trato respiratório são algumas das condições médicas comuns que motivam à automedicação, sendo esta mais prevalente entre as mulheres em relação aos homens (Alfaro-Mora, et al., 2019; Orellana, et al., 2019; Gelayee, 2017; López-Cabra, et al., 2016), devido à maior prática de partilha de medicação (Gelayee, 2017).

Relativamente aos estudantes do ensino superior da área da saúde, a autoconfiança, as experiências anteriormente bem-sucedidas e os conhecimentos adquiridos durante o curso sustentam o exercício da prática da automedicação (Gama & Secoli, 2017).

É de extrema importância desenvolver programas de educação em saúde relativamente aos riscos da automedicação inadequada (Gelayee, 2017). A Organização Mundial de Saúde reforça a necessidade da promoção da saúde na automedicação responsável utilizando medidas que tornem esta prática mais segura e eficaz. A conscientização e o conhecimento sobre os malefícios e benefícios da automedicação devem ser aprofundados entre os estudantes de IES.

Campanhas de conscientização sobre medicamentos e saúde bem como sessões educacionais nas IES podem constituir estratégias de forma a colmatar estas lacunas (Alshogran, et al., 2018).

Face a esta problemática, foi nosso propósito desenvolver um estudo com estudantes do ensino superior para perceber a dimensão do problema. A questão que norteia o estudo: Qual a prevalência e os principais motivos da prática da automedicação nos estudantes do ensino superior da saúde?

METODOLOGIA

Estudo de natureza quantitativo e descritivo. A população selecionada foram estudantes do ensino superior da saúde de duas instituições da região centro e norte de Portugal que consentiram participar no estudo de forma voluntária. Foram incluídos os estudantes do 1º Ciclo de estudos das licenciaturas das respetivas instituições, com idade igual ou superior a 18 anos. A amostra é não probabilística por conveniência, tendo participado no estudo 301 estudantes. Como instrumento de recolha de dados foi construído um questionário *online* (*Googledocs*) tendo por base a evidência científica acerca do fenómeno em análise. Este questionário é operacionalizado por respostas fechadas e composto por duas partes. A primeira parte permite a caracterização sociodemográfica e recolha de dados acerca dos recursos de saúde e a segunda parte foi constituída para conhecer os fatores associados à prática da automedicação. A recolha de dados decorreu no período compreendido entre setembro e outubro de 2019. O questionário foi submetido a pré-teste numa escola congénere, a estudantes do 1º Ciclo dos Cursos da área da saúde, do qual não resultou qualquer

Automedicação nos estudantes do ensino superior da saúde

alteração ao questionário. Para o tratamento e análise dos dados quantitativos recorreu-se a estatística descritiva, com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0. A participação no estudo foi voluntária, sendo os participantes informados que poderiam desistir a qualquer momento, sem causar qualquer consequência negativa ou prejuízo, o que não se verificou. O anonimato e a confidencialidade do estudo foram garantidos. Podemos ainda garantir que todos os aspetos éticos foram respeitados neste estudo, bem como os direitos fundamentais. Para o estudo obteve-se autorização pela Comissão de Ética e pela Unidade de Investigação e Desenvolvimento, (parecer nº02/2019) e autorização dos Presidentes dos Conselhos de Direção das respetivas escolas.

RESULTADOS

Na análise do estudo foram incluídos 301 estudantes, sendo 109 da Escola Superior de Saúde da zona centro e 192 estudantes da Escola Superior de Enfermagem da zona norte. No que concerne aos cursos frequentados, 95,7% (n=288) estudam Enfermagem, 2,7% (n=8) Acunpuntura e 1,7% (n=5) Osteopatia. A amostra é constituída por 79,4% (n=239) indivíduos do sexo feminino e 20,6% (n=62) do sexo masculino, sendo a média de idades $24,87 \pm 8,1$ anos, variando entre os 18 e os 51 anos. Como recursos de saúde, 68,8% (n=297) afirmam ter enfermeiro de família e 81,7% (n=246) referem que têm médico de família. Os estudantes do ensino superior apresentaram um consumo de automedicação de 93,4% (n=281). Na tabela 1 apresentamos a frequência com que os estudantes recorreram à automedicação nos últimos 6 meses.

Tabela 1

Distribuição dos estudantes quanto à frequência com que recorreram à automedicação nos últimos 6 meses por género

Frequência com que recorreram à automedicação nos últimos 6 meses	Total n (%)	Masculino n (%)	Feminino n (%)
Nunca	29 (10,3)	9 (16)	20 (8,9)
Apenas uma vez	34 (12,1)	9 (16)	25 (11,2)
Raramente (1-3 vezes)	135 (48)	26 (46,5)	109 (48,4)
Com pouca frequência (4-6 vezes)	56 (19,9)	10 (17,9)	46 (20,4)
Com alguma frequência (7-9 vezes)	15 (5,3)	2 (3,6)	13 (5,8)
Com muita frequência (10 ou mais vezes)	12 (4,3)	0	12 (5,3)
Total (n)	281	56	225

Relativamente aos sinais e sintomas mais frequentes para a prática da automedicação constatou-se que as cefaleias 29,8% (n=199), dismenorrea 13,5% (n=90), febre 9,9% (n=66), dores musculares 9,6% (n=62) e alergias 8,2% (n= 55) foram os mais descritos.

Constatou-se que os medicamentos mais usados pelos estudantes foram: os analgésicos/antipiréticos 34,6% (n=212), os anti-inflamatórios 29,2% (n=179), vitaminas e sais minerais 7,4% (n=45), anti-histamínicos 6% (n=37) seguindo-se os antibióticos

Automedicação nos estudantes do ensino superior da saúde

4,9% (n=30). Os menos utilizados foram os psicofármacos 0,2% (n=1).

Pretendeu-se também saber durante quanto tempo, os inquiridos utilizaram o mesmo medicamento e as respostas obtidas foram que 82,6% (n=232) utilizou o mesmo fármaco durante 1 a 3 dias, 10% (n=28) durante 4 a 6 dias e 1,8% (n=5) durante 10 a 12 dias.

O estudo revelou que 49,8% (n=158) foram influenciados por prescrições anteriores, seguido por familiares 27,8% (n=88) e ainda autoconhecimento 9,8% (n=31). Os estudantes procuraram

maioritariamente informação na bula 27% (n=130) antes de se automedicarem, referindo de seguida que recorrem aos profissionais de saúde nomeadamente ao farmacêutico 21% (n=101) e ao enfermeiro 16,8% (n=80). Alguns referiram ainda que recorreram à internet 14,3% (n=69) como fonte de informação.

Relativamente aos motivos que levaram os estudantes a recorrer à automedicação (tabela 2), verificou-se que as experiências anteriores foram o motivo mais evidente, obtendo uma percentagem de 25,2% (n=133).

Tabela 2

Distribuição percentual dos motivos que levaram os estudantes a recorrer à prática da automedicação

Motivos que levaram os estudantes a recorrerem à automedicação	n	%
Baixo poder de compra	11	2,1
Experiências anteriores	133	25,2
Falta de tempo para recorrer aos serviços de saúde	50	9,5
Problema de saúde ligeiro	116	22,1
Confiança na opinião do farmacêutico	37	7
Doença crónica	24	4,6
Autoconhecimento sobre a medicação	108	20,5
Publicidade medicamentosa	5	1
Facilidade de compra na farmácia	35	6,7
Falta de acesso aos cuidados de saúde	6	1,1
Sentir-se envergonhado	0	0
Falta de confiança nos profissionais	1	0,02

DISCUSSÃO

Este estudo demonstra que a frequência de automedicação nos estudantes do ensino superior da saúde é elevada (94,3%), indo de encontro aos resultados de um estudo nacional (Castro, et al., 2016), e sendo também corroborado por estudos internacionais (Malak & AbuKamel, 2018; Al-Ameri, Al-Badri, & Lafta, 2017).

Vários estudos indicam que a automedicação é mais frequente nas mulheres, devido à maior prática de

partilha de medicação, maior procura por cuidados e pelas particularidades relacionadas à saúde da mulher durante o ciclo vital o que é concordante com o resultado deste estudo (Gelayee, 2017; Helal & Abou-ElWafa, 2017).

Na prática da automedicação pelos estudantes, os analgésicos/antipiréticos foram os mais utilizados seguindo-se os anti-inflamatórios e as vitaminas e sais minerais, estes dados são coerentes com outros estudos (Ibrahim & Halboup, 2019; Norori, 2019). De

Automedicação nos estudantes do ensino superior da saúde

acordo com Norori (2019), o consumo de medicamentos desencadeia uma elevada prevalência de intoxicação, o que evidencia uma necessidade urgente em informar e educar sobre o uso seguro de medicação.

Também a antibioterapia por iniciativa própria constitui um problema de saúde pública, visto que o uso difundido e indevido de antibióticos pode levar ao desenvolvimento de bactérias resistentes (Gama & Secoli, 2017). Embora no estudo, os participantes sejam da área da saúde, os resultados alinham com diversos estudos que comprovam que os estudantes recorrem à antibioterapia sem receita médica (Bohomol & Andrade, 2020; Ortiz, et al., 2019; Alshogran, et al., 2018; Hu, et al., 2018; Al-Ameri, Al-Badri, & Lafta, 2017). Sendo assim surge a necessidade de promover intervenções de forma a consciencializar as pessoas a cumprir a toma de antibióticos na sua totalidade e a não os consumirem sem prescrição médica (Bohomol & Andrade, 2020).

Os principais sintomas que levam à automedicação são as cefaleias, dismenorreia, febre e dores musculares sendo os mais referidos também pelos estudantes deste estudo (Araia, Gebregziabher, & Mesfun, 2019; Ibrahim & Halboup, 2019; AlRaddadi, et al., 2017; Gama & Secoli, 2017). A constipação e a gripe são apontadas como as causas mais comuns para a prática da automedicação segundo diversos autores (Ibrahim & Halboup, 2019; AlRaddadi, et al., 2017), o que pode justificar este resultado.

Prescrições anteriores, aconselhamento pelos familiares e o autoconhecimento, constituem-se como fatores que mais influenciam a prática da automedicação, estando em consonância com outros estudos (Alshogran, et al., 2018; Hu, et al., 2018; Helal

& Abou-ElWafa, 2017). Segundo Orellana, et al., (2019) as principais influências para a prática foram os familiares, amigos e profissionais de saúde, nomeadamente o farmacêutico, o que se coaduna com os resultados do estudo de Helal & Abou-ElWafa (2017).

De acordo com o presente estudo e em conformidade com a revisão da literatura, o farmacêutico é o principal profissional de saúde que os estudantes recorrem para obter informação. A OMS refere que este deve desempenhar um papel fulcral em ajudar as pessoas a realizarem escolhas informadas sobre a automedicação (Castro, et al., 2016).

Os nossos resultados vão de encontro aos estudos de Gama & Secoli, (2017), Helal & Abou-ElWafa, (2017) e Castro, et al., (2016) em que os principais motivos que os levaram à prática foram: as experiências anteriores, problemas de saúde ligeiros e a falta de tempo para recorrer aos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstra que a automedicação é uma prática evidente entre os estudantes do ensino superior de saúde e revela uma preocupação na medida em que apesar dos estudantes reconhecerem os riscos da prática, não a reduzem. O sintoma referido pelos estudantes mais frequente para a prática de automedicação é as cefaleias. Constate-se que os medicamentos mais consumidos são os analgésicos/antipiréticos. O estudo demonstrou que este consumo estava relacionando com experiências anteriores, com uma frequência nos últimos 6 meses de 1 a 3 vezes. Neste sentido, é importante realçar que a educação para a saúde é fundamental para a consciencialização dos indivíduos sobre os riscos bem

como sobre a prática de uma automedicação responsável.

Esta problemática deve ser abordada ao longo do curso, tendo em conta que estes jovens são os futuros profissionais de saúde e agentes promotores de saúde, pelo que é importante que estes minimizem os comportamentos de risco, tendo os profissionais de saúde um papel fundamental na promoção de uma automedicação responsável. A disponibilização de medicamentos deve ser controlada pelas autoridades de saúde através do desenvolvimento de estratégias preventivas e interventivas efetivas, de forma a garantir um uso apropriado de medicamentos.

No que concerne às limitações do estudo, a amostra não é representativa de uma dimensão nacional devido ao facto de ser reduzida e composta maioritariamente pelo sexo feminino. Além disso, o instrumento de recolha de dados utilizado não se encontra validado.

Sugerimos que futuramente se realizem estudos mais alargados de âmbito nacional acerca da problemática, de modo a conseguirmos ter uma visão mais exata do panorama nacional.

Os resultados reforçam a necessidade do desenvolvimento de estratégias promotoras de literacia para a saúde e automedicação, devido à sua importância na tomada de decisão, promoção da saúde e prevenção da doença o que se pode relacionar diretamente com a automedicação e ainda incentivar e implementar atividades de educação para a saúde junto dos estudantes de IES.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Al-Ameri, R. J., Al-Badri, H. J., & Lafta, R. K. (2017). Prevalence of self-medication among university

students in Baghdad: a cross-sectional study from Iraq. *Eastern Mediterranean health journal*, 23(2), 87-93.

Alfaro-Mora, R., Monge-Guerrero, A., Jerez-Zamora, M. F., Campos-Campos, P., & Pérez-Mora, F. (2019). Características de la población universitaria que recurre a la automedicación en Costa Rica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(3), 1-11.

AlRaddadi, K. K., Barakeh, R. M., AlRefaie, S. M., AlYahya, L. S., Adosary, M. A., & Alyahya, K. I. (2017). Determinants of Self-medication among Undergraduate Students at King Saud University: Knowledge, Attitude and Practice. *Journal of Health Specialities*, 5, 95-101.

Alshogran, O. Y., Alzoubi, K. H., Khabour, O. F., & Farah, S. (2018). Patterns of self-medication among medical and nonmedical University students in Jordan. *Risk management and Healthcare Policy*, 11, 169-176.

Araia, Z. Z., Gebregziabher, N. K., & Mesfun, A. B. (2019). Self medication practice and associated factors among students of Asmara College of Health Sciences, Eritrea: a cross sectional study. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 12, 1-9.

Bohomol, E., & Andrade, C. M. (2020). Prática da automedicação entre estudantes de enfermagem de instituição de ensino superior. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 19, 1-7.

Castro, C., Martins, J., Filomena, J. N., & Antão, S. C. (2016). A Automedicação nos alunos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. *Millenium* 2(1), 123-130.

Gama, A. S., & Secoli, S. R. (2017). Automedicação em estudantes de enfermagem do Estado do Amazonas – Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(1), 1-7.

Gelayee, D. A. (2017). Self-Medication Pattern among Social Science University Students in Northwest Ethiopia. *Hindawi - Journal of Pharmaceutics*, 1-5.

Haque, M., Rahman, N. A., McKimm, J., Kibria, G., Majumder, A. A., Haque, S. Z., . . . Othman, S. (2019). Self-medication of antibiotics: investigating practice among university students at the Malaysian National Defence University. *Infection and drug resistance*, 12, 1333-1351.

Helal, R., & Abou-ElWafa, H. (2017). Self-Medication in University Students from the City of Mansoura, Egypt. *Hindawi - Journal of Environmental and Public Health*, 1-7.

Automedicação nos estudantes do ensino superior da saúde

- Hu, Y., Wang, X., Tucker, J. D., Little, P., Moore, M., Fukuda, K., & Zhou, X. (2018). Knowledge, Attitude, and Practice with Respect to Antibiotic Use among Chinese Medical Students: A Multicentre Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1-14.
- Ibrahim, D. A., & Halboup, A. (2019). Self-medication Practice among Health Sciences Undergraduate Students in Sana'a City-Yemen. *International Journal of Pharmaceutical Investigation*, 9, 80-84.
- López-Cabra, C. A., Gálvez-Bermúdez, J., Domínguez-Domínguez, C., Urbina-Bonilla, A., Calderón-Ospina, C., & Vallejos-Narváez, Á. (2016). Automedicación en estudiantes de medicina de la Universidad del Rosario en Bogotá D. C., Colombia. *Rev. Colomb. Cienc. Quím. Farm.*, 45, 374-384.
- Malak, M. Z., & AbuKamel, A. M. (2018). Self-Medication Among University Students: A Phenomenological Study. *Euromediterranean Biomedical Journal*, 13(37), 164–170.
- Norori, M. N. (2019). Patterns of self-medication among university students in San Jose, Costa Rica. *MedRxiv*, 1-22.
- Orellana, V. A., González, K. H., Cerda, E. M., Muñoz, F. M., Ojeda, I. M., Maury-Sintjago, E., & Fernández, A. R. (2019). Automedicación en estudiantes de una residencia universitaria en Chillán, Chile. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45(1), 1-15.
- Ortiz, C. P., David, O. D., Daza, H. R., Rojas, C. L., Ospina, C. A., & Delgado, D. R. (2019). Automedicación en estudiantes de la Sede Neiva de la Universidad Cooperativa de Colombia. *Rev. Colomb. Cienc. Quím. Farm*, 48 (1), 128-144.
- Príncipe, F. (2019). *Transformação de uma escola superior num contexto promotor de saúde: Contributos da pesquisa-ação participativa em saúde*. Mauritius: Novas edições académicas.
- WHO. (2000). *Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for use in Self-Medication*. Geneva: World Health Organization .

VIOÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES: CONHECIMENTOS, ATITUDES E BARREIRAS DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA

Domestic violence against women: knowledge, attitudes and barriers of family nurses

Violencia doméstica contra las mujeres: conocimiento, actitudes y barreras de las enfermeras de familia

Isabel Oliveira, * Cíntia Oliveira, ** Juliana Carvalho, *** Nuno Santos, **** Ana Torres ****

RESUMO

Enquadramento: a violência doméstica é um problema de saúde pública. O enfermeiro de família, enquanto contacto privilegiado com mulheres e famílias, pode desempenhar um papel relevante na abordagem à mulher vítima de violência. **Objetivo:** identificar os conhecimentos, atitudes e barreiras dos enfermeiros de família na abordagem às mulheres vítimas de violência doméstica. **Metodologia:** desenho quantitativo, exploratório, descritivo e transversal, numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por cinquenta enfermeiros de família. O instrumento de recolha de dados foi um questionário de autopreenchimento. No tratamento recorreu-se aos aplicativos QDA Miner 4 Lite e IBM SPSS Statistic, versão 21.0. **Resultados:** dos participantes, 78% refere não ter tido formação sobre violência doméstica. Evidenciam falta de conhecimento, reconhecendo, no entanto, que a identificação e encaminhamento das vítimas é responsabilidade dos profissionais de saúde. Apontam como principais barreiras a falta de protocolos de atuação e de regulamentação que legitime a sua intervenção e, em menor percentagem, a falta de conhecimento/formação para a abordagem à vítima. **Conclusão:** torna-se assim necessário dimensionar as necessidades ao nível da formação pré e pós-graduada, infundindo nos currículos esta temática e capacitando assim atuais e futuros profissionais na abordagem à mulher vítima de violência doméstica.

Palavras-chave: violência doméstica; enfermeiro de família; conhecimentos; atitude

*RN, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. Especialista em Enfermagem de Reabilitação - <https://orcid.org/0000-0001-6627-3907>

**RN, Enfermeira, Centro Internacional de Medicina Integrativa

***RN, Enfermeiro, Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga

****PhD, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/ CINTESIS - <https://orcid.org/0000-0002-8919-0378>

Como referenciar:

Oliveira, I., Oliveira, C., Carvalho, J., Santos, N., & Torres, A. (2020). Violência doméstica contra as mulheres: conhecimentos, atitudes e barreiras do enfermeiro de família. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, vol.3(2). 29-38

Recebido para publicação em: 3/11/2020
Aceite para publicação em: 12/12/2020

ABSTRACT

Background: domestic violence is a public health problem. Family nurses, as privileged contact with women and families, can play an important role in the prevention and approach to women victims of violence. **Objective:** identify knowledge, attitudes and barriers of family nurses in the approach of women victims of domestic violence. **Methodology:** quantitative, exploratory, descriptive and cross-sectional design, in a non-probabilistic sample for convenience, consisting of fifty family nurses. The data collection instrument was a self-administered questionnaire. For data analysis, software QDA Miner 4 Lite and IBM SPSS Statistic, version 21.0, were used. **Results:** of the participants, 78% report having no training on domestic violence and report lack of knowledge about it, recognizing, however, that the identification and referral of victims is the responsibility of health professionals. They point out as main barriers the lack of action and regulation protocols that legitimize their intervention and, to a lesser extent, the lack of knowledge / training to approach the victim. **Conclusion:** it is therefore necessary to measure the needs at the level of pre- and post-graduate training, infusing this theme in the curricula and thus training current and future professionals in the identification and approach to women victims of domestic violence.

Key words: domestic violence; family nurse; knowledge; attitude

RESUMEN

Marco Contextual: la violencia doméstica es un problema de salud pública. La enfermera de familia, como contacto privilegiado con la mujer y la familia, puede jugar un papel importante en el abordaje de las mujeres víctimas de violencia. **Objetivo:** Identificar conocimientos, actitudes y barreras de enfermeras de familia en la identificación y derivación de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. **Metodología:** diseño cuantitativo, exploratorio, descriptivo y transversal, en una muestra no probabilística por conveniencia, con cincuenta enfermeros familiares. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario autoadministrado. En su tratamiento se utilizó el software informático QDA Miner 4 Lite e IBM SPSS Statistic, versión 21.0. **Resultados:** los participantes, 78% informa que no tuvo capacitación sobre este tema y evidencia un desconocimiento al respecto, reconociendo, sin embargo, que la identificación y derivación de las víctimas es responsabilidad de los profesionales de la salud. Señalan como principales barreras la falta de protocolos de actuación y regulación que legitimen su intervención y, en un menor porcentaje, la falta de conocimiento / formación para acercarse a la víctima. **Conclusión:** es necesario medir las necesidades en materia de formación de pre y posgrado, infundiendo esta temática en los planes de estudio y formando así a los actuales y futuros profesionales en la identificación y abordaje de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

Palabras clave: violencia doméstica; enfermero familiar; conocimiento; actitudes

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é um crime com consequências graves para a saúde da mulher, nomeadamente ao nível físico, mental, sexual e reprodutivo, tendo por isso repercussões em toda a estrutura familiar e comunidade (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2020). Neste contexto, o enfermeiro de família “assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (Decreto Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto, p. 4070), podendo desempenhar um papel relevante, na abordagem mulher vítima de violência doméstica. Face à pertinência da temática e considerando que não foi encontrada, em Portugal, evidência sobre os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros de família neste contexto, torna-se relevante identificá-los, assim como identificar as barreiras na abordagem destas mulheres. Pretende-se assim encontrar estratégias de melhoria na abordagem às mulheres vítimas de violência doméstica no contexto dos cuidados de saúde Primários (CSP), considerando que estes se constituem como ponto privilegiado de acesso aos serviços de saúde e prevenção primária e secundária.

ENQUADRAMENTO

A violência contra a mulher é reconhecida pela OMS como um grave problema mundial e uma questão de saúde pública (World Health Organization [WHO], 2017). É altamente prevalente, sendo que a violência praticada pelo parceiro íntimo é a forma mais comum (OMS, 2020). Em Portugal, a violência doméstica é tipificada como crime público através da Lei nº 59/2007, de 4 de setembro e especificada no artigo

152º do Código Penal (Lei n.º 59/2007, de 4 de setembro). No ano de 2019, a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) registou um total de 11.676 vítimas de crime. Cerca de 80% destas eram do sexo feminino, sendo que as faixas etárias mais frequentes se situavam entre os 25 e os 54 anos de idade. As relações entre autor e vítima de crime, eram relações de intimidade. É prevalente o tipo de vitimização continuada, sendo os locais mais referenciados para a ocorrência da violência a residência comum de vítima e perpetrador (APAV, 2020).

Face aos desafios desta problemática têm vindo a ser implementados em Portugal sucessivos planos de prevenção e combate, estando atualmente em vigor o quinto Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género 2014-2017 (V PNPCVDG). Este assenta nos pressupostos da Convenção de Istambul e assume-se como uma mudança de paradigma nas políticas públicas nacionais de combate a todas estas formas de violação dos direitos humanos fundamentais, como são os vários tipos de violência de género, incluindo a violência doméstica. Encontra-se estruturado em cinco áreas estratégicas: a primeira incide na prevenção, sensibilização e educação; a segunda, na proteção das vítimas e proteção da sua integração; a terceira, na intervenção junto dos agressores; a quarta, na formação e qualificação dos profissionais; por fim, a quinta área estratégica incide na investigação e monitorização (Presidência do Conselho de Ministros nº 103/2013, 2013).

O enfermeiro de família, no contexto da problemática da violência doméstica contra a mulher, detém um conjunto de competências que vão ao encontro e permitem dar resposta às áreas estratégicas definidas

no V PNPCVDG, nomeadamente ao nível da prevenção e controlo de situações complexas e na promoção e recuperação do bem-estar da família em situações complexas (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho). Além disso, os serviços de saúde primários têm sido escolhidos pelas mulheres para relatar as situações de violência em que vivem (Rodrigues et al., 2018). Para que o enfermeiro de família possa intervir assertivamente deve reunir conhecimentos e atitudes, que fundamentem o seu processo de tomada de decisão. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), o conhecimento é um “conteúdo específico de ensinamento baseado na sabedoria adquirida, na informação apreendida ou competência” (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2016, p. 47) e a atitude define-se como “um processo psicológico de modelos mentais e opiniões” (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2016, p. 41). Desta forma, e existindo evidência que refere parte por dos enfermeiros uma baixa taxa de encaminhamento destas mulheres em distintos contextos de prática clínica, nomeadamente em serviços de urgência (Cho, Cha & Yoo, 2015) por falta de conhecimento, levantou-se a seguinte questão de investigação: Quais os conhecimentos e atitudes do enfermeiro de família na abordagem à mulher vítima de violência doméstica?

Os resultados deste estudo contribuirão para explorar a realidade portuguesa ao nível dos enfermeiros de família e orientar para estratégias que potenciem a melhoria dos cuidados prestados a estas mulheres e suas famílias ao nível dos CSP.

METODOLOGIA

Para responder à questão de investigação, foi desenvolvido um estudo quantitativo do tipo exploratório, descritivo e transversal, com uma amostra não probabilística de conveniência. Foram definidos como critérios de inclusão ser enfermeiro de família em exercício de funções em unidades de saúde familiar ou unidades de cuidados de saúde personalizados; que se desloquem à instituição de ensino superior para realização de formação pós-graduada, formação contínua ou participação em eventos científicos e que consentam à participação. Para a recolha de dados foi utilizado um questionário intitulado “*Violência contra la mujer por parte de su pareja: opinión del personal médico del IMSS Morelos*”, desenvolvido por Méndez-Hernández, Valdez-Santiago, Viniestra-Velázquez, Rivera-Rivera & Salmerón-Castro (2003) num estudo que avalia os conhecimentos, atitudes e barreiras do pessoal médico do Instituto Mexicano del Seguro Social do estado de Morelos e cujo processo de tradução e adaptação cultural foi realizado de acordo com o proposto por Wild et al. (2005). A sua tradução foi realizada por dois tradutores nativos em português e consensualizada por um terceiro elemento (investigador do estudo). A retro-tradução foi realizada por um tradutor nativo de língua castelhana e posteriormente enviada ao autor que a validou. A versão final do questionário foi submetida a um processo de equivalência cognitiva através da sua aplicação a cinco enfermeiros de família, que cumpriram os critérios de inclusão no estudo, garantindo-se a adequação do mesmo aos seus utilizadores. Relativamente à estruturação, o questionário encontra-se organizado em seis partes, a primeira parte refere-se à informação

Violência doméstica contra as mulheres: conhecimentos, atitudes e barreiras do enfermeiro de família

sociodemográfica; a segunda parte, dá a conhecer o nível de instrução prévia dos enfermeiros de família sobre a violência contra a mulher; a terceira parte, expõe a atitude cognitiva dos enfermeiros de família sobre o tema enquadrando o seu conhecimento; na quarta parte, é possível identificar os fatores institucionais e da prática profissional que os enfermeiros de família percebem como barreiras na identificação das mulheres agredidas que chegam à consulta, todas elas constituídas por questões de resposta dicotómica (sim/não), perguntas de escolha múltipla e perguntas de resposta aberta. Na quinta parte, apresenta um total de quarenta afirmações sobre as quais se solicita aos participantes que expressem a sua concordância, através de uma escala de Likert, sobre a sua atitude afetiva no que diz respeito ao interesse em identificar e encaminhar os casos de mulheres agredidas, bem como o interesse na capacitação sobre o tema. A sexta parte, constituída por questões de resposta de escolha múltipla e resposta aberta, permite conhecer a atitude no que respeita à conduta dos profissionais diante dos casos de mulheres agredidas, em contexto laboral. Para o tratamento de dados recorreu-se aos programas informáticos QDA Miner 4 Lite e IBM SPSS Statistics, versão 21.0. O estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética da instituição de ensino superior onde o estudo decorreu.

RESULTADOS

A recolha de dados foi realizada entre julho de 2019 a janeiro de 2020 tendo sido entregues 100 questionários dos quais cinquenta foram devolvidos e analisados. Participaram neste estudo 50 enfermeiros, 88% do sexo feminino (n=44), com uma idade média

de 42±7,13 anos (mínimo de 34 e máximo de 59). Relativamente ao estado civil, 56% (n=28) eram casados ou a viver em união de facto, 24% (n=12) eram solteiros e 20% (n=10) eram divorciados, separados ou viúvos. Dos participantes, 66% (n=33) eram enfermeiros de cuidados gerais e 34% (n=17) com título profissional de enfermeiro especialista. Quanto à formação académica, 36% (n=18) eram licenciados, 44% (n=22) tinham formação pós-graduada não conferente de grau e 20% (n=10) eram mestres. Relativamente ao tempo de exercício, a média de tempo de serviço dos participantes foi de 19,1±6,4 anos (mínimo de 12 e máximo de 36 anos).

Formação prévia

No que concerne a formação prévia, 78% (n=39) dos participantes afirmam nunca ter tido formação nesta área, 60% (n=30) nunca recebeu apoio para fazer formação por parte da sua entidade patronal, sendo que 40% (n=20) deles identificam como razão para a falta de apoio a ausência de formação interna sobre este tema, a falta de financiamento para a sua realização e a falta de interesse no tema por parte das instituições onde exercem funções.

Atitudes cognitivas (Conhecimento)

As atitudes cognitivas referem-se ao conhecimento que os enfermeiros de família têm sobre o tema da violência doméstica. Neste domínio, 88% (n=44) dos enfermeiros de família referiram conhecer a definição de violência doméstica e 100% (n=50) são da opinião que esta pode acontecer em qualquer contexto socioeconómico e educativo. Dos participantes, 64% (n=32) consideram que o motivo do homem praticar a violência doméstica é o facto de este ter presenciado situações de violência na infância. Sobre a média

Violência doméstica contra as mulheres: conhecimentos, atitudes e barreiras do enfermeiro de família

aproximada dos casos de violência em Portugal, 22% (n=11) afirmaram desconhecer.

Foi ainda solicitado aos participantes em questão aberta que identificassem separadamente os danos físicos, características psicológicas e danos sexuais

(tabela 1) que já observaram ou que pensem ser observados em mulheres vítimas de violência doméstica. A frequência dos dados elucidada sobre a relevância dada pelos participantes, em cada uma das dimensões, aos aspetos específicos de cada uma delas.

Tabela 1

Danos físicos, características psicológicas e danos sexuais que participantes observaram em mulheres vítimas de violência doméstica

Danos Físicos	n	%
Hematomas	35	43,75
Fraturas	25	31,25
Feridas	14	17,5
Queimadura	3	3,75
Outras lesões corporais	3	3,75
Total	80	100
Caraterísticas Psicológicas		
Baixa Autoestima	21	21,43
Medo	21	21,43
Depressão	18	18,37
Ansiedade	12	12,24
Tristeza	6	6,12
Submissão	5	5,1
Insegurança	4	5,08
Isolamento	4	4,08
Vergonha	3	3,06
Labilidade Emocional	3	3,06
Insónia	1	1,02
Total	80	100
Danos sexuais		
Lesões genitais	15	29,41
Lesões vaginais	13	25,49
Diminuição da libido	11	7,84
Lesões anais	4	5,88
Dispareunia	3	3,92
Dor genital	2	3,92
Repulsa sexual	2	3,92
Doenças sexualmente transmissíveis	1	1,96
Total	51	100

Violência doméstica contra as mulheres: conhecimentos, atitudes e barreiras do enfermeiro de família

A maior parte dos participantes (78%, n=39) referiu ainda conhecer alguma instituição para onde pudessem referenciar as vítimas de violência, bem como 68% (n=34) referiu conhecer as leis portuguesas que protegem as mulheres que sofrem violência por parte do parceiro. As instituições mais mencionadas foram a APAV, por 52% (n= 26) dos participantes, seguida da Guarda Nacional Republicana, com 10%, (n=5) e 8% (n=4) identificaram a Polícia de Segurança Pública. Relativamente ao conhecimento sobre leis que protejam as mulheres que sofrem violência por parte do parceiro, 20% (n=10) referiram alguns articulados legais, sendo que apenas um participante fez alusão correta à legislação aplicável neste contexto. Quase todos os participantes (98%, n=49) consideram que a violência que o parceiro exerce contra a mulher se repercute de maneira muito importante sobre a sua saúde e todos eles (100%, n=50) referem que, em situações extremas, pode até ocasionar a morte da vítima ou o suicídio.

Atitudes afetivas

As atitudes afetivas referem-se ao interesse dos enfermeiros de família na identificação e encaminhamento das mulheres, vítimas de violência doméstica, bem como na sua capacitação sobre o tema. Relativamente ao interesse em identificar estas mulheres, 96% (n=48) dos participantes partilharam da opinião que seria útil identificar os casos de mulheres agredidas durante a sua consulta e 86% (n=43) consideraram que detetar os casos de mulheres maltratadas pelos parceiros deve ser uma das tarefas do enfermeiro. Dos participantes, 76% (n=38) são da opinião que os casos de mulheres agredidas são difíceis de identificar numa consulta de rotina e 76%

(n=38) realizaram perguntas específicas para os identificar apenas quando suspeitaram. Para 66% (n=33) dos participantes compete ao enfermeiro de família ter a iniciativa de, junto da mulher, averiguar as questões relacionadas com a violência. Quanto ao tipo de violência, 64% (n=32) dos participantes referem que a violência psicológica/verbal não é um problema na sua prática clínica, assim como 44% (n=22) deles referem que os casos de mulheres que sofrem violência sexual por parte de seus parceiros não são um problema frequente, sendo que 44% (n=22) dos participantes referem ter já identificado casos de mulheres vítimas de violência pelo parceiro.

Para 92% (n=46) dos participantes, o encaminhamento dos casos de mulheres maltratadas deve ser uma tarefa dos profissionais de saúde e 70% (n=35) consideraram ainda que o enfermeiro pode ser o profissional mais adequado para encaminhar as vítimas. Dos que afirmaram já ter identificado uma mulher vítima de violência, 54% (n=27) não respondeu sobre qual tipo de conduta que ofereceram à vítima e 62% (n=31) não respondeu para onde as encaminharam.

Dos enfermeiros de família participantes, 90% (n=45) são da opinião que as mulheres maltratadas não dizem respeito apenas ao setor jurídico, mas também ao da saúde. Um total de 98% (n=49) considerou que seria útil para os enfermeiros de família terem protocolos de deteção de casos de mulheres vítimas de violência pelos seus parceiros e 92% (n=46) também consideraram útil registar os casos de mulheres agredidas identificadas no âmbito da sua consulta, mas que esta prática deveria estar regulamentada. Relativamente às questões colocadas às vítimas, 76%

Violência doméstica contra as mulheres: conhecimentos, atitudes e barreiras do enfermeiro de família

(n=38) consideraram que estas devem ser incluídas como perguntas de rotina na avaliação inicial, embora 66% (n=33) tenha considerado que estas podem ofendê-las ou incomodá-las. Para 90% (n=40) dos participantes, a prática clínica, em comparação com o apoio jurídico e psicológico, carece de importância em relação ao cuidado que pode ser prestado a uma mulher maltratada pelo seu parceiro. Dos participantes, 78% (n=39) consideraram ainda que quando um enfermeiro ajuda e/ou orienta uma mulher vítima de abuso, existe a possibilidade de este vir a sofrer represálias por parte do agressor.

A violência doméstica contra a mulher foi considerada pela totalidade dos participantes um tema interessante para se dedicar tempo e capacitação, sendo que 96% (n=48) é da opinião que existe uma necessidade de formação e que esta pode ser inserida nas especialidades de enfermagem e cursos de pós-graduação. Dos enfermeiros de família participantes, 92% (n=46) demonstraram interesse em participar num curso ou formação sobre violência doméstica contra as mulheres, tendo em conta a necessidade de proporcionarem cuidados terapêuticos neste tipo de casos de violência.

Barreiras

As barreiras referem-se aos fatores institucionais e da prática clínica que dificultam a identificação e encaminhamento da mulher vítima de violência doméstica pelo seu parceiro.

Na opinião dos participantes, 36% (n=18) considera que os principais fatores institucionais que são percebidos como barreiras na identificação e encaminhamentos dos casos de mulheres agredidas que chegam à consulta são a falta de protocolos para

detenção ou orientação dos casos; 28% (n=14) consideram a falta de legitimação da participação do enfermeiro do ponto de vista legal e institucional e 14% (n=7) consideram o seu desconhecimento sobre o tema. Na prática clínica, 52% (n=26) consideraram como barreiras que dificultam a identificação das vítimas o caráter privado da violência, 12% (n=6) consideraram a falta de conhecimento sobre o tema e 10% (n=5) a falta de tempo na consulta.

DISCUSSÃO

A maior parte dos participantes nunca teve formação sobre o tema no seu percurso académico, manifestando interesse neste tipo de formação. Resultados semelhantes foram descritos numa pesquisa realizada no Brasil sobre o rastreio e encaminhamento das mulheres vítimas de violência que apontou para a necessidade da qualificação da equipa de enfermagem (Lima et al., 2020). Num outro estudo sobre a conduta de enfermeiras perante casos de violência contra a mulher, a totalidade das entrevistadas sentiram necessidade de capacitação para lidar com as questões de violência doméstica contra mulher (Silva, Trindade, & Lima, 2019). Numa revisão mais alargada sobre a compreensão que os enfermeiros têm sobre a violência doméstica contra as mulheres concluiu que aos enfermeiros não é proporcionada formação suficiente que lhes permita lidar, reconhecer e identificar mulheres vítimas de violência, reforçando a necessidade de se apostar nesta área de formação desde a formação pré-graduada (Alshammari, McGarry & Higginbottom, 2018).

Violência doméstica contra as mulheres: conhecimentos, atitudes e barreiras do enfermeiro de família

Os participantes consideraram que a mulher vítima de violência doméstica pode apresentar danos físicos, sexuais e psicológicos. Tais resultados são idênticos aos de um estudo recente onde o conceito de violência relatado pelas profissionais de enfermagem teve em consideração aspectos de natureza física, psicológica e social (Lima et al., 2020). Num outro estudo, realizado em Portugal, sobre a representação social da violência doméstica sobre as mulheres, os participantes associaram este tipo de violência a termos como o medo, o sofrimento e a dor (Oliveira, Figueiredo, Nina, Oliveira, & Novais, 2019), indo ao encontro das características psicológicas agora identificadas pelos participantes.

A maioria dos participantes considerou que o motivo de o homem praticar violência doméstica é o facto de este ter presenciado situações de violência na infância, no entanto, embora ocorram fenómenos de transmissão intergeracional da violência, apenas uma minoria dos agressores foi alguma vez vítima no passado (Centro de Estudos Judiciários, 2016).

No que respeita às atitudes afetivas de identificação das mulheres, os participantes consideram que numa consulta de rotina esta identificação deve fazer parte das tarefas do enfermeiro. No artigo sobre a Assistência de Enfermagem, mais especificamente, na narrativa das mulheres vítimas de violência doméstica, as vítimas afirmaram que os enfermeiros têm mais oportunidades para detetar estes casos (Cristina, Risso, & Sim, 2019). No estudo sobre o rastreio e encaminhamento de casos de violência contra a mulher, os participantes consideraram que a consulta de enfermagem é o momento estratégico para identificar situações de mulheres vítimas de violência

doméstica, devendo utilizar estratégias para esclarecimento da situação, a fim de traçar um plano de cuidado adequado, respeitando as necessidades da vítima (Lima et al., 2020).

Relativamente à frequência com que os participantes já identificaram mulheres maltratadas pelos seus parceiros, os dados encontrados são inferiores aos encontrados a nível internacional, em que pelo menos 60% dos enfermeiros refere ter já identificado mulheres vítimas de violência, ressaltando, no entanto a referência a baixas taxas de reporte dessas situações por parte dos profissionais (Cho, Cha & Yoo, 2015).

A maioria dos participantes foram da opinião que o enfermeiro de família deve encaminhar as mulheres maltratadas, contudo, mais da metade não respondeu qual o tipo de conduta que ofereceram e nem para onde encaminharam estas mulheres. Num estudo semelhante, realizado em Israel, os enfermeiros especificam o tipo de conduta e encaminhamento que oferecem a estas mulheres, afirmando que as apoiaram, disponibilizaram informações sobre serviços que prestam assistência e aconselhamento, convocaram a assistente social, registaram as informações recebidas, agendaram acompanhamentos, entre outros (Natan & Rais, 2010). Os enfermeiros de família consideraram que seria útil terem protocolos de deteção de casos de mulheres que foram vítimas de violência pelos seus parceiros indo ao encontro de evidência que ressalta a falta de apoio legal e ausência de protocolos que direcionem a atuação destes profissionais no atendimento à mulher em situação de violência e que tal dificultou a conduta a ser adotada perante os casos identificados (Silva, Trindade, & Lima, 2019).

Violência doméstica contra as mulheres: conhecimentos, atitudes e barreiras do enfermeiro de família

A maioria dos enfermeiros de família, do presente estudo, foi da opinião que existe uma necessidade em participar em cursos ou formações sobre violência doméstica contra a mulher, o que vai ao encontro de resultados de outros estudos que identificam a necessidade de capacitação dos profissionais para abordagem a estas mulheres (Silva, Trindade, & Lima, 2019) e que estes se sentem insuficientemente preparados para identificar e estabelecer cuidados à mulher vítima de violência (Alshammari, McGarry & Higginbottom, 2018; Rodrigues et al., 2018).

CONCLUSÃO

A maioria dos participantes refere não ter tido formação sobre esta temática e evidenciam falta de conhecimento sobre a mesma, reconhecendo, no entanto, que a identificação e encaminhamento de mulheres vítimas de violência doméstica é responsabilidade dos profissionais de saúde. Apontam como principais barreiras a falta de protocolos de atuação e regulamentação que legitime a sua intervenção e, em menor percentagem, a falta de conhecimento/formação para a abordagem à vítima. Pela importância da problemática e da pertinência absoluta da sua integração na agenda política da saúde e da formação dos seus profissionais, designadamente dos enfermeiros, sugere-se a continuidade e aprofundamento de estudos desta natureza. A investigação deve prosseguir no sentido de dimensionar as necessidades ao nível da formação pré e pós-graduada, infundindo nos currículos esta temática e capacitando assim atuais e futuros profissionais na identificação e abordagem à mulher vítima de violência doméstica. Poderá ainda ser

considerado como perspetiva futura a validação deste instrumento para a população portuguesa.

Este estudo tem limitações, nomeadamente a dimensão da amostra, tipo de amostragem e o facto de ser constituída maioritariamente por mulheres, a realizar formação pós-graduada ou participar em eventos numa só instituição de ensino superior, factos que poderão enviesar os resultados dos seus conhecimentos e atitudes, devendo por isso os mesmos ser interpretados com cautela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alshammari, K. F., McGarry, J., & Higginbottom, G. (2018). Nurse education and understanding related to domestic violence and abuse against women: An integrative review of the literature. *Nursing open*, 5(3), 237–253. <https://doi.org/10.1002/nop2.133>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2020). Estatísticas APAV. *Relatório Anual 2019*. Lisboa. Retirado de https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV-Relatorio_Anual_2019.pdf
- Centro de Estudos Judiciários. (2016). *Violência Doméstica: Implicações psicológicas, sociológicas e jurídicas do fenómeno*. Manual Pluri Disciplinar. Lisboa. Retirado de http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/outros/Violencia-Domestica-CEJ_p02_rev2c-EBOOK_ver_final.pdf
- Cho, O. H., Cha, K. S., & Yoo, Y. S. (2015). Awareness and Attitudes Towards Violence and Abuse among Emergency Nurses. *Asian nursing research*, 9(3), 213–218. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.03.003>
- Conselho Internacional dos Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cristina, I., Risso, S., & Sim, M. (2019). Assistência de Enfermagem – Narrativa das mulheres vítima de violência doméstica. *Revista Ibero Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5 (3), 1998-2014. doi: 10.24902/r.riase.2019.5(3).1998

Violência doméstica contra as mulheres: conhecimentos, atitudes e barreiras do enfermeiro de família

- Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto (2014). *Diário da República n.º 149 - I série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Lei n.º 59/2007, de 4 de setembro (2007). *Diário da República n.º 170 - I série*. Ministério da Justiça. Lisboa, Portugal.
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro (2015). *Diário da República n.º 181 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Lima, J., Santos, R., Silva, J., Silva, R., Souto, C., Souto, R., & Araújo, G. (2020). Rastreamento e encaminhamento de casos de violência contra a mulher por enfermeiras na estratégia saúde da família. *Cogitare Enfermagem*. doi:10.5380/ce.v25i0.65579
- Méndez-Hernández, P., Valdez-Santiago, R., Viniestra-Velázquez, L., Rivera-Rivera, L., & Salmerón-Castro, J. (2003). Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Pública México*, 45 (6), 472-482. Retirado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000600007
- Natan, M., & Rais, I. (2010). Knowledge and Attitudes of Nurses Regarding Domestic Violence and Their Effect on the Identification of Battered Women. *Journal of Trauma Nursing*, 17, 112-117. doi:10.1097/JTN.0b013e3181e736db
- Oliveira, I., Figueiredo, B., Nina, J., Oliveira, X., & Novais, S. (2019). Representação social da violência doméstica sobre as mulheres. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2 (2), 7-18. doi:10.37914/riis.v2i2.53
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *COVID-19 e a violência contra a mulher. O que o setor/sistema de saúde pode fazer*. Retirado de <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/vaw-covid-19/pt/>
- Presidência do Conselho de Ministros n.º 103/2013. (2013). V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género 2014-2017. *Diário da República: I série*, n.º 253. 7036-7049. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/136785>
- Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho (2018). *Diário da República n.º 135 - II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Rodrigues, V., Oliveira, G., Machado, J., Simões, A., Pires, V., & Morais, R. (2018). Assistência à Saúde da Mulher em Situação de Violência Doméstica: Revisão Integrativa. *Revista Saúde Com*, 14 (1), 1122-1129. doi:10.22481/rsc.v14i1.538
- Silva, P., Trindade, R., & Lima, W. (2019). Conduta de enfermeiras diante de casos de violência doméstica contra a mulher. *Revista Baiana de Enfermagem*, 33, e33452 1-11. doi:10.18471/rbe.v33.33452
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patients-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report for ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*, 8 (2), 94-104. Retirado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>
- World Health Organization. (2017). *Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women*. Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DO ENFERMEIRO NA ABORDAGEM AO DOENTE CRÍTICO: ESTUDO QUALITATIVO

Emotional intelligence of nurses in the approach to critical patients: qualitative study

Inteligencia emocional de los enfermeros en el abordaje del paciente crítico: estudio cualitativo

Liliana Sousa, * Cláudia Pereira, ** Ana Lopes, * Mirandolina Faísca, ** Tânia Fortuna, ***
Fernanda Príncipe, **** Liliana Mota, *******RESUMO**

Enquadramento: a inteligência emocional (IE) é o conjunto de capacidades do indivíduo para identificar, gerir e entender as suas próprias emoções e de se auto motivar perante situações constrangedoras e geradoras de conflitos. Reflete as atitudes e comportamentos do profissional perante diferentes contextos tendo impacto na qualidade da sua atuação. **Objetivos:** descrever a IE dos enfermeiros na área do cuidado ao doente crítico e identificar as estratégias comportamentais utilizadas pelos mesmos. **Metodologia:** estudo qualitativo, descritivo e exploratório. A recolha de dados foi realizada através de um *focus group* com 8 enfermeiros peritos no cuidado ao doente crítico. **Resultados:** emergiram 6 categorias relativas à IE dos enfermeiros na área do cuidado ao doente crítico: profissionalismo, relações interpessoais, organização do serviço, partilha de emoções, gestão do trabalho e autocontrolo emocional. **Conclusão:** como estratégias utilizadas identificou-se a partilha de emoções entre pares, a gestão do tempo para debater as situações existentes durante o horário laboral, a capacidade de autocontrolo emocional, a adaptabilidade ao meio e a forma como se estabelece a relação com o cliente.

Palavras-chave: inteligência emocional; enfermeiras e enfermeiros; cuidados críticos

*RN, Enfermeira, UCI do Centro Hospitalar Entre Doura e Vouga, autor de correspondência:
lia_sousa85@hotmail.com

**RN, Enfermeira, Urgência do Centro Hospitalar Entre Doura e Vouga

***RN, Enfermeira, Especialidades Cirúrgicas do Centro Hospitalar Entre Doura e Vouga

****PhD, Professora coordenadora na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/ CINTESIS
<https://orcid.org/0000-0002-1142-3258>

*****PhD, Professora adjunta na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/ CINTESIS
<https://orcid.org/0000-0003-3357-7984>

Como referenciar:

Sousa, L., Pereira, C., Lopes, A., Faísca, M., Fortuna, T., Príncipe, F., & Mota, L. (2020). Inteligência emocional do enfermeiro na abordagem ao doente crítico: estudo qualitativo. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, vol.3(2). 39-48. doi.org/10.37914/riis.v3i2.97

Recebido para publicação em: 29/09/2020
Aceite para publicação em: 14/12/2020

ABSTRACT

Background: emotional intelligence (EI) is the individual's ability to identify emotions, manage and understand is own emotions and self-motivate in awkward and conflict situations. It reflects the professional's attitudes and behaviors in different contexts, impacting the quality of their performance. **Objectives:** to describe the IE of expert nurses in the critical care area and to identify the behavioral strategies used by nurses to approach the critically ill patient. **Methodology:** qualitative, descriptive and exploratory study. Data collection was performed using the focus group with 8 expert nurses in the critical care area. **Results:** there are 6 categories related to nurses IE in the area of critical patient care: professionalism, interpersonal relations, service organization, emotions sharing, work management and emotional self-control. **Conclusion:** the strategies identified were sharing emotions among peers, managing time to discuss existing situations during working hours, capacity of emotional self-control, adaptability to the environment and the way to establish relationships with the client.

Keywords: emotional intelligence; nurses; critical care

RESUMEN

Encuadramiento: la inteligencia emocional (IE) es la capacidad del individuo para identificar emociones, manejar, comprender fenómenos emocionales y automotivarse en situaciones incómodas y problemáticas que generan conflictos intrínsecos y extrínsecos. Por lo tanto, refleja las actitudes y comportamientos de los profesionales en diferentes contextos, impactando la calidad de su desempeño. **Objetivos:** describir el IE de enfermeras expertas en el área de cuidados críticos e identificar las estrategias de comportamiento utilizadas por las enfermeras para abordar al paciente crítico. **Metodología:** este es un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio. La recolección de datos se realizó utilizando el grupo focal con 8 enfermeras expertas en el área de cuidados críticos. **Resultados:** hay 6 categorías relacionadas con el IE de las enfermeras en el área de atención crítica al paciente: profesionalismo, relaciones interpersonales, organización de servicios, intercambio de emociones, gestión del trabajo y autocontrol emocional. **Conclusión:** las estrategias identificadas fueron compartir emociones entre pares, administrar el tiempo para discutir situaciones durante las horas de trabajo, la capacidad individual para el autocontrol emocional, la adaptabilidad al medio ambiente, cómo establecer relaciones con el cliente y su autorregulación emocional.

Palabras clave: inteligencia emocional; enfermeras y enfermeros; cuidados críticos

INTRODUÇÃO

Sendo a enfermagem uma profissão caracterizada por elevada relação humana “é de extrema importância que os profissionais possuam capacidades de inteligência emocional (IE) para que possam orientar os seus pensamentos e ações. O enfermeiro deve ser capaz de controlar as suas emoções e compreender as emoções dos outros, pois só assim conseguirá atender às necessidades individuais do cliente” (Oliveira, 2019, p. 16). A IE dos enfermeiros tem impacto positivo nas atitudes, na adaptabilidade, melhoria nas relações interpessoais e maior orientação para valores positivos, retenção e prevenção do *burnout* (Nagel, Towell, Nel, & Foxall, 2016).

Ao longo do tempo deu-se uma mudança de paradigma no setor do trabalho no que respeita às competências, pelo que hoje em dia, um dos grandes focos são as competências a nível emocional (Goleman, 2018).

IE é definida por Mayer, Salovey, & Caruso (2004, p. 15) como “a capacidade de perceber acuradamente, de avaliar e de expressar emoções; a capacidade de perceber e/ou gerar sentimentos quando eles facilitam o pensamento; a capacidade de compreender a emoção e o conhecimento emocional e a capacidade de controlar emoções para promover o crescimento emocional e intelectual”. A IE é a capacidade de compreender e gerir os pensamentos e sentimentos pessoais, bem como influenciar positivamente a comunicação interpessoal e bem-estar social (Benzo, Kirsch, Dulohery, & Abascal-Bolado, 2016).

A IE dos enfermeiros tem potencial para a resolução de problemas, com impacto significativo nos resultados das intervenções implementadas nos doentes alvo dos seus cuidados (Lewis, 2019). É uma habilidade

treinável devendo ser infundida nos currículos de enfermagem de forma a que os futuros profissionais de saúde melhorem as suas competências de IE (Lewis, 2019). A IE pode ser desenvolvida e aprendida em qualquer momento ou idade, e os programas de treinamento devem estar associados a maior bem-estar e melhor regulação emocional (Benzo, Kirsch, Dulohery, & Abascal-Bolado, 2016).

Na prática profissional cresce a necessidade de implementar programas de promoção da IE mais explícitos de forma a que os enfermeiros desenvolvam competências que permitam lidar de forma adequada na abordagem ao doente crítico a fim de desenvolverem estratégias de gestão emocional.

Denota-se a falta de estudos a nível nacional nesta área envolvendo os profissionais de enfermagem, sendo por isso pertinente o desenvolvimento da investigação nesta área a fim de conhecer e produzir conhecimento que possa fundamentar a prática diária.

Com este estudo pretende-se descrever a IE dos enfermeiros na área do cuidado ao doente crítico e identificar as estratégias comportamentais utilizadas pelos mesmos.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Oliveira (2019) afirma que as emoções estão presentes na rotina de todos os seres humanos, sendo fundamental o seu controlo para o desenvolvimento pessoal. No cenário mundial é exigido que o indivíduo possua capacidades de IE que vão muito além de capacidades de inteligência cognitiva. É preciso saber controlar emoções para viver num contexto onde há constantes mudanças e desafios.

O cuidado ao doente crítico é descrito como cuidados de saúde prestados em ambiente tecnologicamente

Inteligência emocional do enfermeiro na abordagem ao doente crítico: estudo qualitativo

avançado, que requer dos enfermeiros uma prática de enfermagem avançada com competências clínicas e tecnológicas que respondam aos processos complexos de saúde/doença da pessoa em situação crítica (Nagel, Towell, Nel, & Foxall, 2016).

No estudo exploratório de Costa & Faria (2009) acerca da IE no contexto de Enfermagem é salientada a necessidade dos profissionais de enfermagem terem mais oportunidades para refletir sobre as suas práticas através de formações nas áreas da IE, que forneçam possibilidades de treino em situações complexas e mais exigentes do ponto de vista da competência emocional.

Encarnação, Soares, & Carvalho (2018, p. 8) concluíram que “IE influencia a forma como os enfermeiros desenvolvem a sua atividade. Esta é afetada pelas próprias características individuais (...) e influencia o enfermeiro a nível pessoal, profissional e no cuidar.” Reforçam ainda que a IE deve ser estimulada em contextos formativos.

A enfermagem como profissão deverá ter como alicerces fundamentais o conhecimento, capacidade, habilidade e atitudes necessárias para compreender, expressar e regular de forma apropriada os eventos emocionais. Contudo, no decorrer do exercício profissional os enfermeiros deparam-se com situações problemáticas, constrangedoras e geradoras de conflitos intrínsecos e extrínsecos. Exemplo representativo desta problemática é a complexidade inerente do cuidado ao doente crítico e toda a envolvência tecnológica do meio (Nagel, Towell, Nell, & Foxall, 2016).

Os conceitos que compõe a IE enquadram-se nos padrões de conhecimento de enfermagem (Chinn, & Kramer, 2018). Associado ao padrão de enfermagem

conhecimento pessoal emerge a autoconsciência, como uma habilidade essencial em IE. Para a autorregulação das emoções é fundamental identificar e reconhecer as emoções em si mesmas enquanto contributo para uma relação terapêutica eficaz com o doente crítico (Lewis, 2019). O reconhecimento da forma como a pessoa expressa as suas emoções sobre o que considera certo, mesmo que os outros discordem, é componente fundamental da autoconfiança (Lewis, 2019). Estes factos alinham com os padrões éticos e emancipatórios dos padrões de conhecimento de enfermagem (Chinn, & Kramer, 2018), enquanto processo de desenvolvimento do enfermeiro para a identificação da injustiça e desigualdade humanas na escolha do caminho correto.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de carácter qualitativo, de tipo descritivo e exploratório, com recurso à realização de um *focus group* como meio de recolha de dados. A partir de uma amostra não probabilística e por conveniência, participaram no estudo 8 enfermeiros peritos na área do cuidado ao doente crítico, de diferentes hospitais da região norte de centro de Portugal.

Na seleção dos participantes foram considerados como critérios de inclusão ser enfermeiro a executar funções no Serviço de Urgência (4) ou no Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (4) há pelo menos 10 anos.

A recolha de dados decorreu em julho de 2019. O guião do *focus group* foi constituído por questões abertas de forma a facilitar a expressão livre dos participantes.

Foi realizada gravação áudio de 50 minutos do *focus group*, sendo este posteriormente transcrito num documento de texto com recurso ao *software*

Inteligência emocional do enfermeiro na abordagem ao doente crítico: estudo qualitativo

Microsoft Word e realizada uma codificação dos participantes (sujeito E1, sujeito E2...) de forma a garantir o anonimato. Foi realizada categorização à posteriori a partir do *verbatim* dos participantes de acordo com Bardin (2015).

Os procedimentos éticos foram garantidos, sendo previamente fornecida toda a informação acerca do estudo. Foi também garantida a confidencialidade da informação e o anonimato dos participantes sendo fornecido um termo de consentimento informado, assegurando se a participação livre e esclarecida a cada participante sem prejuízo para o mesmo caso pretenda a qualquer momento abandonar o estudo. O estudo teve parecer favorável da Comissão de ética (Parecer 010/2019).

RESULTADOS/DISCUSSÃO

A amostra é constituída por 8 enfermeiros, sendo que 6(80%) são do género feminino. A idade dos participantes varia entre 33 e 46 anos de idade, com uma média de idades de 39,75 ($\pm 4,60$) anos. O tempo de exercício profissional varia entre os 10 a 25 anos com uma média de 15,37($\pm 5,10$) anos.

Aquando da análise dos dados resultantes do *focus group* com os participantes foram identificadas seis categorias: Profissionalismo, Relações Interpessoais, Organização do Serviço, Partilha de Emoções, Gestão do Trabalho e Autocontrolo Emocional.

Profissionalismo

O profissionalismo integra um momento de promoção da competência emocional, pois aqueles que apresentam a capacidade de identificar emoções, de as utilizar no processo de pensamento e de as compreender e analisar, sabendo lidar com elas relativamente a si próprio e aos outros, são indivíduos

emocionalmente inteligentes. A competência emocional resulta da auto percepção da eficácia no controlo das situações.

“Tentar organizar, tentei ser eficiente, tentei ser eficaz, tentei não dar más respostas...” (E7, julho, 2019)

“A parte mais complicada foi separar a parte profissional do pessoal”. (E6, julho, 2019)

“Por muito que tentemos ser profissionais há uma parte de nós que leva sempre um doente ou outro para casa”. (E3, julho, 2019)

Os participantes evidenciam que o reconhecimento das emoções e a autoconsciência das capacidades emocionais se refletem no desempenho profissional. Goleman (2019) advoga que é impossível separar a racionalidade das emoções, sendo estas que fundamentam o sentido da eficácia das decisões a partir do seu controlo.

Relações Interpessoais

As relações interpessoais inserem um pensamento focado na determinação do resultado pela qualidade nos relacionamentos desenvolvidos no âmbito do espaço de trabalho. Pode se dizer que nas relações estabelecidas entre os indivíduos está, em grande parte, a satisfação no trabalho realizado.

“Se a equipa não está a funcionar vai potencializar ainda mais o mau funcionamento em termos de gestão emocional e da equipa, nota se o stress.” (E4, julho, 2019)

“Sei que todos os dias vai haver um conflito, más respostas entre os diferentes profissionais.” (E4, julho, 2019)

“Conseguir discutir as coisas no momento ou logo a seguir ao momento de uma forma eficaz”. (E8, julho, 2019)

No discurso dos participantes é demonstrado que as relações interpessoais são um fator preponderante na prática de enfermagem, emergindo as seguintes subcategorias: gestão de conflitos, trabalho em equipa e a experiência profissional.

Os conflitos estão presentes em toda a parte da nossa vida, quer seja pessoal como profissional. Deste facto,

Inteligência emocional do enfermeiro na abordagem ao doente crítico: estudo qualitativo

ressalta a importância da gestão de conflitos, a qual deve ser efetuada de forma correta, de modo a proporcionar resultados construtivos nas organizações. Conforme Beck (2009, p. 21), “além do diagnóstico bem feito do conflito é necessário que, ao lidar com conflitos, a pessoa tenha habilidades de atuação, as quais nem sempre são desenvolvidas na educação sistemática, em ambiente escolar ou em programas de desenvolvimento profissional”.

“Se formos para o trabalho com a nossa vida organizada, com a nossa mente organizada é muito mais fácil gerir todos os conflitos.” (E2, julho, 2019)

“Conseguir gerir os conflitos nos serviços, saber gerir a situação de forma que o teu trabalho fique harmonioso, saber gerir as nossas emoções...” (E2, julho, 2019)

“Consigam trabalhar todos e consigam comunicar sem haver conflitos”. (E5, julho, 2019)

“Isto é um fator gerador de stress e conflitos, são capazes de estar lá uma hora à espera.” (E6, julho, 2019)

Para Beck (2009, p. 14) “é importante lembrar que, embora o conflito seja determinado como uma situação negativa dentro das organizações, ocasionado principalmente por falha de comunicação e competições de interesses pessoais, os conceitos modernos mostram que este fenómeno também pode ser explorado para encorajar a autocrítica, a criatividade e a propensão para a aceitação de mudança”.

Os participantes mostraram ser prática diária o trabalho em equipa, o qual se assume como imperativo uma vez que permite responder às exigências atuais em termos de cuidados de saúde e permite uma prática com padrões de qualidade mais elevados.

“Trabalhar para um fim conjunto.” (E5, julho, 2019)

“Forma como a equipa se dá, a confiança que há nuns elementos e nos outros, cooperação.” (E6, julho, 2019)

“Ter confiança com as pessoas com quem trabalhamos.” (E3, julho, 2019)

Um fator referenciado pelos participantes e de relevo é a experiência profissional.

“a competência e experiência profissional também acho que ajuda muito a lidar com as emoções.” (E8, julho, 2019)

“Um chefe de equipa com competências que é capaz de gerir mil e uma situações o serviço consegue funcionar muitas vezes com muitos conflitos.” (E6, julho, 2019)

No contexto da prática de enfermagem hospitalar, o principal ator das equipas é o enfermeiro-chefe.

Organização do Serviço

A forma como as instituições estão organizadas quer do ponto de vista físico bem como na articulação entre os diferentes serviços e grupos de trabalho é influenciador no desempenho diário e satisfação dos profissionais, com impacto na IE. Os participantes relatam que o trabalho bem organizado e disciplinado é fundamental bem como a organização do espaço físico do serviço.

“da estrutura, dos recursos humanos, e assim toda a gente saiba que estamos neste modelo.” (E4, julho, 2019)

Para Barros (2009), a adoção do conceito e da prática do profissional/equipa de “referência”, implica, além de mudanças na organização da equipa, o desenvolvimento de um novo olhar sobre o processo de cuidado, que deve envolver todos os recursos disponíveis e ampliar a disponibilidade para estar e fazer junto. Sugere que reuniões em equipa sejam a base da organização dos serviços e que devem contemplar espaços para discussão de casos e decisões conjuntas. Para os participantes a organização do serviço deve ter em linha de conta a cultura organizacional da instituição, as dotações e considerar os riscos de saúde profissionais.

Schein (2009, p. 16), define cultura organizacional como “um conjunto de representações e ideias

Inteligência emocional do enfermeiro na abordagem ao doente crítico: estudo qualitativo

propostas por um líder e, quando validada sua aceitação, é ensinada aos novos membros do grupo a maneira correta de pensar e agir”.

A equipa tem de estar preparada para a tomada de decisões independentes e interdependentes, sob o comando único de um líder, que transmita segurança e confiança. Os participantes manifestam-se sobre esse assunto:

“Vocês têm falta de enfermeiros, estão dispersos e as pessoas estão a acabar de chegar da rua.” (E8, julho, 2019)

“Tivemos uma formação sobre gestão de stress, tivemos uma formação com a psicóloga do hospital e técnicas de relaxamento.” (E8, julho, 2019)

A necessidade de adequar os recursos de enfermagem tendo em conta a segurança, o nível de necessidade de cuidados de enfermagem dos clientes, a qualidade dos cuidados de enfermagem, a carga de trabalho, o ambiente de trabalho e o nível de qualificação/experiência dos enfermeiros, fez emergir a subcategoria dotação segura em enfermagem. Entende-se dotação, como sendo a quantidade e diferenciação necessária dos profissionais para a prestação de cuidados.

Cordeiro (2009) acerca da responsabilidade profissional, recursos humanos e qualidade dos cuidados em enfermagem reforça que os enfermeiros, mesmo quando existem em dotações insuficientes, não sentem que a sua responsabilidade diminua nos cuidados que prestam e optam por realizar os cuidados mais urgentes, priorizando as intervenções de acordo com esse critério e com as rotinas instituídas. Os participantes manifestam diferentes opiniões no que toca às dotações, o trabalho/serviço é o *core* para esta diferença.

“Nós temos dotações seguras na carga de horário, o trabalho também não é uma coisa exagerada, estamos num ambiente mais resguardado.” (E3, julho, 2019)

“Falta de resposta das instituições nas dotações seguras, como no horário com o tempo descanso adequado, estratégias de relaxamento ou de formação em termos de stress reflete-se muito num dado que ninguém valoriza.” (E3, julho, 2019)

A enfermagem é uma profissão que inevitavelmente acarreta riscos saúde profissionais, segundo Santos & Almeida (2016, p. 1) “os profissionais de saúde executam inúmeras tarefas sujeitas a fatores de risco/ riscos muito variados; contudo, se alguns são facilmente perceptíveis para a maioria, outros são ignorados.”

Os participantes defendem que as condições de trabalho devem garantir dotações seguras, horários adequados com tempo de descanso, desta forma diminuindo riscos profissionais.

“O absentismo implica que alguém trabalhe mais um bocado que já não está em condições, essa pessoa anda em linhas de *burnout*, isto aqui acaba por ser descontrolo total da gestão emocional não só pessoal.” (E4, julho, 2019)

“Estão focadas para a produtividade da empresa e não para evitar taxas de suicídio profissionais.” (E5, julho, 2019)

Partilha de emoções

Na partilha social das emoções verifica-se a partilha de experiências emocionais positivas e de experiências emocionais negativas. Relativamente ao impacte das experiências emocionais negativas, observa-se que estas experiências mantêm o impacte negativo, devido às cognições que envolvem a memória que origina a emoção. As cognições despoletam a ruminação mental, os pensamentos intrusivos e as imagens, aumentando a necessidade de falar e a partilha das emoções (Rimé, 2009). O grupo de participantes considera relevante a partilha de emoções no meio profissional entre pares, destacando-a como uma

Inteligência emocional do enfermeiro na abordagem ao doente crítico: estudo qualitativo

estratégia que visa melhorar a IE na área do cuidado ao doente crítico.

“Momentos de partilha, na maior parte não temos tempo para isso e as vezes nas passagens de turno, nos momentos mais calmos que as equipas partilham. Porque esta necessidade não é só da enfermagem é de toda a equipa multidisciplinar.” (E6, julho, 2019)

“Não se tira tempo para se falar daquilo que nós vivemos a trabalhar e daquilo que levamos para casa todos os dias inevitavelmente.” (E2, julho, 2019)

Crispim (2015, p. 42) defende que “a partilha social das emoções é uma forma mais específica de regulação emocional que depende exclusivamente das relações sociais. Deste modo, as pessoas utilizam estas estratégias de forma mais ou menos intensa e mais ou menos eficaz e estas diferenças individuais determinam o modo como as pessoas se relacionam, adotando uma postura de maior evitamento ou proximidade na relação com os outros”.

Gestão do trabalho

Goleman (2018) refere que a capacidade individual de cada profissional em gerir o seu trabalho/função contribuiu para a satisfação do ponto de vista profissional que também se reflete a nível pessoal e na sua IE. Diogo (2017, p. 21) refere que “...os enfermeiros ficam mais expostos ao stress físico e emocional e podem ter que se distanciar de tais emoções durante os cuidados”.

“O stress que resulta de tu andares continuamente a alertar toda a gente para estas situações, andas a fazer o teu trabalho e o dos outros.” (E6, julho, 2019)

“Muitas horas faz muita pressão, são muitas responsabilidades, muitas frustrações.” (E7, julho, 2019)

“Não tenho tempo vamos despachar, e isto neste momento é umas das coisas que me está a trazer algum stress para casa.” (E2, julho, 2019)

Desta forma, identifica-se como estratégia a necessidade de uma melhor gestão do tempo, de

forma a criar a possibilidade de debate das situações existentes durante o horário laboral.

Autocontrolo Emocional

Os enfermeiros enfrentam diariamente vários desafios na prática profissional, desafios que implicam esforço emocional e obrigam ao uso de habilidades interpessoais e emocionais. Deste modo, emerge a necessidade de saber lidar com os seus próprios sentimentos bem como as emoções que possam identificar no próximo.

International Council of Nurses (2016, p. 42) define autocontrolo como sendo “disposições tomadas para cuidar do necessário para a sua própria manutenção; para se conservar ativo; lidar com as suas necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”. Este define o conceito de emoção (201, p. 56) como “processo psicológico: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stress ou com a doença”.

Segundo Goleman (2019, p. 60) pessoas “autoconscientes do seu estado de espírito à medida que eles ocorrem, estas pessoas têm compreensivelmente alguma sofisticação nas suas vidas emocionais. A clareza com que analisam as suas próprias emoções pode sublinhar outros traços da personalidade: são autónomas e seguras dos seus próprios limites, têm uma boa saúde psicológica e tendem a encarar a vida de uma maneira mais positiva”. Dada a complexidade do cuidado ao doente crítico, Goleman (2018, p. 31) preconiza que “quanto mais complexo for o trabalho, tanto mais a IE importa uma vez que uma deficiência nessas capacidades pode prejudicar a utilização de quaisquer perícias técnicas ou intelectuais que uma pessoa possa possuir”.

Inteligência emocional do enfermeiro na abordagem ao doente crítico: estudo qualitativo

“... termos a capacidade para sabermos que não conseguimos mais!” (E1, julho, 2019)

“...cada um por si tem de fazer a sua própria gestão para o seu bem-estar.” (E7, julho, 2019)

“Pessoas felizes são mais produtivas...” (E5, julho, 2019)

No processo de Autocontrolo Emocional em contexto de atuação ao doente crítico, são identificadas como características necessárias a capacidade de adaptação, a relação com o cliente e a autorregulação emocional, sendo estas características as estratégias comportamentais identificadas ao longo deste estudo. International Council of Nurses (2016, p. 38) define adaptação como sendo “coping: gerir novas emoções.” Esta definição vai ao encontro da teoria de Goleman (2018, p. 82) “durante a emergência, o cérebro retoma rotinas e respostas simples altamente familiares e põe de lado o pensamento complexo, a profundidade criativa e a planificação a longo prazo. A prioridade vai para o presente urgente ou a crise do dia” (...). Quando a mente está calma, as funções da memória de trabalho estão no seu máximo. Mas quando há uma emergência, o cérebro passa por um modo auto protetor, retirando recursos à memória de trabalho e atribuindo-os a outros locais do cérebro para manter os sentidos em estado de alerta máximo – uma postura mental destinada à sobrevivência”.

Os participantes referem a necessidade que sentem em centrar-se no presente, na execução de técnicas a fim de se adaptarem à situação em causa e para serem capazes de dar resposta às necessidades exigidas pela profissão.

“Na sala de emergência queremos eficácia, queremos naquele momento centrar-nos no momento presente”. (E5, julho, 2019)

“Descarregar à posteriori, no momento o que nos interessa é ter a situação controlada, ter tudo controlado!” (E6, julho, 2019)

“Pensar que estás a executar uma técnica e abstrair-te do resto...” (E3, julho, 2019)

Para Goleman (2018, p. 37) “as competências de que uma pessoa precisa para o êxito pode mudar à medida que ascende na carreira (...) no caso das melhores enfermeiras é o sentido de humor...”

“...nem que seja pelo humor...” (E7, julho, 2019)

A relação com o cliente adquire suma importância no palco do autocontrolo emocional, “A empatia exige calma e receptividade suficientes para que os subtis sinais dos sentimentos de outra pessoa possam ser recebidos e imitados pelo nosso próprio cérebro emocional” (Goleman, 2019, p. 117).

A relação que os enfermeiros desenvolvem com o doente é preponderante para o seu desempenho profissional, os participantes verbalizaram que o contexto em que desempenham as suas funções é influenciador na forma como estabelecem essa relação.

“A nível empático, em contexto de urgência, é completamente diferente que nos cuidados intensivos...” (E5, julho, 2019)

“Nos cuidados intensivos o doente vai acordar e torna-se próximo, começa a fazer parte da nossa vida e marca-nos...” (E5, julho, 2019)

“Na UCIP tens mais contacto com a família, mais proximidade com a situação” (E5, julho, 2019)

Os participantes referem que a capacidade de autorregulação emocional é crucial para a *performance* profissional e da equipa, este fato não implica a ligação direta com o desempenho intelectual de cada um, como corrobora Goleman (2019).

“Há pessoas cognitivamente extremamente inteligentes e a nível de IE deixa muito a desejar.” (E5, julho, 2019)

“Perante uma emoção de contrariedade, de raiva, reagem de uma forma extremamente agressiva dentro da equipa. Temos pessoas que menos inteligentes e perante uma contrariedade, uma situação de crise, são pessoas que sabem geri-la.” (E5, julho, 2019)

A “perceção da forma como as nossas emoções afetam aquilo que fazemos constitui a competência emocional

Inteligência emocional do enfermeiro na abordagem ao doente crítico: estudo qualitativo

fundamental. Quem não possui essa capacidade torna-se vulnerável...” (Goleman, 2018, p. 62).

“Uma emoção de uma pessoa mal gerida dentro da equipa destabiliza completamente!” (E5, julho, 2019)

“Se soubermos exatamente que fizemos um bom trabalho temos mais paz interior quando deixamos o trabalho” (E8, julho, 2019)

A IE deve ser uma constante em desenvolvimento na vida dos enfermeiros, mas sabemos que essa não é uma realidade. Atualmente a enfermagem está a passar por momentos de dificuldade no país, a sobrecarga de trabalho, o acumular de horas extra, os rácios elevados de clientes nas unidades de saúde e baixo número de profissionais para prestar os cuidados, são algumas das dificuldades. É primordial que se faça uma reflexão de modo a dar mais atenção e apoio aos enfermeiros e, por isso, considera-se importante adotar estratégias que contribuam para o desenvolvimento das capacidades de IE.

CONCLUSÃO

Da análise dos resultados foram identificadas seis categorias que ilustram a visão dos participantes na temática da gestão emocional no cuidar do doente crítico. Os participantes referem que o profissionalismo (saber separar o que é pessoal do que é profissional), a forma como se estabelecem as relações interpessoais (gestão de conflitos, o trabalho em equipa e experiência profissional) são fundamentais para conseguirem equilíbrio na gestão emocional.

A capacidade que cada um possui para gerir o tempo e o seu trabalho é preponderante na gestão de stress no decorrer do horário de trabalho e conseqüentemente na gestão da IE. É referido ainda pelos participantes que a forma como o serviço se encontra organizado

influencia o seu desempenho dos profissionais, a cultura organizacional da instituição, a capacidade desta em manter as dotações seguras dos profissionais é crucial evitando os riscos de saúde dos mesmos.

As estratégias comportamentais utilizadas pelos enfermeiros na abordagem ao doente crítico e identificadas neste estudo, baseiam-se em ultrapassar as dificuldades diárias e inerentes à profissão, a partilha de emoções entre pares, a necessidade de terem tempo para debaterem situações existentes durante o horário laboral, bem como a capacidade que cada um possui no autocontrolo emocional passando este pela adaptabilidade de cada um ao meio, a forma como estabelecem relações com o próprio cliente e a sua autorregulação emocional.

Tal como em outros estudos, este também apresenta limitações, tal como o défice de evidência na área científica de enfermagem.

O presente estudo servirá em termos futuros de base para um estudo de investigação ação na área do *burnout* bem como para o desenvolvimento de diagnósticos, intervenções e estratégias com vista a melhorar a gestão emocional dos enfermeiros na abordagem ao doente crítico.

Tendo em linha de conta esta realidade, consideram-se benéfica a realização do estudo com vista à produção de conhecimento científico na área de Enfermagem. A divulgação dos resultados deste torna-se essencial e promotora de ganhos em saúde nos cuidados ao doente crítico. Acreditamos na promoção da investigação e na articulação com a prática de enfermagem, de forma a dar visibilidade aos resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, J. O. (2009). *A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado*. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Beck, G. (2009). *Conflito nas organizações*. São Paulo: Centro Universitário Feevale.
- Benzo, R. P., Kirsch, J. L., Dulohery, M. M., & Abascal-Bolado, B. (2016). Emotional Intelligence: A Novel Outcome Associated with Wellbeing and Self-Management in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(1), 10–16. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201508-490OC>
- Cordeiro, A. (2009). *Responsabilidade profissional: recursos humanos e qualidade dos cuidados de enfermagem*. Dissertação de Mestrado: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Costa, A. C., & Faria, L. (2009). *A inteligência emocional no contexto de enfermagem: estudo exploratório com o questionário de competência emocional (QCE)*. Braga: Universidade do Minho.
- Chinn, P. & Kramer, M. (2018). *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing*. 8th ed. St Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Crispim, I. (2015). Estilos vinculação, regulação emocional e partilha social das emoções em estudantes universitários. *Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias*.
- Diogo, P. (2017). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*.
- Encarnação, R., Soares, E., & Carvalho, A. (2018). Inteligência Emocional: Fatores Influenciadores e impacto nos enfermeiros em cuidados intensivos. *Revista Rene*, Vol. 19,33-58
- Goleman, D. (2018). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Círculo de Leitores.
- Goleman, D. (2019). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e debates.
- International Council of Nurses. (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIPE versão 2015*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
- Lewis S. L. (2019). Emotional Intelligence in Neonatal Intensive Care Unit Nurses: Decreasing Moral Distress in End-of-Life Care and Laying a Foundation for Improved Outcomes: An Integrative Review. *Journal of hospice and palliative nursing: JHPN: the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 21(4), 250–256. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000561>
- Mayer, J., Salovey, P., & Caruso, D. (2004). Emotional Intelligence: Theory, findings and implications. *Psychological Inquiry*, 15(3), 197-215
- Nagel, Y., Towell, A., Nel, E., & Foxall, F. (2016). The emotional intelligence of registered nurses commencing critical care nursing. *Curationis*, 39(1), e1–e7. <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1606>
- International Council of Nurses. (2015). *CIPE - Versão 2015: classificação internacional para a prática da enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, K. S. (2019). *Inteligência Emocional dos Enfermeiros: contributos da supervisão clínica*. Tese de Mestrado: Escola Superior de Saúde do Porto.
- Rimé, B. (2009). Emotion elicits the social sharing of emotion: Theory and empirical review. *Emotion Review*, 1(1), 60-85
- Santos, M., & Almeida, A. (2016). Profissionais de Saúde: principais riscos e fatores de risco, eventuais doenças profissionais e medidas de proteção recomendadas. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 2, 28-52. DOI:10.31252/RPSO.26.10.2016
- Schein, E. (2009). *Cultura organizacional e Liderança*. São Paulo: Atlas.

PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NUMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR

Promotion of physical activity in a higher education institution

Promoción de la actividad física en una institución de educación superior

Ana Quesado, * Ana Rita Santos, ** Inês Cecílio Soares, ** Liliana Moreira, ** Sandrina Pereira **

RESUMO

Enquadramento: apesar da prática regular de atividade física influenciar positivamente a saúde emocional e física dos estudantes do ensino superior, a prevalência de inatividade física é elevada. **Objetivos:** realizar diagnóstico de situação relativamente à atividade física da comunidade académica; planejar e implementar intervenções de promoção da atividade física mediante diagnóstico realizado; reduzir o sedentarismo na comunidade académica. **Metodologia:** investigação-ação desenvolvida numa Escola Superior de Saúde da região centro de Portugal. Amostragem não probabilística por conveniência. Este artigo descreve o 1º Ciclo desta investigação, no qual se realizou o diagnóstico de situação de prática de atividade física, com questionário de caracterização sociodemográfica, Questionário Global da Atividade Física e *Focus Grupo*. Elaborou-se um plano estratégico de promoção de atividade física e iniciou-se a implementação. Análise dos dados quantitativos através do *Statistical Package for the Social Sciences*, dos qualitativos seguiu-se os pressupostos de Bardin. **Resultados:** 53,52% dos participantes eram ativos insuficientes, 24,65% inativos; com média de tempo sentados 6,86 horas. No *Focus Grupo* sugeriram implementação de atividades em grupo e do “Gymbreak”. **Conclusão:** a conceção do plano assentou nos eixos de intervenção integrados na estratégia nacional para atividade física, respondendo às recomendações da Direção-Geral da Saúde e envolvendo ativamente a comunidade académica.

Palavras-chave: exercício físico; promoção da saúde; instituições de ensino superior

*MSc, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa. <https://orcid.org/0000-0003-2234-4720>
autor de correspondência:
ana.quesado@essnortecvp.pt

** RN, Enfermeira, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Como referenciar:

Quesado, A., Santos, A.R., Soares, I.C., Moreira, L., & Pereira, S. (2020). Promoção da atividade física numa instituição de ensino superior. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, vol.3(2). 49-60. doi.org/10.37914/riis.v3i2.91

Recebido para publicação em: 01/09/2020
Aceite para publicação em: 30/11/2020

ABSTRACT

Background: although regular physical activity positively influences the emotional and physical health of higher education students, the prevalence of physical inactivity is high. **Objectives:** perform a diagnosis of the situation regarding the physical activity of the academic community; plan and implement interventions to promote physical activity through diagnosis; reduce sedentary lifestyle in the academic community. **Methodology:** action research developed at a School of Health in the central region of Portugal. Non-probabilistic sampling for convenience. This article describes the 1st Cycle of this investigation, in which the diagnosis of physical activity was carried out, using a socio-demographic questionnaire, Global Physical Activity Questionnaire and Focus Group. A strategic plan for promoting physical activity was developed and implementation started. Analysis of quantitative data through the Statistical Package for the Social Sciences, for qualitative data, Bardin's assumptions were followed. **Results:** 53.52% of the participants were insufficiently active, 24.65% were inactive; with an average sitting time of 6.86 hours. In Focus Group they suggested implementing group activities and the “Gymbreak”. **Conclusion:** the design of the plan was based on the intervention axes integrated in the national strategy for physical activity, responding to the recommendations of the Directorate-General for Health and actively involving the academic community.

Keywords: exercise; health promotion; higher education institutions

RESUMEN

Marco contextual: aunque la actividad física regular influye positivamente en la salud física y emocional de los estudiantes de educación superior, la prevalencia de la inactividad física es alta. **Objetivos:** realizar un diagnóstico de la situación de la actividad física de la comunidad académica; planificar e implementar intervenciones para promover la actividad física a través del diagnóstico; reducir el sedentarismo en la comunidad académica. **Metodología:** investigación para la Acción desarrollado en una Escuela de Salud en la región central de Portugal. Muestreo no probabilístico por conveniencia. Este artículo describe el primer ciclo de esta investigación, en el que se realizó el diagnóstico de actividad física, mediante un cuestionario sociodemográfico, Cuestionario Global de Actividad Física y Focus Group. Se desarrolló un plan estratégico para promover la actividad física y se inició la implementación. Análisis de datos cuantitativos a través del *Statistical Package for the Social Sciences*, para datos cualitativos, se siguieron los supuestos de Bardin. **Resultados:** el 53,52% de los participantes no estaban suficientemente activos, el 24,65% estaban inactivos; con un tiempo medio sentado de 6,86 horas. En *Focus Group* sugirieron implementar actividades grupales y el “Gymbreak”. **Conclusión:** el diseño del plan se basó en los ejes de intervención integrados en la estrategia nacional de actividad física, respondiendo a las recomendaciones de la Dirección General de Salud e involucrando activamente a la comunidad académica.

Palabras clave: ejercicio físico; promoción de la salud; instituciones de enseñanza superior

INTRODUÇÃO

A atividade física da sociedade moderna decresce a passos largos, tornando-se num grave problema de saúde pública. Sabe-se que 70% da população mundial é sedentária, estimando-se que dois milhões de mortes por ano sejam causadas pela não adesão à prática de atividade física (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2018; Direcção-Geral da Saúde, 2017).

A atividade física configura-se como componente relevante na prevenção de doenças crónicas não transmissíveis, como a diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crónicas e cancro, atuando ainda como fator de proteção do excesso de peso e da obesidade (Direcção-Geral da Saúde, 2017; OMS, 2015; Pires, Mussi, Cerqueira, Pitanga, & Silva, 2013).

Sendo a meta recomendada pela OMS para adultos saudáveis com idade entre os 18 e os 65 anos de 30 minutos de atividade física de intensidade moderada 5 dias por semana, ou pelo menos 20 minutos de atividade física de intensidade vigorosa 3 dias por semana. A quantidade necessária de atividade física pode ser acumulada em sessões de pelo menos 10 minutos e poderá compreender uma combinação de períodos de intensidades moderada e vigorosa. Deverão ainda ser acrescentadas atividades que permitam melhorar a força muscular e a resistência, 2 a 3 dias por semana. Para adultos com mais de 65 anos, deverão em princípio ser alcançadas metas idênticas às de adultos mais jovens (Direcção-Geral da Saúde, 2017; Instituto Desporto de Portugal, 2009).

É durante as duas primeiras décadas de vida que se adquire e consolidam os hábitos de vida que irão perdurar até à terceira idade. No entanto, durante esse período os jovens apresentam comportamento

sedentário, existindo a tendência desses hábitos aumentarem a cada década vivida, contribuindo para o aparecimento de doenças em idades precoces (Nunes, 2015; Tavares, 2014).

Neste âmbito, os estudantes do Ensino Superior são um grupo que requer uma atenção especial, visto existir evidência que a partir dos 17 ou 18 anos reduzem a adesão à participação em atividades físicas, relacionado com o início da vida universitária, o aumento da exigência e envolvimento ao nível educativo, a possível deslocação de local de residência habitual que promovem o afastamento da prática de atividade física, com impacto na suspensão dos benefícios da atividade física na sua saúde (Giesta & Fonte, 2016).

Estudos realizados com estudantes do curso de licenciatura em enfermagem apontam para a necessidade de orientações e estímulos para a prática de atividade física ao longo do percurso académico, visando a sua valorização na vida quotidiana dos estudantes. A alta prevalência do sedentarismo nos finalistas desse curso sugeriu que o processo de formação em enfermagem não logrou bons resultados na modificação do estilo de vida dos estudantes (Nunes, 2015). Dos resultados destes estudos emergiu a reflexão sobre a importância do desenvolvimento de competências, durante o processo de formação académica, de forma a que os futuros enfermeiros incentivem a adoção de comportamentos saudáveis às pessoas que serão alvo dos seus cuidados profissionais (Nunes, 2015; Tavares, 2014).

Atualmente, a saúde e o bem-estar das comunidades académicas já são prioridades estratégicas de muitas instituições de Ensino Superior, que têm aceite o desafio do movimento das Universidades e Escolas

Promoção da atividade física numa instituição de ensino superior

Promotoras de Saúde (UEPS) da OMS, inspirados na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, o qual tem alcançado um crescente interesse a nível nacional e internacional (Soares, Pereira & Canavarro 2016).

Neste contexto, a Escola Superior de Saúde em questão não é exceção, evidenciando preocupação quanto ao estilo de vida e saúde da sua comunidade académica, que se reflete na missão desta instituição, a qual vai além do desenvolvimento do ensino, investigação, a aprendizagem ao longo da vida, a prestação de serviços à comunidade e inclui a promoção de políticas de saúde e bem-estar que contribuam para um contexto académico salutogénico. O seu projeto educativo, alinhado com a missão, orienta-se para a formação cultural, artística e desportiva, entre outros, tendo como referência a promoção de políticas de saúde e bem-estar que contribuam para um contexto académico salutogénico (Príncipe & Ferreira, 2015). Neste enquadramento, o “Plano de Desenvolvimento Estratégico 2015/2019” desta instituição integrou nos seus objetivos o aumento da atividade física dos estudantes, enunciando: “Intensificar uma política da prática desportiva, cultural e recreativa a um número cada vez maior de estudantes” (Príncipe & Ferreira, 2015, p. 19). Este artigo tem como objetivos realizar diagnóstico de situação relativamente à atividade física da comunidade académica; planear e implementar intervenções de promoção da atividade física mediante diagnóstico realizado e reduzir o sedentarismo na comunidade académica.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A entrada para o ensino superior tem grande influência no estilo de vida dos estudantes, acarretando um

conjunto de transformações associadas à maior autonomia e responsabilidade na tomada de decisão que são exigidas. As novas interações sociais e adoção de novos comportamentos colocam o estudante numa posição vulnerável para atitudes de risco para a saúde (Silva, 2016). De acordo com o mesmo autor, uma das áreas que se encontra mais deficitária do estilo de vida dos estudantes do ensino superior é a atividade física.

A prática regular de atividade física deixa os estudantes, de ensino superior, mais satisfeitos com a sua vida académica, aumentando a autoestima, autoconfiança e autodisciplina, influenciando positivamente o desenvolvimento das suas competências interpessoais, de ajuda, saber lidar com o fracasso, contribuindo para melhorar o bem-estar social e psicológico, a saúde emocional e física (Ferraz & Pereira, 2002).

Apesar dos benefícios supracitados, estudos evidenciam que a prevalência de inatividade física entre os jovens universitários apresenta-se elevada, principalmente em estudantes do primeiro ano. Os principais aspetos associados a esse comportamento sedentário são a falta de tempo, motivação, apoio social e a distância entre os domicílios e espaços destinados a realização de exercícios. Portanto, e apesar dos estudantes frequentarem uma instituição de formação em saúde, os comportamentos preventivos podem mostrar-se pouco frequentes. Especialmente com o ingresso na universidade, os estudantes relatam dispor de menos tempo para a prática de atividade física em razão do cumprimento das obrigações da vida académica (Pires, Mussi, Cerqueira, Pitanga, & Silva, 2013).

Promoção da atividade física numa instituição de ensino superior

As Instituições de Ensino Superior (IES) desempenham um papel fundamental enquanto agentes de promoção da saúde dos estudantes. As IES promotoras de saúde transformam a saúde e a sustentabilidade das sociedades atuais e futuras, contribuindo para o bem-estar das pessoas, ambiente e planeta (Ferreira, Mota, Brito, & Santos, 2017).

Os profissionais de saúde devem estar preparados para prestar aconselhamento adequado sobre a atividade física relativamente às condições específicas das pessoas que atendem na sua prática clínica. Os enfermeiros têm, normalmente, uma grande proximidade com os utentes, por isso têm oportunidade de desenvolver uma interação mais produtiva. Neste sentido, torna-se fundamental integrar na formação de base e na formação contínua dos profissionais de saúde, informação sobre a necessidade da prática de atividade física, a melhor forma de a introduzir na vida quotidiana e, portanto, sobre as mudanças do estilo de vida (Instituto Desporto de Portugal, 2009).

Com base na revisão da literatura e inquietações pessoais surgem as seguintes questões de investigação: qual o diagnóstico de situação de prática de atividade física da comunidade académica, de uma instituição de ensino superior? e Quais as estratégias para promover a actividade física da comunidade académica, de uma instituição de ensino superior?

METODOLOGIA

Este estudo encontra-se a ser desenvolvido numa Escola Superior de Saúde da região centro de Portugal, sendo a população a comunidade académica no ano letivo 2019/2020. A amostragem foi não probabilística por conveniência, constituída pelos colaboradores

(docentes e não docentes) e estudantes dos cursos de licenciatura em funcionamento na instituição.

Foram definidos como critérios de inclusão: ter vínculo com a instituição de colaborador ou estudante. Como critérios de exclusão definiram-se: colaboradores a tempo parcial, estudantes em regime pós-laboral e em programa de mobilidade.

De forma a responder ao objetivo proposto, optou-se como abordagem metodológica a investigação-ação. A investigação-ação (IA) caracteriza-se como um procedimento fundamental num dado contexto, pelo seu carácter colaborativo, visando lidar com um problema concreto (Cardoso, 2014).

O desenho da investigação seguiu a metodologia de IA baseada no modelo de Elliot (1991), assentando num processo cíclico dinâmico em espiral característico da IA, evidenciando o procedimento de revisão dos factos, de forma a identificar lacunas, antes de se proceder ao passo seguinte, no respetivo ciclo (Cardoso, 2014; Coutinho, Sousa, Dias, Bessa, Ferreira & Vieira, 2009).

A implementação de cada fase de ação não foi linear, sendo fundamental, durante o desenvolvimento do processo, a revisão de todos os factos, antes de avançar para a etapa seguinte, como preconizado no modelo de Elliott (1991).

Numa primeira etapa efetivou-se o diagnóstico de situação face à atividade física da comunidade académica. Após a análise dos dados elaborou-se um Plano Estratégico de Promoção de Atividade Física para a comunidade académica da instituição, considerando os resultados do diagnóstico supracitado e a literatura relevante sobre a temática. Seguiu-se o início da implementação das estratégias de ação, percurso que se caracterizou pela estreita relação entre a reflexão e

Promoção da atividade física numa instituição de ensino superior

a metodologia de pesquisa. Com base no modelo em uso, são as hipóteses de ação que contribuem para a mudança das práticas e resolução do problema identificado (Cardoso, 2014; Coutinho, Sousa, Dias, Bessa, Ferreira & Vieira, 2009).

No final do 1º Ciclo, que correspondeu ao ano letivo 2019/2020, avaliaram-se as estratégias de ação, o que proporcionou a um novo esclarecimento e diagnóstico da situação problema, que será alicerce para a possível reestruturação do Plano Estratégico, entrando assim na espiral de reflexão e de ação até que os objetivos sejam alcançados, em consonância com o modelo de Elliott (1991). A sequência dos ciclos seguirá esta visão, correspondendo cada Ciclo a um ano letivo. Esta avaliação sistemática do decorrer da IA proporciona análise, reflexão, ajustes, redefinições ou modificações de acordo com as necessidades e circunstâncias do contexto, de modo a produzir ganhos mais duradouros nas mudanças e transformações previstas (Coutinho, Sousa, Dias, Bessa, Ferreira & Vieira, 2009).

A opção metodológica utilizada caracteriza-se como um processo constantemente controlado passo a passo, durante períodos variáveis, neste sentido foi necessário recorrer a diversos instrumentos de colheita de dados, nomeadamente: questionário de caracterização sociodemográfica; versão portuguesa do Questionário Global da Atividade Física (GPAQ); *Focus Grupo* e notas de campo.

O questionário de caracterização sociodemográfica, elaborado para o efeito, avaliou os seguintes dados: vínculo com a instituição; idade; sexo; ano de inscrição no curso; como se desloca para a escola; tempo de deslocação entre casa/escola; peso atual e altura (IMC) com o intuito de conhecer a população estudada.

O Questionário Global de Atividade Física (GPAQ) foi elaborado e adaptado em 2002, de acordo com as definições do *STEP wise approach to surveillance* (STEPS), programa de padronização de métodos para colheita, análise e disseminação de dados da OMS. Este foi desenvolvido para uma ampla utilização internacional, atendendo às diferenças culturais e socioeconómicas das populações. Este instrumento foi submetido a teste de validade e reprodutibilidade entre 2002 a 2003 em 9 países, entre os quais Portugal (Bull, Maslin & Armstrong, 2009).

O GPAQ abrange vários componentes da atividade física, como a intensidade, duração e frequência, e avalia três domínios nos quais a atividade física é realizada atividade física ocupacional, atividade física relacionada com o transporte/deslocações e atividade física durante o tempo recreativo ou de lazer. Permitindo ainda uma avaliação do comportamento sedentário e/ou inatividade.

Os *Focus Grupo* foram realizados por videoconferência, com recurso à plataforma do *Microsoft Teams*. No sentido de abranger uma amostra representativa da comunidade académica foram concretizados três *Focus Grupo*, com grupos distintos de elementos da comunidade académica, um com estudantes, outro com docentes e outro com não docentes. Para a moderação do *Focus Grupo* elaborou-se um guião semiestruturado que integrou os seguintes temas: como criar condições para a prática de atividade física na instituição; estratégias/sugestões que permitam aumentar a atividade física da comunidade académica; questão/sugestões para promover a atividade física da comunidade no âmbito do plano de contingência vivenciado atualmente; e

identificação de atividades físicas de interesse dos participantes.

As alterações que surgiram no contexto, associadas à pandemia COVID-19 implicaram a reflexão sobre as ações e a realização de reajustes para a implementação, tal como caracteriza a metodologia seguida.

Os dados quantitativos colhidos foram analisados estatisticamente com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 2.3, os dados qualitativos foram submetidos a análise de conteúdo seguindo-se os pressupostos de Bardin (2016).

De forma a garantir os requisitos formais e éticos, foi solicitado parecer da comissão de ética da instituição, o consentimento à direção da instituição para a realização da investigação; o consentimento aos autores do questionário GPAQ e o consentimento dos participantes, sendo garantido o anonimato, a confidencialidade das informações recolhidas, assim como, os direitos fundamentais dos participantes.

RESULTADOS

Os resultados que se apresentam correspondem ao desenvolvimento do 1º Ciclo da IA. Na fase de diagnóstico decorreu entre fevereiro e junho de 2020, foram aplicados os questionários de caracterização sociodemográfica e GPAQ, aos quais responderam 178 indivíduos, o correspondente a 68% da comunidade académica em estudo.

Relativamente aos dados sociodemográficos verificou-se que quanto ao vínculo 90% eram estudantes, 7% colaboradores docentes e 3% colaboradores não docentes. A idade dos participantes variou entre os 17 e os 60 anos, destes 77% apresentavam idade inferior a 25 anos. Quanto ao género, 80% eram do sexo

feminino. Relativamente ao modo de deslocação para a Escola constatou-se que 93,3% utilizava o carro como meio de transporte; 3,3% utilizava transportes públicos e a mesma percentagem deslocava-se a pé. O tempo médio gasto no trajeto era de 23 minutos. Com base nos dados antropométricos (peso e altura) calculou-se o IMC, que de acordo com a classificação da OMS (Direção-Geral da Saúde, 2005) obteve-se os seguintes resultados: 62,9% peso normal; 16,3% apresentavam excesso de peso, verificando-se que destes 12,4% tinham pré-obesidade e 3,9% classificavam-se como obesidade; 12,9% apresentavam baixo peso; 7,9% dos inquiridos não responderam à questão.

Em relação aos resultados do questionário GPAQ foi necessário considerar as instruções do próprio questionário, assim, na análise das questões relacionadas com a prática de atividade física, excluíram-se os questionários que correspondiam aos seguintes critérios: os questionários cuja soma diária de atividade física ultrapasse as 24H; as respostas cujo número de dias por semana ultrapasse 7, uma vez que a semana tem 7 dias; as respostas cujo tempo gasto a fazer atividades de intensidade vigorosa por dia ultrapasse 4h/240min./dia, tempo gasto por atletas de alta competição; as respostas cujo tempo gasto a fazer atividades de intensidade moderada por dia – ultrapasse 4h/240min./dia. Após aplicação dos critérios supracitados foram excluídos 36 questionários, para a análise da prática de atividade física, validaram-se 142 questionários para essas questões.

Assim, constatou-se que 53,52% eram ativos insuficiente (praticavam atividade física, mas em quantidade inferior ao recomendado); 24,65% eram inativos (não praticavam qualquer atividade física);

Promoção da atividade física numa instituição de ensino superior

20,13% eram ativos (praticavam atividade física equivalente ou superior aos valores recomendados pela OMS). Em relação ao comportamento sedentário, das 178 respostas consideradas válidas, verificou-se que num dia normal, os inquiridos passavam em média sentados cerca de 6,86 horas, num intervalo de variação entre 0,5 horas e 16 horas. Sendo que 78,09% passavam 4 ou mais horas sentados durante um dia.

Na análise de dados colhidos durante o *Focus Grupo* não se verificaram diferenças significativas entre as informações colhidas nos três grupos, pelo que se apresentam os dados globais. Assim, durante os *Focus Grupo* todos os participantes revelaram praticar pouca atividade física e excesso de sedentarismo, justificando com a falta de tempo para o fazer.

Relativamente à questão sobre “como criar condições para a prática de atividade física na Instituição?”, sugeriram propostas de criação de parcerias com entidades externas como ginásios, Câmara Municipal, Associações locais, entre outros, para cooperação em recursos humanos especializados no desporto, materiais e/ou instalações desportivas; e ainda, a criação de espaços dentro do recinto da instituição dedicados à atividade física.

Em relação à questão sobre “estratégias ou sugestões que permitam aumentar a atividade física da comunidade escolar?” foram identificadas: a promoção de atividades em grupo com a comunidade académica; envolvimento mais ativo da Associação de Académica nesta área; implementação do programa

“Gymbreak” em sala de aula; recurso a diversas formas de promoção de atividade física, nomeadamente vídeos ou pósteres e sua divulgação através dos meios de comunicação da Instituição, como página da internet, redes sociais, *Microsoft Teams* ou outras plataformas.

A respeito da questão sobre “sugestões para promover a atividade física da comunidade no âmbito do plano de contingência vivenciado atualmente?” as ideias manifestadas foram a implementação do programa “Gymbreak” nas aulas síncronas, via *Microsoft Teams*. No que concerne à “identificação de atividades físicas de interesse dos participantes” recorreu-se ao “Mentimeter”, constando-se diferenças entre os três grupos. A atividade de maior interesse para os docentes foi a caminhada, seguida da natação e do voleibol. O pilates, a dança, a caminhada e a ioga foram as atividades mais referidas pelos colaboradores não docentes. No grupo dos estudantes, a caminhada foi apontada como a atividade de maior interesse seguida da dança, ginástica e bicicleta. Assim, perante análise dos três grupos constatou-se que a caminhada foi a atividade de maior interesse global, seguida da natação, pilates, zumba, voleibol e dança.

Com base na análise dos resultados obtidos na fase de diagnóstico, revisão da literatura e análise das orientações da OMS e Direção-Geral da Saúde (DGS) relativas à promoção da atividade física elaborou-se um Plano Estratégico de Promoção de Atividade Física na Instituição e que se sintetiza na tabela 1.

Promoção da atividade física numa instituição de ensino superior

Tabela 1

Síntese do Plano Estratégico de Promoção de Atividade Física na Instituição

Ações	Descrição
Eixo 1 - Promoção da Atividade Física	
Implementação do “Gymbreak” em sala de aula.	O “Gymbreak” corresponde a uma coreografia de exercícios de alongamento de 3 minutos. Disseminação da transmissão do respetivo vídeo no final das aulas, do 1º tempo da manhã e da tarde, para ser acompanhado por docentes e estudantes.
Lançamento de Desafios	Implementação do “Siga o Assobio”, através da divulgação do vídeo promovido pela DGS, nos ecrãs disponíveis na Instituição e meios de comunicação. Lançamento desafios à comunidade académica, nas redes sociais, no <i>Microsoft Teams</i> ou presenciais, para a concretização de tarefas que envolvam a atividade física.
Divulgação de atividades nos meios de comunicação da Instituição	Divulgação nos vários meios de comunicação como página da internet, redes sociais, <i>Microsoft Teams</i> de atividades de promoção da atividade física e divulgação das realizadas. Nomeadamente o “Gymbreak”.
Afixação de Posters motivacionais e informativos	Colocação em locais estratégicos na Instituição, pósteres motivacionais promovidos pela DGS, outras entidades ou elaborados por estudantes.
Colocação Escadas motivacionais	Colocação de sinaléticas ao longo das escadas, com referência às calorias gastas por degrau. Colocação de sinalética no elevador de incentivo ao uso das escadas.
Criação do “Dia das Sapatilhas”	Determinação de 1 dia por semana, para a realização conjunta de atividade física diversificada, com a duração de uma hora.
Criação de Circuito Manutenção/Gestão de espaços	Criação de circuitos preparados para a realização de atividade física na Instituição recorrendo a profissional da área.
Realização de Torneios interescolas	Promoção e realização de torneios interescolares.
Eixo 2 - Profissionais de Saúde	
Formação	Integração no programa em unidades curriculares dos cursos as temáticas: “atividade física na área da saúde”, de modo a capacitar os futuros profissionais de saúde no reconhecimento da relação entre a atividade física e algumas situações patológicas, seus benefícios, potenciais riscos, restrições nessas situações; “preparação física dos profissionais de saúde”. Realização workshops nas áreas supracitadas, entre outras.
Eixo 3 - Trabalho Intersectorial	
Criação de Parcerias	Análise das parcerias existentes entre a Instituição, Câmara Municipal, ginásios, entidades locais desportivas, culturais, recreativas e de lazer, entre outros; a fim de sugerir melhorias ou propor novas parcerias no âmbito da cooperação em recursos humanos especializados no desporto, materiais e/ou instalações desportivas. Divulgação junto da comunidade académica.
Envolver a Associação de Académica	Envolvimento da Associação Académica na dinamização de atividades de promoção da atividade física.
Eixo 4 - Investigação	
Desenvolver Projetos de investigação	Continuidade no desenvolvimento da atual IA. Realização mais estudos de investigação na Instituição, no âmbito da promoção da atividade física e saúde
Eixo 5- Monitorização	
Criação de grupo de monitorização	O Plano Estratégico de Promoção de Atividade Física na Instituição, ao se encontrara alicerçado na presente IA, será monitorizado através da equipa investigadora e de acordo com a própria metodologia.

Este plano assentou nos mesmos eixos de intervenção física; profissionais de saúde; trabalho intersectorial; que integram a estratégia nacional para a atividade física recomendada pela Direcção-Geral da Saúde investigação e monitorização. Para cada eixo foram (2017) e que correspondem: promoção da atividade propostas ações.

Promoção da atividade física numa instituição de ensino superior

Após o planeamento deu-se início à implementação do passo 1 da acção com a implementação do “Gymbreak” em sala de aula. Reajustou-se e divulgou-se o programa “Gymbreak” pelos docentes e estudantes através facebook e plataforma *Microsoft Teams*; envolveu-se a Direção de Ensino e Coordenadores dos Cursos de Licenciatura na sensibilização dos docentes para importância da sua implementação nas aulas síncronas.

Como avaliação da implementação do passo 1 da acção verificou-se que, apesar da grande divulgação do programa “Gymbreak”, através dos recursos digitais da instituição e sensibilização da comunidade académica para a importância da sua implementação nas aulas síncronas, durante o período de confinamento, a adesão foi baixa.

DISCUSSÃO

Face à comunidade académica da Instituição, tendo em consideração uma amostragem significativa (68%), constatou-se que 73,65% da comunidade académica pratica atividade física, seja de forma intencional, laboral ou recreativa ou como forma de deslocação; contudo apenas 20,13% pratica atividade física dentro dos valores recomendados pela OMS, ou seja, pratica 30 minutos por dia de atividade de intensidade moderada ou 10 minutos por dia de intensidade vigorosa. Estes dados corroboram os dados encontrados na literatura (OMS 2018; DGS 2017; Instituto Desporto de Portugal, 2009). Pela análise do comportamento sedentário constatou-se ainda que a maioria dos inquiridos está sentada cerca de 7 horas diárias em média. Portanto, contrariamente às recomendações da OMS verifica-se que esta comunidade académica é sedentária e pouco ativa o

que vai ao encontro dos resultados de outros estudos neste âmbito (Nunes, 2015; Tavares, 2014).

Segundo Cardoso, Veras, Coelho & Figueiredo (2017) todas as ações têm de ser adaptadas ao contexto concreto, refletindo as necessidades próprias dos grupos alvo e os termos em que foram segmentados. Neste contexto, relativamente às sugestões e estratégias referidas pelos diferentes participantes dos *Focus Grupo*, constatou-se uma sincronia entre os grupos nomeadamente, na implementação do “Gymbreak”, uma vez que se trata de uma bateria de exercícios de alongamentos semelhantes a ginástica laboral, daí a sua inclusão no plano estratégico; outra sugestão consensual entre os grupos foi a determinação de um dia por semana para realização de atividade física em grupo, aberta a qualquer elemento da comunidade académica. Apesar da atividade mais consensual ter sido a caminhada, existiu grande diversidade na identificação de outras atividades entre os grupos, ficando previsto no Plano Estratégico de Promoção de Atividade Física na Instituição, atividade física variada a ser ajustada em cada momento aos participantes.

Conhecendo o contexto e a região envolvente da Instituição considerou-se viável a criação de parcerias com a Câmara Municipal, ginásios ou outras entidades locais que tenham infraestruturas e/ou profissionais da área do desporto. Corroborando Nunes (2015) quando afirma que devem ser desenvolvidos todos os esforços possíveis, no sentido de incentivar as escolas a proporcionarem atividades físicas em cooperação com parceiros da comunidade local e promover em todos os estudantes o interesse para toda a vida pela atividade física.

Promoção da atividade física numa instituição de ensino superior

Atendendo a recomendações encontradas na literatura consultada, nomeadamente o Instituto Desporto de Portugal (2009) que realça a importância da preparação de profissionais de saúde neste âmbito, o Plano integrou as sugestões de realização de *workshops* e integração no programa de unidades curriculares dos cursos, temáticas que abordem a atividade física na área da saúde, de modo a capacitar os futuros profissionais de saúde no reconhecimento de potenciais riscos e benefícios perante diferentes contextos patológicos, assim como, na área da preparação física dos próprios profissionais de saúde. Com a continuidade da implementação da atual IA reconhece-se a importância de promover a atividade física nesta Instituição, com o recuso a ações diversificadas, indo ao encontro da ideia defendida por ORSIES (2018), de que as instituições de ensino superior desempenham um papel fundamental enquanto agentes de promoção da saúde dos estudantes. Advogando ainda Príncipe & Ferreira (2015) que vão mais longe, ao referirem a importância da promoção de políticas de saúde e bem-estar que contribuam para um contexto salutogénico.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que este plano estratégico de promoção de atividade física responde às recomendações da DGS, pelo que se organizou com base nos cinco eixos da estratégia nacional para a atividade física. No âmbito da promoção da atividade física previu-se a dinamização de atividades de forma sistemática e envolvam ativamente toda a comunidade académica. Quanto ao eixo profissionais de saúde propôs-se a integração curricular da temática nos cursos em funcionamento na instituição e em formações

extracurriculares. No trabalho intersectorial a proposta foi no sentido de promover parcerias com entidades da região de influência da instituição e envolver ativamente a associação académica. Quanto à investigação o plano sugeriu a continuidade da investigação em causa, através da qual será possível monitorizar o próprio plano de forma a conhecer os ganhos em saúde associados.

Os resultados agora obtidos permitiram gerar dados para o reconhecimento da real dimensão do problema nesta comunidade académica, assim como, para a identificação de ações ajustadas às características da população-alvo, no sentido de concretizar um Plano Estratégico de Promoção de Atividade Física adaptado ao contexto.

O contexto pandémico que, entretanto, surgiu tem sido uma das grandes limitações, atendendo aos objetivos do estudo em confronto com as restrições impostas. Atendendo ao resultado da avaliação do 1º Ciclo, considera-se importante o desenvolvimento do 2º Ciclo, reforçando a sensibilização de docentes e estudantes para a efetiva implementação do “Gymbreak”, avaliando a causa da baixa adesão ao mesmo; implementação do passo 2 da ação, previsto no Plano Estratégico de Promoção de Atividade Física na Instituição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. 3ª reimp da 1ª ed. São Paulo: Edições 70.
- Bull, F. C., Maslin, T. S., & Armstrong, T. (2009). Global physical activity questionnaire (GPAQ): nine country reliability and validity study. *Journal of Physical Activity & Health*, 6(6), 790-804.
- Cardoso, G. M., Veras, R. M., Coelho, M. T., & Figueiredo, W. N. (2017). Vida universitária e atividade física: um estudo sobre a produção académica. *Revista*

- de atenção à saúde. 15 (52), doi.10.13037/ras.vol15n52.4522
- Cardoso, A.P.P.O. (2014). *Inovar com a investigação-ação: desafios para a formação de professores*. Coimbra: Universidade de Coimbra. Doi: 10.14195/978-989-26-0666-8
- Coutinho, C. P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. J., & Vieira, S. (2009). Investigação-ação: metodologia preferencial nas práticas educativas. *Revista Psicologia, Educação e Cultura*, 13 (2), 355-379. Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10148/1/Investiga%20a%20a%20Ac%20Metodologias.PDF>
- Instituto Desporto de Portugal (2009). Orientações Europeias para a Atividade Física - Políticas Recomendadas para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar. Lisboa: Edição do Instituto do Desporto de Portugal. Retirado de <http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Orientacao%20Europeia%20Act%20F%20C%20ADsica.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2017). Programa Nacional Para a Promoção Da Atividade Física. A saúde dos Portugueses 2016. Lisboa: DGS. Retirado de https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/rel_capitulo-pnpaf-2016-a-saude-dos-pt-pdf.aspx
- Elliott, J. (1991). *Action Research for Educational Change*, Open University Press: Milton Keynes. First published: December 1993. DOI: 10.1080/0141192930190510
- Ferraz, M., & Pereira, A. S. (2002). A dinâmica da personalidade e o homesickness (saudades de casa) dos jovens estudantes universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 149-164. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v3n2/v3n2a04.pdf>
- Ferreira, F. M., Mota, L. A., Brito, I., & Santos, M. R. (2017). Perfil de saúde dos estudantes de enfermagem: diagnóstico epidemiológico a partir do modelo PRECEDE-PROCEED. *Revista de Enfermagem Referência*, 15, 91-100. doi: 10.12707/RIV17047
- Giesta, L., & Fonte, C. (2016). Saúde mental e nível de atividade física em estudantes do ensino superior, *Revista Psicologia Educação e Cultura*, 1, 153-171. Retirado de <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/7988/1/Giesta%20%26%20Fonte%20Abstract%202016.pdf>
- Nunes, C. C. (2015). Atividade física dos estudantes de enfermagem. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu do Politécnico de Viseu. Retirado de <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2840/1/NUNES%20CarlaCristinaGon%20%207alves%20DM.pdf>
- OMS (2015). *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025*. Copenhagen: WHO. Retirado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329407/9789289051477-eng.pdf>
- OMS (2018). *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*. Geneva: WHO. Retirado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf?ua=1>
- ORSIES. (2018). *Livro Verde sobre Responsabilidade Social*. Lisboa: ORSIES. Retirado de <https://orsies.forum.pt/>
- Pires, C. G. S., Mussi, F. C., Cerqueira, B. B., Pitanga, F. J. G., & Silva, D. O. (2013). Prática de atividade física entre estudantes de graduação em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(5), 436-443. Doi: 10.1590/S0103-21002013000500006
- Príncipe, F., & Ferreira, A. (Coord.) (2015). *Plano Desenvolvimento Estratégico 2015/2019*. Oliveira de Azeméis: ESEnCVPOA. Retirado de <https://www.essnortecvp.pt/pt/escola/sobrenos/>
- Silva, A.M.M. (2016). *Estilos De Vida Em Estudantes Do Ensino Superior*. (Tese de Doutoramento). Instituto De Ciências Da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Retirado de: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiZ3K2HuNzsAhVSoXEKHTEMCY8QFjAAegQIARAC&url=https%3A%2F%2Frepositorio.ucp.pt%2Fbitstream%2F10400.14%2F24196%2F1%2FEstilos_de_Vida_em_Estudantes.pdf&usg=AOvVaw2VgV2-rh5kqQbsvM8erWQI
- Soares, A., Pereira, A., & Canavarro, J. (2016). Promoção da Saúde nas Instituições de Ensino Superior Portuguesas: Reflexões e Desafios, *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 2(1), 115- 137. DOI 10.14195/1647-8614_49-2_6
- Tavares, C. F. (2014). Adaptação ao ensino superior, personalidade e otimismo em estudantes universitários do 1º ciclo de estudos. (Tese de Mestrado). Faculdade e Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa. Retirado de:

Promoção da atividade física numa instituição de ensino superior

<https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4231/1/CL%203%81UDIO%20FILIPPE%20VALENTE%20TAVARES%20-%20ADAPTA%20C3%87%20C3%83O%20AO%20ENSINO%20SUPERIOR%20C%20PERSONALIDADE%20E%20OTIMISMO%20EM%20ESTUDANTES%20UNIVERSIT%20C3%81RIOS%20DO%201%20C2%BA%20CICLO%20DE%20ESTUDO%20S.pdf>

ESTUDANTES DE ENFERMAGEM RELATIVAMENTE À COMUNIDADE LGBT: CONHECIMENTOS, ATITUDES E COMPETÊNCIA CULTURAL

Nursing students regarding the LGBT community: knowledge, attitudes and cultural competence

Estudiantes de enfermería en relación con la comunidad LGBT: conocimientos, actitudes y competencia cultural

Maribel Carvalhais, * Andreia Santos, ** Diana Portovedo, *** Marco Oliveira, **** Rafaela Barbosa, ***** Sofia Costa, ***** Ana Torres, *****

Resumo

Enquadramento: as atitudes, conhecimentos e competência cultural dos estudantes de enfermagem relativamente à comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgéneros (LGBT) tem repercussões no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde destas minorias sexuais. Investigações demonstram que, apesar do aumento de informação os estudantes de enfermagem, apresentam défices significativos nesta área. **Objetivo:** conhecer as variáveis associadas aos conhecimentos, atitudes e competência cultural dos estudantes de enfermagem portugueses relativos à comunidade LGBT. **Metodologia:** estudo descritivo-correlacional, com amostra de conveniência de uma instituição de Ensino Superior da região norte de Portugal. A recolha de dados foi realizada através de um questionário *on-line*, composto por questões sócio-demográficas, questões de verificação de conhecimentos e o *Questionário Multidimensional do Preconceito Polimorfo* (Lopes, Oliveira, Nogueira, & Grave, 2016). **Resultados:** o estudo integrou uma amostra de 99 estudantes de licenciatura em enfermagem. Encontraram-se variáveis de risco para atitude discriminatória, como idade e ano académico, orientação heterossexual, residência em meios rurais, política de centro e falta de familiaridade com pessoas LGBT, bem como, associação com baixo conhecimento. **Conclusão:** podemos concluir que os estudantes de enfermagem demonstram necessitar de reforço de conhecimentos, para melhor adequação das atitudes e competências para lidar com a comunidade LGBT.

Palavras-chave: estudantes de enfermagem; conhecimento; atitude; minorias sexuais e de género

*PhD, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/CINTESIS
<https://orcid.org/0000-0002-2206-2582>
autor de correspondência:
maribel.carvalhais@essnortecv.pt

** RN, Enfermeira, Louromédica- Clínica Médica <https://orcid.org/0000-0001-7830-2488>

***RN, Enfermeira, Lar Nossa Senhora da Piedade <https://orcid.org/0000-0002-7308-6373>

**** RN, Enfermeiro, Centro Hospitalar Baixo Vouga, Serviço de Urgência <https://orcid.org/0000-0003-2560-2457>

*****RN, Enfermeira, CentroDial <https://orcid.org/0000-0001-6013-9993>

*****RN, Enfermeira, Irmandade da Misericórdia de Albergaria-a-Velha <https://orcid.org/0000-0002-2976-4667>

*****PhD, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/CINTESIS
<https://orcid.org/0000-0002-8919-0378>

Como referenciar:

Carvalhais, M., Santos, A., Portovedo, D., Oliveira, M., Barbosa, R., Costa, S., & Torres, A. (2020). Estudantes de enfermagem relativamente à comunidade LGBT: conhecimentos, atitudes e competência cultural. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, vol.3(2). 61-73. doi.org/10.37914/riis.v3i2.95

Recebido para publicação em: 22/09/2020
Aceite para publicação em: 14/12/2020

Abstract

Background: the attitudes, knowledge, and cultural competence of nursing students towards the lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) community have repercussions on the access and quality of healthcare of these sexual minorities. Research shows that, despite the increase in information, nursing students have significant deficits in this area. **Objective:** to know the variables related to the state of knowledge, attitudes and cultural competence of Portuguese nursing students in relation to the LGBT community. **Methodology:** descriptive-correlational study, with convenience sample from a Higher Education Institution in the north region of Portugal. Collection data was developed through an online questionnaire, composed of social-demographic, knowledge verification questions and the *Questionário Multidimensional do Preconceito Polimorfo* (Lopes, Oliveira, Nogueira, & Grave, 2016). **Results:** the study included a sample of 99 nursing undergraduate students. Risk variables for discriminatory attitude were found, such as age and academic year, heterosexual orientation, residence in rural areas, centre politics and lack of familiarity with LGBT people, as well as association with low knowledge. **Conclusion:** we can conclude that nursing students demonstrate the need for reinforcement of knowledge, to better adapt attitudes and skills to deal with the LGBT community.

Keywords: nursing students; knowledge, attitude; sexual and gender minorities

Resumen

Marco contextual: las actitudes, conocimientos y competencias culturales de los estudiantes de salud en la comunidad de Lesbianas, Gays, Bissexuales y Transgénero (LGBT) tienen repercusiones en el acceso y en la calidad de los cuidados de la salud para estas minorías sexuales. Las investigaciones demuestran que, a pesar del aumento de la información, los estudiantes de enfermería presentan déficits significativos en este ámbito. **Objetivo:** conocer las variables asociadas a los conocimientos, actitudes y competencia cultural de los estudiantes de enfermería portugueses en relación a la comunidad LGBT. **Metodología:** estudio descriptivo-correlacional, con muestra de conveniencia de una institución de educación superior en la región norte de Portugal. La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario en línea, compuesto por cuestiones sociales demográficas, cuestiones de verificación de conocimientos y el *Questionário Multidimensional do Preconceito Polimorfo* (Lopes, Oliveira, Nogueira, & Grave, 2016). **Resultados:** el estudio integró 99 estudiantes del curso de enfermería. Se encontraron variables de riesgo para la actitud discriminatoria, como edad y año académico, orientación heterosexual, residencia en áreas rurales, política del centro y desconocimiento de personas LGBT, así como asociación con bajo conocimiento. **Conclusión:** estudiantes de enfermería demuestran la necesidad de refuerzo de conocimientos, con el fin de adaptar mejor las actitudes y habilidades para el trato con la comunidad LGBT.

Palabras clave: estudiantes de enfermería; conocimiento, actitude; minorías sexuales y de género

INTRODUÇÃO

Os estudantes de enfermagem vivenciam diversos desafios na vida académica, em parte colocados pela necessidade de adaptação às pessoas a quem têm de prestar cuidados, tendo em consideração as características da personalidade de cada um, bem como, o seu contexto histórico, social, cultural e político.

A saúde das pessoas cuja orientação sexual as possa designar como pertencentes à comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgéneros (LGBT), uma minoria populacional, apresenta constrangimentos, não só nas leis e práticas clínicas, como noutros contextos como a educação, o que faz com que, para melhorar a discrepância existente nos cuidados de saúde devido à identificação da orientação sexual de cada pessoa sejam necessários conhecimentos e competências culturais sobre este tema (Orgel, 2017; Lim & Hsu, 2016).

Na literatura encontram-se identificados diferentes fatores dos estudantes de enfermagem que se mostram correlacionados e interferem de forma negativa nas atitudes, nos conhecimentos e na competência cultural relativamente à comunidade LGBT (Richardson, et al., 2016; Unlu, et al., 2016; Cornelius & Carrick, 2015; Rowniak, 2015; Pinto, 2011). Existe consensual suporte científico que afirma a necessidade de criação de programas que potenciem o conhecimento dos estudantes de enfermagem sobre esta comunidade (Richardson, et al., 2016; Unlu, et al., 2016; Cornelius & Carrick, 2015; Rowniak, 2015; Pinto, 2011).

Em suma, tendo em consideração a revisão da literatura científica realizada, e observando que é um assunto pouco explorado e gerador de

comportamentos e atitudes pouco adequadas ou até discriminatórias, propomo-nos a conhecer as variáveis associadas aos conhecimentos, às atitudes e à competência cultural dos estudantes de enfermagem relativamente à comunidade de LGBT.

Neste âmbito, as 2 questões de investigação principais objetivadas a que se pretende dar resposta com a concretização deste estudo são: “Que variáveis apresentam associação às atitudes, conhecimentos e competência cultural dos estudantes de enfermagem portugueses perante pessoas LGBT?”; e “Que implicações pedagógicas, clínicas e comunitárias é que emergem dos resultados dos conhecimentos, atitudes e competência cultural dos estudantes de enfermagem portugueses relativamente à comunidade LGBT?”.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O contexto da comunidade LGBT exige a compreensão de conceitos que a permitem conhecer melhor. Em março de 2017, a ILGA Portugal atualizou a sua designação para "Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual, Trans e Intersexo". Contextualiza-se que: 1) Lésbica (ou *Lesbian*) refere-se a uma mulher que sente atração emocional e/ou sexual por outras mulheres; 2) *Gay* refere-se a um homem que se sente atraído emocional e/ou sexualmente por outros homens; 3) Bissexual refere-se a uma pessoa que sente atração emocional e/ou sexual por pessoas de ambos os sexos; 4) Transgénero refere-se a uma pessoa que se identifica com um sexo diferente do seu sexo à nascença; 5) Transsexual refere-se a uma pessoa que está em processo ou já procedeu a tratamentos (que podem incluir cirurgia e tratamentos hormonais) para tornar o seu corpo congruente com o género sexual com que se identifica e 6) Intersexo refere-se às pessoas que

Estudantes de enfermagem relativamente à comunidade LGBT: conhecimentos, atitudes e competência cultural

nasceram com características sexuais (incluindo genitais, gónadas, padrões hormonais e/ou cromossómicos) que não correspondem a noções binárias do corpo masculino ou feminino, descrevendo um largo espectro de variações corporais naturais (UNESCO, 2016).

Conforme é apresentado no Manual de Diagnóstico das Perturbações Mentais (American Psychiatric Association, 2014), a distinção entre os termos “sexo” e “género” é muito controversa e levou à proliferação de termos cujos significados variam ao longo do tempo e entre disciplinas. Neste manual é clarificado que “sexo” se refere a indicadores biológicos masculino/feminino; e “género” é usado para definir publicamente como rapaz e rapariga, homem ou mulher de acordo com os fatores sociais. Outro conceito distinto, por vezes utilizado indiscriminadamente de forma incorreta neste contexto é o de “transvestismo”, designado como um fetichismo transvéstico, que consiste num tipo de parafilia (excitação sexual a estímulos não-convencionais) caracterizada pelo comportamento de vestir roupas do sexo oposto (Campbell, 2009). Uma das razões para a invisibilidade destes fenómenos na nossa sociedade, como noutras, decorre da sistemática confusão em termos de senso comum entre a transexualidade e/ou o transgénero e a homossexualidade. Trata-se de realidades diferentes. Na população portuguesa tem-se verificado mudanças legais no que diz respeito aos direitos da população LGBT, de que damos alguns exemplos: uma significativa, a Lei nº 9/2010 de 31 de Maio, que “Permite o casamento civil entre pessoas do mesmo sexo” (Assembleia da República, 2010, p. 1853); e a Lei nº 38/2018 de 7 de agosto, que, no capítulo III

“Medidas de proteção” no Artigo 11º - “Saúde”, refere que a pessoa que solicitar modificações ao nível do corpo e das características sexuais tem o direito a serviços de referência ou unidades especializadas no Serviço Nacional de Saúde. Estas alterações legislativas dos últimos anos, refletem os avanços no reconhecimento da necessidade de adaptação das atitudes perante a comunidade LGBT, nomeadamente no contexto da saúde.

No que diz respeito às atitudes pode-se afirmar que consistem em tendências de reação relativamente a uma pessoa, objeto ou a uma situação do quotidiano e dependem do conhecimento cultural de cada indivíduo (Campbell, 2009). Assim, atendendo a este conceito, podemos verificar também que o conhecimento cultural enquadra a compreensão da existência de diversas crenças (religião), relações de género e de papéis sociais, impacto da classe socioeconómica, etnicidade, acessibilidade à educação, tradições, estrutura familiar, conceção de estado de saúde-doença, modos de comportamento, estilos de comunicação, impacto de reunião social e políticas de saúde (Rodrigues, Martins, & Pereira, 2013). Posto isto, o termo “competência cultural” designa a capacidade de entender, aplicar e comunicar este conhecimento, relativa a uma cultura e raciocinar sobre riscos/benefícios de ações perante as diferenças culturais (Campbell, 2009).

A teoria transcultural de Leininger ajuda a uma melhor definição da competência cultural, pois refere que é o enfermeiro que implementa os cuidados de saúde ao paciente, estando a maior parte do tempo a seu lado, contendo assim um objetivo único em que o profissional de saúde tem o dever de apresentar educação cultural para que possa implementar os

Estudantes de enfermagem relativamente à comunidade LGBT: conhecimentos, atitudes e competência cultural

cuidados de saúde paralelamente ao estilo de cuidados que o paciente exige de acordo com as suas expectativas culturais e as suas necessidades (Betancourt, 2015). A educação cultural focada no conhecimento sobre a comunidade LGBT pode beneficiar não só os comportamentos dos profissionais de saúde no cuidado ao cliente, como também a efetividade em reduzir a discriminação, o preconceito e as atitudes negativas da população (Orgel, 2017). Estes fenómenos sociais encontram-se relacionados com a heteronormatividade, sendo designados como um conjunto de crenças baseadas na ideia de dicotomia do género feminino e masculino (ILGA, 2019).

Verificam-se poucos estudos sobre atitudes, conhecimentos e competência cultural dos estudantes de enfermagem. Os estudos sobre esta temática tiram conclusões acerca de fatores que estão associados à discriminação da comunidade LGBT, afirmando os seguintes: falta de conhecimento e de ensino sobre a comunidade LGBT (Richardson, et al., 2016; Cornelius & Carrick, 2015); religião (Richardson et al., 2016; Unlu, et al., 2016; Cornelius & Carrick, 2015; Rowniak, 2015; Pinto, 2011) residência em meios rurais e orientação política de centro (Pinto, 2011); falta de familiaridade ou amizade com pessoas LGBT (Rowniak, 2015; Pinto, 2011; Unlu, et al., 2016); e serem estudantes mais velhos e do sexo masculino (Pinto, 2011; Unlu, et al., 2016). Vários estudos verificam que existem limitados conteúdos e estratégias educativas nos cursos de saúde para diminuir viéses de práticas clínicas com a comunidade LGBT, incentivando à investigação e à adoção de medidas que possam contribuir para o desenvolvimento desta área (Guzman, Moukoulou,

Scott, & Zerwic, 2018; Maley & Gross, 2019; Morris et al., 2019).

METODOLOGIA

Este trabalho consiste num estudo descritivo-correlacional. Foi utilizada uma amostra por conveniência de estudantes da licenciatura em enfermagem de uma instituição de ensino superior (IES) da região norte de Portugal. Foram excluídos os estudantes do programa *Erasmus* e/ou que possuem residência no estrangeiro uma vez que o objetivo deste estudo se foca apenas na população portuguesa/residente em Portugal, com vista a evitar o viés relacionado com variável parasita nos resultados obtidos.

Foram utilizados os seguintes instrumentos para recolha de dados, consistindo num questionário *online* que engloba questões sócio-demográficas, questões de verificação de conhecimentos e o *Questionário Multidimensional do Preconceito Polimorfo* (Lopes, Oliveira, Nogueira, & Grave, 2016). O questionário sócio-demográfico recolheu dados como os seguintes: idade, género, orientação política, religião, entre outras, para avaliar fatores relacionados com diferentes atitudes perante a comunidade LGBT. Seguiram-se as questões de avaliação de conhecimentos sobre a comunidade LGBT, que se basearam em estudos anteriores (Davidson, 2014; Strong, 2013).

E, por último, foram colocadas questões do *Questionário Multidimensional do Preconceito Polimorfo* (Lopes, Oliveira, Nogueira, & Grave, 2016), que é um questionário de carácter multidimensional composto por 6 subescalas (com escala de respostas de 1 = discordo totalmente a 5 = concordo totalmente)

Estudantes de enfermagem relativamente à comunidade LGBT: conhecimentos, atitudes e competência cultural

que avaliam as atitudes da perante gays e lésbicas. Após análise integral das 6 subescalas decidimos pela utilização das 3 seguintes subescalas: F1 - Heterossexismo tradicional ($\alpha = .94$), F4- Negação da discriminação continuada ($\alpha = .73$) e F5 - Valorização da afirmação gay ($\alpha = .79$). A primeira subescala (F1) avalia que o heterossexismo tradicional, ou seja, a crença da percepção das pessoas gays e lésbicas como pervertidas, pecadoras ou imorais às quais deveriam ser negados determinados direitos e privilégios. A segunda subescala (F4), avalia a negação da discriminação continuada, que diz respeito à tendência para a negação da contínua discriminação e às crenças de que a discriminação homofóbica não é um problema atual. A terceira subescala (F5) foca-se na avaliação da valorização da afirmação gay, e refere-se a crenças baseadas nos valores a favor da diversidade sexual. Quanto maior a pontuação obtida no total desta escala e respectivas subescalas, maior o nível de preconceito.

Como procedimento para a obtenção de autorização para a colheita de dados foi contactada a direção da IES, requerendo autorização para a recolha de dados na respetiva instituição. Após a obtenção da autorização, procedeu-se à recolha de dados, através da aplicação de *Google Forms*, com um questionário online, com pedido inicial do consentimento informado e foi facultado um e-mail para esclarecimento de dúvidas.

Foi garantido o tratamento ético dos participantes, respeitando a Declaração de Helsínquia, nomeadamente, em relação no que se refere à Proteção de dados dos participantes, tendo-se tratado a variável idade numa escala ordinal, por grupos etários, para garantir a confidencialidade das

respostas, conforme indicações do parecer da Comissão de Ética favorável (Parecer 023/2018). Todos os estudantes optaram livremente por responder ao nosso questionário por intermédio da respetiva instituição de ensino.

Relativamente à análise dos dados foi utilizado o programa SPSS® 21 (*Statistical Package for the Social Sciences*), utilizando-se estatística descritiva e análise de correlações de *Spearman* entre as variáveis em estudo.

RESULTADOS

Inicialmente recolheram-se respostas de 100 participantes, contudo, excluiu-se um participante por não conclusão do preenchimento do questionário. Dos 99 participantes, 82,8% identificam-se como sendo do género feminino, 16,2% do masculino e 1% de ambos os géneros. Da totalidade da amostra, 37,4% é do primeiro ano, 27,3% do segundo ano, 16,2% do terceiro ano e 19,2% do quarto ano. A maioria dos participantes do nosso estudo apresentam nacionalidade portuguesa (98%), sendo 2% de naturalidade estrangeira (com nacionalidade Portuguesa), com idades compreendidas entre 17 e 19 anos (37,4%), 20 a 22 anos (35,4%), 23 a 25 anos (13,1%) e maiores de 25 anos (14,1%). Dos estudantes, 86,9% é heterossexual, 7,1% são homossexuais, 4% são bissexuais e 2% prefere não responder. Relativamente ao local de residência, o meio rural corresponde a 39,4% dos participantes e o meio urbano corresponde a 60,6%. Quanto à orientação religiosa, cristianismo 82,8%, ateísmo 6,1%, e outras 11,1%. Quanto à orientação política, 70,7% não se identifica com nenhuma, 16,2% com ideologia de direita, 10,1% com ideologia de esquerda e 3% de centro. Por fim, no

Estudantes de enfermagem relativamente à comunidade LGBT: conhecimentos, atitudes e competência cultural

questionário sociodemográfico à questão se tinham algum amigo que se identifique como LGBT, 60,6% dos participantes responderam “sim” e 39,4% dos participantes responderam “não”.

Quanto à avaliação das diferenças de preconceito tendo em consideração os diferentes grupos de idade,

verificou-se que só se encontram diferenças estaticamente significativas relativamente a F5-Valorização Gay, não se verificando quanto aos fatores F1, $r_s=0,20$; $p=0,843$, e F4, $r_s=-0,034$; $p=0,739$.

Tabela 1

Diferenças entre totais da subescala em função da idade

	Idade									
	17 a 19 anos		20 a 22 anos		23 a 25 anos		mais de 25 anos		P.	r_s
	N= 37		N= 35		N= 13		N= 14			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
F5 - Valorização Gay	11,49	2,98	13,17	2,44	12,85	2,44	13,14	4,62	,040	0,207

Através da tabela 1, é possível verificar uma diferença estatisticamente significativa entre a idade, relativamente ao F5-valorização gay ($p<0,05$), constatando-se que os estudantes de enfermagem com idade compreendida entre os 20 e 22 anos apresentam valores mais elevados de discriminação, avaliados por este fator, seguidos dos estudantes com idade superior a 25 anos, dos estudantes com idades compreendidas entre os 23 e 25 anos e por último,

com resultados mais baixos, os estudantes com idades compreendidas entre os 17 e 19 anos.

Quanto à avaliação das diferenças de preconceito tendo em consideração o ano de licenciatura, verificou-se que só se encontram diferenças estaticamente significativas relativamente a F5, não se verificando quanto aos fatores F1, $r_s=-0,036$; $p=0,795$, e F4, $r_s=-0,016$; $p=0,873$.

Tabela 2

Diferenças entre o total da subescala em função do ano de licenciatura

	Ano de licenciatura									
	1º ano		2º ano		3º ano		4º ano		P.	r_s
	N= 37		N= 27		N= 16		N= 19			
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
F5 - Valorização Gay	11,22	2,90	13,67	3,34	12,81	2,61	13,05	2,72	,029	0,0219

Estudantes de enfermagem relativamente à comunidade LGBT: conhecimentos, atitudes e competência cultural

Através da tabela 2 é possível verificar uma diferença estatisticamente significativa entre o ano de licenciatura, relativamente ao F5-valorização gay ($p < 0,05$), constatando-se que os estudantes de enfermagem que frequentam o segundo ano de licenciatura, apresentam valores mais elevados de discriminação, avaliados por este fator, seguidos dos estudantes do quarto ano, dos estudantes do terceiro ano e por último, com resultados mais baixos, os estudantes do primeiro ano.

Quanto à avaliação das diferenças de preconceito tendo em consideração o sexo, verificou-se que não se encontram diferenças estaticamente significativas em nenhum fator. A saber: F1, $H(2)=1,868$; $p=0,393$, F4, $H(2)=2,373$; $p=0,305$, e F5, $H(2)=2,294$; $p=0,318$.

Quanto à avaliação das diferenças de preconceito tendo em consideração a orientação sexual, verificou-se que só se encontram diferenças estaticamente significativas relativamente a F5, não se verificando quanto aos fatores F1, $H(3)=7,140$; $p=0,068$, e F4, $H(3)=3,869$; $p=0,276$.

Tabela 3

Diferenças entre o total da subescala em função da orientação sexual

	Orientação Sexual									
	Homossexual		Heterossexual		Bissexual		Prefiro não responder		P.	H
	G.L.	Média	G.L.	Média	G.L.	Média	G.L.	Média		
F5 - Valorização Gay	7	9,1429	86	12,7907	4	11,5000	2	13,4949	,025	9,389

Através da tabela 3 é possível verificar uma diferença estatisticamente significativa entre as diferentes orientações sexuais relativamente ao F5-valorização gay ($p < 0,05$). Assim, constata-se que os estudantes de enfermagem que preferem não responder apresentam valores mais elevados de discriminação, avaliados por este fator, seguidos da orientação heterossexual, da

orientação bissexual e, por último, com resultados mais baixos, os com orientação homossexual.

Quanto à avaliação das diferenças de preconceito tendo em consideração o local de residência, verificou-se que só se encontram diferenças estaticamente significativas relativamente a F5, não se verificando quanto aos fatores F1, $H(1)=0,240$; $p=0,624$, e F4, $H(1)=1,701$; $p=0,192$.

Estudantes de enfermagem relativamente à comunidade LGBT: conhecimentos, atitudes e competência cultural

Tabela 4

Diferenças entre total de subescala em função com o local de residência

	Local de Residência				P.	H
	Rural		Urbano			
	G.L.	Média	G.L.	Média		
F5 - Valorização Gay	39	13,2051	60	12,0333	0,028	4,812

Através da tabela 4 é possível verificar uma diferença estatisticamente significativa entre os diferentes locais de residência relativamente ao F5-valorização gay ($p < 0,05$). Assim, constata-se que os estudantes de enfermagem que residem em locais rurais apresentam valores mais elevados de discriminação, avaliados por este fator, seguidos do local urbano com resultados mais baixos.

Quanto à avaliação das diferenças de preconceito tendo em consideração a orientação religiosa,

verificou-se que não se encontram diferenças estatisticamente significativas em nenhum fator. Assim, constatou-se que F1, $H(2)=0,445$, $p=0,801$; F4, $H(2)=4,334$, $p=0,114$; e F5, $H(2)=2,433$, $p=0,296$.

Quanto à avaliação das diferenças de preconceito tendo em consideração a orientação política, verificou-se que só se encontram diferenças estatisticamente significativas relativamente a F1, não se verificando quanto aos fatores F4, $H(3)=1,465$; $p=0,690$, e F5, $H(3)=6,884$; $p=0,076$.

Tabela 5

Diferenças entre total de subescala em função com a orientação política

	Orientação Política								P.	H
	Direita		Centro		Esquerda		Nenhum			
	G.L.	Média	G.L.	Média	G.L.	Média	G.L.	Média		
F1 – Heterossexismo tradicional	16	23,8750	3	24,6667	10	16,9000	70	21,7879	,010	11.325

Através da tabela 5 é possível verificar uma diferença estatisticamente significativa entre as diferentes orientações políticas relativamente ao F1-heterossexismo tradicional ($p < 0,01$). Assim, constata-se que os estudantes de enfermagem que apresentam uma orientação de centro são os que apresentam

valores mais elevados de discriminação, avaliados por este fator, seguidos da orientação de direita, dos que afirmam não ter orientação política e, por último, com resultados mais baixos, os com orientação de esquerda.

Estudantes de enfermagem relativamente à comunidade LGBT: conhecimentos, atitudes e competência cultural

Quanto à avaliação das diferenças de preconceito tendo em consideração a convivência frequente com amigos/familiares que se identifiquem como LGBT, verificou-se que só se encontram diferenças

estaticamente significativas relativamente a F1, não se verificando quanto aos fatores F4, $H(1)=2,513$; $p=0,113$, e F5, $H(1)=3,189$; $p=0,074$.

Tabela 6

Diferenças entre total de subescala em função com a familiaridade com a comunidade LGBT

	Ter ou não ter amigos LGBT				p	H
	Ter amigos		Não ter amigos			
	G.L.	Média	G.L.	Média		
F1 –	60	12,1167	39	13,0769	,000	16,093
Heterossexismo tradicional						

Através da tabela 6 é possível verificar uma diferença estatisticamente significativa entre os que convivem frequentemente com amigos/familiares que se identifiquem como LGBT, relativamente ao F1- heterossexismo tradicional ($p<0,01$). Assim, constata-se que os estudantes de enfermagem que não convivem frequente com amigos/familiares que se identifiquem como LGBT apresentam valores mais elevados de discriminação, avaliados por este fator, do

que estudantes de enfermagem que apresentam uma convivência frequente.

Quanto à avaliação das diferenças de preconceito tendo em consideração o nível de conhecimento, verificou-se que só se encontram diferenças estaticamente significativas relativamente a F4 e F5, não se verificando quanto aos fatores F1, $r_s=-0,258$; $p=0,010$.

Tabela 7

Correlação das subescalas em função dos conhecimentos sobre LGBT

	Nível de Conhecimentos	
	Sig	r_s
F1 - Heterossexismo Tradicional	,010	-,258
F4 - Negação da discriminação homofóbica	,004	-,289
F5 - Valorização Gay	,006	-,275

Estudantes de enfermagem relativamente à comunidade LGBT: conhecimentos, atitudes e competência cultural

Através da tabela 7 é possível verificar uma correlação negativa estatisticamente significativa entre os a variável conhecimentos e os fatores F4-negação da discriminação homofóbica e F5- valorização gay ($p<0,01$).

DISCUSSÃO

A amostra recolhida, apesar de ter sido uma amostra representativa da IES (por incluir a quase totalidade dos estudantes de licenciatura) é limitada no que se refere à representabilidade da população de estudantes de enfermagem portugueses, apesar das características que apresenta, como a maior proporção do género feminino, ser comum à generalidade da população objetivada, pelo que pode ser afirmado como um estudo exploratório relevante para o conhecimento desta temática.

Segundo Unlu e colaboradores (2016) e Pinto (2011) seria espectável uma razão diretamente proporcional entre valores discriminatórios e a idade, contudo não foi consistente com os resultados obtidos, pois os dados obtidos, apesar de revelarem diferenças estatisticamente significativas, não são num sentido completamente linear, pois o grupo etário que apresentou valores mais elevados de discriminação foi o dos 20 aos 22 anos, seguido do com mais de 25 anos, e o com menores valores de discriminação, de Valorização Gay, o grupo mais jovem. Geralmente, a idade varia tendencialmente com o ano académico (Pinto, 2011) e, os dados obtidos indicam o segundo ano como um ano com valores discriminatórios mais elevados, seguido do quarto ano, terceiro e primeiro ano, evidenciando diferenças estatisticamente significativas relativamente à Valorização Gay, ainda que não linear com o avançar dos anos de formação

académica. Apesar de não se encontrar um sentido consistente das diferenças encontradas, os resultados corroboram a literatura, com as variáveis idade e ano académico a demonstrarem ser relevantes nas atitudes e competência cultural dos estudantes de enfermagem relativamente à comunidade LGBT. Possivelmente, se a variável idade tivesse sido possível de recolher como variável contínua e não em grupos etários, esta associação poderia ter uma leitura com melhores possibilidades de análise. A dimensão da IES em que foi realizado o estudo poderia permitir a identificação dos participantes se a recolha da variável fosse realizada numa escala contínua e não por grupos etários, pelo que esta variável deve ser estudada dessa forma em amostras mais alargadas, já que apresenta uma associação significativa que importa clarificar.

Unlu, et al. (2016) demonstrou que os estudantes de enfermagem do género masculino apresentam atitudes mais negativas perante Lésbicas e Gays do que estudantes de enfermagem do género feminino, o que não foi corroborado por este estudo, pois não se encontraram diferenças significativas entre género.

No parâmetro sociodemográfico de orientação sexual, os resultados obtidos corroboram a literatura encontrada, demonstrando diferenças significativas, com valores mais elevados de discriminação dos Heterossexuais, avaliados pelo factor de Valorização Gay, seguidos dos Bissexuais e com os menores valores dos Homossexuais.

Os resultados relativamente ao local de residência em meio rural apontam para um nível de discriminação mais elevado dos que os residentes em meio urbano, corroborando os dados obtidos de Pinto (2011) e contrariando os dados apresentados por Unlu e colaboradores (2016).

Estudantes de enfermagem relativamente à comunidade LGBT: conhecimentos, atitudes e competência cultural

No parâmetro sociodemográfico de orientação religiosa, ao contrário da maioria da literatura, que encontrou evidência de que existem diferenças ao nível de discriminação (Richardson, Ondracek, & Anderson, 2016; Rowniak, 2015), não se encontraram diferenças de preconceito significativas, à semelhança de outros estudos, como o Cornelius e Carrick (2015). Relativamente à orientação política verificou-se que os estudantes de enfermagem com orientação de centro apresentam um maior nível discriminatório seguido da orientação de direita, o que condiz com os resultados de estudos anteriores, como os referidos por Pinto (2011).

No parâmetro sociodemográfico de familiaridade com a comunidade LGBT, verificou-se que os estudantes de enfermagem que contactam frequentemente com pessoas pertencentes a esta comunidade apresentam níveis de discriminação mais reduzidos. Deste modo, os dados obtidos neste estudo espelham os resultados obtidos por outros estudos como Unlu e colaboradores (2016) e Pinto (2011) e, também, Kelly e colaboradores (2008).

O variável nível de conhecimento apresentam correlação inversa com as subescalas de negação da discriminação homofóbica e da valorização gay, encontrando-se que quanto maior o nível de conhecimentos dos estudantes de enfermagem menor os níveis de discriminação, conforme também foi verificado por Cornelius et Carrick (2015).

Estudos atuais defendem a importância de diminuição desta lacuna nos cursos de Enfermagem a nível global, com vista a melhorar o conhecimento cultural e as competências dos enfermeiros para melhorar os resultados dos cuidados de saúde nesta população vulnerável (Maley & Gross, 2019; Morris et al., 2019;

Guzman et al., 2018). Alguns destes estudos concluíram acerca das estratégias que se revelaram eficazes, nomeadamente as que promovem o conhecimento das necessidades de cuidados de saúde de pessoas LGBTQ e que promovem o conforto ao trabalhar com pacientes LGBTQ (Morris et al., 2019), bem como, a realização de redações reflexivas sobre as disparidades de saúde nas populações LGBT (Maley & Gross, 2019).

Ao longo deste estudo verificamos a existência de limitações, sendo elas, o número reduzido da amostra, a maioria ser do sexo feminino, as idades distribuídas entre os diferentes anos de licenciatura serem muito variados e a amostra estar restrita a uma IES. Sugerimos, assim, a continuidade de estudos de investigação futura nesta área, com inclusão de amostras alargadas, com outras IES, com a possibilidade de recolha da variável idade de forma contínua, para poder retirar conclusões mais consistentes e com maior potencial de generalização, para além de investigação que monitorize os efeitos de formação adequada sobre esta temática, na atitude e competências dos estudantes de enfermagem, de outras áreas da saúde, profissionais e da comunidade em geral.

CONCLUSÃO

Com este estudo verificou-se que fatores como a idade e o ano letivo, a orientação sexual, o local de residência, a orientação política e a familiaridade com pessoas LGBT e o nível de conhecimentos têm interferência na atitude e competência cultural dos estudantes de enfermagem relativamente à comunidade LGBT. Os resultados deste estudo exploratório, apesar de ser limitado a uma IES,

Estudantes de enfermagem relativamente à comunidade LGBT: conhecimentos, atitudes e competência cultural

corroboram conclusões da literatura emergente sobre esta temática. Apesar de não se encontrar uma leitura linear da interferência da idade e do ano letivo, confirma-se a relevância desta variável na atitude e competência cultural dos estudantes nesta área. A orientação sexual heterossexual, o local de residência rural, a orientação política de centro e o não ter contacto com pessoas LGBT, demonstram ser fatores de risco para uma atitude discriminatória. Um nível de conhecimentos mais elevado revela estar associado a uma atitude menos discriminatória, propiciadora de melhor competência cultural.

Estes resultados fornecem implicações com indicação de reforço da sensibilização e formação sobre esta temática a nível académico, com especial atenção a públicos-alvo que apresentam maior risco de atitudes discriminatórias, nomeadamente com orientação heterossexual, com residência em meios rurais, com orientação política de centro e os que não têm contacto com pessoas LGBT. Considera-se urgente a inclusão deste tema nas unidades curriculares, com seminários e ações de sensibilização para a não discriminação de pessoas LGBT, o que pode ser fundamental para a preparação enquanto profissionais de saúde, mas também pelo seu papel de educadores em saúde na comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association . (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5*. Lisboa: Artmed.

Assembleia da República. (31 de maio de 2010). Lei n.º 9/2010 de 31 de Maio . *Diário da República*, p. 1853.

Betancourt, D. A. (2015). Madeleine Leininger and the Transcultural Theory of Nursing. *The Downtown Review*, 2, 1-8.

Campbell, R. J. (2009). *Dicionário de Psiquiatria*. Porto: Artmed Editora.

Cornelius, J. B., & Carrick, J. (2015). A Survey of Nursing Students` Knowledge of and Attitudes Toward LGBT Health Care Concerns. (B. J. Patterson, Ed.) *Nursing Education Perspectives*, 36(3), 176-178.

Davidson, M. R. (2014). *Development and validation of the transgender prejudice scale (Tese de Mestrado apresentada à Western Washington University)*. Washington.

Guzman, F. L., Moukoulou, L. N. N., Scott, L. D. & Zerwic, J. J. (2018). LGBT inclusivity in health assessment textbooks. *Journal of Professional Nursing*, 34(6):483-487. doi: 10.1016/j.profnurs.2018.03.001

International Lesbian and Gay Association - ILGA. (2019). *Igla-Portugal*. Fonte: Direitos LGBTI em destaque na celebração dos 45 anos do 25 de Abril. Retirado de <https://ilga-portugal.pt/noticias/1097.php>

Lim, F. A., & Hsu, R. (2016). Nursing Students` Attitudes Toward Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Persons: An Integrative Review. *Nursing Education Perspectives*, 37, 144-152.

Lopes, D., Oliveira, J. M., Nogueira, C., & Grave, R. (27 de abril de 2016). The Social Determinants of Polymorphous Prejudice Against Lesbian and Gay Individuals: the Case of Portugal. *Sex Res Soc Policy*, 56-70.

Maley, B. & Gross, R. (2019). A writing assignment to address gaps in the nursing curriculum regarding health issues of LGBT+ populations. *Nursing Forum*, 54(2):198-204. DOI: 10.1111/nuf.12315

Morris, M., Cooper, R. L., Ramesh, A., Tabatabai, M., Arcury, T. A., Shinn, M., ... Matthews-Juarez, P.(2019). Training to reduce LGBTQ-related bias among medical, nursing, and dental students and providers: a systematic review. *BMC Medical Education*,19: 325. doi: 10.1186/s12909-019-1727-3

Orgel, H. (2017). Improving LGBT Cultural Competence in Nursing Students: An Integrative Review. *The ABNF Journal*, 14-18.

Pinto, D. P. (2011). *Discriminação, preconceito e atitudes relativamente a lésbicas: Estudo numa amostra de estudantes de enfermagem (Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Minho)*. Minho.

Richardson, B. P., Ondracek, A. E., & Anderson, D. (2016). Do student nurses feel a lack of comfort in

Estudantes de enfermagem relativamente à comunidade LGBT: conhecimentos, atitudes e competência cultural

providing support for Lesbian, Gay, Bisexual or Questioning adolescents: what factors influence their comfort level? (J. W. Sons, Ed.) *Journal of Advanced Nursing*, 1196-207.

Rodrigues, F. R., Martins, J. J., & Pereira, M. L. (2013). Competência cultural: an lise do conceito segundo a metodologia tradicional de Walker e Avant. *E-REI: Revista de Estudos Internacionais do CEI*, 1-10.

Rowniak, S. (2015). Factors Related to Homophobia Among Nursing Students. *Journal of Homosexuality*, 1228-1240.

Strong, K. L. (2013). Assessing Undergraduate Nursing Students' Knowledge, Attitudes and Cultural Competence in Caring for LGBT Patients. *Honors Projects*.

UNESCO (2016). *Out in the Open: Education Sector Responses to Violence Based on Sexual Orientation and Gender Identity/Expression*. Paris: UNESCO.

Unlu, H., Beduk, T., & Duyan, V. (2016). The attitudes of the undergraduate nursing students towards lesbian women and gay men. *Journal of Clinical Nursing*, 3697-3706.



JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO NO CLIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA ELETIVA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Pre-operative fast in patients subjected to elective surgery: integrative literature review

Ayuno preoperatorio en el cliente presentado a la cirugía electiva: revisión integrativa de la literatura

Susana Castro, * João Ventura-Silva, ** Olga Ribeiro ***

RESUMO

Enquadramento: a implementação do jejum pré-operatório tem sido uma preocupação mundial dos vários profissionais de saúde, havendo uma atuação distinta, no que concerne às orientações em vigor em cada uma das instituições. **Objetivos:** conhecer a evidência científica sobre as orientações atuais acerca da aplicação do jejum pré-operatório em clientes submetidos a cirurgia eletiva, publicada nos últimos cinco anos. **Metodologia:** estudo de revisão integrativa da literatura através das bases de dados SciELO, PubMed®, Academic Search Complete, CINAHL®, MedicLatina e MEDLINE®, com recurso aos descritores “fasting”, “preoperative care”, “patients” e “nursing”. **Resultados:** foram analisados dez artigos e os dados organizados em três macrocategorias: orientações sobre o jejum pré-operatório; ganhos inerentes à implementação das orientações atuais; e fatores dificultadores da implementação das orientações atuais sobre o jejum pré-operatório. **Conclusão:** as várias organizações que se debruçam sobre esta temática já evidenciaram guidelines norteadoras. Contudo nas instituições de saúde nem sempre se verifica a implementação destas orientações. O enfermeiro deverá consciencializar o cliente deste procedimento pré-operatório, assim como ser um agente de mudança no cumprimento deste procedimento.

Palavras-Chave: jejum; cuidados pré-operatórios; pacientes; enfermagem

*MsC, Enfermeira Bloco Operatório Central-Instituto Português de Oncologia do Porto
<https://orcid.org/0000-0001-8864-8634>
 Autor de correspondência:
enf.susanacastro@gmail.com

**MsC, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Centro Hospitalar de São João EPE: Porto
<https://orcid.org/0000-0002-8794-528X>

***PhD, Professora adjunta, Escola Superior de Enfermagem do Porto
<https://orcid.org/0000-0001-9982-9537>

Como referenciar:

Castro, S., Ventura-Silva, J., & Ribeiro, O. (2020). Jejum pré-operatório no cliente submetido a cirurgia eletiva: revisão integrativa da literatura. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 75-85

ABSTRACT

Background: the implementation of preoperative fasting has been a worldwide concern of the various health professionals, with a different role, with regard to the guidelines in force in each of the institutions. **Objectives:** to know the scientific evidence on the current guidelines on the application of preoperative fasting in clients undergoing elective surgery, published in the last five years. **Methodology:** an integrative literature review study using the SciELO, PubMed®, Academic Search Complete, CINAHL®, MedicLatina and MEDLINE® databases, using the keywords "fasting", "preoperative care", "patients" and "nursing". **Results:** ten articles were analyzed and the data were organized into three macro categories: guidance on preoperative fasting; gains inherent in the implementation of the current guidelines; and factors that hinder the implementation of current guidelines on preoperative fasting. **Conclusion:** the various organizations that deal with this theme have already shown guiding guidelines. However, health institutions do not always implement these guidelines. The nurse must make the client aware of this preoperative procedure, as well as be an agent of change in complying with this procedure.

Keywords: fasting; preoperative care; patients; nursing

RESUMEN

Marco contextual: la implementación del ayuno preoperatorio ha sido una preocupación mundial para los diversos profesionales de la salud, con un papel diferente con respecto a las pautas vigentes en cada una de las instituciones. **Objetivos:** conocer la evidencia científica sobre las pautas actuales sobre la aplicación del ayuno preoperatorio en clientes sometidos a cirugía electiva, publicada en los últimos cinco años. **Metodología:** un estudio integrador de revisión de literatura que utiliza las bases de datos SciELO, PubMed®, Academic Search Complete, CINAHL®, MedicLatina y MEDLINE®, utilizando las palabras clave "ayuno", "atención preoperatoria", "pacientes" y "enfermería". **Resultados:** se analizaron diez artículos y los datos se organizaron en tres categorías macro: orientación sobre el ayuno preoperatorio; ganancias inherentes a la implementación de las directrices actuales; y factores que dificultan la implementación de las pautas actuales sobre el ayuno preoperatorio. **Conclusión:** las diversas organizaciones que se ocupan de este tema ya han mostrado pautas orientativas. Sin embargo, las instituciones de salud no siempre implementan estas pautas. La enfermera debe informar al cliente sobre este procedimiento preoperatorio, así como ser un agente de cambio para cumplir con este procedimiento.

Palabras Clave: ayuno; cuidados preoperatorios; pacientes; enfermería

Recebido para publicação em: 29/03/2020
 Aceite para publicação em: 24/07/2020

INTRODUÇÃO

No contexto nacional e internacional, a realização de cirurgias eletivas tem tido um aumento exponencial e com uma complexidade cada vez maior, envolvendo procedimentos de grande abordagem, multiorgânicos, de longa duração e em clientes com morbidades múltiplas. A pessoa intervencionada durante a sua cirurgia desencadeia uma série de respostas orgânicas, devido ao traumatismo provocado, com o intuito de reparar os tecidos lesados e repor a homeostase corporal, e que se agrava com o jejum pré-operatório prolongado (Francisco, Batista, & Pena, 2015). A conjugação destes dois elementos, traumatismo cirúrgico e o jejum prolongado, gera uma diminuição dos níveis de insulina, um aumento do cortisol e do glucagon, da resposta inflamatória e da produção de catecolaminas que, por sua vez, produzem um aumento na resistência à insulina que começa na fase intraoperatória e se estende no pós-operatório. Ao mesmo tempo surge a ativação do processo de neoglicogénese, aumentando a glicemia sanguínea o que intensifica o stresse metabólico cirúrgico (Yildiz, Gunal, Yilmaz, & Yucel, 2013).

Sendo o jejum pré-operatório a abstinência de alimentos e líquidos num período de tempo que antecede a indução anestésica e a cirurgia, Powers (2017) reporta ainda que atualmente são dadas indicações para o cliente adotar o modelo “nada pela boca” (NPO), que consiste numa interrupção da ingestão destes alimentos desde as zero horas anteriores à cirurgia programada. É ainda aludido que com esta prática a prevenção de possíveis complicações na fase intraoperatória como o vômito e a aspiração de conteúdo gástrico durante a indução anestésica e o procedimento cirúrgico (Çakar, Yilmaz,

Çakar, & Baydur, 2017). No entanto, já em 1999, com reformulações em 2011, a American Society of Anaesthesiologists (ASA) desaconselhava um jejum pré-operatório tão prolongado, assegurando que este comportava mais prejuízos do que ganhos para o cliente, uma vez que aumentava o stresse cirúrgico e respostas fisiológicas indesejáveis, como a desidratação, a ansiedade, a fome, a sede, a xerostomia, a fadiga, a inquietação, as cefaleias, o desconforto pré e pós-operatório, implicando um défice na reserva de fluídos para o período pós-operatório (Macqbal, 2016). Contudo, em 2014, Aguilar-Nascimento, Dias, Dock-Nascimento, Correia, Campos, Portari-Filho & Oliveira ainda referiam que o jejum prolongado era uma prática continuada nos cuidados pré-operatórios, apesar de já existirem algumas orientações contrárias a esse procedimento. Outros autores acrescentavam que a supressão do tempo de jejum prolongado poderia influenciar positivamente a redução do tempo de internamento pós-operatório e as complicações e intercorrências derivadas da intervenção cirúrgica (Pinto, Grigoletti & Marcadenti, 2015). Neste contexto, no ano de 2019, o protocolo Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) definiu intervenções multidisciplinares para os vários momentos operatórios, contemplando a prevenção do jejum prolongado, tendo em vista uma diminuição do stresse cirúrgico e uma aceleração da recuperação pós-operatória num contexto de segurança para o cliente. Atendendo ao exercício profissional do enfermeiro, que também se centra neste domínio, é-lhe exigido uma conceção e implementação de cuidados, baseados na melhor evidência científica, e adequados às características clínicas do cliente a intervencionar, com o intuito de minimizar o impacto da cirurgia e

promover a obtenção de resultados anestésico-cirúrgicos positivos. Todavia, nos vários contextos da prática clínica, nem sempre a implementação do jejum pré-operatório é orientada nos pressupostos apresentados. Imbuídos nesta convicção, este estudo tem como objetivo conhecer a evidência científica sobre as orientações atuais acerca da aplicação do jejum pré-operatório em clientes submetidos a cirurgia eletiva, publicada nos últimos cinco anos.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE REVISÃO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, que potencia a síntese de todos os achados disponíveis sobre a temática, permitindo nortear o exercício profissional do enfermeiro e sustentá-lo em conhecimento científico (Souza, Silva, & Carvalho, 2010).

A revisão integrativa da literatura possibilita a combinação da investigação primária e secundária, após a avaliação da sua qualidade metodológica (Sousa, Firmino, Marques-Vieira, Severino, & Pestana, 2018) estando direcionada para a prática baseada na evidência, permitindo a inclusão das evidências nos contextos práticos com segurança (Vilelas, 2017). Na sua elaboração teve-se por referência as seis etapas preconizadas por Botelho, Cunha & Macedo (2011) correspondentes à determinação do tema de estudo, formulação da questão de investigação, determinação dos critérios de inclusão e exclusão, identificação dos estudos selecionados, categorização dos mesmos, análise e interpretação dos achados a incluir na revisão e apresentação da revisão/síntese do conhecimento produzido e publicado.

Delineou-se como questão norteadora do estudo: “Quais as orientações atuais sobre o jejum pré-

operatório em clientes submetidos a cirurgia eletiva, publicadas nos últimos cinco anos?”, com recurso à estratégia PICO. Neste estudo os participantes (P) são os clientes submetidos a cirurgia eletiva (pacientes), a intervenção (I) que diz respeito ao jejum pré-operatório; a comparação (C), não é aplicável no estudo, e os resultados (*outcomes*) relativos às orientações (cuidados pré-operatórios). A colheita de dados ocorreu durante o mês de fevereiro de 2020 nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed® e plataforma EBSCOhost WEB onde se englobaram a Academic Search Complete, CINAHL® Complete, CINAHL® Plus with Full Text, MedicLatina, MEDLINE® e MEDLINE® with Full Text, com recurso aos descritores “fasting”, “preoperative care”, “patients” e “nursing” também em Língua portuguesa e espanhola. A frase booleana do estudo foi “fasting” AND “preoperative care” AND “patients” AND “nursing”. Os critérios de inclusão definidos na pesquisa foram publicações nos idiomas de português, inglês e espanhol, no período de janeiro de 2015 a janeiro de 2020 e disponíveis em texto integral. Como critérios de exclusão, delinearam-se os estudos referentes à população pediátrica.

Da pesquisa elaborada resultaram 38 artigos. Numa primeira fase, procedeu-se a uma leitura crítico-reflexiva dos títulos por dois investigadores, seguindo-se a leitura dos resumos e estudos encontrados, por três investigadores de forma independente.

Atendendo aos critérios de inclusão e exclusão e à avaliação da qualidade metodológica estabeleceu-se uma amostra de 10 artigos. A figura 1 apresenta o procedimento de seleção dos artigos a analisar, segundo a metodologia PRISMA (Galvão, Pansani, & Harrad, 2015).

Jejum pré-operatório no cliente submetido a cirurgia eletiva: revisão integrativa da literatura

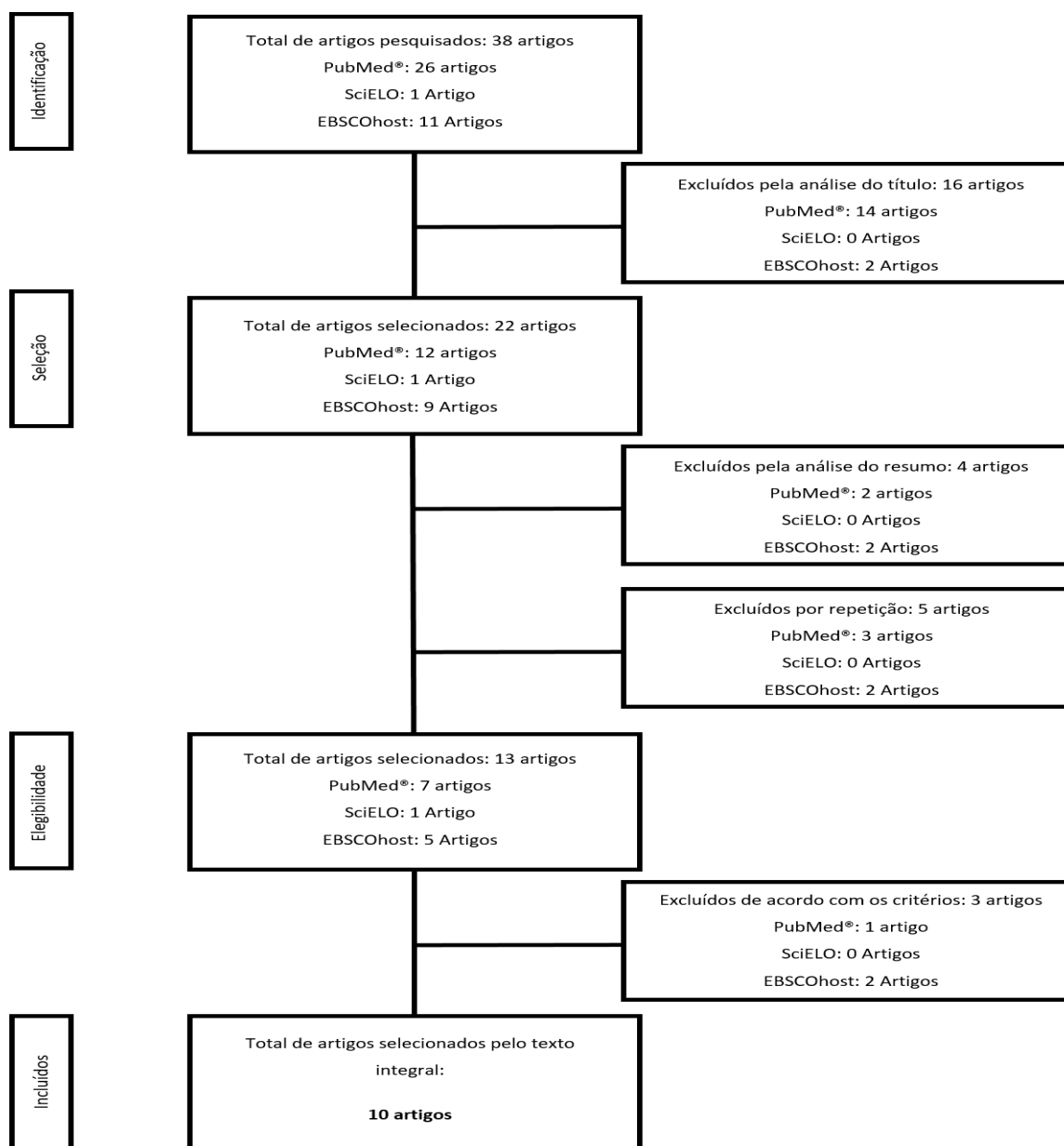


Figura 1

Processo redutivo da revisão integrativa

Com o intuito de facilitar a análise de cada artigo, optou-se pela identificação, tradução e transcrição de todos os aspetos relacionados com o jejum pré-operatório. De forma a organizar a informação

extraída dos artigos, elaborou-se uma tabela que permitiu a identificação e revisão das categorias relacionadas com a temática em estudo. A tabela 1 apresenta os estudos selecionados para análise.

Jejum pré-operatório no cliente submetido a cirurgia eletiva: revisão integrativa da literatura

Tabela 1

Síntese dos artigos selecionados para análise

Autores/Ano	Título	Metodologia	Resultados
Noba, L., & Wakefield, A./ 2019	Are carbohydrate drinks more effective than preoperative fasting: A systematic review of randomised controlled trials	Revisão sistemática da literatura de 22 estudos randomizados controlados, envolvendo 2065 clientes	A implementação de bebidas com carboidratos no pré-operatório pode gerar redução do tempo de internamento hospitalar, reduz significativamente a resistência à insulina e o desconforto pós-operatório e não aumenta o risco de broncoaspiração. É segura a ingestão destas bebidas até 2 horas antes da cirurgia.
Munsterman, C., & Strauss, P. / 2018	Early rehydration in surgical patients with prolonged fasting decreases postoperative nausea and vomiting	Estudo observacional, descritivo, caso-controle, envolvendo 381 adultos submetidos a jejum pré-operatório.	Os clientes sujeitos a jejum prolongado antes da cirurgia e a reforço da hidratação, apresentaram uma taxa de 4.25% de náuseas e vômitos no pós-operatório em comparação com a taxa de 14.6% para aqueles que não usufruíram do reforço hídrico.
Çakar, E., Yilmaz, E., Çakar, E., & Baydur, H. /2017	The effect of preoperative oral carbohydrate solution intake on patient Comfort: A randomised controlled study	Estudo randomizado controlado incluindo 90 clientes sujeitos a tiroidectomia.	Pessoas não sujeitas à ingestão de bebidas ricas em carboidratos apresentaram mais sede, fome, xerostomia, cefaleias, náuseas, vômitos, desconforto em relação às que ingeriram bebidas com carboidratos. Há uma diferença significativa na pressão arterial diastólica e frequência cardíaca na fase intraoperatória. Clientes que ingeriram carboidratos têm maior pressão arterial diastólica e menor frequência cardíaca.
Njoroge, G., Kivuti-Bitok, L., & Kimani, S. / 2017	Preoperative fasting among adult patients for elective surgery in a Kenyan referral hospital	Estudo observacional, transversal a envolver 65 pessoas sujeitas a cirurgia	93.8% das pessoas têm um reduzido conhecimento sobre os cuidados para o cumprimento do tempo de jejum pré-operatório adequado, permanecendo 73.8% desses deles mais de 15 horas sem a ingestão de sólidos e líquidos. As orientações sobre o jejum pré-operatório são realizadas em 80% dos casos por enfermeiros.
Powers, J. / 2017	Guidelines for preoperative fasting for hospitalized patients	Artigo de reflexão	A suspensão da nutrição entérica antes de uma cirurgia deve ser minimizada para evitar o compromisso nutricional na pessoa. É seguro suspendê-la o mais próximo possível da cirurgia, mediante condição clínica da pessoa.
Sánchez, A., & Papapietro, K. / 2017	Nutrición perioperatoria en protocolos quirúrgicos para una mejor recuperación postoperatoria (Protocolo ERAS)	Revisão narrativa da literatura	A nutrição perioperatória antes da cirurgia contempla a abolição de um período prolongado de jejum e a ingestão de soluções com carboidratos até duas horas antes do procedimento. Isto reduz as complicações e internamento pós-operatório.
Abdullah Al Maqbali, M. / 2016	Preoperative fasting for elective surgery in a regional hospital in Oman	Estudo de coorte, longitudinal, prospectivo e observacional, incluindo 169 clientes cirúrgicos.	As pessoas estudadas revelam ter tido um período de jejum pré-operatório compreendido entre as 7 horas e 19 horas para alimentos sólidos e de 4 horas a 19 horas para líquidos, ultrapassando as recomendações. Estes acontecimentos geram mais desconforto e potenciam a morbidade.

Jejum pré-operatório no cliente submetido a cirurgia eletiva: revisão integrativa da literatura

Vidot, H., Teevan, K., Carey, S., Strasser, S., & Shackel, N. / 2016	A prospective audit of preprocedural fasting practices on a transplant ward: when fasting becomes starving	Estudo de coorte, longitudinal, prospectivo e observacional. A amostra é constituída por 34 pessoas sujeitas a transplante hepático.	97% das pessoas apresentam desnutrição e a mediana do tempo de jejum correspondeu a 13,5 horas. A maioria dos procedimentos cirúrgicos ocorreram à tarde e a ingestão de um pequeno-almoço reforçado evitaria 45% de casos de jejum prolongado.
Short, V., Atinkson, C., Ness, A.R., Thomas, S., Burden, S., & Sutton, E. / 2016	Patient experiences of perioperative nutrition within an enhanced recovery after surgery programme for colorectal surgery: a qualitative study	Estudo qualitativo e observacional a envolver 60 clientes submetidos a cirurgia colorretal.	A ausência de aplicação do protocolo ERAS levou as pessoas a obterem muita informação repetida, algumas contraditórias e outras desnecessárias acerca do jejum pré-operatório, das bebidas com carboidratos e da dieta pós-operatória. Isto constituiu uma barreira ao êxito do processo cirúrgico. A interação positiva com a equipa, a acessibilidade a alimentos e à sua escolha e a motivação para a mudança são facilitadores para o processo de melhoria.
Tosun, B., Yava, A., & Açikel, C. / 2015	Evaluating the effects of preoperative fasting and fluid limitation	Estudo observacional, transversal, com uma amostra constituída por 99 pessoas submetidas a colecistectomia laparoscópica.	O intervalo de tempo de jejum pré-operatório encontra-se entre 3,14 horas e 14,70 horas. As pessoas estudadas revelaram possuir ansiedade moderada em 58.6% dos casos. E aqueles que tiveram um período de jejum de 12 horas ou mais obtiveram mais fome, sede, náuseas, dor e níveis de ansiedade e desconforto significativamente mais elevados.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por dez artigos: dois artigos foram desenvolvidos na Turquia, dois nos Estados Unidos da América, dois no Reino Unido e um no Quénia, Chile e Omã. Todos os artigos foram publicados no idioma inglês com exceção de um que se encontrava em língua espanhola. Relativamente ao ano das publicações, observamos maior incidência no ano de 2017 com quatro artigos, seguido de 2016 com três publicações e 2015, 2018 e 2019 identificámos apenas, em cada ano, uma publicação.

No seguimento dos resultados encontrados, com a análise realizada aos artigos selecionados, organizamos os dados em três macrocategorias: orientações sobre o jejum pré-operatório; ganhos inerentes à implementação das orientações sobre o jejum pré-

operatório e por fim, fatores dificultadores da implementação das orientações sobre o jejum pré-operatório.

Orientações sobre o jejum pré-operatório

Em oposição aos pressupostos do paradigma do NPO que alegavam contribuir para a minimização do risco de broncoaspiração, surgiram estudos que revelam que o esvaziamento gástrico de alimentos sólidos ocorre por volta de uma hora após a refeição (Maqbal, 2016) tornando-se desnecessário tempos prolongados de jejum. Por outro lado, Çakar, Yilmaz, Çakar, & Baydur (2017) revelam que a ingestão de líquidos até duas horas antes da intervenção cirúrgica não aumentou o volume gástrico e a acidez do suco gástrico, pelo que não implicou um aumento do risco de aspiração pulmonar.

Jejum pré-operatório no cliente submetido a cirurgia eletiva: revisão integrativa da literatura

Por outro lado, o recurso a bebidas ricas em carboidratos a anteceder o momento cirúrgico tem constituído uma recomendação a introduzir nos protocolos sobre o jejum pré-operatório contemplando a ingestão destes suplementos até duas horas antes da cirurgia (Noba & Wakefield, 2019; Tosun, Yara & Açikel, 2015).

Vários autores defendem que o tempo de esvaziamento destas bebidas é cerca de noventa minutos, não trazendo aumento do risco de broncoaspiração, além de diminuir a resistência à insulina (Noba, & Wakefield, 2019; Çakar, Yilmaz, Çakar, & Baydur, 2017).

Neste contexto, os achados encontrados vêm sustentar o proposto pelo protocolo ERAS (2005) que indicava a ingestão de alimentos sólidos integrados numa dieta leve até às seis horas prévias à cirurgia e de líquidos como chá, café, sumos de fruta sem polpa nas duas horas que antecedem a intervenção. Importa ainda referir a possibilidade de se optar pela ingestão oral de 400ml de água com maltodextrina a 12,5% até duas horas antes de um procedimento cirúrgico eletivo, mesmo em clientes diabéticos tipo 2 com valores glicémicos controlados.

No que concerne à pessoa com aporte de nutrição entérica, Powers (2017) afirma que o período de suspensão da mesma deve ser limitado ao mínimo possível, não havendo um aumento nos eventos adversos entre os clientes que suspenderam a nutrição entérica no momento anterior à anestesia e os que tinham efetuado suspensão oito horas antes.

Ganhos inerentes à implementação das orientações sobre o jejum pré-operatório

Esta revisão da literatura permitiu perceber que existe

unanimidade nos estudos sobre os ganhos inerentes à aplicação das orientações sobre o jejum pré-operatório, tanto para a pessoa intervencionada como para a instituição de saúde onde se realiza a cirurgia, pois, cumprindo as *guidelines* inerentes a esta temática, concorremos para a redução de complicações pós-operatórias e a manutenção do tempo de internamento do doente, dentro daquilo que é o expectável. Por outro lado, no que concerne ao exercício profissional do enfermeiro a existência deste tipo de orientações permitir-lhe-á a conceção e execução de cuidados centrados no cliente, respondendo assim às suas reais necessidades.

Neste contexto, os clientes submetidos a jejum prolongado estão predispostos a alterações no seu bem-estar físico e psicológico. A existência de eventos como o stresse, a desidratação, a hipotensão, as cefaleias, a irritabilidade, a ansiedade, a fome, a sede, a xerostomia, a fadiga, a perda de fluídos durante a cirurgia potenciará o agravamento da desidratação na fase pós-operatória. Por outro lado, o jejum pré-operatório prolongado potencia situações de desequilíbrio hidroeletrólítico, contribuindo para a ocorrência de náuseas e vômitos no pós-operatório (Çakar, Yilmaz, Çakar, & Baydur, 2017).

Constatou-se assim que a diminuição do jejum pré-operatório para o intervalo de tempo recomendado produz uma diminuição da fome, sede, cefaleias, desidratação, hipovolémia e náusea em comparação com o paradigma anterior. Concorre também para a diminuição da resistência à insulina, das náuseas e vômitos e do desconforto após a intervenção cirúrgica (Tosun, Yara & Açikel, 2015). Por outro lado, reduz o risco de desidratação, náuseas e vômitos pós-

operatórios, fome, sede e o desconforto físico e psíquico da pessoa (Noba, & Wakefield, 2019; Çakar, Yilmaz, Çakar, & Baydur, 2017).

Noba, & Wakefield (2019) e Çakar, Yilmaz, Çakar, & Baydur (2017) corroboram os achados anteriores, acrescentam ainda que tem benefícios moderados na redução do tempo de internamento hospitalar e no consumo de terapêuticas farmacológicas em clientes que cumpriram as recomendações atuais com impacto nos custos associados para a instituição de saúde.

Fatores dificultadores da implementação das orientações sobre o jejum pré-operatório

O processo relativo à implementação das orientações associadas ao jejum pré-operatório têm sido alvo de diversos obstáculos. A informação veiculada ao cliente e como é interpretada tem sido descrita como uma barreira ao correto cumprimento destas orientações, na medida em que a mesma pode não ser transmitida na totalidade pelos profissionais de saúde, ou não é suficientemente clara para permitir ao cliente a sua percepção e aplicação rigorosa na fase de preparação cirúrgica (Short et al., 2016).

A inexistência de protocolos nas instituições de saúde com referência às orientações atuais sobre este tema tem gerado um desalinhamento na forma de atuação dos diversos profissionais de saúde. Por outro lado, de acordo com Munsterman & Strauss (2018) e Maqbali (2016) foi notória uma incompreensão e renitência na aplicação das orientações mais atuais sobre o jejum pré-operatório por parte de todos os envolvidos. Outras razões são apontadas por Njoroge, Kivuti-Bitok, & Kimani (2017) como limitadores à implementação destas orientações: a sobrecarga de trabalho dos profissionais, a escassez de tempo para a capacitação

do cliente sobre as especificidades deste cuidado e a resistência à mudança de orientações.

DISCUSSÃO

É conhecido que a pessoa que vai ser submetida a cirurgia, em particular do foro digestivo, se encontra frequentemente desnutrida e desidratada, além de possuir patologias respiratórias, circulatórias e metabólicas variadas que constituem um risco acrescido de má cicatrização, alteração nas anastomoses, infeções pós-operatórias com aumento da morbidade e mortalidade pós-operatória (Lucchesi, & Gadelha, 2019). Assim sendo, justifica-se fortemente a necessidade de otimizar a condição da pessoa na fase pré-operatória para reduzir estes riscos. A necessidade de se eliminar barreiras instaladas, no que respeita ao jejum prolongado nos clientes submetidos a cirurgia e praticados sem sustentação científica na prática diária é premente. Vários autores defendem como imperioso a alteração de intervenções de forma a que o consumo de alimentos sólidos seja realizado até seis horas antes do procedimento, e de líquidos até duas horas antes, introduzindo-se ainda o fornecimento de suplementos carboidratados (Diógenes, Costa, & Rivanor, 2019; Campos, Barros-Neto, Guedes, & Moura, 2018), contemplando o ajuste do seu início, mediante a hora da cirurgia (Diógenes, Costa, & Rivanor, 2019) e de acordo com patologias de cada cliente. Desta forma, os cuidados direcionam-se para as necessidades individuais de cada cliente, contribuindo para minimizar possíveis sentimentos de stresse e angústia, vivenciados pelo cliente, associados ao evento pelo qual irá passar. Na verdade, estas mudanças nos

contextos da prática permitem a obtenção de ganhos para a pessoa intervencionada ao nível físico e psicológico, de que é exemplo a diminuição das complicações pós-operatórias e a recuperação mais precoce, assim como para a instituição de saúde, nomeadamente a redução do tempo de internamento. O empoderamento dos profissionais de saúde sobre estas temáticas torna-se uma ferramenta indispensável para a adoção correta das orientações emanadas (Santo et al., 2020), permitindo também o envolvimento dos clientes, neste processo, e levando ao sucesso na implementação de tais orientações. Efetivamente, os enfermeiros têm um papel diferenciador em todo este processo, dada a sua proximidade com o cliente (Chaves, & Campos, 2019), permitindo um maior nível de eficiência na prática de cuidados (Silva et al., 2019). Cabe ao enfermeiro desmistificar a ideia presente no contexto social, e fortemente enraizada, de que o jejum deverá ser a partir das zero horas do dia da cirurgia (Diógenes, Costa, & Rivanor, 2019), através da consciencialização do cliente sobre este procedimento pré-operatório. Por outro lado, o facto de terem um papel de destaque no processo de cuidados dos clientes, permite-lhe a criação de normas que aliem a melhor evidência com as especificidades logísticas e organizacionais de cada serviço/instituição (Santo, et al., 2020). Assumimos que a baixa flexibilidade e motivação dos profissionais para a mudança de práticas é um fator contributivo para, ainda hoje, em se manter desatualizadas as orientações, além do envolvimento insuficiente dos serviços no desenvolvimento da prática baseada na evidência.

Corroborando Miguez, Silva, & Oliveira (2019), apelamos à existência de normas sobre este tema para direcionar uniformemente a prática dos profissionais de saúde, dado que em grande parte dos serviços hospitalares encontram-se desajustados do conhecimento atual, perpetuando o conceito NPO após as zero horas do dia da cirurgia.

No nosso estudo, uma das limitações prendeu-se com a ausência de investigações da realidade portuguesa, não a permitindo conhecer, no que concerne às recomendações associadas ao jejum pré-operatório. A atuação do enfermeiro ficará dificultada na eliminação de lacunas da prática diária que geram prejuízos ao cliente e instituição. Sugere-se a realização de estudos no contexto nacional que relacionem a aplicação das orientações descritas nesta revisão com a redução de complicações cirúrgicas e de que modo podem ser traduzidos em ganhos associados aos cuidados de saúde.

CONCLUSÃO

O jejum pré-operatório adequado à condição clínica do cliente deverá ser uma estratégia positiva capaz de minimizar o impacto das comorbilidades. Contribui também para a diminuição de complicações operatórias, do período de hospitalização, a redução dos custos em saúde e o aumento da sua satisfação em relação aos cuidados de saúde. As orientações para a implementação do jejum pré-operatório preconizam uma redução do período de abstinência para alimentos sólidos e líquidos, respetivamente, até seis horas e duas horas antes da cirurgia, além do recurso a bebidas carboidratadas.

No desempenho profissional do enfermeiro deverá ser tido em conta as contribuições deste estudo, na medida em que constitui uma base na sistematização dos cuidados de enfermagem direcionados ao cliente, enaltecendo o papel dos enfermeiros, através da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, com ganhos para o cliente e para a instituição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar-Nascimento, J., Dias, A. L. A., Dock-Nascimento, D. B., Correia, M. I. T. D., Campos, A. C. L., Portari-Filho, P. E., & Oliveira, S. S. (2014). Atual preoperative fasting time in Brazilian hospitals: The BIGFAST multicentre study. *Therapeutics and clinical risk Management*, 10, 107-112. DOI: 10.2147/TCRM.556255
- Botelho, L., Cunha, C., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e sociedade*, 5(11), 121-136. DOI: 10.21171/ges.v5i11.1220
- Çakar, E., Yilmaz, E., Çakar, E., & Baydur, H. (2017). The effect of preoperative oral carbohydrate solution intake on patient Comfort: A randomized controlled study. *Journal of Perianesthesia Nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 32(6), 589-599. DOI: 10.1016/j.jopan.2016.03.008
- Campos, S. Barros-Neto, J. A., Guedes, G., & Moura, F. A. (2018). Pre-operative fasting: Why abbreviate?. *Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva: ABCD = Brazilian archives of digestive surgery*, 31(2), e1377. DOI: 10.1590/0102-672020180001e1377
- Chaves, L. M., & Campos, J. S. P. (2019). Abreviação do jejum e suporte nutricional pré-operatório em cirurgias eletivas: Uma revisão sistemática. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (35), e2210. <https://doi.org/10.25248/reas.e2210.2019>
- Diógenes, D.H., Costa, C.S.D., & Rivanor, R.L.D.C. (2019). Fasting Time in the Preoperative of Elective Surgeries at a Referral Hospital in Trauma in the Municipality of Fortaleza - CE. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 23(2), 191-196. DOI: 10.22478/ufpb.2317-6032.2019v23n2.32118
- Francisco, S.C., Batista, S. T., & Pena, G.G. (2015). Jejum em pacientes cirúrgicos eletivos: comparação entre o tempo prescrito, praticado e o indicado em protocolos de cuidados perioperatórios. *Brazilian archives of digestive surgery*, 28(4), 250-254. DOI: 10.1590/s0102-6720201500040008.
- Lucchesi, F.D.A., & Gadelha, P.C.F.P. (2019). Nutritional status and evaluation of the perioperative fasting time among patients submitted to elective and emergency surgeries at a reference hospital. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 46(4), e20192222. DOI: 10.1590/0100-6991e-20192222
- Maqbali, M. A. A. (2016). Preoperative fasting for elective surgery in a regional hospital in Oman. *British Journal of Nursing*, 25(14), 798-802. DOI: 10.12968/bjon.2016.25.14.798
- Miguez, B.B., Silva, A.H., & Oliveira, A.P. (2019). The importance of reducing pre-operative fast time: a literary review. *Cadernos da Medicina-UNIFESO*, 2(2), 174-182. Retirado de: <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/cadern osdemedicinaunifeso/article/view/1389/604>
- Munsterman, C. & Strauss, P. (2018). Early rehydration in surgical patients with prolonged fasting decreases postoperative nausea and vomiting. *Journal of Perianesthesia Nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 33(5), 629-631. DOI: 10.1016/j.jopan.2017.06.124
- Njoroge, G., Kivuti-Bitok, L., & Kimani, S. (2017). Preoperative fasting among adult patients for elective surgery in a Kenyan Referral Hospital. *International Scholarly Research Notices*, 2017, 1-8. DOI: 10.1155/2017/2159606
- Noba, L., & Wakefield, A. (2019). Are carbohydrate drinks more effective than preoperative fasting: A systematic review of randomised controlled trials. *Journal of clinical nursing*, 28(17-18), 3096-3116. DOI: 10.1111/jocn.14919
- Pinto, A.S., Grigoletti, S.S., & Marcadenti, A. (2015). Abreviação do jejum entre pacientes submetidos à cirurgia oncológica: revisão sistemática. *Brazilian archives of digestive surgery*, 28(1), 70-73. DOI:10.1590/50102-67202015000100018.
- Powers, J. (2017). Guidelines for preoperative fasting for hospitalized patients. *Critical care nurse*, 37(5), 90-92. DOI: 10.4037/ccn2017778
- Sánchez, A., & Papapietro, K. (2017). Nutrición perioperatoria en protocolos quirúrgicos para una mejor recuperación postoperatoria (Protocolo ERAS).

Jejum pré-operatório no cliente submetido a cirurgia eletiva: revisão integrativa da literatura

- Revista Médica do Chile*, 145(11), 1447-1453. DOI: 10.4067/s0034-98872017001101447
- Santo, I.M.B.E., Matos, J.C., Silva, C.J., Almeida, R.P., Santos, J.L.P., Silva, S.M., ... & Barbosa, S.S. (2020). Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP): Reflexos da Aplicabilidade no Processo de Cuidar. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (43), e2945. DOI: 10.25248/reas.e2945.2020
- Short, V., Atkinson, C., Ness, A.R., Thomas, S., Burden, S., & Sutton, E. (2016). Patient experiences of perioperative nutrition within an Enhanced Recovery After Surgery programme for colorectal surgery: a qualitative study. *Colorectal Disease*, 18(2), 74-80. DOI: 10.1111/codi.13245
- Silva, C., Soares, L., Ferreira, M.A., Jesus, S., Príncipe, F. & Mota, L. (2019). Representação social do enfermeiro sobre a visita no pós-operatório em clientes cirúrgicos. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 2(2), 47-57. DOI: 10.37914/riis.v2i2.58
- Sousa, L.M.M., Firmino, C.F.F., Marques-Vieira, C.M. A., Severino, S.S.P., & Pestana, H.C.F.C. (2018). Reviews of the scientific literature: types, methods and applications in nursing. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 45-54. Retirado de: <https://www.aper.pt/ficheiros/revista/rperv1n1.pdf>
- Souza, M.T.D., Silva, M.D.D., & Carvalho, R.D. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* 8(1), 102-106. DOI: 10.1590/s1679-45082010rw1134
- Tosun, B., Yava, A., & Açikel, C. (2015). Evaluating the effects of preoperative fasting and fluid limitation. *International journal of nursing practice*, 21(2), 156-165. DOI: 10.1111/ijn.12239
- Vidot, H., Teevan, K., Carey, S., Simon, S., & Shackel, N. (2016). A prospective audit of preprocedural fasting practices on a transplant ward: when fasting becomes starving. *Journal of clinical nursing*, 25(5-6), 829-835. DOI: 10.1111/jocn.13116
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. (2ªed). Lisboa: Edições Sílabo, 2017.
- Yildiz, H., Gunal, S.E., Yilmaz, G., & Yacel, S. (2013). Oral carbohydrate supplementation reduces preoperative discomfort in laparoscopic cholecystectomy. *Journal of investigative surgery: the official journal of the Academy of Surgical Research*, 26(2), 89-95. DOI: 10.3109/08941939.2012.699998



INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA NO PÓS-OPERATÓRIO: REVISÃO INTEGRATIVA

Nurse's Intervention in the Prevention of Deep Venous Thrombosis in the Postoperative Period: Integrative Review

Intervención del enfermero en la prevención de la trombosis venosa profunda en el postoperatorio: revisión integradora

Alexandre Rodrigues, * Ana Filipa Arvins, ** Ana Rebelo, *** Cláudia Dias, **** Ricardo Novo, ***** Sara Anjos, ***** António Garrido *****

RESUMO

Enquadramento: a Trombose Venosa Profunda (TVP) caracteriza-se pela formação de um coágulo numa veia profunda e pela sua obstrução. As intervenções cirúrgicas são um fator de risco para o desenvolvimento de TVP, tornando-se a intervenção de Enfermagem importante na prevenção desta condição e, por inerência, na diminuição da morbilidade e mortalidade. **Objetivo:** identificar intervenções de Enfermagem que visam a prevenção de TVP no pós-operatório. **Metodologia:** revisão Integrativa da Literatura orientada pela questão de investigação: "Qual a intervenção do Enfermeiro na prevenção da TVP em pessoas adultas e idosas, no período pós-operatório?". Após a definição dos critérios de inclusão e exclusão, a pesquisa dos artigos realizou-se nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, Pubmed e B-on. **Resultados:** a seleção totalizou 5 artigos cujos resultados englobam 5 áreas de intervenção em enfermagem: educação para a saúde, promoção precoce da autonomia, potenciamento do retorno venoso, promoção da evolução dietética e profilaxia farmacológica anti-trombótica. **Conclusão:** o Enfermeiro intervém na prevenção de TVP através da realização de ensinamentos sobre mobilização precoce, de exercícios respiratórios profundos e de estimulação da tosse, de massagem dos membros inferiores, da aplicação de meias de compressão e da administração de terapia anti-trombótica.

Palavras-chave: trombose venosa; cuidados de enfermagem; período pós-operatório

*PhD, Professor Adjunto na Universidade de Aveiro <https://orcid.org/0000-0001-8408-769X> autor de correspondência: alexandre.rodrigues@ua.pt

**RN, Enfermeira, Universidade de Aveiro <https://orcid.org/0000-0003-4430-0980>

***RN, Enfermeira, Universidade de Aveiro <https://orcid.org/0000-0003-2511-0567>

****RN, Enfermeira, Universidade de Aveiro <https://orcid.org/0000-0001-8933-6261>

*****RN, Enfermeiro, Santa Casa da Misericórdia de Aveiro <https://orcid.org/0000-0001-9500-110X>.

*****RN, Enfermeira, Universidade de Aveiro <https://orcid.org/0000-0002-9134-1956>

*****RN, Enfermeiro, Universidade de Aveiro <https://orcid.org/0000-0002-4055-5276>

Como referenciar:

Rodrigues, A., Arvins, A. F., Rebelo, A., Dias, C., Novo, R., Anjos, S. & Garrido, A. (2020). Intervenção do enfermeiro na prevenção de trombose venosa profunda no pós-operatório: revisão integrativa. *Revista de Investigação em Saúde*, 3(2), 87-99. doi.org/10.37914/riis.v3i2.89

Recebido para publicação em: 07/08/2020
Aceite para publicação: 30/11/2020

ABSTRACT

Background: deep Venous Thrombosis (DVT) is characterized by the formation of a clot in a deep vein and its partial or total obstruction. Surgical interventions are a risk factor for the development of DVT, becoming the Nursing intervention important in the prevention of this condition and, inherently, in reducing morbidity and mortality. **Objective:** to identify nursing interventions aimed to prevent DVT in the postoperative period. **Methodology:** Integrative literature review guided by the research question: "What is the nurse's intervention in the prevention of DVT in adult and elderly people, in the postoperative period?". After defining the inclusion and exclusion criteria, the articles were searched in the Biblioteca Virtual em Saúde, Pubmed and B-on databases. **Results:** the selection totaled 5 articles whose results encompass 5 areas of nursing intervention: health education, early promotion of autonomy, potentiation of venous return, promotion of dietary evolution and anti-thrombotic pharmacological prophylaxis. **Conclusion:** nurses are crucial in the prevention of DVT through teaching about early mobilization, deep breathing exercises and coughing, massage of the lower limbs, application of compression stockings and administration of anti-thrombotic therapy.

Keywords: venous thrombosis; nursing care; postoperative period

RESUMEN

Marco contextual: la Trombosis Venosa Profunda (TVP) se caracteriza por la formación de un coágulo en una vena profunda y por su obstrucción parcial o total. Las intervenciones quirúrgicas son un factor de riesgo para el desarrollo de la TVP, convirtiéndose la intervención de la Enfermería importante en la prevención de esta condición y, de forma inherente, en la reducción de la morbilidad y mortalidad. **Objetivo:** identificar intervenciones de Enfermería que pretenden prevenir la TVP en el posoperatorio. **Metodología:** revisión Integrativa de la literatura guiada por la pregunta de investigación: "¿Cuál es la intervención del enfermero en la prevención de la TVP en adultos y ancianos, en el postoperatorio?". Después de definir los criterios de inclusión y exclusión, los artículos fueron buscados en las bases de datos de la Biblioteca Virtual em Saúde, Pubmed y B-on. **Resultados:** la selección fue de 5 artículos cuyos resultados abarcan 5 áreas de intervención de enfermería: educación en salud, promoción temprana de la autonomía, potenciación del retorno venoso, promoción de la evolución dietética y profilaxis farmacológica antitrombótica. **Conclusión:** Las enfermeras son cruciales en la prevención de la TVP a través de la enseñanza sobre movilización temprana, ejercicios de respiración profunda y tos, masaje de miembros inferiores, aplicación de calcetines de compresión y administración de terapia antitrombótica.

Palabras clave: trombosis de la vena; atención de enfermería; periodo posoperatorio

INTRODUÇÃO

A Trombose Venosa Profunda (TVP) corresponde à formação de um coágulo no interior de um vaso sanguíneo venoso, na sequência de uma reação inflamatória ou trauma, levando à obstrução parcial ou total deste vaso (Pinho, Viegas & Caregnato, 2016).

Segundo Amaral *et al.* (2014), a TVP apresenta uma incidência de 25% em Portugal. Atendendo aos dados da Sociedade Portuguesa de Cirurgia (2015) ocorrem, em Portugal, cerca de 2 mil milhões de casos de TVP por ano, sendo que 60 mil são mortais. A nível internacional, na Alemanha, e de acordo com Heil *et al.* (2017) a incidência de TVP é de 1 em 1000 pessoas por ano. Nos Estados Unidos da América, Olaf & Cooney (2017) referem que a partir dos 60 anos há um aumento de cerca de 1% da probabilidade de desenvolver TVP e que a taxa de recorrência da condição clínica 10 anos após o seu primeiro diagnóstico é de aproximadamente 25%, dependendo, no entanto, da etiologia da trombose. Os mesmos autores indicam que a estimativa de sobrevivência a curto prazo associada à ocorrência de TVP varia entre 95-97%, enquanto que a longo prazo a mesma estimativa varia entre 61-75% (Olaf & Cooney, 2017). Heil *et al.* (2017), realça que cerca de 35,9% dos casos de TVP pós-operatória ocorre nos membros inferiores e 53,8% nos membros superiores.

Dos fatores de risco para a TVP, destacam-se a hospitalização em caso de doença aguda, cancro, idade superior a 60 anos, uso de contraceção oral combinada ou terapia de substituição hormonal, gravidez/pós-parto, comportamentos tabágicos, obesidade, viagens superiores a 4 horas (pela diminuição da mobilidade) e cirurgia, apresentando este último um risco 70 vezes superior para desenvolver uma TVP (Macneill & Bagot,

2018). Este risco pode estar relacionado com a manipulação cirúrgica, e consequentes lesões tecidulares nas veias, que leva à libertação de substâncias vasoativas, de produtos pró-inflamatórios e de fatores coagulantes pelos tecidos do local da cirurgia, atuando de forma local e sistémica, aumentando o risco trombogénico (Sociedade Portuguesa de Cirurgia, 2015).

Atendendo ao referido por Di Nisio, van Es & Büller (2016), para além dos fatores suprarreferidos, fazem parte dos fatores de risco os antecedentes pessoais ou familiares de Tromboembolismo Venoso (TEV), doenças autoimunes e doenças inflamatórias crónicas, trauma ou fratura, presença de cateter venoso central ou pacemaker e situações de paresia ou paralisia.

Assume-se, assim, que a intervenção autónoma e interdependente do Enfermeiro se revela importante tendo em vista a minimização destes fatores de risco, especialmente no que se refere à promoção, manutenção e recuperação da saúde do paciente submetido a cirurgia. Nesta lógica, é de igual forma relevante referir que a intervenção e os resultados obtidos no pós-operatório se sustentam numa intervenção de enfermagem programada e estruturada que se inicia no pré-operatório. Estes pressupostos vão ao encontro do que é defendido pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP, 2012), quando refere que a função do enfermeiro é identificar as necessidades do doente e sua família para que possa deste modo organizar e implementar um plano individualizado de cuidados de enfermagem, baseado no conhecimento das ciências humanas e da natureza, conduzindo ao restabelecimento ou conservação da saúde e bem-estar do indivíduo nas fases pré, intra e pós

Intervenção do enfermeiro na prevenção de trombose venosa profunda no pós-operatório: revisão integrativa

operatórias. O período pós-operatório é o período que se segue após o término da cirurgia e se estende até à alta clínica. Caracteriza-se por ser um momento de instabilidade funcional, durante o qual podem surgir complicações, implicando a verificação das repercussões orgânicas e fisiológicas e a implementação de cuidados específicos, com o objetivo de promover a restituição dos processos fisiológicos, pela melhoria na função, resolução da sintomatologia adversa e o retorno ao estado prévio à cirurgia (Bower & Royse, 2016; Lopes *et al.*, 2019). Desta forma, a intervenção do Enfermeiro é importante para dar continuidade ao trabalho desenvolvido no pré e intra-operatório, no sentido de promover a recuperação e prevenir as complicações pós-operatórias.

É através de intervenções autónomas e interdependentes, que a enfermagem demonstra capacidades para atuar na linha da frente no pós-operatório, prevenir essas complicações e, por inerência, reduzir o tempo de permanência hospitalar, a taxa de mortalidade e evitar a cirurgia de repetição (Sousa *et al.*, 2020).

Mundialmente realizam-se aproximadamente 234,2 milhões de procedimentos cirúrgicos, dos quais 7 milhões resultam em complicações evitáveis. Este facto constitui um problema de saúde pública, requerendo um especial foco da intervenção de Enfermagem (Sousa *et al.*, 2020). Considerando este e outros dados epidemiológicos, torna-se importante para a Enfermagem a procura de evidência científica, que permita a criação de protocolos de avaliação e intervenção que possibilitarão a melhoria da prática de enfermagem, no sentido de a tornar mais direcionada e rigorosa (Lopes *et al.*, 2019).

Atendendo à problemática em estudo, formulou-se como questão de investigação “Qual a intervenção do Enfermeiro na prevenção da TVP em pessoas adultas e idosas no período pós-operatório?”. A partir da questão de investigação, definimos como objetivo: identificar as intervenções de Enfermagem que visam a prevenção de TVP no período pós-operatório.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE REVISÃO

A presente Revisão Integrativa da Literatura (RIL) foi orientada através da questão de investigação “Qual a intervenção do Enfermeiro na prevenção da TVP em pessoas adultas e idosas no período pós-operatório?”. A questão foi formulada utilizando a abordagem “PICO” cujo acrónimo representa: *Patient* (utente), *Intervention* (intervenção), *Comparison* (comparação) e *Outcome(s)* (resultados). Tal como é apresentado por Sousa *et al.* (2017), esta abordagem pode ser contemplada como método numa RIL de forma a integrar os elementos essenciais na questão de investigação. Assim, definiu-se que: população – pessoas adultas e idosas submetidas a uma cirurgia; intervenções – intervenção do Enfermeiro no período pós-operatório; comparação – não se aplica nesta revisão; resultados – prevenção da TVP.

De forma a uniformizar os conceitos de pesquisa, foram identificados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Trombose Venosa/Venous Thrombosis/Trombosis de la Vena; Assistência Perioperatória/Perioperative Care/Atención Perioperativa; Cuidados de Enfermagem/Nursing Care/Atención de Enfermería; Período Perioperatório/Perioperative Period/Periodo Perioperatorio.

Para a pesquisa foram utilizados os descritores em

Intervenção do enfermeiro na prevenção de trombose venosa profunda no pós-operatório: revisão integrativa

inglês e formuladas as seguintes frases booleanas: “venous thrombosis” AND “perioperative care” AND “nursing care” e “venous thrombosis” AND “perioperative period” AND “nursing care”. A

pesquisa foi realizada entre 1 e 31 de março de 2020 nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, Pubmed e B-on. Os resultados da pesquisa descrita são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

Resultados das pesquisas nas bases de dados por frase booleana

Pesquisa	Biblioteca Virtual em Saúde	Pubmed	B-on
“venous thrombosis” AND “perioperative care” AND “nursing care”	11	1	1245
“venous thrombosis” AND “perioperative period” AND “nursing care”	3	1	1676

Os critérios de inclusão definidos para o estudo foram relativos ao espaço temporal da publicação dos estudos (entre janeiro de 2010 e dezembro de 2019), ao idioma (português, espanhol e inglês), à disponibilidade do artigo integral, à tipologia do estudo (estudos primários), à população alvo (adultos e idosos submetidos a cirurgia), à intervenção (cuidados de Enfermagem e o período pós-operatório), resultado esperado (a prevenção da TVP). Os critérios de exclusão utilizados dizem respeito à duplicação de artigos e a artigos em que se abordem exclusivamente intervenções de outras classes profissionais. Foi ainda considerada a avaliação da qualidade dos artigos com pontuação igual ou superior a 0,55 na escalas desenvolvidas por Kmet, Lee & Cook (2004), visto que segundo Sousa *et al.* (2017) os estudos a integrar numa RIL devem ser analisados com detalhe e de forma rigorosa, com o intuito de garantir a validade da revisão.

O processo de pesquisa e de seleção dos artigos foi realizado conforme está explícito no fluxograma da Figura 1. De ressaltar que o processo de pesquisa foi efetuado por dois grupos de revisores independentes - sendo um grupo constituído por dois elementos e outro por três - e que estes obtiveram o mesmo número final de artigos. Após a extração dos artigos das bases de dados, o processo de seleção incluiu os critérios de inclusão de ano de publicação, de idioma, de duplicação e de texto integral do artigo, que foram aplicados ao título. Os critérios da tipologia do estudo e da inclusão das temáticas dos cuidados de Enfermagem e do período pós-operatório foram analisados na leitura do resumo. Os restantes critérios foram aplicados ao texto integral. No final do processo, foi aplicado o instrumento de avaliação da qualidade acima referido, o que garantiu a qualidade dos artigos dentro dos parâmetros definidos.

Intervenção do enfermeiro na prevenção de trombose venosa profunda no pós-operatório:
revisão integrativa

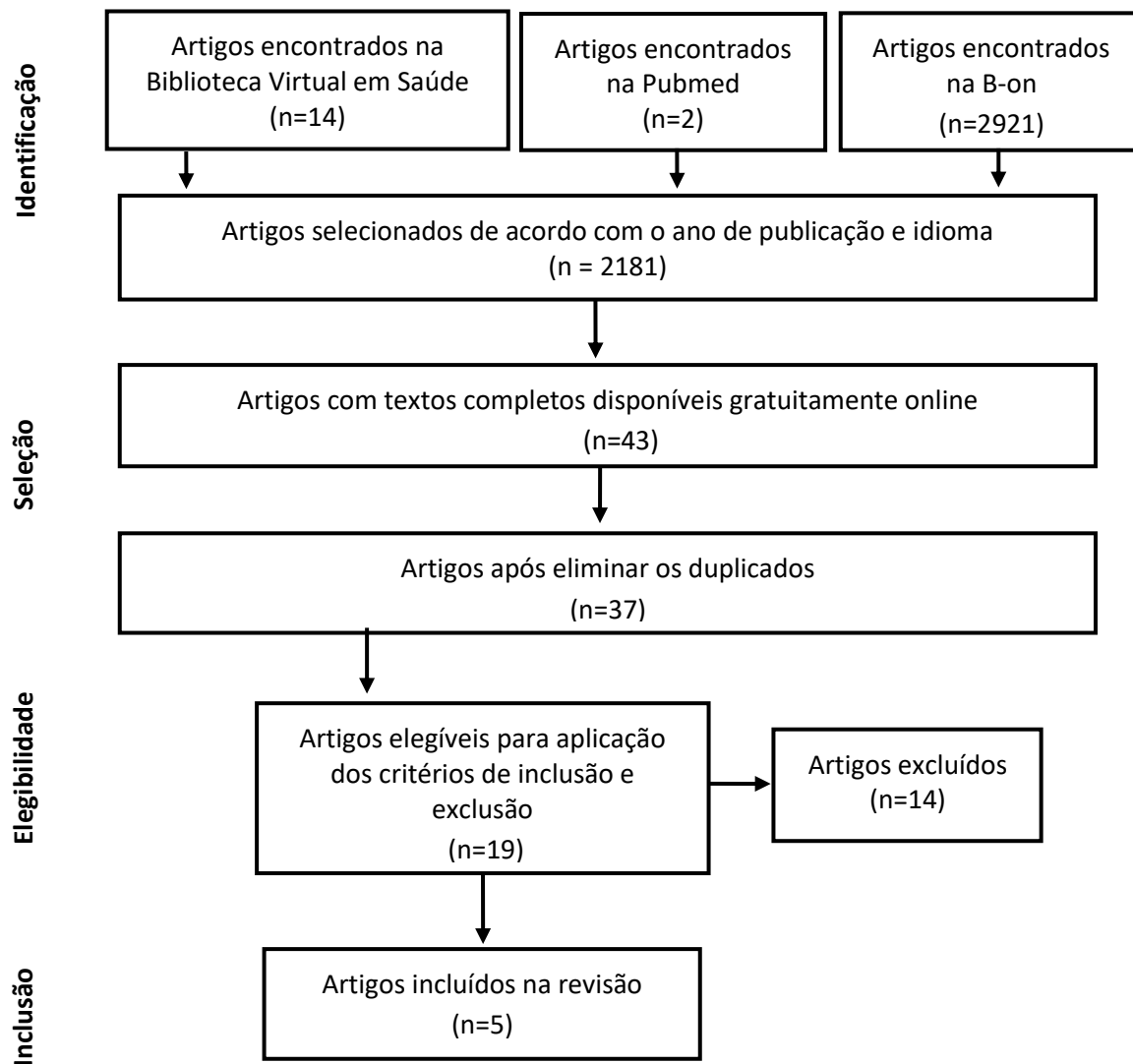


Figura 1

Fluxograma do processo de seleção, segundo PRISMA.

RESULTADOS

Após a aplicação dos critérios, a amostra final integrou os seguintes 5 artigos: Kang *et al.* (2019), Yayla & Özer (2019), Jia *et al.* (2013), Pu, Jiang, Leng & Yang (2017) e Ghelase *et al.* (2013). Da análise dos estudos obtidos, apresentam-se os resultados à luz da questão de

investigação inicial e dos objetivos da presente revisão. Para um melhor entendimento, inicialmente apresentam-se os dados caracterizadores dos estudos, na Tabela 2, seguindo-se a exposição das intervenções de Enfermagem para a prevenção da TVP descritas em cada um dos estudos.

**Intervenção do enfermeiro na prevenção de trombose venosa profunda no pós-operatório:
revisão integrativa**

Tabela 2

Caraterização geral dos estudos

Autor/Ano	Tipos de estudos	Objetivos	Conclusões
Kang <i>et al.</i> / 2019	Estudo quase-experimental com grupo de controlo Epidemiologia retrospectiva e prospetiva	Avaliar o efeito do protocolo ERAS no período perioperatório em pacientes submetidos a colocação de prego femoral proximal anti-rotação por fratura intertrocanterica.	A implementação do protocolo ERAS nos pacientes submetidos a cirurgia por fratura intertrocanterica reduz significativamente o tempo de permanência hospitalar sem comprometer a recuperação funcional precoce do paciente.
Yayla & Özer/ 2019	Estudo quase-experimental com grupo de controlo Epidemiologia prospetiva	Determinar o efeito de uma mobilização precoce no período pós-operatório em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca.	Este estudo indica que a mobilização precoce na UTI e cirurgia de clínica cardíaca é eficaz na redução de complicações no período pós-operatório e no tempo de permanência hospitalar e na melhoria da pontuação da <i>Richards Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ)</i> .
Jia <i>et al.</i> / 2013	Estudo controlado randomizado Epidemiologia prospetiva	Estudar a probabilidade da <i>Fast-track surgery</i> (cirurgia por via rápida) evitar ou reduzir a ocorrência de delírio pós-operatório, assim como outras complicações em pacientes idosos com carcinoma colorretal, e avaliar a função de IL-6 no delírio pós-operatório.	<i>Fast-track surgery</i> (cirurgia por via rápida) diminui o tempo de permanência hospitalar, facilita a recuperação dos movimentos intestinais, e reduz a ocorrência de delírio pós-operatório e outras complicações em pacientes idosos com carcinoma colorretal.
Pu, Jiang, Leng & Yang / 2017	Estudo controlado não randomizado Epidemiologia prospetiva	Investigar a eficácia clínica da intervenção precoce de Enfermagem na TVP em pacientes senis com fratura traumática durante o período perioperatório.	A intervenção precoce de Enfermagem em pacientes senis com fratura traumática durante o período perioperatório diminuiu a taxa de incidência de TVP eficazmente, assim como aliviar a dor e melhorar a relação médico-paciente.
Ghelase <i>et al.</i> / 2013	Estudo descritivo Epidemiologia prospetiva	Realizar uma avaliação preoperatória dos fatores de risco de trombose num grupo de pacientes submetidos a profilaxia pré-operatória com Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM) associada a outras medidas de prevenção.	Cada paciente submetido a intervenção cirúrgica deve ser avaliado para qualquer fator de risco que possa provocar um evento tromboembólico. Os cuidados gerais de Enfermagem e as estratégias profiláticas com HBPM são decididos consoante esses fatores.

Numa análise global, os estudos de Kang *et al.* (2019), Yayla & Özer (2019), Jia *et al.* (2013) e Pu, Jiang, Leng & Yang (2017) apresentam uma comparação entre duas abordagens distintas de intervenções de Enfermagem, sendo que uma é a abordagem padronizada nas diferentes unidades de saúde e a outra é definida por diferentes protocolos. O estudo de

Ghelase *et al.* (2013), difere ligeiramente dos demais, visto que compara os resultados da aplicação ou não de determinado procedimento.

No estudo de Kang *et al.* (2019) foi analisada aplicação do protocolo ERAS que, no período pós-operatório, tem como princípios: promoção precoce de autonomia; mobilização precoce com recurso a um

Intervenção do enfermeiro na prevenção de trombose venosa profunda no pós-operatório: revisão integrativa

terapeuta de reabilitação; realização de alta clínica segura e com apoio. Os pacientes submetidos ao protocolo experimental foram sujeitos a uma mobilização precoce (<24 horas), sendo que 82% dos mesmos tiveram alta clínica em 4 dias ou menos, estando a média de dias de permanência hospitalar situada entre os 5 e 7 dias para este grupo. Por outro lado, no grupo de controlo apenas 48% dos pacientes foram mobilizados dentro de 24 horas após a cirurgia, estando a média de dias de permanência hospitalar situada entre 7 e 9 dias. Foi ainda reportado que as feridas cirúrgicas tiveram uma boa evolução cicatricial sem apresentarem complicações clínicas como infeção, TVP dos membros inferiores e EP, tendo a taxa de incidência destas complicações sido calculada nos primeiros 30 dias pós-cirurgia.

No que respeita ao estudo de Yayla & Özer (2019), recorreu-se ao protocolo da mobilização precoce que foi elaborado usando o protocolo *Cardiac Surgical Fast-Track*, outros protocolos de mobilização precoce e resultados de estudos prévios. O protocolo foi aplicado durante 5 dias após a cirurgia e incluía as seguintes intervenções: elevação da cabeceira da cama entre 30º e 45º; uso do espirómetro de incentivo; exercícios de respiração profunda e de tosse; movimentos passivos e ativos dos membros inferiores e superiores; adoção da posição sentada; realização de pequenos percursos de deambulação. De notar que todas as intervenções foram adequadas a cada dia do período pós-operatório, aumentando o número de repetições, de ciclos, de distância e de tempo. Ao aplicar o protocolo de mobilização precoce ao grupo experimental, os autores verificaram que o desenvolvimento de complicações tardias (TVP, pneumonia e/ou disritmia), surgiu em 23,5% dos

participantes. Em relação ao grupo de controlo puderam observar o desenvolvimento das mesmas complicações, em 43,1% dos participantes. A ocorrência destas complicações foi avaliada através da aplicação da RCSQ aos participantes, em entrevista presencial, nos dias pós-operatórios de 1 a 5.

No estudo de Jia *et al.* (2013), foi aplicado o protocolo de *Fast-Track Surgery* ao grupo experimental. Neste protocolo, na gestão do período pós-operatório é contemplada: ingestão hídrica e alimentar fracionadas; remoção precoce do cateter urinário; mobilização precoce nas primeiras 24 horas. Ao compararem a ocorrência de TVP, documentada com base no Sistema de Classificação Clavien-Dindo, na recuperação pós-operatória, os autores referem não existir uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de controlo e o grupo experimental. No entanto, deve referir-se que no grupo experimental a taxa de incidência de TVP foi de 3,4%, enquanto que no grupo de controlo foi de 6%.

Relativamente ao estudo de Pu, Jiang, Leng & Yang (2017), o protocolo implementado no grupo experimental previa que, no período pós-operatório, os Enfermeiros ensinassem os pacientes para a realização de exercícios fora do leito e, se adequado, massajassem os membros inferiores de forma a promover o retorno venoso e reduzir a incidência de TVP. Adicionalmente, segundo indicação médica, poderia ser administrada Nadroparina Cálcica (uma HBPM) ou Ácido Acetilsalicílico (AAS) para profilaxia da condição clínica em causa. Por último, e em pacientes com elevado risco de desenvolvimento de TVP, os Enfermeiros aplicavam meias de compressão ou outros dispositivos para melhorar a eficácia profilática. Neste estudo, observou-se que, após a intervenção de

Intervenção do enfermeiro na prevenção de trombose venosa profunda no pós-operatório: revisão integrativa

Enfermagem, os níveis de Dímero D no sangue ao 4º e 6º dias após a cirurgia no grupo experimental foram mais baixos em relação aos níveis no grupo de controlo e esta diferença foi estatisticamente significativa. De acordo com a avaliação do nível de Dímero D, no grupo experimental foi reportada uma taxa de incidência de TVP de 9,68% e no grupo de controlo de 35,48%, tendo os resultados mostrado que houve uma diferença estatisticamente significativa.

Por último, no estudo descritivo de Ghelase *et al.* (2013) foi implementado um protocolo de administração de HBPM que contemplava a administração da primeira dose até 2 horas antes da cirurgia, da dose seguinte após 12 horas e, segundo este esquema, durante 5-7 dias, numa dosagem

recomendada e de acordo com o nível de risco do paciente. Contemplava ainda o prolongamento da heparinoterapia em caso de imobilização ou hospitalização. Após a implementação do protocolo, verificou-se que a incidência de TVP dos membros inferiores foi de 0,92% e que, na ausência de terapia com heparina, foi de 15-40%. A avaliação da ocorrência de TVP foi realizada através de investigação laboratorial e realização de ultrassonografia venosa com doppler em caso de suspeita clínica da condição. A Tabela 3 sistematiza as áreas de intervenção de Enfermagem autónomas e interdependentes que emergiram dos estudos analisados, nas quais se discriminam os cuidados específicos a considerar.

Tabela 3

Áreas de Intervenção de Enfermagem

Áreas de Intervenção	Cuidados de Enfermagem
Educação para a saúde	- Ensinar sobre atividade física (Pu, Jiang, Leng & Yang, 2017); - Ensinar sobre alimentação saudável (Pu, Jiang, Leng & Yang, 2017).
Adequação do regime dietético	- Hidratar (primeiras 48h) (Jia <i>et al.</i> , 2013). - Promover dieta fracionada (primeiras 48h) (Jia <i>et al.</i> , 2013).
Promoção precoce da autonomia	- Mobilizar precocemente (primeiras 24h) - exercícios passivos e ativos (Kang <i>et al.</i> , 2019; Jia <i>et al.</i> , 2013; Yayla & Özer; 2019; Pu, Jiang, Leng & Yang, 2017); - Executar exercícios respiratórios profundos e promover a tosse (Yayla & Özer; 2019); - Elevar a cabeceira entre 30 e 45º (Yayla & Özer; 2019); - Posicionar em fowler (na cadeira/cadeirão) por períodos (Yayla & Özer; 2019); - Remover o cateter urinário (Jia <i>et al.</i> , 2013); - Estimular a deambulação (Yayla & Özer; 2019).
Estimulação do retorno venoso	- Massajar os membros inferiores (Pu, Jiang, Leng & Yang, 2017); - Aplicar meias de compressão (Pu, Jiang, Leng & Yang, 2017).
Profilaxia tromboembólica	- Administrar HBPM (Ghelase <i>et al.</i> , 2013; Pu, Jiang, Leng & Yang, 2017); - Administrar AAS (Pu, Jiang, Leng & Yang, 2017).

DISCUSSÃO

Considerando os resultados obtidos, a discussão será dirigida indo ao encontro das áreas de intervenção de

enfermagem na prevenção da TVP no pós-operatório que foram evidenciadas nos estudos encontrados.

A educação para a saúde trata-se de uma área

Intervenção do enfermeiro na prevenção de trombose venosa profunda no pós-operatório: revisão integrativa

transversal a algumas das áreas de intervenção de enfermagem que emergiram neste estudo, daí que se destaque o seu papel na prevenção desta patologia, especialmente no reforço da necessidade de existir um papel ativo por parte do paciente. Segundo Greenall (2016), a falta de conhecimento da própria condição clínica influencia negativamente a atitude comportamental que o paciente adota, estando este menos envolvido nos próprios cuidados. Assim, o Enfermeiro deve identificar as barreiras e desenvolver intervenções individualizadas, a fim de o capacitar e aumentar a sua adesão à mudança de comportamentos desajustados, nomeadamente no que respeita à alimentação e ao exercício físico. Estes dois aspetos encontram-se descritos no estudo de Pu, Jiang, Leng & Yang, 2017 e são reforçados por Barnard (2018) que afirma que os alimentos vegetais não refinados apresentam baixo teor de gordura e alto teor de fibras – o que, associado à prática de exercício físico, melhora a fibrinólise e ajuda a reduzir o risco de TVP. Neste sentido, numa investigação de Guo *et al.* (2019) comprovou-se que a educação para a saúde desempenha um papel importante especificamente na prevenção de TVP, ao proporcionar aos pacientes uma perceção mais correta sobre a referida condição e sobre as atividades necessárias para melhorar essa mesma condição. Esta conclusão foi possível pela comparação com dados da ocorrência de TVP em pacientes sujeitos à mesma cirurgia anteriormente.

Além das alterações já acima referidas, os pacientes cirúrgicos estão sujeitos a alterações metabólicas e fisiológicas que podem levar ao comprometimento do estado nutricional. A desnutrição ocorre em 22 – 58% dos casos destes pacientes, tendo um impacto negativo no tempo de permanência hospitalar, na

ocorrência de complicações e nos custos hospitalares (Grass *et al.*, 2017; Isidro & Lima, 2012). A desnutrição ocorre como resposta ao trauma cirúrgico e ao stress associado a este, com consequências na diminuição da resposta imunológica, na cicatrização ineficiente e no surgimento de infeções (Isidro & Lima, 2012). Assim, é importante a intervenção do Enfermeiro no sentido de adequar a dieta no período pós-operatório e suprimir as necessidades energéticas. Uma vez que esse período está frequentemente associado a disfunções gastrointestinais, tais com a náusea e vômitos, a educação para a saúde tem um papel preponderante na sensibilização para a necessidade de uma dieta fracionada com evolução para uma dieta normal, consoante a tolerância (Grass *et al.*, 2017).

Para a promoção precoce da autonomia, a mobilização precoce, que se inicia após a estabilização das alterações fisiológicas, engloba intervenções que se estima prevenirem o desenvolvimento de TVP, que incluem atividades tais como: alternância de posicionamentos; técnicas de mobilização articular e muscular; levante para a beira do leito; ortostatismo; transferência para a cadeira; deambulação (Nascimento *et al.*, 2019; Viviani *et al.*, 2019). Estas intervenções encontram-se igualmente discriminadas nos estudos de Kang *et al.* (2019); Yayla & Özer (2019); Pu, Jiang, Leng & Yang (2017); Jia *et al.* (2013).

As atividades referidas visam reduzir os efeitos sobre o sistema musculoesquelético, mantendo a funcionalidade da articulação e revertendo a fraqueza muscular, assim como reduzir o tempo de internamento e, conseqüentemente, os custos associados a este (Nascimento *et al.*, 2019). Este dado corrobora os resultados obtidos por Kang *et al.* (2019), que pela implementação da mobilização precoce, teve

Intervenção do enfermeiro na prevenção de trombose venosa profunda no pós-operatório: revisão integrativa

repercussões positivas na ausência de complicações clínicas, assim como um menor tempo de permanência hospitalar e, por isso, um retorno mais rápido do paciente às suas atividades de vida diária. No estudo de Yayla & Özer (2019), é também verificada uma diminuição significativa do desenvolvimento de complicações tardias pela aplicação da mesma intervenção.

Adicionalmente, numa revisão de Viviani *et al.* (2019), é exposto que a associação de diversas intervenções não farmacológicas pode diminuir em metade o risco de ocorrência de TVP. Na mesma revisão é ainda apresentado que a associação da mobilização ativa dos membros inferiores, dos exercícios respiratórios e, quando possível, da deambulação precoce reduz a taxa de ocorrência de complicações, nomeadamente a TVP. Indo de encontro ao já referido, no estudo de Yayla & Özer (2019) foram também executados exercícios respiratórios profundos e promoção da tosse, bem como associados posicionamentos promotores da expansão da caixa torácica e da permeabilidade das vias aéreas. Um dos fatores que está associado à imobilidade no período pós-operatório é a cateterização vesical. Num estudo dirigido por Safdar *et al.* (2016), 25% dos pacientes inquiridos associam à algaliação a sensação de limitação ou restrição da mobilidade. Além disso, a remoção precoce do cateter urinário demonstrou reduzir o desconforto, possibilitar a mobilização precoce e diminuir o número de infeções associadas à cateterização vesical, que são contribuições importantes para a redução do tempo de permanência hospitalar (Roberts, Patel & Smith, 2017). Assim, pode-se concluir que a movimentação ativa e passiva assistida e a deambulação precoce, por favorecerem o retorno venoso e evitarem a estase

sanguínea, estão indicadas para pacientes com potencial desenvolvimento de processos trombóticos, em todas as estratificações de risco e, em especial, em situações de predisposição a hemorragia secundária à profilaxia farmacológica. (Costa, 2017). Outra das áreas de intervenção do enfermeiro na prevenção da TVP é a estimulação do retorno venoso, tal como se verificou no estudo de Pu, Jiang, Leng & Yang (2017).

Na realização de massagem dos membros inferiores é aplicada pressão no membro, contribuindo para a prevenção da TVP através do aumento da velocidade e do fluxo de sangue venoso. Numa investigação de Imai *et al.* (2017), que associa massagem da perna com mobilização passiva do tornozelo, comprovou-se que a incidência de TVP foi significativamente menor quando aplicadas essas terapias, em comparação com a não aplicação de qualquer medida preventiva. Esta intervenção demonstrou também ser benéfica ao aumento da fibrinólise e à ativação dos fatores de coagulação e vantajosa pela possibilidade da sua realização ser precoce, imediatamente após a cirurgia. De igual forma, a terapia por compressão pneumática intermitente tem como objetivo promover a circulação sanguínea do membro inferior e aumentar o fluxo venoso nas veias profundas do mesmo, reduzindo o risco de ocorrência de trombose. Num estudo realizado por Hou *et al.* (2017), verificou-se redução significativa da incidência de TVP num grupo submetido a terapia por compressão pneumática intermitente. Assim, a realização de massagem dos membros inferiores, bem como o uso de meias elásticas de compressão graduada e de dispositivos de compressão pneumática intermitente, ao exercerem pressão ao longo de todo o membro, reduzem a acumulação de sangue nas veias profundas, evitando a

Intervenção do enfermeiro na prevenção de trombose venosa profunda no pós-operatório: revisão integrativa

estase sanguínea, e aumentam a velocidade do fluxo sanguíneo com orientação do retorno venoso para o coração (Costa, 2017). Em adição às medidas já abordadas, a prevenção da ocorrência de TVP compreende também uma área totalmente interdependente que envolve a administração de terapêutica, nomeadamente de anticoagulantes. A terapêutica anticoagulante pode ser realizada com recurso a heparina não fracionada, a HBPM – como foi efetuado nos estudos de Pu, Jiang, Leng & Yang (2017); Ghelase *et al.* (2013) – ou utilizando anticoagulantes orais, como o AAS – estudo de Pu, Jiang, Leng & Yang (2017). Os anticoagulantes são indispensáveis quer no tratamento de trombos arteriais e venosos, quer em pacientes que foram submetidos a certas cirurgias, bem como no sentido de prevenir a ocorrência de TVP (Costa, 2017).

De acordo com Hou *et al.* (2017), o tratamento com recurso a heparina não fracionada e o tratamento com recurso a HBPM demonstram ter a mesma eficácia na prevenção de TVP. No mesmo estudo, verificou-se uma redução significativa da incidência de TVP num grupo submetido a tratamento com heparina de baixo peso molecular. Estes dados são consonantes com os obtidos no estudo de Ghelase *et al.* (2013), reforçando a importância da trombopprofilaxia através da administração de HBPM.

Também como profilaxia medicamentosa antitrombótica pode-se recorrer à administração de AAS. Num estudo de Lins *et al.* (2017) em que foi administrado AAS a pacientes em pós-operatório, foi observada uma incidência de TVP de apenas 2,7% no 6º dia do pós-operatório, assim como na 6ª semana. Foi ainda verificada a inexistência de episódios de hemorragia, o que confere segurança ao uso deste

fármaco como uma medicação profilática no período pós-operatório. Neste estudo recomenda-se o uso de AAS como profilaxia medicamentosa de TVP.

CONCLUSÃO

De acordo com o conteúdo exposto, pode-se concluir que a intervenção do Enfermeiro é crucial na prevenção de TVP através da realização de educação para a saúde, da promoção precoce da autonomia, da adequação do regime dietético, da estimulação do retorno venoso e da administração de terapêutica. Destas áreas de intervenção de Enfermagem, destacam-se os seguintes cuidados: ensinamentos sobre a prática de exercícios para os membros inferiores; ensinamentos no pós-operatório sobre mobilização precoce; realização de exercícios respiratórios profundos e de tosse; elevação da cabeceira entre 30 e 45º; posição de sentado na cadeira ou cadeirão; realização de percursos de deambulação; massagem dos membros inferiores; aplicação de meias de compressão; administração de HBPM e AAS.

Assim, considera-se que o Enfermeiro deve utilizar as evidências científicas nesta área e desenvolver competências que lhe permitam estruturar e dirigir a intervenção a cada paciente, adequando cada cuidado face às necessidades que o mesmo apresenta. Além disto, foi evidente a necessidade de que as instituições de saúde disponham de um protocolo de atuação que vise prevenir o desenvolvimento de TVP.

No que diz respeito às limitações deste estudo, verificou-se um número reduzido de estudos sobre a temática direcionados para a prática da Enfermagem, o que evidencia a importância de um maior investimento científico na área. Também o facto de se ter efetuado uma limitação temporal *à priori*, bem

Intervenção do enfermeiro na prevenção de trombose venosa profunda no pós-operatório: revisão integrativa

como o facto de se terem excluído os artigos que não apresentavam o texto integral, limita-nos a garantia de que não existam outras publicações sobre a temática. Com os resultados obtidos, e com a análise efetuada, verifica-se que são relatadas diversas intervenções descritas como preventivas da ocorrência de TVP, no entanto, para determinar a sua real eficácia, é necessária a realização de estudos que efetuem esta análise. Assim, julga-se que devem ser realizados estudos que abordem as intervenções isoladamente, de forma a averiguar a influência de cada uma em específico na prevenção da TVP, sustentando a intervenção de Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, C., Reis, J., Guimarães, L., Sá, A. C., Moreto, A., Araújo, F., Guimarães, M., Felicíssimo, P., Teixeira, J., Fonseca, C., Miranda, L. (2014). Recomendações Perioperatórias para Profilaxia do Tromboembolismo Venoso no Doente Adulto. Consenso Nacional Multidisciplinar 2014. *Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia*, 23(3), 62-75. doi: 10.25751/rspa.4831
- Barnard, N. D. (2018). Deep Venous Thrombosis. *Nutrition Guide for Clinicians*, 3, 1-4. Disponível em https://nutritionguide.pcrm.org/nutritionguide/view/Nutrition_Guide_for_Clinicians/1342012/all/Deep_Venous_Thrombosis
- Bower, A. & Royse, C. (2016). The importance of postoperative quality of recovery: influences, assessment, and clinical and prognostic implications. *Canadian Journal of Anesthesia*, 63, 176-183. DOI 10.1007/s12630-015-0508-7
- Corrêa, R., Campos, F. & Mancunzo, E. (2015). Hipertensão pulmonar tromboembólica crônica: tratamento medicamentoso dos pacientes não cirúrgicos. *Pulmão RJ*, 24(2), 55-60. Disponível em http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2015/n_02/full.pdf
- Costa, Carla. (2017). Medidas preventivas do tromboembolismo venoso no doente hospitalizado: uma revisão integrativa da literatura. Disponível em <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4585/1/CarlalsabelSantosCosta%20DM.pdf>
- Di Nisio, M., van Es, N. & Büller, H. (2016). Deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Lancet*, 388(10063), 3060-3073. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30514-1
- AESOP. (2012). Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados. Lisboa: Lusodidacta. ISBN: 978-972-8930-16-5.
- Ghelase, M., Borugă, A., Râmboiu, S., Rotaru, A., Mărgăritescu, D., Cârțu, D. & Ghelase, F. (2013). Study of the risk factors and prevention of venous thromboembolism in surgery. *Current Health Sciences Journal*, 39(1), 48-52. doi: 10.12865/CHSJ.39.01.09
- Grass, F., Schäfer, M., Demartines, N. & Hübner, M. (2017). Normal Diet within Two Postoperative Days—Realistic or Too Ambitious?. *Nutrients*, 9(12), 1336. <https://doi.org/10.3390/nu9121336>
- Greenall, R. (2016). Using patient education to reduce risk of VTE. *Nursing Times*, 112(3), 3-6. Disponível em <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/patient-safety/using-patient-education-to-reduce-risk-of-vte-11-07-2016/>
- Guo, M., Lu, L., Sun, Y., Li, L., Wu, M. & Lang, J. (2019). Comprehensive functional exercises with patient education for the prevention of venous thrombosis after major gynecologic surgery: A randomized controlled study. *Thrombosis Research*, 178, 69-74. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2019.04.013>
- Heil, J., Miesbach, W., Vogl, T., Bechstein, W., Reinisch, A. (2017). Deep Vein Thrombosis of the Upper Extremity. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(14), 244-249. doi: 10.3238/arztebl.2017.0244
- Hou, D., Wang, Y., Jiang, W., Zuo, D. & Sun, M. (2017). Efficacy and safety of low molecular weight heparin treatment, intermittent pneumatic compression therapy passive ankle exercise and nursing care in preventing deep venous thrombosis of the lower extremity following varicose vein surgery. *Int J Clin Exp Med*, 10(6), 9546-9554. ISSN:1940-5901/IJCEM0050961
- Imai, N., Ito, T., Suda, K., Miyasaka, D. & Endo, N. (2017). Manual calf massage and passive ankle motion reduce the incidence of deep vein thromboembolism after total hip arthroplasty. *Journal of Orthopaedic Science*, 22(4), 726-730. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jos.2017.03.006>

**Intervenção do enfermeiro na prevenção de trombose venosa profunda no pós-operatório:
revisão integrativa**

- Isidro, M. & Lima, D. (2012). Adequação calórico-proteica da terapia nutricional enteral em pacientes cirúrgicos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(5), 580-586. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000500016>
- Jia, Y., Jin, G., Guo, S., Gu, B., Jin, Z., Gao, X., Li, Z. (2013). Fast-track surgery decreases the incidence of postoperative delirium and other complications in elderly patients with colorectal carcinoma. *Langenbecks Arch Surg*, 399(1), 77-84. doi: 10.1007/s00423-013-1151-9
- Kang, Y., Liu, J., Chen, H., Ding, W., Chen, J., Zhao, B. & Yin, X. (2019). Enhanced recovery after surgery (ERAS) in elective intertrochanteric fracture patients result in reduced length of hospital stay (LOS) without compromising functional outcome. *Journal of Orthopaedic Surgery and Reserac*, 14(209), 1-7. Doi: 10.1186/s13018-019-1238-2
- Kmet, L. M., Cook, L. S., & Lee, R. C. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluating primary research from a variety of fields. *Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR) AHFMR - HTA Initiative #13.*, (February), 1–28
- Lins, R., Filho, E., Oliveira, F., Santos, S., Rolim, T. & Kreimer, F. (2017). Estudo prospectivo da aspirina como profilaxia do tromboembolismo em artroplastia total do quadril. *Acta Ortop Bras*, 26(2), 86-90. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-785220182602187265>
- Lopes, R., Castro, J., Nogueira, C., Braga, D., Gomes, J., Silva, R. & Brandão, M. (2019). Complicações do pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca eletiva: estudo transversal à luz de Roy. *Revista de Enfermagem Referência*, 22, 23-32, <https://doi.org/10.12707/RIV19042>
- Macneill, S. & Bagot, C. (2018). Prevention and treatment of venous thromboembolic disease. Disponível em <https://www.prescriber.co.uk/article/prevention-and-treatment-of-venous-thromboembolic-disease/>
- Nascimento, A., Mendonça, A., Silva, J., Santos, N., Silva, J. & Cavalcante, T. (2019). Atuação do fisioterapeuta na mobilização precoce para prevenção da trombose venosa profunda. *Revista Movimenta*, 13(1), 128-138. ISSN:1984-4298
- Olaf, M. & Cooney, R. (2017). Deep Venous Thrombosis. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 35(4), 743-770. doi: 10.1016/j.emc.2017.06.003
- Pinho, N., Viegas, K. & Caregnato, R. (2016). Papel do enfermeiro no período perioperatório para prevenção da trombose venosa profunda. *Revista SOBECC*, 21(1), 28-36. doi: 10.5327/Z1414-4425201600010005
- Pu, H., Jiang, H., Leng, Z., Yang, X. (2017). Investigation on the early-stage nursing intervention for deep venous thrombosis in traumatic fracture senile patients in perioperative period. *Biomedical Research*, 28(21), 9507-9510. ISSN 0970-938X
- Roberts, S., Patel, K. & Smith, S. (2017). Impact of avoiding post-operative urinary catheters on outcomes following colorectal resection in an ERAS programme: no IDUC and ERAS programmes. *ANZ Journal of Surgery*, 88(5), 1-7. doi: 10.1111/ans.13916
- Safdar, N., Codispoti, N., Purvis, S. & Knobloch, M. (2016). Patient perspectives on indwelling urinary catheter use in the hospital. *American Journal of Infection Control*, 44(3), e23-e24. doi:10.1016/j.ajic.2015.10.011
- Sociedade Portuguesa de Cirurgia. (2015). Tromboembolismo Venoso: Diagnóstico e Tratamento. Disponível em https://www.spcir.com/wp-content/uploads/2016/06/Tromboembolismo_Venoso_Diagnostico_e_Tratamento_2015.pdf
- Sousa, A., Bim, L., Hermann, P., Fronteira, I. & Andrade, D. (2020). Complicações no pós-operatório tardio em pacientes cirúrgicos: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0290>
- Sousa, L., Vieira, C., Severino, S., Antunes, A. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 17-26. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem
- Viviani, A., Silva, M., Gomes, A., Molina, C. (2019). Aplicabilidade da mobilização precoce na prevenção de Trombose Venosa Profunda em ambiente hospitalar: Uma Revisão Sistemática. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 9(3), 421-428. doi: 10.17267/2238-2704rpf.v9i3.2448
- Yayla, A. & Özer, N. (2019). Effects of early mobilization protocol performed after cardiac surgery on patient care outcomes. *International Journal of Nursing Practice*, 25(e12784), 1-11. doi: 10.1111/ijn.12784



O IMPACTO DO TRABALHO POR TURNOS NA SAÚDE DOS ENFERMEIROS: REVISÃO INTEGRATIVA

The impact of shift work on nurse's health: Integrative review

El impacto del trabajo por turno em la salud de la enfermeira: Revisión integrativa

João Bamonde, * Cristiano Pinto, ** Pedro Santos, *** Germano Couto ****

RESUMO

Enquadramento: o trabalho dos enfermeiros, pela sua natureza e conteúdo integra as dimensões física e emocional, apresentando entre outros fatores de risco, a exposição a turnos, que são frequentemente rotativos e noturnos. **Objetivo:** avaliar o impacto do trabalho por turnos na saúde dos enfermeiros. **Metodologia:** no período temporal entre 21-02-2020 e 28-02-2020 realizou-se uma revisão integrativa da literatura através da pesquisa nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, tendo sido selecionados artigos publicados até fevereiro de 2020. Foram selecionados artigos publicados nos últimos 5 anos que retratassem o desempenho dos enfermeiros num contexto de trabalho por turnos e avaliassem o impacto na sua saúde. **Resultados:** as principais alterações detetadas com o trabalho por turnos no desempenho dos enfermeiros foram as alterações do sono, da sua saúde mental, do seu metabolismo e da própria satisfação profissional. Identificaram-se relações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre horário de trabalho por turnos e depressão, *Burnout*, qualidade do sono, assim como uma elevada prevalência de perturbação do trabalho por turnos nos enfermeiros. **Conclusão:** os enfermeiros que trabalham por turnos rotativos noturnos têm maior probabilidade de ter problemas de sono, fadiga, depressão e *Burnout*, quando comparados com os que têm um horário regular diurno.

Palavras-chave: horário de trabalho por turnos; saúde; enfermeiros; saúde do trabalhador

*RN, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Serviço de Medicina Intensiva, Centro Hospitalar São João EPE, Porto, <https://orcid.org/0000-0001-6098-5188>

**RN, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, Unidade de Hemato-Oncologia, Centro Hospitalar São João EPE, Porto, <https://orcid.org/0000-0001-8968-8494>

***RN, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Serviço de Intervenção Intensiva, Hospital Magalhães Lemos EPE, Porto, <https://orcid.org/0000-0003-2389-2673>

****PhD, Professor Associado na Universidade Fernando Pessoa, Porto <https://orcid.org/0000-0002-5423-7375>
autor de correspondência: gcouto@ufp.edu.pt

Como referenciar:

Bamonde, J., Pinto, C., Santos, O., & Couto, G. (2020). O impacto do trabalho por turnos na saúde dos enfermeiros: revisão integrativa. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 101-110. doi.org/10.37914/riis.v3i2.85

Recebido para publicação em: 07/07/2020
Aceite para publicação em: 23/11/2020

ABSTRACT

Background: nurses' work, due to its nature and content, integrates the physical and emotional dimensions, having amongst other risk factors, exposure to rotate and night shifts. **Objective:** to assess the impact of shift work on nurses' health. **Methodology:** in the period from 21st to 28th of February 2020, the authors carried out an integrative literature review in the MEDLINE and CINAHL databases, and selected articles published until February 2020. Articles published in the last 5 years were selected, which portrayed the performance of nurses in a context of shift work and assessed the impact on their health. **Results:** the main changes detected with shift work in nurses' performance are changes in sleep, mental health, metabolism and job satisfaction. We identified statistically significant relationships ($p < 0.05$) between shift work hours and depression, *Burnout*, sleep quality, as well as a high prevalence of Shift Work Disorder in nurses. **Conclusion:** shift work nurses are more likely to experience sleep problems, fatigue, depression and burnout when compared to nurses who have regular daytime shifts.

Keywords: shift work schedule; health; nurses; worker's health

RESUMEN

Marco contextual: el trabajo de las enfermeras, debido a su naturaleza y contenido, integra las dimensiones físicas y emocionales, presentando, entre otros factores de riesgo, la exposición a los turnos, que frecuentemente son rotativos y nocturnos. **Objetivo:** evaluar el impacto del trabajo por turnos en la salud de las enfermeras. **Metodología:** en el período comprendido entre el 2/21/2020 y el 2/28/2020, se llevó a cabo una revisión bibliográfica integradora a través de la investigación en las bases de datos MEDLINE y CINAHL, con artículos publicados hasta febrero de 2020. Se seleccionaron artículos publicados en los últimos 5 años, que retrataran el desempeño del enfermero en un contexto de trabajo por turnos y evaluaran el impacto en su salud. **Resultados:** los principales cambios detectados con el trabajo por turnos en el desempeño de las enfermeras son cambios en el sueño, la salud mental, el metabolismo y la satisfacción laboral. Se identificaron relaciones estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre las horas de trabajo por turnos y la depresión, el agotamiento, la calidad del sueño, así como una alta prevalencia de interrupción del trabajo por turnos entre las enfermeras. **Conclusión:** las enfermeras que trabajan en turnos nocturnos tienen más probabilidades de tener problemas de sueño, fatiga, depresión y agotamiento, en comparación con las que tienen horas regulares durante el día.

Palabras clave: horario de trabajo por turnos; salud; enfermeras; salud del trabajador

INTRODUÇÃO

Os enfermeiros desempenham um papel central e crucial na saúde das pessoas e comunidades. De acordo com Spiegel, Gonene & Weber (2014) os profissionais de saúde durante as suas funções são responsáveis pela vida ou morte das pessoas e por isso eles próprios podem sofrer consequências na sua saúde derivadas desta exposição. Caso esses enfermeiros sejam portadores de problemas/preocupações com a sua saúde, dificilmente estarão prontos a cumprir de forma efetiva as exigentes tarefas inerentes à sua profissão (South African Department of Health, 2003). Por este motivo cuidar de quem cuida deve ser uma preocupação/obrigação das Instituições de saúde.

A saúde física e mental dos trabalhadores não depende apenas das suas tarefas, mas também do número de horas que trabalham e do tipo de horário que praticam (Totterdell, 2005). Nos últimos tempos tem-se verificado um aumento da sensibilidade e consciencialização da relação entre a saúde e o trabalho (Black, 2012). É possível que esta correlação se justifique também pelo aumento na complexidade da organização do tempo de trabalho. A Enfermagem foi classificada, pela *Health Education Authority*, como a quarta profissão mais stressante no setor público (Murofuse, Abranches & Napoleão, 2005). Além disso, alguns tipos de horários de trabalho têm uma maior probabilidade de causar problemas, como é o caso do trabalho por turnos e noturno (que caracterizam a maior parte dos horários desempenhados por enfermeiros). Por isso, é necessário refletir e perceber sobre quais são as suas consequências para a saúde. Assim, o objetivo desta revisão da literatura foi avaliar

o impacto do trabalho por turnos na saúde dos enfermeiros.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE REVISÃO

De forma a responder à questão de investigação PICO “Qual o impacto do trabalho por turnos na saúde dos enfermeiros?”, os autores recorreram às bases de dados *MedLine* e *CINAHL*, no período entre 21 e 28 de fevereiro de 2020. Não foram incluídos estudos de outras pesquisas livres por não cumprirem os critérios de inclusão. Na primeira base utilizada (*MedLine*), foram introduzidos os termos de pesquisa em inglês e encontrados os seguintes Descritores: *Nurs**, *ShiftWork* e *Health*. Posteriormente, foram utilizadas combinações de descritores através do operador booleano “AND”, resultando na seguinte frase de pesquisa: *((shift[Title/Abstract] AND work[Title/Abstract]) AND nurs*[Title/Abstract]) AND health[Title/Abstract]*. A pesquisa foi replicada na *CINAHL*, usando a mesma frase.

Os critérios de inclusão e exclusão dos estudos foram definidos com base na população, contexto, língua, data da publicação e características do artigo. Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos publicados nos últimos 5 anos, por uma questão de atualidade atendendo à imensa bibliografia publicada anualmente, que retratassem o desempenho de enfermeiros num contexto de trabalho por turnos, avaliassem o impacto na sua saúde, com qualquer tipo de desenho para uma maior abrangência, em texto integral e de acesso gratuito, assim como em línguas Portuguesa, Castelhana ou Inglesa. Como critérios de exclusão, artigos duplicados, que não respondessem à questão de investigação ou que estivessem publicados em outras línguas que não as acima

O impacto do trabalho por turnos na saúde dos enfermeiros: revisão integrativa

referidas. Da pesquisa resultou a identificação de 50 artigos, sendo removidos 11 que se encontravam duplicados. O processo de identificação e seleção dos artigos pode ser verificado na Figura 1. Primeiramente foi realizada uma leitura crítica e reflexiva dos títulos

e resumos, com o objetivo de excluir os que não respondiam aos critérios de inclusão da qual resultaram 12 artigos que foram sujeitos a leitura integral pelos três revisores, tendo-se extraído quatro para análise e obtenção de informação final.

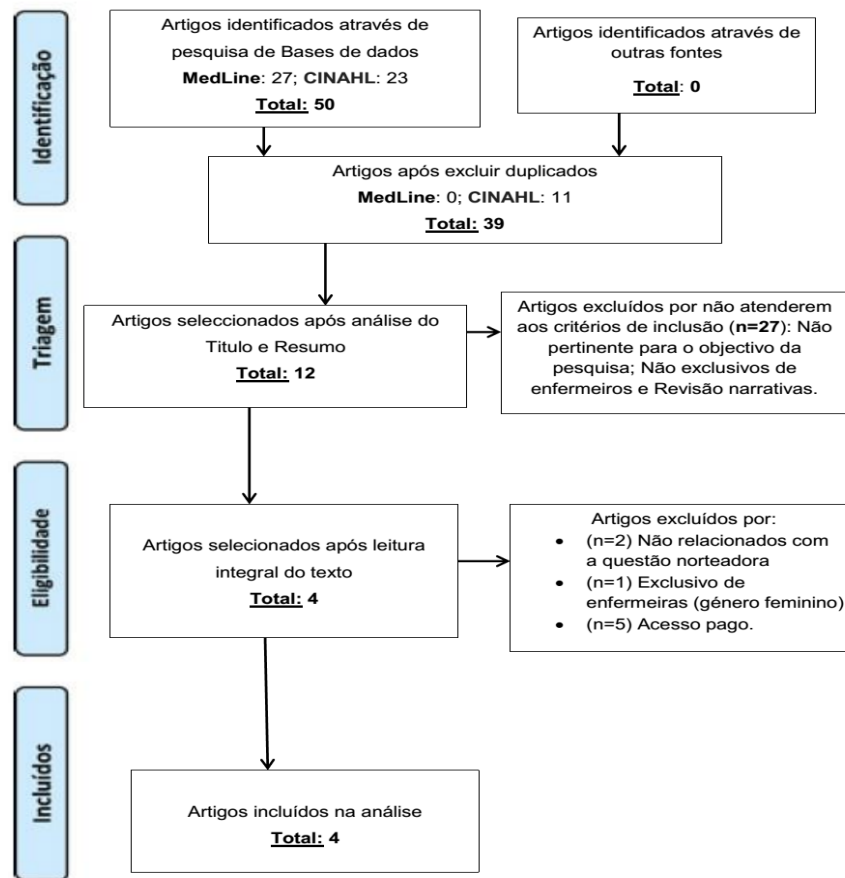


Figura 1

Fluxograma descritivo do processo de revisão

O processo de avaliação da qualidade metodológica dos artigos foi realizado de forma independente por três revisores utilizando o MINORS – Methodological Index for Non-Randomized Studies. Slim et al. (2003) referem que esta escala tem dois atributos importantes: primeiro, a sua simplicidade, pois compreende apenas oito ou doze itens facilmente utilizáveis, e em segundo, a sua confiabilidade. Na Tabela 1, reuniram-se dados relativos aos artigos seleccionados (Hall, Franche &

Koehoorn, 2018; Giorgi, Mattei, Notarnicola, Petrucci & Lancia, 2018; Jaradat, Nielsen, Kristensen & Bast-Pettersen, 2017; Anbazhagan, Ramesh, Nisha & Joseph, 2016) e à metodologia utilizada: identificação do estudo, objetivos do estudo, método, número de participantes e principais conclusões. De forma a facilitar a interpretação os diferentes artigos foram codificados como Estudo (E) pela ordem que surgiram no momento da pesquisa nas bases de dados (E1 a E4).

O impacto do trabalho por turnos na saúde dos enfermeiros: revisão integrativa

Tabela 1

Síntese da evidência

Identificação do estudo	Objetivos do estudo	Método	Participantes	Principais conclusões
E1 - Hall AL, Franche R, Koehoorn M. Examining exposure assessment in shift work research: a study on depression among nurses.	Avaliar as relações entre horário de trabalho e depressão em grupos de exposição alta, moderada e baixa.	Análítico Transversal	11450	Estabeleceu uma relação forte entre horário de trabalho e depressão.
E2 - Giorgi F, Mattei A, Notarnicola I, Petrucci C, Lancia L. Can sleep quality and burnout affect the job performance of shift-work nurses? A hospital cross-sectional study.	Investigar qualquer possível relação entre distúrbios do sono, <i>Burnout</i> e desempenho no trabalho numa população de enfermeiros que trabalha por turnos.	Descritivo Transversal	315	A qualidade do sono e o <i>Burnout</i> dos enfermeiros correlacionaram-se positivamente com o trabalho por turnos. Sendo essa correlação mais associada ao sexo feminino.
E3 - Jaradat YM, Nielsen MB, Kristensen P, Bast-Pettersen R. Shift work, mental distress and job satisfaction among Palestinian nurses.	Analisar associações específicas de gênero ao trabalho por turnos com sofrimento mental e satisfação no trabalho em enfermeiros.	Análítico de regressão linear	372	Os enfermeiros que trabalham por turnos relataram níveis significativamente mais altos de sofrimento mental médio em comparação com os que trabalham em horário regular.
E4 –Anbazhagan S, Ramesh N, Nisha C, Joseph B. Shift work disorder and related health problems among nurses working in a tertiary care hospital, Bangalore, South India.	Avaliar a prevalência de Perturbação do Trabalho por Turnos (PTT) e identificar problemas de saúde relacionados entre enfermeiros.	Descritivo Transversal	130	A prevalência de PTT foi de 43,07%. Cefaleia, lombalgias, gastrite e distúrbios menstruais foram as queixas mais comuns. Ansiedade e depressão foram encontradas em 17,6% e 23,8%, respectivamente. Associação significativa de PTT com o aumento da idade e maior número de noites trabalhadas. 53,8% dos enfermeiros apresentaram problemas de sono.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Costa (2003), o trabalho por turnos aumenta o risco de desenvolver problemas de saúde, principalmente do âmbito mental, derivado da maior irregularidade nos horários de trabalho. Neste tipo de organização do tempo de trabalho, grande parte dos problemas experienciados, deve-se à inversão do ciclo sono-vigília e ao desfasamento entre a organização do tempo social e certos horários de trabalho (Silva, Prata & Ferreira, 2014). Dentro dos problemas de saúde associados ao trabalho por turnos, especialmente no trabalho noturno, os principais indicadores de uma deterioração da saúde são os problemas de sono provocados pela interrupção dos ritmos circadianos (dificuldade em adormecer, sono curto e sonolência), a fadiga, os distúrbios digestivos, cardiovasculares (hipertensão arterial) e gastrointestinais e os problemas psicológicos, como o *stress* e depressão (Costa, 2003). Os enfermeiros são mais suscetíveis ao *Burnout* do que outros profissionais de saúde devido ao seu relacionamento interpessoal próximo com clientes (Trbojević-Stanković et al., 2015).

Os resultados apresentados foram subdivididos por áreas temáticas (o trabalho por turnos relacionado com: alteração do sono, saúde mental, alterações metabólicas e satisfação profissional) de forma a expor os dados recolhidos, interligando-os entre os diferentes artigos, para melhor sistematização dos mesmos. Estas áreas temáticas eram transversais à maioria dos estudos pelo que se atende a estes indicadores individualmente:

Trabalho por turnos e alteração do sono

A Perturbação do Trabalho por Turnos (PTT) é um distúrbio de sono caracterizado por queixas de insónia ou sonolência excessiva, diretamente relacionado

com o horário de trabalho da pessoa (International Classification of Sleep Disorders, 2005). Num estudo realizado na Índia (Anbazhagan, Ramesh, Nisha & Joseph, 2016), cujo principal objetivo era avaliar a prevalência de PTT nestes profissionais e identificar quais os problemas de saúde a ele associados, para posteriormente poderem ser planeadas medidas para melhorar a qualidade de vida, foi encontrada uma prevalência de PTT de 43%. Este valor foi consistente com resultados obtidos num estudo anterior realizado na Noruega por Flo et al. (2012). Neste, foi verificada uma associação estatisticamente significativa entre a presença de PTT e o aumento da idade assim como o maior número de noites realizadas. Estes dados vão ao encontro da revisão de Woo & Postolache (2008), onde esta perturbação tem sido observada durante e após o trabalho por turnos, mas também está diretamente associado à duração da exposição. Existem evidências que demonstram efeitos negativos na qualidade do sono (insónia e sonolência excessiva) e níveis elevados de fadiga, contribuindo para o aumento do absentismo por baixa médica (Anbazhagan, Ramesh, Nisha & Joseph, 2016). Um estudo realizado por Ruggiero (2003) mostrou maior prevalência de depressão e baixa qualidade do sono nos enfermeiros que realizam turnos noturnos, quando comparados com o horário diurno. Um estudo realizado em Itália (Giorgi, Mattei, Notarnicola, Petrucci & Lancia, 2018) teve por objetivo analisar a relação entre distúrbios do sono, *Burnout* e desempenho no trabalho, em enfermeiros que trabalhavam por turnos. Concluiu-se que, tanto a qualidade do sono e o *Burnout* se correlacionavam positivamente com o trabalho por turnos, ou seja, quantos mais turnos realizados, menor a qualidade do sono obtida, sendo essa correlação mais significativa

O impacto do trabalho por turnos na saúde dos enfermeiros: revisão integrativa

no género feminino. Alguns estudos anteriores já evidenciavam a presença de sono prejudicado (Camerino et al., 2010), de *Burnout* (Weishan, Yue Leon, Yu-Ju, Chiu-Yueh & Judith, 2015) e absentismo laboral (Lamontet al., 2017). De acordo com Chin, Guo, Hung, Yang & Shiao (2015), quando comparados os enfermeiros que conseguiam manter diariamente horários de sono regulares (sete horas ou mais) com os que tinham horários de sono irregulares, estes últimos apresentavam risco mais elevado de *Burnout*. Segundo Rebelo (2013), o *Burnout* surge, principalmente, em profissões de serviços humanos, nomeadamente que exigem cuidados, como por exemplo na área da saúde. Santos citando Maslach et al. (2015), caracteriza *Burnout* como um estado de fadiga física, emocional e mental. Também para Vidotti et al. (2018), o *Burnout* é um fenómeno psicossocial emergente entre os enfermeiros, devido ao complexo ambiente de trabalho em que se encontram inseridos. Neste estudo, 52% da amostra apresentava baixa qualidade do sono. Num estudo realizado por Fadeyiet al. (2018), turnos rotativos estavam associados ao aumento do nível de índices fisiológicos de *stress*, bem como comprometimento do sono (sono pouco reparador, insónia e sonolência excessiva diurna) em cerca de metade dos participantes. Os dados foram obtidos através de um questionário que compreendia, entre outros, a aplicação da PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*) e do CBI (*Copenhagen Burnout Inventory*). Os autores referem, como principal limitação do estudo, o facto da amostra, apesar de representativa da população, poder não permitir a generalização dos dados obtidos.

Trabalho por turnos e saúde mental

Entre os artigos seleccionados os autores verificaram que no âmbito da saúde mental, tanto a depressão

como o *Burnout* são os problemas que se destacam no que diz respeito ao trabalho por turnos. A ansiedade e depressão foram encontradas em 18% e 23%, respetivamente, e 54% dos enfermeiros apresentavam problemas de sono (sono pouco reparador, insónia e sonolência excessiva diurna) (Anbazhagan, Ramesh, Nisha & Joseph, 2016). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2017) a Depressão é uma perturbação mental caracterizada por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, perturbações do sono ou do apetite, sensação de cansaço e baixo nível de concentração. Para Woo & Postolache (2008), o trabalho por turnos contribui para desenvolver ou agravar os distúrbios do humor, principalmente em indivíduos vulneráveis. Um estudo no Canadá (2018), que tinha como principal objetivo investigar a relação entre o trabalho por turnos e a depressão, concluiu que os enfermeiros expostos a variações rápidas de turnos apresentavam mais sintomatologia depressiva quando comparados com enfermeiros a desempenhar funções em horário fixo (horário diurno e noturno exclusivo). Rossler (2012) identificou a carga de trabalho e o trabalho por turnos como as principais características laborais que podem desencadear problemas mentais nos enfermeiros, como a depressão. O estigma associado à doença mental pode ter originado uma menor descrição dos sintomas depressivos por parte dos participantes, constituindo um viés já identificado noutros projetos relacionados com a saúde da população geral (O'Donnell, 2016).

Foi publicado em 2017 um estudo realizado na Palestina para averiguar a relação do trabalho por turnos com o *Burnout* e a satisfação profissional. Apesar do aumento do número de estudos sobre o

O impacto do trabalho por turnos na saúde dos enfermeiros: revisão integrativa

trabalho por turnos, pouco é conhecido sobre os efeitos negativos na saúde mental (Jaradat, Nielsen, Kristensen & Bast-Pettersen, 2017). Tendo em conta o elevado número de enfermeiros do sexo masculino que participaram no estudo (40%), foram aferidas conclusões sobre o efeito do género.

Para avaliar a doença mental foi utilizado o Questionário Geral de Saúde (GHQ-30) e para avaliar a satisfação profissional foi usada a Escala Genérica de Satisfação Profissional. De acordo com o estudo, os enfermeiros que trabalham por turnos reportam níveis mais elevados de problemas mentais e menor satisfação profissional. Não há evidência sobre a relação entre diferentes géneros e o trabalho por turnos, contudo, as mulheres que trabalham por turnos apresentam níveis superiores de problemas mentais, quando comparadas com mulheres que trabalham em horários diurnos regulares. Num estudo realizado por Scott, Monk & Brink (1997), concluíram que o trabalho por turnos de forma prolongada no tempo (mais de 20 anos) é um fator de risco para depressão, particularmente entre as mulheres. Os dados foram obtidos através de depoimentos, o que pode tornar os resultados suscetíveis ao viés e influenciar as associações, sendo recomendadas mais pesquisas sobre os efeitos da frequência da rotação de turnos na depressão.

Trabalho por turnos e alterações metabólicas

Relativamente aos problemas de saúde associados ao trabalho por turnos, citam-se cefaleias, lombalgias, gastrite e distúrbios menstruais como queixas mais comuns (Anbazhagan, Ramesh, Nisha & Joseph, 2016). Costa (2003) refere que os principais indicadores de deterioração da saúde são os problemas de sono (dificuldade em adormecer, sono fragmentado), a fadiga, os problemas cardiovasculares (aumento do

risco de enfarte do miocárdio e doença isquémica) e gastrointestinais (alterações do apetite), os sintomas psicológicos (ansiedade, depressão) e os distúrbios alimentares (ingestão alimentar excessiva). Neste estudo 45% dos enfermeiros também referiram um maior consumo de cafeína e bebidas energéticas. Estes resultados foram obtidos através de um questionário a enfermeiros que trabalham por turnos (incluindo noturno). Foram excluídos os que não faziam turnos noturnos o que impediu uma comparação entre os diferentes tipos.

Os enfermeiros prestam cuidados 24 horas por dia, todos os dias da semana. O trabalho por turnos tem sido associado a diversas alterações nas funções biológicas, que conduzem a problemas físicos e mentais (Vidotti, Ribeiro, Galdino & Martins, 2018). Segundo Knutsson (2003), estes sintomas podem desaparecer ou atenuar com uma melhor organização do horário de trabalho, atribuição de períodos de descanso que respeitem os ritmos biológicos dos trabalhadores, bem como a sua vida social, e um número de dias de férias que reflita a penosidade da profissão.

Trabalho por turnos e satisfação profissional

Identificou-se, também, uma relação entre a rápida rotação de turnos e a precariedade laboral. Estes achados são consistentes com os resultados de outros estudos, que estabelecem associação entre condições de precariedade e efeitos sociais negativos, contribuindo para o aumento de sintomas depressivos, *stress* e disrupção social (Quinlan, Mayhew & Bohle, 2001). Adicionalmente, homens que trabalham por turnos apresentam níveis inferiores de satisfação profissional, quando comparados com homens que trabalham em horários diurnos regulares; de acordo com Campos & Martino (2004),

O impacto do trabalho por turnos na saúde dos enfermeiros: revisão integrativa

o trabalho por turnos é uma fonte de angústia e de insatisfação.

CONCLUSÃO

Os quatro artigos analisados revelam que os enfermeiros que trabalham por turnos têm maior probabilidade de ter problemas de sono, fadiga, depressão e *Burnout*, quando comparados com os que têm um horário regular diurno. Há uma relação diretamente proporcional entre o número de noites realizadas por ano, períodos curtos de descanso entre turnos e a presença de PTT. O trabalho por turnos é um fator de risco para a depressão, com maior prevalência nas mulheres. Os enfermeiros do gênero masculino que trabalham por turnos relatam menor satisfação profissional quando comparados com os que têm horários regulares. Os enfermeiros com padrão de sono irregular têm maior probabilidade de desenvolver *Burnout*. Esta revisão tem como limitações: os artigos disponibilizados exclusivamente nas bases de dados utilizadas e apenas aqueles com texto completo disponível; três dos estudos analisados utilizam a metodologia transversal, a qual não permite inferir causalidade dessa exposição no desfecho avaliado. Os resultados destacam alguns fatores importantes para serem considerados em futuros estudos e pesquisas.

Do ponto de vista da saúde ocupacional, e tendo em conta que os enfermeiros não podem deixar de trabalhar por turnos, é imperativo serem implementadas medidas para melhorar a qualidade de vida dos enfermeiros e ajudá-los a lidar com o trabalho por turnos, como por exemplo, mudanças comportamentais para uma boa higiene do sono, reorganizar o planejamento do trabalho por turnos

tendo em consideração o horário a realizar e o perfil dos enfermeiros, disponibilizar monitorização periódica da saúde dos trabalhadores e atenuar a iluminação dos postos de trabalho durante a noite.

É fundamental uma maior compreensão sobre os fenômenos da depressão e *Burnout* nos enfermeiros para que, no futuro, seja possível implementar medidas que previnam a instalação destes problemas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anbazzhagan, S., Ramesh, N., Nisha, C. & Joseph, B. (2016). Shiftwork disorder and related health problems among nurses working in a tertiary care hospital, Bangalore, South India. *Indian J Occup Environ Med*, 20(1):35–38. doi:10.4103/0019-5278.183842.
- Black, D. (2012). Work, health and well-being. *Safety Health Work*, 4:241-242. doi:10.5491/SHAW.2012.3.4.241.
- Camerino, D., Sandri, M., Sartori, S., Conway, M., Campanini, P. & Costa, G. (2010). Shiftwork, work-family conflict among italian nurses and prevention efficacy. *Chronobiology International. The Journal of Biological & Medical Rhythm Research*, 27(5): 1105-1123. doi:https://doi.org/10.3109/07420528.2010.490072.
- Campos, M. & Martino, M. (2004). Aspectos cronobiológicos do ciclo vigília-sono e níveis de ansiedade dos enfermeiros nos diferentes turnos de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(4): 415-421. doi:10.1590/S0080-62342004000400007.
- Chin, W., Guo, Y., Hung, Y., Yang, C. & Shiao, J. (2015). Short sleep duration is dose-dependently related to job strain and Burnout in nurses: a cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1):297-306. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.09.003.
- Costa, G. (2003). Factors influencing health of workers and tolerance to shiftwork. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 4(3-4): 263-288. doi:10.1080/14639220210158880.
- Fadeyi, B., Ayoka, A., Fawale, M., Alabi, Q., Oluwadaisi, A. & Omole, J. (2018). Prevalence, predictors and effects of shiftwork sleep disorder among nurses in a Nigerian teaching hospital. *Sleep*

O impacto do trabalho por turnos na saúde dos enfermeiros: revisão integrativa

- Science Practice*, 2 (69). doi:10.1186/s41606-018-0027-x.
- Flo, E., Pallesen, S., Magerøy, N., Moen, B. E., Grønli, J., HildeNordhus, I., ... Bjorvatn, B. (2012). Shiftwork disorder in nurses-assessment, prevalence and related health problems. *PLoSOne*, 7(4):e33981. doi:10.1371/journal.pone.0033981
- Giorgi, F., Mattei, A., Notarnicola, I., Petrucci, C. & Lancia, L. (2018). Can sleep quality and burnout affect the job performance of shift-work nurses? A hospital cross-sectional study. *J Adv Nurs*, 74: 698-708. doi:10.1111/jan.13484.
- Hall, A., Franche, R. & Koehoorn, M. (2018). Examining exposure assessment in shiftwork research: a study on depression among nurses. *Annals of Work Exposures and Health*, 62 (2). doi:10.1093/annweh/wxx103.
- International classification of sleep disorders, revised: diagnostic and coding manual (ICSD-2). (2005). Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine.
- Jaradat, Y., Nielsen, M., Kristensen, P. & Bast-Pettersen, R. (2017). Shiftwork, mental distress and job satisfaction among Palestinian nurses. *Occupational Medicine*, 67: 71-74. doi:10.1093/occmed/kqw128.
- Knutsson, A. (2003). Health disorders of shiftworkers. *Occupational Medicine*, 53:103-108. doi:10.1093/occmed/kqg048.
- Lamont, S., Brunero, S., Perry, L., Duffield, C., Sibbritt, D., Gallagher, R. & Nicholls, R. (2017). 'Mental healthday' sickness absence amongst nurses and midwives: Workplace, workforce, psychosocial and health characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1172-1181. doi:https://doi.org/10.1111/jan.13212.
- Murofuse, N., Abranches, S. & Napoleão, A. (2005). Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2):255-261. doi:https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200019.
- O'Donnell, S., Vanderloo, S., McRae, L., Onysko, J., Patten, S. & Pelletier, L. (2016). Comparison of the estimated prevalence of mood and/or anxiety disorders in Canada between self-report and administrative data. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 25: 360- 9. doi:10.1017/S20457960150004
- Ruggiero J. (2003). Correlates of fatigue in critical care nurses. *Research in Nursing & Health*, 26:434-444. doi:10.1002/nur.10106.
- Quinlan, M., Mayhew, C. & Bohle, P. (2001). The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: a review of recent research. *International Journal of Health Services*, 31: 335-414. doi:10.2190/607H-TTV0-QCN6-YLT4.
- Rebelo, A. (2013). O burnout nos profissionais de equipas multidisciplinares de apoio à medida do Rendimento Social de Inserção, no distrito da Guarda (Master' thesis, Universidade Católica Portuguesa). Disponível em:https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13616/1/Tese%20Helena_Rebelo.pdf.
- Rosler, W. (2012). Stress, Burnout, and job dissatisfaction in mental healthworkers. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(2): 65-69. doi:10.1007/s00406-012-0353-4.
- Ruggiero J. (2003). Correlates of fatigue in critical care nurses. *Research in Nursing & Health*, 26: 434-444. doi:10.1002/nur.10106.
- Santos, R. (2015). Bournout: um estudo em profissionais de saúde (Master' thesis, Instituto Politécnico de Setúbal). Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10513/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20mestrado_RebeccaSantos.pdf
- Scott, A., Monk, T. & Brink, L. (1997). Shiftwork as a riskfactor for depression: a pilot study. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 3(2):S2-S9. ISSN:1077-3525
- Silva, I., Prata, J. & Ferreira, A. (2014). Horário de trabalho por turnos: da avaliação dos efeitos às possibilidades de intervenção. *International Journal on Working Conditions*, 7:69-82. ISSN 2182-9535.
- Slim, K., Nini, E., Forestier, D., Kwiatkowski, F., Panis, Y. & Chipponi, J. (2003). Methodological index for non-randomized studies (minors): development and validation of a new instrument. *ANZ Journal of Surgery*, 73(9): 712-716. doi:10.1046/j.1445-2197.2003.02748.x.
- South African Department of Health. (2003). OH services for health care workers in the national health service of South Africa. *A Guideline Booklet*, 1-72.
- Spiegel, U., Gonene, L. & Weber, M. (2014). Duration and optimal number of shifts in the labour market.

O impacto do trabalho por turnos na saúde dos enfermeiros: revisão integrativa

- Applied Economics Letters*, 21(6):429-432. doi:10.1080/13504851.2013.864027.
- Totterdell, P. (2005). Workschedules. In: Barling J, Kelloway E, Frone M. Handbook of work stress. Thousand Oaks: SAGE Publications. doi:10.4135/9781412975995.n3.
- Trbojević-Stanković, J., Stojimirović, B., Soldatović, I., Petrović, D., Nesić, D. & Simić, S. (2015). Continuing nursing education. Work-related factors as predictors of Burnout in serbian nurses working in hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 42:553-562.
- Vidotti, V., Ribeiro, R., Galdino, M. & Martins, J. (2018). Síndrome de burnout e o trabalho em turnos na equipe de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 26. doi:10.1590/1518-8345.2550.3022.
- Weishan, C., Yue Leon, G., Yu-Ju, H., Chiu-Yueh, Y. & Judith, S. (2014). Short sleep duration is dose-dependently related to job strain and burnout in nurses: A cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 297-306. doi:https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.09.003.
- Woo, J. & Postolache, T. (2008). The impact of work environment on mood disorders and suicide: evidence and implications. *International Journal on Disability and Human Development*, 7(2): 185-200. doi:10.1515/ijdh.2008.7.2.185.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other Common Mental Disorders*. Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization.



RI|S

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde

Normas de publicação da revista RIIS

A **Revista de Investigação & Inovação em Saúde** (RIIS) é uma revista científica divulgada em formato eletrónico que tem como objetivo divulgar o conhecimento científico produzido na área das ciências da saúde, educação e investigação. Exige-se que todos os artigos tenham profundidade científica, sejam originais, respeitem os princípios éticos e demonstrem clara relevância para o avanço científico da problemática em estudo.

É da exclusiva responsabilidade dos autores o conteúdo dos artigos, bem como o respeito pelos princípios éticos inerentes à investigação, cumprindo as normas e orientações da revista. A declaração única do autor de partilha dos direitos autorais, da originalidade do artigo, do cumprimento dos requisitos éticos e de potenciais conflitos de interesse encontra-se em anexo para preenchimento pelo primeiro autor (DA).

O processo de revisão por pares da RIIS é duplamente cego pelo que não deverá ser identificada a autoria do artigo no corpo do mesmo.

A RIIS tem uma periodicidade de publicação semestral.

Sugere-se que os apoios, financiamentos ou colaborações externas sejam mencionados na secção de agradecimentos.

ARTIGOS

A publicação dos artigos na RIIS pode ser sob a forma de artigo de investigação empírica, artigo de revisão, artigo teórico/ensaio. Estes deverão ser submetidos na plataforma/ página <https://www.riis.essnortecvp.pt> preenchida. Os artigos podem ser submetidos em português ou inglês. O título, o resumo e as palavras-chave têm de estar em português, inglês e espanhol. O texto deve ser datilografado, letra Calibri, tamanho 11, espaço 1,5, em formato word, justificado, páginas em formato A4, evitando negritos e sublinhados, variação de tipo de letra, fundos de cor. O artigo não deverá ultrapassar as 15 páginas incluindo referências, tabelas e figuras.

As tabelas e as figuras só devem ser incluídas se absolutamente necessárias para a compreensão do artigo. Têm de ser identificadas ao longo do texto com a numeração por ordem de inclusão. As tabelas têm de apresentar o número e título em cabeçalho. As figuras têm de apresentar a sua identificação no rodapé. No caso de conterem abreviaturas, devem ser apresentadas nos rodapés das mesmas.

Os artigos de investigação empírica deverão conter as seguintes secções: Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Enquadramento/Fundamentação Teórica, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências bibliográficas.

Os artigos de revisão deverão conter as seguintes secções: Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Procedimentos

Metodológicos de Revisão, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências bibliográficas.

Os artigos teóricos/ensaios deverão conter as seguintes secções: Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Desenvolvimento/Dissertação, Conclusão, e Referências bibliográficas.

Título: máximo 12 palavras. Escrito em português, inglês e espanhol.

Resumo: máximo 200 palavras. Deve incluir a divisão pelas seguintes secções: enquadramento, objetivos, metodologia, resultados e conclusão.

Palavras-chave: máximo 4, escritas em português, inglês e espanhol. Devem estar transcritas de acordo com os descritores MeSH (disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> e/ou <http://decs.bvs.br/>).

Introdução: Enunciado do problema, argumentos de relevância de acordo com a literatura. Objetivos do estudo.

Enquadramento / Fundamentação Teórica: Apresentação do estado da arte relativa ao tema em estudo. Sugere-se a inclusão de trabalhos publicados nos últimos 5 anos, indexados em base de dados.

Metodologia:

Amostra/Participantes/População/Tipo de estudo/ Desenho. Instrumentos de recolha de dados, procedimentos e considerações ético-legais. Técnicas de análise de dados utilizadas.

Resultados: Apresentação e análise de dados. Rigor da análise.

Discussão: Análise comparativa dos resultados com o conhecimento existente acerca do tema e relevância dos novos conhecimentos que emergem do estudo.

Conclusão: Conclusões relacionadas com os objetivos/questões/hipóteses de investigação. Os resultados devem suportar ou refutar a temática estudada e apresentada no artigo. Limitações do estudo. Implicações para as ciências da saúde, educação e investigação. Sugestões para investigações futuras.

Agradecimentos: (facultativo) Devem ser evidenciados todos os apoios, financeiros, técnicos ou institucionais, que contribuíram para o desenvolvimento do trabalho, mas que não têm peso de autoria.

CHECKLIST DE AUTOVERIFICAÇÃO

1. ESTRUTURA DO ARTIGO Tipo

- É um artigo de revisão
- É um artigo de investigação empírica
- É um artigo teórico/ensaio

Informação dos autores

- A identificação dos autores com o respetivo nome, habilitações, categoria profissional, instituição onde trabalham e contacto telefónico.
- Máximo 7 autores.

Título

- Escrito em português, inglês e espanhol.
- Máximo 12 palavras.

Resumo

- Está apresentado em português, inglês espanhol.
- Inclui descrição das secções: enquadramento, objetivos, metodologia, resultados e conclusão.
- Máximo 200 palavras.

Palavras-chave

- São apresentadas, no máximo, 4 palavras-chave em português, espanhol e inglês.
- Estão transcritas de acordo com os descritores MeSH (pesquisa em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> e/ou <http://decs.bvs.br/>)
-

Formatação do texto

- O texto apresenta uma estrutura com todas as secções, conforme está descrito na Revista, em função do tipo de artigo.
- Está em formato A4 Word, justificado, letra Calibri, tamanho 11, espaço 1,5.
- Está sem erros semânticos e morfológicos e em coerência com o acordo ortográfico.
- Sem negritos e sublinhados, nem variação de tipo de letra, fundos de cor.
- Tem no máximo 15 páginas.
- Sem notas de rodapé.

Tabelas e figuras

- São apenas os necessários para a compreensão do artigo.
- Tabelas com título em cabeçalho e figuras com o título em rodapé de acordo com o estilo APA 6ª edição.
- A apresentação dos dados, resultados e o formato dos símbolos da linguagem estatística devem ser claros.
- Estão numeradas por ordem de inclusão no texto, em função de cada tipo.
- As figuras são legíveis e com indicação da fonte (o formato deverá ser em JPG ou TIF e ter no mínimo 200 DPI de resolução).

Citações

- Todos os autores citados constam da lista de referências bibliográficas.
- Todas as citações literais e paráfrases cumprem as normas American Psychological Association (APA, 6ª edição, 2010).

Referências

- Foram elaboradas de acordo com a norma APA 6ª edição.
- Não deve ultrapassar 20 referências.
- Permitem colocar em evidência as publicações mais representativas do “estado da arte” do tema em estudo (preferencialmente dos últimos 5 anos).
- Referência de um artigo publicado na Revista RIIS

2. PROCEDIMENTOS DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

- Efetuada o registo na plataforma da Revista RIIS <https://www.riis.essnortecvp.pt>
- Enviei os seguintes documentos:**
- Artigo integral

Normas de referência bibliográfica: deve ser utilizada a norma da *American Psychological Association (APA)* 6ª Edição. As referências devem ser de fonte primária, incluídas no texto, cuja apresentação deve ser feita por ordem alfabética. Sugere-se a integração de uma referência publicada na RIIS.

(Exemplos para a elaboração das Referências bibliográficas)

ESPECIFICAÇÃO DE AUTOR

Com 1 Autores

Bolander, V. (1998)

Com 2 a 7 Autores:

Roper, N., Logan, W., & Tierney, J.

Com mais de 7 autores:

Cooper, I., Eagle, K., Home, L., Robertson, A., Taylor, D., Reims, H. ... Smith, W.A.

Editor como Autor:

Melo, M. C., & Lopes, J. M. (Eds).

Autor Coletivo:

Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis

Sem Autor Expresso:

Entrada pelo título se a obra é anónima no local do autor coloca-se anónimo

PUBLICAÇÃO SEM ANO

Autor (s.d.).

LIVROS

Um autor

Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental*. (1ª ed). Lisboa: Lusodidacta.

Dois a sete autores

Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. J. (1995). *Modelo De enfermagem*. (3ª ed.) Alfragide: McGraw-Hill.

Oito ou mais autores, coloque os seis primeiros nomes dos autores, seguido de reticências e o último autor

Benavente, A., Silva, R., Gomes, P., Aníbal, A., Guerra, B., Santos, P., ... Simões, C. (1987). *Do outro lado da escola*. Lisboa. Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.

Akai, K., Hayashi, M., & Nishimatsu, Y. (Eds). (1981). *Weak rock: soft fractured and weathered rock: proceedings of the international symposium Tokyo, 1981*. Rotterdam: A. A. Balkema,

Capítulo de livros

Napolitano, J. (2013). Development, sustainability and international politics. In L. Meuleman (Ed.), *Transgovernance: Advancing sustainability governance* (pp. 163-211). Berlin: Springer

Coletividade autor:

Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Direção Geral da Saúde

Teses, dissertações e outras provas académicas

Ferreira, P. (2004). *Melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde ao doente diabético tipo 2* (Tese de Mestrado). Instituto de Higiene e Medicina Social da Faculdade de Medicina

Atas de congressos

Congresso Nacional de bibliotecários, arquivística e documentalista (1987). *Integração europeia: um desafio à informação: atas de conferência*. Coimbra: Minerva, 1987.

ARTIGOS DE PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS

(Nota: A nível de autores segue as regras do livro)

Gomes, R. M. (2012, janeiro). Serra da Estrela. *Revista Fugas*, 152, (4), 20-21.

DOCUMENTOS LEGISLATIVOS E JUDICIAIS

Decreto-Lei nº 192/89 de 08 de junho (1989). *Diário da República nº 131/89. I Série*. Ministério, da agricultura pescas e alimentação. Lisboa, Portugal.

PORTARIA nº 1111/89 de 29 de dezembro (1989) *Diário da República nº 298. I Série*. Ministérios das Finanças e da Indústria e Energia. Lisboa, Portugal.

DOCUMENTOS ELETRÓNICOS

Livros

Almodovar, A., & Cardoso, J. L. (1998). *A history of portuguese economic thought* London: Routledge. Retirado de URL:<http://www.ebrary.com/lib/mctbrasil>

Artigos de publicações periódicas

Nono, M. A. & Mizukami, N. (2002). Casos de ensino e processos de aprendizagem profissional docente. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 83 (203), 172. retirado de <http://site.ebrary.com/lib/mctbrasil/Doc?id=10055894&ppg=172>>. ISSN 0034-71803.

Corpo Editorial | Editorial | Consejo Editorial

Editor

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
Unidade de Investigação e Desenvolvimento

Editor Chefe

Liliana Mota, PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Editor Adjunto

Fernanda Príncipe, PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Secretariado Editorial

Odete Silva
Manuela Castro

Apoio Técnico

Márcio Almeida

Conselho Editorial

Alice Brito - PhD

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Ana Paula Macedo - PhD

Universidade do Minho

Ana Torres - PhD

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Celeste Dias - PhD

Centro Hospitalar Universitário de São João

Cláudia Maria Gomes de Sousa - PhD

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Carlise Rigon Dalla Nora - PhD

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Cristina Araújo Martins - PhD

Universidade do Minho

Elsa Maria Oliveira Pinheiro de Melo - PhD

Escola Superior de Saúde da Universidade Aveiro

Ester Goutan Roura - PhD

Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya

Fernanda Bastos - PhD

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Fernando Alberto Soares Petronilho - PhD

Universidade do Minho

Germano Couto - PhD

Universidade Fernando Pessoa

Henrique Pereira - PhD

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Irma da Silva Brito - PhD

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

José Vilelas - PhD

Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

Maria Goreti Silva Ramos Mendes - PhD

Universidade do Minho

Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo - PhD

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Maria Manuela Frederico Ferreira - PhD

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Maria Manuela Henriques Pereira Ferreira - PhD

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Maria Otilia Brites Zangão - PhD

Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Maribel Domingues Carvalhais - PhD

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Miguel Padilha - PhD

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro - PhD

Escola Superior de Saúde de Santa Maria

Paula Encarnação - PhD

Universidade do Minho

Rafaela Schaefer - PhD

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Raquel Simões de Almeida - PhD

Escola Superior de Saúde-IPP/ANARP

Rui Miguel Freitas Gonçalves - PhD

ACES Baixo Tâmega

Sónia Novais - PhD

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Vera Maria Saboia - PhD

Universidade Federal Fluminense-Rio de Janeiro

Veronica Rita Dias Coutinho - PhD

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

