

RIIS

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde

RIIS

Revista de Investigação & Inovação em Saúde

Vol.4 Nº 1 | Junho | 2021

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

Enfermagem Especializada: da evidência à prática de enfermagem especializada

Cada vez mais a especialização dos Enfermeiros surge como uma resposta aos constantes desafios em Saúde, permitindo assegurar a melhoria da produtividade, promovendo ganhos de eficiência e efetividade e, potenciando uma prestação de cuidados de qualidade. A evidência empírica internacional corrobora o impacto positivo da especialização em Enfermagem, identificando melhoria dos indicadores de saúde e ganhos para as instituições. Um outro aspeto a considerar é o impacto positivo que a própria especialização dos cuidados de Enfermagem poderá ter na valorização dos profissionais, conferindo-lhes uma maior diferenciação profissional, e incentivando à formação contínua.

Em Portugal, a enfermagem especializada assume, cada vez mais, um papel diferenciador no cuidado à pessoa, decorrente do desenvolvimento científico, técnico e tecnológico que se faz sentir no setor da Saúde. Dois dos aspetos chave da prática de enfermagem especializada são o domínio clínico e uma prática baseada na evidência.

Embora cada área de especialização seja diferente entre si, encontram-se traços comuns nas suas intervenções, reconhecendo a importância da aquisição e desenvolvimento de competências comuns às diferentes áreas de especialização, com evidente reforço do papel das competências específicas e respetivo impacto positivo na melhoria dos cuidados de enfermagem, o que se traduz consequentemente em contributos para a eficiência do sistema de saúde.

Os atuais desafios que se colocam à organização e gestão dos cuidados de saúde, permitem reflexões profundas sobre diferentes cenários que podem acontecer em diferentes esferas da intervenção do enfermeiro especialista. Neste sentido, é importante ressaltar o reconhecimento do papel das associações profissionais e sociedades científicas no desenvolvimento da enfermagem especializada, pelo trabalho que desenvolvem, pelas reflexões que promovem, pelo esforço contínuo no desenvolvimento da especialização, e também pela resiliência demonstrada em todo o processo.

O facto é que os enfermeiros especialistas das diferentes áreas da prática de enfermagem especializada devem promover espaços de debate das questões relacionadas com a formação e a prática de enfermagem especializada, criando sinergias e potenciando robustez científica no desenvolvimento do conhecimento e das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Neste sentido, os eventos científicos de enfermagem especializada revestem-se de particular importância uma vez que se constituem numa fonte essencial na procura de novos conhecimentos alicerçados na prática, mas baseados na evidência científica e atual. As comunicações livres e pósteres nos eventos científicos da prática especializada, também dão um significativo contributo para o desenvolvimento da enfermagem avançada, uma vez que potenciam a partilha de boas práticas, estimulam a reflexão acerca

da conceção da formação, da filosofia e do desenvolvimento dos currículos de formação mas também promovem espaços de debate do impacto do papel do enfermeiro especializado ao nível dos cuidados, da investigação, da formação, da gestão e/ou do ensino.

Atualmente, e devido as limitações decorrentes da pandemia Covid-19, a maioria dos eventos científicos decorrem na modalidade *online*. Apesar de se poderem evocar algumas limitações decorrentes desta circunstância, o facto é que esta modalidade tornou-se numa ferramenta inovadora e essencial na disseminação científica da enfermagem especializada e, simultaneamente, também promoveu uma maior acessibilidade dos profissionais, potenciando um maior fluxo de troca de experiências relativas aos diferentes contextos.

O desenvolvimento profissional da enfermagem tendo como âncora a especialização formal das competências, pressupõe uma adequada melhoria em

diversos domínios ou dimensões (conhecimento, atitude, prática clínica, utilização dos diferentes tipos de recursos, motivação dos indivíduos e capacidade de liderança). Assim, o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros especialistas das diferentes áreas da prática de enfermagem especializada, dota-os não apenas de conhecimentos, mas das competências e ferramentas que lhes permitem incorporar responsabilidades acrescidas, conduzir processos de decisão mais complexos e assegurar uma prestação mais eficaz dos cuidados de saúde, promovendo melhorias que visem aumentar a qualidade, eficiência ou produtividade dos cuidados de saúde.

Maribel Carvalhais, PhD

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde
Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Sumário | Summary | Resúmen

Editorial

ARTIGOS DE INVESTIGAÇÃO

- 7 Doente sedado, consciente e ventilado invasivamente: terapêuticas de enfermagem
Celeste Mata, Maria Fernandes, Maria Monteiro, Odete Morais, Susana Castro, Fernanda Príncipe, Liliana Mota
- 19 Determinantes no acesso a cuidados continuados em contexto domiciliar
Carina Pereira Fonseca, Susana Sampaio Oliveira
- 35 Representação social da enfermagem de reabilitação: pensamento social dos enfermeiros
Isabel Oliveira, Elisabete Ferreira, Daniela Neves, Ana Margarida Carvalho, Mariana Sílvia, Liliana Serrano, Bruno Delgado
- 47 Conforto térmico em trabalhadores de aviários
Ana Ferreira, Hélder Simões, João Paulo Figueiredo, Susana Paixão, Lúcia Simões Costa, Sílvia Seco, António Loureiro
- 61 Intervenção de enfermagem e coping na transição para cuidador familiar
Ricardo Melo, Marília Rua, Célia Santos, Sónia Novais, Liliana Mota, Fernanda Príncipe, Marta Silva

ARTIGOS DE REVISÃO

- 75 Nurse-led interventions to promote hospitalized patients' adherence to hand hygiene: narrative review
Ana Nunes, Joana Carrasquinho, Paulo Santos-Costa, Luciene Braga, Beatriz Serambeque, Pedro Parreira, Anabela Oliveira
- 87 As vivências do paciente hospitalizado durante a pandemia covid-19: revisão integrativa
Cátia Rosas Rodrigues, Frederico Pereira, Maria Pinto, Mónica Freitas, Simão Rocha
- 99 Contributo das terapias integrativas na sexualidade da mulher com neoplasia da mama: scoping review
Filomena Paulo, Manuela Ferreira, Reginaldo Filho

DOENTE SEDADO, CONSCIENTE E VENTILADO INVASIVAMENTE: TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM

Sedated, conscious and invasively ventilated patient: nursing therapeutics

Enfermos sedados, conscientes y ventilados invasivamente: terapéutica de enfermería

Celeste Mata*, Maria Fernandes**, Maria Monteiro***, Odete Morais****, Susana Castro*****, Fernanda Príncipe*****, Liliana Mota*****

RESUMO

Enquadramento: a sedação dos doentes sob ventilação invasiva tem sofrido uma mudança de paradigma, traduzida na utilização de protocolos de sedação ligeira, que possibilite que os mesmos estejam conscientes, sempre que possível. Os enfermeiros, através da implementação de terapêuticas de enfermagem adequadas têm papel relevante nesta transição saúde-doença. **Objetivo:** identificar as terapêuticas de enfermagem valorizadas pelos enfermeiros de Cuidados Intensivos, no cuidado ao doente ventilado invasivamente, sedado e consciente. **Metodologia:** estudo qualitativo, exploratório, mediante um *focus group*, com recurso à análise de conteúdo segundo Bardin. Amostra constituída por seis enfermeiros peritos, especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, a exercer, em Serviços de Cuidados Intensivos de quatro hospitais do norte de Portugal. **Resultados:** emergiram cinco categorias de terapêuticas de enfermagem: redimensionamento da vigilância, gestão da terapêutica, autocuidado (com cinco subcategorias), implementação de estratégias comunicacionais e implementação de estratégias face à agitação/desorientação (com três subcategorias). **Conclusões:** as terapêuticas de enfermagem à pessoa sedada, consciente e ventilada invasivamente, valorizadas pelos enfermeiros de cuidados intensivos, focam-se no incremento da vigilância dos doentes, na gestão da analgesia/sedação, na promoção do potencial de autocuidado, na implementação de estratégias facilitadoras da comunicação e de estratégias para gestão dos quadros de agitação/desorientação.

Palavras chave: cuidados de enfermagem; cuidados críticos; sedação consciente; respiração artificial.

*RN, Enfermeira do Centro Hospitalar e Universitário do Porto - <https://orcid.org/0000-0003-0605-7035> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data analysis and interpretation, Critical revision of the article

**RN, Enfermeira do Centro Hospitalar e Universitário do Porto - <https://orcid.org/0000-0001-9978-2679> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

***RN, Enfermeira do Centro Hospitalar e Universitário do Porto - <https://orcid.org/0000-0003-3769-1012> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

****RN, Enfermeira do Centro Hospitalar e Universitário do Porto - <https://orcid.org/0000-0003-0163-848X> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

*****RN, Enfermeira do Centro Hospitalar e Universitário do Porto - <https://orcid.org/0000-0003-0388-4115> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

***** PhD, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/CINTESIS. - <https://orcid.org/0000-0002-1142-3258> Contribuição no artigo: Study conception and design, Data analysis and interpretation, Critical revision of the article

***** PhD, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/CINTESIS. - <https://orcid.org/0000-0003-3357-7984> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

Como referenciar:

Mata, C., Fernandes, M.F., Monteiro, M.F., Morais, O., Castro, S., Príncipe, F., & Mota, L., (2021). Doente sedado, consciente e ventilado invasivamente: terapêuticas de enfermagem. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1) 7-17 <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.118>

Recebido para publicação em: 01/03/2021
Aceite para publicação: 26/05/2021

ABSTRACT

Background: the sedation of patients under invasive ventilation has undergone a paradigm shift, translated into the use of light sedation protocols, which allows them to be aware, whenever possible. Nurses, through the implementation of appropriate nursing therapeutics, play an important role in the occurrence of this health-disease transition. **Objectives:** to identify nursing therapeutics valued by Intensive Care nurses in caring for patients with invasive ventilation, sedated and conscious. **Methodology:** qualitative, exploratory study, starting a focus group meeting, using content analysis according to Bardin. The sample consisted of six expert nurses, specialists in medical surgical nursing, working in Intensive Care Services at four hospitals in northern Portugal. **Results:** emerge five categories of nursing therapeutics: redimensioning of surveillance, management of therapy, self-care (with five subcategories), implementation of communication strategies and implementation of strategies in the face of agitation/disorientation (with three subcategories). **Conclusions:** nursing therapeutics for sedated, conscious and invasively ventilated people, valued by intensive care nurses, focus on increasing patient surveillance, in the management of analgesia/sedation, in promoting the potential for self-care, implementing strategies to facilitate communication and strategies for managing agitation/disorientation.

Keywords: nursing care; critical care; conscious sedation; respiration, artificial.

RESUMEN

Marco contextual: la sedación de pacientes bajo ventilación invasiva há sufrido un cambio de paradigma, traducido en el uso de protocolos de sedación ligera, que les permite estar atentos, siempre que sea posible. Esta situación es desafiante par las enfermeras, quienes, através de la implementación de terapias de enfermería adecuadas, son relevantes en una transición saludable salud-enfermedad. **Objetivo:** identificar las terapias de enfermería valoradas por los enfermeros de Cuidados Intensivos en el cuidado de pacientes ventilados invasivamente, sedado y consciente. **Metodología:** estudio cualitativo, exploratorio, a partir de una reunión de grupo focal, utilizando análisis de contenido según Bardin. La muestra estuvo formada por seis enfermeras expertas, especialistas en enfermería médico-quirúrgica, desempeñando funciones en los Servicios de Cuidados Intensivos de cuatro hospitales del norte de Portugal. **Resultados:** surgen cinco categorías de terapias de enfermería: redimensionamiento de la vigilancia, manejo de la terapia, autocuidado (con cinco subcategorias), implementación de estrategias de comunicación e implementación de estrategias ante la agitación/desorientación (con tres subcategorias). **Conclusiones:** las terapias de enfermería para personas sedadas, conscientes y ventiladas de forma invasiva valorado por enfermeras de cuidados intensivos, se centran en aumentar la vigilancia del paciente, en el manejo de la analgesia/sedación, en la promoción del potencial del autocuidado, en la implementación de estrategias facilitadores de la comunicación y estrategias para manejar la agitación/desorientación.

Palabras clave: cuidados de enfermería; cuidado crítico; sedación consciente; respiración artificial

INTRODUÇÃO

O internamento num Serviço de Cuidados Intensivos constitui uma transição marcante no estado de saúde-doença, de um indivíduo. O mesmo encontra-se numa situação de saúde crítica, ingressando, subitamente, num ambiente despersonalizado, altamente tecnológico, sendo submetido a uma panóplia de técnicas invasivas. Um dos procedimentos frequentes é a ventilação invasiva, associada ao controle da dor e sedação. Ao longo dos anos, a sedação dos doentes sob ventilação invasiva evoluiu no sentido da criação de protocolos de sedação ligeira, possibilitando que os mesmos estejam conscientes, sempre que a sua condição o permita. Cuidar de doentes neste contexto constitui um desafio para os enfermeiros (Tingsvik, Bexell, Andersson, & Henricson, 2013), requerendo competências teóricas, técnicas, comunicacionais e psicossociais. A implementação de terapêuticas de enfermagem adequadas, focadas numa abordagem integral, individualizada e humanizada, são cruciais para que a transição do doente se realize satisfatoriamente. O objetivo deste estudo foi: identificar as terapêuticas de enfermagem valorizadas pelos enfermeiros de Cuidados Intensivos, no cuidado ao doente com ventilação invasiva, sedado e consciente.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A vida de cada indivíduo é pautada por mudanças e acontecimentos ímpares que, em muitos casos se revelam verdadeiramente desafiantes. Na perspetiva de Meleis (2010), a forma como cada indivíduo reage e se adapta a essas mudanças ou transições, não depende somente da sua individualidade, mas também da influência da família e do meio no qual se encontra inserido, no momento. Uma transição é o passar de um

estado, condição ou lugar estável, para outro igualmente estável, o que implica, por parte da pessoa, a integração de conhecimentos, alteração de comportamentos e mudança da perspetiva do seu “eu”. Este processo é singular, complexo, multidimensional, e, de acordo com a sua natureza, pode ser do tipo organizacional desenvolvimental, situacional e saúde/doença (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger, Messias, & Schumacher, 2000).

A ocorrência de uma transição relacionada com o estado de saúde/doença é caracterizada como um evento crítico na vida de um indivíduo. Nesta linha de pensamento, o internamento num Serviço de Cuidados Intensivos constitui uma transição marcante para o indivíduo que, de uma forma abrupta se vê privado da sua saúde e da sua individualidade (Meleis *et al.*, 2000). Quando ocorre a necessidade de internamento num Serviço de Cuidados Intensivos, verifica-se que os doentes aí admitidos, apresentam uma situação de doença crítica, em que a “(...) *vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica*” (Regulamento nº 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros). Estes, de uma forma imprevisível vêm-se inseridos num ambiente estranho, fragilizados e dependentes de pessoas que não conhecem, expostos e com pouca privacidade. As suas necessidades mais básicas são asseguradas, maioritariamente por dispositivos, que os substituem em funções tão básicas como a respiração, alimentação, eliminação e autocuidados. Concomitantemente, são alvo de múltiplas intervenções invasivas, que afetam quer a sua vertente física, quer a psíquica. Neste momento de maior

vulnerabilidade e sofrimento, é crucial o papel desempenhado pelos enfermeiros de cuidados intensivos na transição do doente, da situação de doença crítica para a sua recuperação. Compete a estes profissionais aplicar as suas competências, conhecimentos e experiência, de modo a colmatar as dificuldades e necessidades do binómio doente/família, ajudando-os na aquisição de novas competências. É essencial que os enfermeiros de cuidados intensivos procurem envolver o doente e família nos cuidados, por forma a que ocorra consciencialização, adaptação e aceitação perante a doença, a fim de conseguirem ajustar-se a novos papéis, através do desenvolvimento de estratégias de *coping* (Meleis *et al.*, 2000), alinhadas com a nova realidade. Desta forma, através da implementação de terapêuticas de enfermagem, torna-se possível para os enfermeiros, planear os cuidados, assim como selecionar as intervenções adequadas, conducentes a uma transição saudável (Meleis 2010). Segundo esta autora (citada por Mota, Bastos, & Brito, 2018, p. 21) “as terapêuticas de enfermagem incluem as intervenções e os objetivos das intervenções” e “(...) podem ser situadas no âmbito preventivo, promocional ou interventivo”. Num ambiente em que a componente tecnológica é dominante, os conhecimentos e capacidades técnicas dos enfermeiros são enfatizados como essenciais para a estabilidade fisiológica do doente. É, no entanto, fulcral que estes profissionais de cuidados intensivos, para além das competências teóricas e técnicas, abarquem no seu processo de cuidar, as competências comunicacionais e psicossociais, proporcionando cuidados integrais, com dedicação, respeito e humanização. Compreender as determinantes do processo de transição possibilita o desenvolvimento de intervenções de enfermagem dirigidas para experiência única de cada pessoa e

família, promovendo respostas saudáveis (Meleis *et al.*, 2000).

Em Portugal, os enunciados descritivos dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa em situação crítica, englobam a satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2017). A responsabilidade dos enfermeiros de Cuidados Intensivos, pautada por uma natureza dinâmica, passa por intervenções conducentes à promoção, prevenção, proteção, alívio e minimização/resolução dos problemas decorrentes do estado de saúde crítico do doente, não descurando a família, enquanto interveniente em todo este processo.

No decurso da sua prática profissional, os enfermeiros que exercem funções em serviços de Cuidados Intensivos, deparam-se frequentemente com doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva, em virtude de apresentarem agravamento/falência respiratória, ou outras problemáticas incompatíveis com uma ventilação espontânea eficaz. Esta prática ventilatória está correntemente associada à administração de sedação que deverá ser gerida, com o intuito de minimizar a ansiedade, assim como promover o conforto, segurança e evitar a agitação dos doentes (Humphrey, Everhart, Kosmisky, & Anderson, 2018).

Este é um processo complexo, motivo pelo qual se recomenda a utilização de escalas de sedação nas unidades de Cuidados Intensivos, em doentes com ventilação invasiva e sedados. Em Portugal, num estudo desenvolvido por Pinto (2011) constatou-se que são utilizadas escalas para a avaliação da sedação em 96% das unidades, sendo a Escala de *Ramsey* a mais utilizada

(80%) e a menos utilizada (3%), a *Motor Activity Assessment Scale*.

O nível de sedação de um doente ventilado pode ser classificado como ligeiro, moderado e profundo. A utilização de sedação profunda prolongada tem vindo a ser associada a diversas complicações, tais como *delirium* e tempos de ventilação mais prolongados, assim como sintomas associados a stress pós-traumático e memórias mais perturbadoras da sua permanência no internamento (Tingsvik *et al.*, 2013). Por outro lado, a sedação ligeira, pode acarretar vários riscos, nomeadamente extubação, queda, ou remoção de outros dispositivos terapêuticos adjuvantes ao tratamento (Urden, Stacy & Lough, 2013).

As *guidelines* internacionais mais recentes têm vindo a encorajar a utilização de práticas de sedação que permitam que o doente com ventilação invasiva esteja acordado, consciente e interativo, sempre que possível e caso não haja contraindicações (Mehta, Spies, & Shehabi, 2018). Nas últimas décadas, cuidar de doentes conscientes, submetidos a ventilação invasiva, tornou-se habitual nas Unidades de Cuidados Intensivos escandinavas (Klarsson & Bergbom, 2015). Nesta linha de pensamento, os cuidados prestados a este tipo de doentes constituem uma mudança e desafio na interação doente/enfermeiro (Mortensen, Kjaer, & Egerod, 2019). Constatou-se também, no estudo destes autores, que o *delirium* é mais percecionado pelos enfermeiros quando os doentes ventilados estão conscientes.

A frustração pela disfuncionalidade na comunicação com estes doentes é salientada por estes profissionais que, no entanto, revelam apreço na interação com o alvo dos cuidados (Mortensen *et al.*, 2019), comparativamente às situações em que o doente está em sedação profunda, não conseguindo comunicar, o

que o impede de expressar emoções, dor ou desconforto. A interação dos enfermeiros com o doente ventilado invasivamente é indiscutivelmente indissociável da implementação de intervenções no âmbito comunicacional, mediante a utilização de várias estratégias comunicacionais (Ten Hoorn *et al.*, 2016).

Ao cuidar de doentes com sedação ligeira, os enfermeiros desempenham um papel crucial na promoção da integridade, autonomia e privacidade dos mesmos, assim como na tentativa de assegurar um ambiente adequado à prática dos cuidados (Tingsvik *et al.*, 2013). Estes cuidados requerem mais tempo, recursos, enfermeiros mais presentes (Mortensen *et al.*, 2019) e maior dedicação (Backlund, Persson, & Haziabdic, 2018), nomeadamente pelas dificuldades comunicacionais e risco mais elevado de remoção de dispositivos indispensáveis para o tratamento.

METODOLOGIA

Este estudo é qualitativo, de carácter exploratório. O método de recolha de dados que consideramos mais adequado para dar resposta ao objetivo pretendido foi o *focus group*. Esta escolha prendeu-se com o facto de, através da seleção de um grupo de indivíduos com características e temáticas em comum, se possibilitar a interação entre os mesmos, a partilha de ideias e o pensamento crítico, potenciando maior aquisição de dados de investigação. Selecionou-se uma amostra não probabilística e por conveniência, constituída por seis enfermeiros, com o mínimo de cinco anos de exercício profissional em Cuidados Intensivos, o que segundo Benner (2001), os coloca no nível de peritos. O critério de inclusão foi participarem no *focus group* apenas Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação

crítica, os quais, para além de peritos detêm vários domínios de competências avançadas que, aliadas à evidência científica e reflexão permitem tomadas de decisão, perante situações complexas de risco eminente de vida.

A colheita de dados decorreu em novembro de 2020. Foi efetuada uma gravação áudio e vídeo do *focus group*, com a duração de 90 minutos, via a plataforma informática *Microsoft Teams*, em virtude das contingências associadas à pandemia por Covid-19. Posteriormente, realizou-se a transcrição *verbatim* do *focus group*, através do processador de texto *Microsoft Word*.

A análise dos dados foi realizada utilizando a metodologia de análise de conteúdo segundo Bardin (2015), sem categorização *a priori*, através da qual se procedeu à identificação das respetivas categorias e subcategorias.

Este estudo de investigação teve parecer favorável (Parecer nº 015/2020). Foi solicitado aos participantes, o consentimento para integrar este estudo, assim como para gravação de áudio e vídeo da reunião. A garantia da confidencialidade foi assegurada pelo anonimato da identidade e dos dados obtidos, através da substituição do nome dos mesmos, por uma codificação ordinal.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Da amostra constituída por seis enfermeiros, constata-se que, a maioria é do sexo feminino (67%). Relativamente à categoria profissional, todos os participantes são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O tempo de exercício profissional varia entre os 12 e os 26 anos, sendo a média de 19,6 ($\pm 2,8$) anos. Em relação ao tempo de exercício profissional em Cuidados Intensivos, varia entre os 11 e

os 23 anos de experiência, com uma média de 16,8 (± 3) anos.

Após análise do conteúdo da transcrição do *focus group*, foram identificadas cinco categorias de terapêuticas de enfermagem: Redimensionamento da vigilância, Gestão da terapêutica, Autocuidado, Implementação de estratégias comunicacionais e Implementação de estratégias face à agitação/desorientação.

Redimensionamento da vigilância

O redimensionamento da vigilância é um aspeto de extrema importância na abordagem ao doente ventilado mecanicamente, acordado e sob sedação ligeira. Este novo paradigma de sedação, advogado por um número crescente de profissionais e implementado em múltiplas Unidades de Cuidados Intensivos requer dos enfermeiros, um ajuste no processo cuidativo e uma atenção privilegiada face ao doente.

“... nós temos que ter uma vigilância muito mais apertada dos doentes...” (P6, novembro, 2020).

“...temos que fazer um acompanhamento muito mais próximo destes doentes” (P4, novembro, 2020).

“... antecipar alguns daqueles eventos que podem acontecer, porque são múltiplos os dispositivos que ele tem, não é? Esses dispositivos podem facilmente sair” (P2, novembro, 2020).

“Portanto (...) implica de nós uma observação mais (...) mais próxima e mais atenta” (P2, novembro, 2020).

No discurso dos participantes evidencia-se que, no cuidado a estes doentes é essencial uma maior presença dos enfermeiros, o que é corroborado por Karlsson, V., & Bergbom, I. (2014) e Tingsvik et al (2013). É igualmente expresso pelos intervenientes, a premência de maior proximidade nas intervenções de enfermagem, assim como uma maior observação e vigilância, com o intuito de prevenir /antecipar

possíveis eventos adversos, como a retirada dos dispositivos terapêuticos.

Gestão da Terapêutica

A gestão da terapêutica ajustada a cada doente é uma intervenção de enfermagem interdependente, indissociável de outras de carácter independente, constituindo um foco de atenção dos enfermeiros, em prol do bem-estar e conforto do doente.

A administração de analgesia requer uma avaliação adequada do doente, por parte do enfermeiro, assim como, a determinação do nível de sedação deve ser adequada a cada indivíduo (Urden *et al.*, 2013).

“... é por aí que nós devemos caminhar e cada vez mais usar os protocolos de sedação” (P5, novembro, 2020).

“... quer a sedação, quer a analgesia também são prescritos por objetivos e ...e é verificado...se a analgesia está correta, se é suficiente para aquele doente, se ele está confortável, se não está confortável, através da aplicação das escalas; da escala da dor, da escala da RASS, da BPS” (P4, novembro, 2020).

“... temos que gerir muito bem, a...analgesia/sedação” (P1, novembro, 2020).

“Nós fazemos a gestão da analgesia e da sedação de, de uma forma autónoma, com base em fluxogramas que temos...Temos essa parte de autonomia na gestão da analgesia e sedação e gerimos para os objetivos” (P6, novembro, 2020).

“...temos muito a modalidade da analgesia multimodal...fazemos sempre dupla analgesia, no sentido de promover sempre...conforto ao doente, nomeadamente naquilo que se refere à dor...” (P2, novembro, 2020).

“Nós queremos sempre o doente o mais acordado e o mais colaborante possível, otimizando muito, muito a analgesia e fazemos sempre a analgesia preventiva podemos administrar de uma forma autónoma” (P6, novembro, 2020).

“... vamos vendo sempre a resposta em termos fisiológicos e em termos de verbalização do doente, para ver se ele pelo

menos está confortável com todos os dispositivos aa, com esse tipo de sedação...” (P2, novembro, 2020).

É verbalizado pelos participantes a incidência de intervenções, no âmbito da gestão da analgesia e da sedação, e a utilização de protocolos/fluxogramas específicos, ajustados a cada doente. Esta ideia é um aspeto igualmente enfatizado por diversos autores (Barr *et al.*, 2013; Pinto, 2011; Teixeira, & Durão, 2016). A administração e gestão de analgesia multimodal e de analgesia preventiva são também mencionadas nas unidades de registo deste *focus group*, como forma de evitar picos de intensificação de dor. Indo de encontro aos participantes, Mehta, Spies, & Shehabi (2018) defendem que a utilização da analgesia multimodal de uma forma antecipada pode aumentar a sua eficácia. A necessidade premente de avaliação e vigilância criteriosa da dor é igualmente um aspeto enfatizado pelos enfermeiros, que mencionam a atenção dispensada à identificação e vigilância de sinais fisiológicos do 5º sinal vital, assim como, de sinais de desconforto do doente. Segundo Teixeira & Durão (2016), a gestão da dor engloba a avaliação, monitorização e tratamento da mesma, mediante a utilização de escalas e indicadores de monitorização, passíveis de identificar a sua intensidade e permitir avaliar a eficácia das intervenções instituídas. As mesmas autoras, no estudo realizado, vão de encontro ao expresso pelos participantes, identificando indicadores de dor como: a inquietude, movimentos corporais, variação do diâmetro pupilar, assincronia do ventilador, vocalizações e expressão facial.

Autocuidado

O autocuidado dos doentes é foco dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, pelo facto de esta, frequentemente, não ser capaz de tratar do que é necessário para se manter operacional.

Num estudo desenvolvido por Klarsson & Bergbom (2015) foi considerado pelos profissionais ser mais satisfatório cuidar de doentes ventilados, sedados e conscientes, em virtude de os poderem motivar e envolver nos cuidados.

Na categoria Autocuidado foram identificadas cinco subcategorias: Autocuidado mobilizar-se, Autocuidado posicionar-se, Autocuidado transferir-se, Autocuidado higiene, Promoção dos autocuidados.

Autocuidado mobilizar-se

A dependência do doente sedado e ventilado internado em cuidados intensivos no autocuidado mobilizar-se pode conduzir a diversas complicações. Neste sentido, de acordo com os enfermeiros que participaram no estudo, a possibilidade de haver alguma participação do mesmo na sua mobilidade constitui-se como um ganho em saúde.

“Em termos de mobilidade naquele doente o que vamos conseguir é diminuir o seu tempo de internamento, com uma recuperação mais rápida, logo há ganhos em saúde” (P4, novembro, 2020).

“... o facto de ele poder mexer as pernas poder mexer os braços, o pouco movimento que ele possa fazer com os pés, já vamos ganhar aí bastante...” (P4, novembro, 2020).

“... que o doente consiga fazer o seu, a sua movimentação, a sua mobilização...” (P4, novembro, 2020).

Autocuidado posicionar-se

Segundo alguns participantes, o facto de o doente se encontrar consciente, torna muitas vezes possível, que o mesmo colabore nos seus posicionamentos.

“... até que nos ajude no posicionamento” (P4, novembro, 2020).

“... promover os posicionamentos...” (P1, novembro, 2020).

Autocuidado transferir-se

A prática de sedação ligeira nos doentes ventilados permite, de acordo com os participantes que o autocuidado transferir-se se realize com alguma

participação do doente, facto que não seria possível se este se encontrasse num grau de sedação mais profunda.

“...incentivar o doente...os doentes que possam estar otimizados e que possam fazer levantar...mesmo entubados e ventilados” (P4, novembro, 2020).

Autocuidado higiene

É relatado por um dos participantes do *focus group* que, na prestação de cuidados de higiene aos doentes conscientes, sedados e ventilados, os mesmos são gradualmente envolvidos neste autocuidado.

“... ponho uma esponja em cima do tórax, ponho a mão do doente em cima do tórax e uma em cima da esponja, e basicamente a função dele é esfregar o tórax, passados uns dias...está também a prestar cuidados de higiene à cara, aos braços”. (P2, novembro, 2020).

Promoção dos autocuidados

De acordo com o que aludem os enunciados descritivos dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica (2017), o enfermeiro especialista nesta área deve implementar planos de cuidados individualizados, que, para além de outras vertentes contemplem a promoção do autocuidado dos doentes. Em consonância com este documento, a narrativa dos participantes revela que, cada vez mais as terapêuticas de enfermagem ao doente consciente, sedado e ventilado invasivamente têm grande incidência na promoção dos diversos autocuidados:

“... o autocuidado inicia-se muito precocemente e inicia-se muitas vezes no Serviço de Cuidados Intensivos” (P1, novembro, 2020).

“... ao eles estarem acordados estão mais autónomos dentro das suas limitações e quer dizer que nós como enfermeiros, cada vez mais estamos a promover a autonomia...a nível de todos os autocuidados” (P5, novembro, 2020).

“...tentamos sempre que possível otimizar a que o doente colabore muito nos cuidados...” (P6, novembro, 2020).

Implementação de estratégias comunicacionais

A comunicação é um elemento-chave na interação enfermeiro-doente, que adquire particular relevância quando, por qualquer motivo, o doente encontra limitações a este nível.

Devido à incapacidade de comunicação verbal por parte do doente consciente, sedado e ventilado invasivamente, é imperioso ter experiência e criatividade para desenvolver estratégias comunicacionais, conducentes à satisfação das necessidades do mesmo.

“... uns quadros, arranjamos uns, uns livros com vários, com vários desenhos pra mostrar ao doente, por forma a melhorar a própria comunicação” (P6, novembro, 2020).

“Nós há alguns anos atrás, já tínhamos implementado no nosso serviço quadro de vidatak para comunicação com o doente. Atualmente nós estamos a trabalhar, não sei se vocês conhecem o aplicativo icu patient comunicater?” (P1, novembro, 2020).

“... tínhamos o desafio de tentar a, arranjar a...estratégias, inclusive, para além da psicóloga, englobou uma terapeuta da fala, para alguns doentes em que nós não tínhamos mesmo forma de os entender” (P6, novembro, 2020).

“... nós temos quadros, quadros com imagens para eles agruparem ideias e temos também quadros com abecedário, para que eles possam constituir frases ou palavras, de forma a podermos comunicar” (P2, novembro, 2020).

“... temos vindo a tentar desenvolver...a tentativa de leitura de lábios(sorriso), mesmo com o tubo inserido na boca, não é?” (P2, novembro, 2020).

“Tentamos ajustar a forma de comunicar com depois consoante o tipo de doente: se é um doente mais calmo, se é um doente mais agitado” (P2, novembro, 2020).

“... esse aplicativo é muito fácil de...conseguir escrever...até aparece a imagem do corpo e ele pode tocar onde lhe dói mais e ter a intensidade da dor...É uma das estratégias que

estão a facilitar a comunicação do doente com o tubo” (P1, novembro, 2020).

“... uma das intervenções que nós temos ...é ser o ele de ligação na comunicação”, “...nós pusemos o computador à frente, para ele falar com a filha e servimos nós de interlocutores entre a família...” (P1, novembro, 2020).

Relativamente às estratégias referidas pelo grupo de participantes para comunicar com o doente, são múltiplas, nomeadamente a utilização de livros com desenhos, quadros com imagens e letras, leitura de lábios e aplicativos eletrónicos. Estes aplicativos e os quadros comunicacionais são igualmente referenciados na revisão da literatura realizada por Ten Hoorn, Elbers, Girbes, & Tuinman (2016). Por outro lado, a formação realizada por alguns enfermeiros de cuidados Intensivos, no âmbito da psicologia e terapia da fala são enfatizados como importantes na dinamização da comunicação com o doente.

Um aspeto ainda referido foi o facto de estas estratégias requererem adaptação a cada doente, e de as mesmas constituírem um veículo para a expressão da sensação e intensidade da dor, por parte do mesmo.

A comunicação com a família é indissociável do processo comunicacional com o doente ventilado invasivamente. Como tal, os participantes expressaram o seu papel enquanto interlocutores com a família, através da utilização do computador, como uma das estratégias.

Implementação de estratégias face à agitação/desorientação

A agitação e desorientação são conceitos frequentemente interligados e presentes nos doentes internados em Cuidados Intensivos, particularmente naqueles privados da comunicação verbal e cujo grau de sedação lhes permite observar o complexo meio onde estão inseridos. Estes sinais podem ter várias

causas associadas, sendo o papel do enfermeiro fundamental para minimizar a sua ocorrência.

Face à agitação e desorientação destes doentes foram identificadas pelos enfermeiros, várias terapêuticas de enfermagem, não farmacológicas. As mesmas foram englobadas em três subcategorias: Gestão da agitação, Promoção do sono e repouso e Regulação do ritmo circadiano.

Na **Gestão da agitação** foram referidas terapêuticas como a maior presença do enfermeiro, a massagem e, no caso de mais nenhuma estratégia ser capaz controlar o quadro de agitação é mencionada a utilização da restrição física.

“... acho que essa presença, o facto de, de estar presente às vezes acalma o doente. Às vezes não é só a terapêutica...às vezes o estar ali e perceber o que é que o doente quer...” (P1, novembro, 2020).

“... aquela massagem é muito importante para minimizar esses quadros agitativos...” (P1, novembro, 2020).

“Naquele doente que de todo, quando não funciona nada, acabamos sim, por utilizar restrição física, em último caso, sempre” (P2, novembro, 2020).

Ao incidir na **Promoção do sono e repouso**, assim como na **Regulação do ritmo circadiano**, foram apontadas pelos intervenientes do estudo, estratégias que se enquadram conjuntamente nestas subcategorias, tais como:

-Gestão da luminosidade da unidade

“As luzes, tentamos sempre que possível minimizar a partir da meia noite, uma da manhã...tentar minimizar a intensidade da luz”(P2, novembro, 2020).

“... em vez de acender as luzes de toda a unidade...só acendemos metade...e isso minimizou alguns quadros de agitação que tínhamos durante a noite...” (P1, novembro, 2020).

- Utilização de vendas oculares durante a noite

“...também a aquisição...daquelas olheiras que a gente tem às vezes nos aviões” (P2, novembro, 2020).

- Controle do ruído, através do ajuste dos alarmes dos ventiladores e monitores

“ utilização de tampões auriculares e instalação de dispositivos avaliadores do ruído”(P2, novembro, 2020).

“..tentar minimizar os apitos dos ventiladores e dos monitores” (P2, novembro, 2020).

“Já adquirimos tampões para...auriculares para alguns doentes, no sentido de minimizar a... o ruído” (P2, novembro, 2020).

“... adquirimos...os tampões para colocar nos doentes, porque...muitos doentes acordam a meio da noite a pensar que é de manhã... acordam agitados, e não sabem onde estão, não sabem que horas são, pensaram...que a noite já, já terminou” (P1, novembro, 2020).

“... instalamos um dispositivo para avaliação do ruído”,

“...tentar adaptar a monitorização dos alarmes de cada doente...” (P6, novembro, 2020).

Este conjunto de estratégias expostas vai de encontro ao resultado de estudos que abordam a utilização de máscaras para os olhos e tampões auriculares, na promoção do sono dos doentes, internados em Unidades de Cuidados Intensivos (Vieira, Ferreira, & Goes, 2018). A utilização de tampões auriculares é também mencionada no estudo desenvolvido por Hofhuis *et al.* (2018). Estes autores corroboram o discurso dos participantes, identificando a redução do volume dos alarmes dos ventiladores, como outra estratégia facilitadora do sono dos doentes. A luminosidade e o ruído são fatores que também influenciam a regulação do ritmo circadiano do doente em ambiente de cuidados intensivos. Neste sentido, Tovar (2017), tal como os participantes conclui que, a adoção de estratégias conducentes à redução da

intensidade da luz e do ruído são medidas adotadas pelos enfermeiros.

CONCLUSÃO

No processo de transição saúde-doença do doente sedado, consciente e ventilado invasivamente, o papel do enfermeiro de cuidados intensivos é essencial. Os achados deste estudo permitiram identificar diversas terapêuticas de enfermagem valorizadas pelos enfermeiros, no cuidado a estes doentes. Estas focam-se na maior necessidade de incremento da vigilância dos doentes, associada a uma maior proximidade e presença; na gestão da analgesia/ sedação, mediante a vigilância/avaliação de sinais de dor e utilização de escalas; na promoção do potencial de autocuidado; na implementação de estratégias facilitadoras da comunicação com o binómio doente/família e de estratégias para gestão dos quadros de agitação/desorientação do doente. A elaboração deste estudo permitiu-nos constatar que este novo paradigma de sedação ligeira dos doentes possibilita que, cada vez mais o enfermeiro envolva o doente nos cuidados, tendo em vista a promoção precoce do seu potencial de autonomia, com o conseqüente impacto significativo na recuperação do mesmo e obtenção de ganhos em saúde. Como limitação deste estudo foi identificada a inexistência de estudos de investigação com a mesma temática. Para desenvolvimentos futuros consideramos ter interesse ampliar a investigação efetuada a uma amostra constituída por enfermeiros peritos de Unidades de Cuidados Intensivos de outras áreas do país, a fim de ser possível a comparação de resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bäcklund, K., Persson, K., & Haziabdic, E. (2018). Intensive Care Nurses' Experiences of Caring for Intubate Patients under Light Sedation: A Qualitative Study. *Open Journal of Nursing*, 8, 473 - 484.
- Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barr, J., Fraser, G., Puntillo, K., Ely, E., Gélinas, C., Dasta, J., ..., & Jaeschke, R. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 41(1), 263-306. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182783b72>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Hofhuis, J., Rose, L., Blackwood, B., Akerman, E., McGaughey, J., Egerod, I., ... & Spronk, P. (2018). Clinical practices to promote sleep in the ICU: A multinational survey. *International Journal of Nursing Studies*, 81, 107 - 114. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.03.001>
- Humphrey, M., Everhart, S., Kosmisky, D., & Anderson, W. E. (2018). An evaluation of patient-specific characteristics on attainment of target sedation in an intensive care unit. *Heart & Lung*, 47(4), 387-391. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.05.008>
- Klarsson, V., & Bergbom, I. (2015). ICU Professionals' Experiences of Caring for Conscious Patients Receiving MVT. *Western Journal of Nursing Research*, 37(3), 360-375. <https://doi.org/10.1177/0193945914523143>
- Mehta, S., Spies, C., & Shehabi, Y. (2018). Ten tips for ICU sedation. *Intensive care medicine*, 44(7), 1141-1143. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4992-9>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle_Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mortensen, C., Kjaer, M., & Egerod, I. (2019). Caring for non-sedated mechanically ventilated patients in ICU: A qualitative study comparing perspectives of expert and competent nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 52, 35-41. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.01.004>
- Mota, L., Bastos, F., & Brito, M. (2018). A pessoa submetida a transplante de fígado: terapêuticas de

enfermagem no follow up. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV, 16, 19-28

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões De Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica)*. Retirado de em: <https://docplayer.com.br/88218153-Assembleia-extraordinaria-do-colegio-da-especialidade-de-enfermagem-medico-cirurgica.html>

Ordem dos Enfermeiros (2018). Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018). *Diário da República*, 2ª série, n.º 135 de 16 de julho de 2018, p. 19359-19360.

Pinto, F. (2011). *Sedação e analgesia em unidades de cuidados intensivos em Portugal - resultados de um inquérito nacional* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Porto.

Teixeira, J., & Durão, M. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV, 10, 135-142. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>

Ten Hoorn, S., Elbers, P.W., Girbes, A.R., & Tuinman, P.R. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Critical Care* 20, 333. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>

Tingsvik, C., Bexell, E., Andersson, A., & Henricson, M. (2013). Meeting the challenge: ICU-nurses' experiences of lightly sedated patients. *Australian Critical Care*, vol. 26 (3), 124-129. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2012.12.005>

Tovar, L. (2017). *El Sueño en las Unidades de Críticos*. Comunicaciones Escritas presentadas al III Congreso Virtual de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias, Ciberrevista Enfermería de Urgencias, 58, 1-3.

Urden, L., Stacy, K., & Lough, M. (2013). *Cuidados Intensivos de Enfermagem* (6ª Ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora, Lda.

Vieira, J., Ferreira, R., & Goes, M. (2018). Protetores de ouvido e olhos na promoção do sono em Cuidados Intensivos. *Revista de Enfermagem UFPE*, 12 (10). <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a236958p2784-2793-2018>

DETERMINANTES NO ACESSO A CUIDADOS CONTINUADOS EM CONTEXTO DOMICILIAR

Determinants in access to long-term care at home

Determinantes en el acceso a cuidados de largo plazo en el domicilio

Carina Pereira Fonseca*, Susana Sampaio Oliveira**

RESUMO

Enquadramento: a prestação de cuidados continuados em contexto domiciliário promove a saúde e a autonomia dos utentes, contribuindo para a diminuição dos custos em saúde, pelo que assegurar a sua acessibilidade é fulcral. **Objetivo:** identificar determinantes passíveis de melhoria no acesso a cuidados continuados em contexto domiciliário. **Metodologia:** estudo transversal, exploratório, descritivo e correlacional, com abordagem mista, apoiado no modelo conceptual de acesso a cuidados de saúde de Levesque *et al.* (2013). Numa primeira fase, foram realizadas 4 entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde com vasta experiência em cuidados continuados. Na segunda fase, foram analisadas 123 respostas ao questionário aplicado a profissionais de saúde que exercem funções em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). **Resultados:** os participantes consideraram que, das dimensões “proximidade”, “aceitabilidade”, “capacidade e acomodação” e “adequabilidade”, os determinantes com maior influência se enquadravam nas dimensões de proximidade e aceitabilidade, e identificaram maior capacidade de intervenção nos determinantes presentes nas dimensões de proximidade e adequabilidade. **Conclusão:** para um melhor acesso a cuidados continuados em contexto domiciliário, demonstrou-se prioritário intervir na literacia em saúde, na disponibilização de informação sobre as ECCI e o processo de referenciação, bem como na adequabilidade dos cuidados.

Palavras-chave: assistência de longa duração; cuidado domiciliário; acesso aos serviços de saúde

*MSc, Enfermeira do ACeS Grande Porto III – Maia/ Valongo; Faculdade de Economia, Universidade do Porto – <https://orcid.org/0000-0001-6082-6494> - Contribuição no artigo: conceção, recolha e análise dos dados, redação e revisão.
 **PhD, Prof. Adjunta da Faculdade de Economia, Universidade do Porto – <https://orcid.org/0000-0002-3799-1608> - Contribuição no artigo: conceção, redação e revisão.

Como referenciar:

Fonseca, C.P., & Oliveira, S.S., (2021). Determinantes no acesso a cuidados continuados em contexto domiciliário. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1) 19-33 <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.144>

ABSTRACT

Background: the provision of long-term care in the home context promotes the health and autonomy of users, contributing to the reduction of health costs, so ensuring accessibility is crucial. **Objective:** to identify determinants that can be improved in access to long-term care in the home context. **Methodology:** cross-sectional, exploratory, descriptive and correlational study, with a mixed approach, supported by the conceptual model of access to health care of Levesque *et al.* (2013). First, 4 semi-structured interviews were conducted with health professionals with extensive experience in long-term care. In a second phase, 123 responses to the questionnaire applied to health professionals who work in Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) were analyzed. **Results:** participants considered that, from the dimensions “approachability”, “acceptability”, “availability and accommodation” and “appropriateness”, the determinants with the greatest influence fit into the dimensions of approachability and acceptability and identified greater capacity for intervention in the determinants present in the dimensions of approachability and appropriateness. **Conclusion:** for better access to long-term care in the home context, it is a priority to intervene in health literacy, provision of information about ECCI and the referral process, as well as the adequacy of care.

Keywords: long-term care; home care services; health services accessibility

RESUMEN

Marco Contextual: la prestación de cuidados de largo plazo en el domicilio promueve la salud y la autonomía de los usuarios, contribuyendo a la reducción de los costes sanitarios, por lo que garantizar la accesibilidad es fundamental. **Objetivo:** identificar los determinantes que podrían mejorar el acceso a la atención a largo plazo en el domicilio. **Metodología:** estudio transversal, exploratorio, descriptivo y correlacional, con enfoque mixto, sustentado en el modelo conceptual de acceso a la salud de Levesque *et al.* (2013). Primero se realizaron 4 entrevistas semiestruturadas con profesionales de la salud experimentados en cuidados de largo plazo. Después, se analizaron 123 respuestas al cuestionario aplicado a los profesionales que laboran en Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). **Resultados:** los participantes consideraron que, de las dimensiones “proximidade”, “aceptabilidad”, “capacidad y acomodación” e “adecuación”, los determinantes con mayor influencia encajan en las dimensiones de proximidad y aceptabilidad. Identificaron mayor capacidad de intervención en los determinantes de las dimensiones de proximidad e adecuación. **Conclusión:** para mejor acceso a la atención continua en el domicilio, se mostró prioritario intervenir en la alfabetización en salud, en la provisión de información sobre ECCI y el proceso de derivación, así como en la adecuación de la atención.

Palabras clave: cuidados a largo plazo; servicios de atención de salud a domicilio; accesibilidad a los servicios de salud

Recebido para publicação em: 09/05/2021
 Aceite para publicação: 25/06/2021

INTRODUÇÃO

Os cuidados continuados visam uma ação integrada e pró-ativa entre equipas de saúde e de apoio social, que permitem melhorar o estado de saúde, a autonomia e o bem-estar dos seus utentes, contribuindo para a diminuição dos custos em saúde e suporte social (Hsieh & Kenagy, 2020; Colombo, 2011). A evolução dos cuidados domiciliários resulta de exigências sobretudo relacionadas com a contenção de despesas, mas também com o avanço tecnológico, permitindo reduzir reinternamentos hospitalares, mortalidade e institucionalização (Moura, 2020).

As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) resultam da interface entre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a reforma dos cuidados de saúde primários, e têm uma intervenção de curto prazo, em contexto domiciliário, visando melhorar a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social, maximizando a sua qualidade de vida (Decreto-Lei 101/2006). As ECCI são equipas multidisciplinares que prestam cuidados todos os dias do ano a uma população referenciada com maioritariamente idade superior a 65 anos (ACSS, 2019). Desde o seu surgimento, estas Equipas têm aumentado progressivamente a sua capacidade de atendimento, o que, de acordo com os dados da última monitorização nacional, se reflete em 286 ECCI e 5643 lugares (ACSS, 2019). Contrariamente ao plano de desenvolvimento da RNCCI, o número de lugares domiciliários em ECCI mantém-se inferior ao de lugares de internamento,

verificando-se, desde 2015 até 2019, uma diminuição de 918 lugares (ACSS, 2019; OPSS, 2018).

Sendo a manutenção da pessoa no domicílio um propósito dos cuidados continuados, e percebendo que desigualdades na acessibilidade aos cuidados prestados pela ECCI podem contribuir para assimetrias em saúde, constituiu objetivo deste estudo identificar determinantes passíveis de melhoria no acesso a cuidados continuados em contexto domiciliário.

ENQUADRAMENTO/ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A acessibilidade em saúde tem sido modelizada de diversas formas. Levesque *et al.* (2013) definem o acesso como a oportunidade com que os consumidores ou as comunidades são capazes de usar serviços de saúde apropriados, e na proporção das suas necessidades. É visto como o resultado da interface entre as características de pessoas, famílias, ambientes sociais e físicos e as características dos sistemas, organizações e prestadores de saúde. De acordo com os autores, o acesso é alcançado através da interação entre cinco dimensões essenciais: proximidade (*approachability*), aceitabilidade (*acceptability*), capacidade e acomodação (*availability and accommodation*), esforço financeiro (*affordability*) e adequabilidade (*appropriateness*) (Figura 1). A interação destas com as características do lado da oferta (prestadores de cuidados de saúde) e do lado da procura (utentes) permite avaliar a acessibilidade em saúde. São considerados, por um lado, os fatores predisponentes à utilização e, por outro, os fatores facilitadores do sistema de saúde.

Determinantes no acesso a cuidados continuados em contexto domiciliar

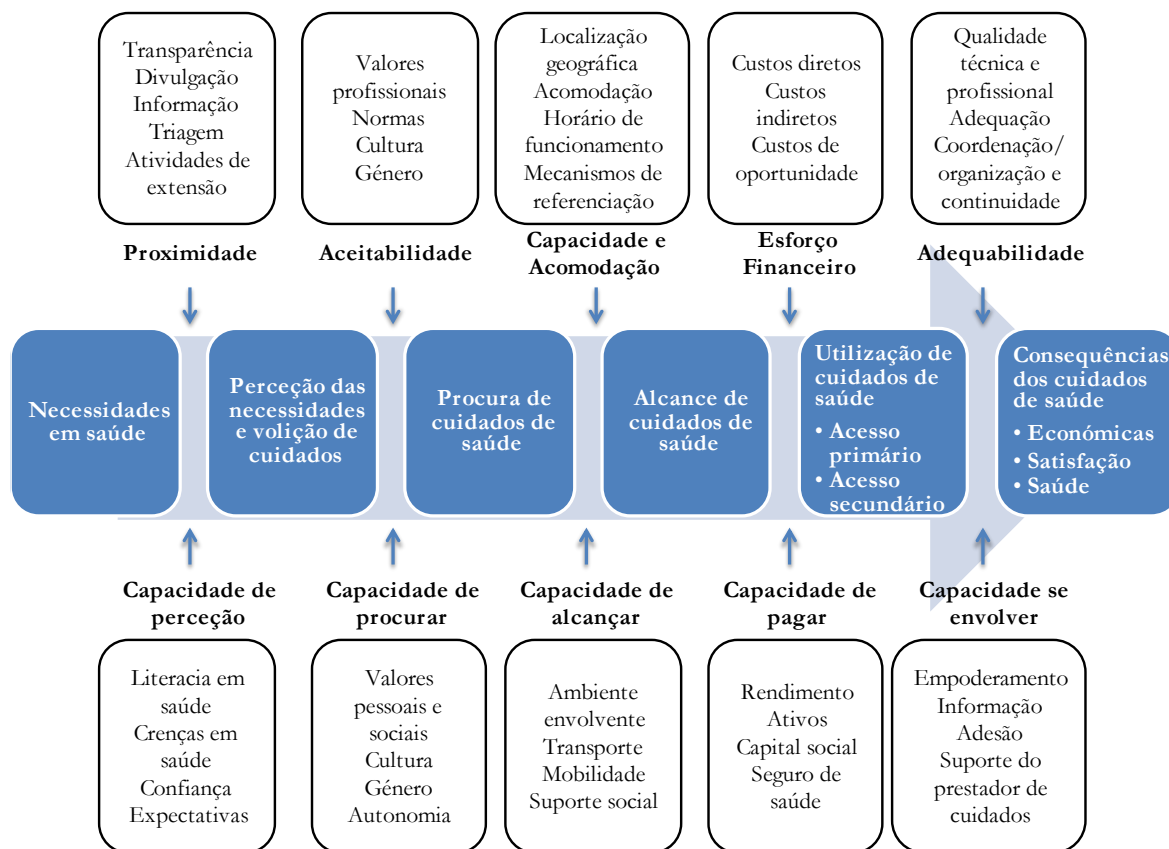


Figura 1

Adaptação da estrutura conceptual de acesso aos cuidados de saúde (Levesque *et al.*, 2013, p. 5).

A proximidade está relacionada com a capacidade dos potenciais utentes identificarem que necessitam de cuidados de saúde e reconhecerem que existe alguma forma de serviços que pode ser usada com impacto sobre a sua saúde (Teixeira *et al.*, 2016; Levesque *et al.*, 2013). Uma das primeiras barreiras para aceder aos cuidados continuados em contexto domiciliário ocorre quando uma pessoa não percebe que apresenta necessidade de cuidados de saúde que a torna elegível para tal. Esta condicionante poderá resultar de falta de conhecimento sobre quais os critérios para receber cuidados em casa, ou de preferências da pessoa e/ou família (Suurmond *et al.*, 2016).

Guihan *et al.* (2011) concluíram que os idosos referenciados para os cuidados continuados

domiciliários e os seus cuidadores têm dificuldade em obter informações precisas e oportunas sobre os serviços de cuidados continuados, nomeadamente sobre os seus custos, tipos de serviços disponíveis e critérios de referênciação, identificando ainda entraves no processo de referênciação. Felix *et al.* (2019) compreenderam que clientes com apoio de agentes comunitários no domicílio têm maior facilidade em aceder a uma maior gama de serviços de saúde, evidenciando a eficácia da intervenção destes agentes na disponibilização de informação e promoção destes serviços de saúde.

A aceitabilidade refere-se a fatores culturais e sociais que influenciam a aceitação de aspetos do serviço, tais como a idade, o sexo ou grupo social dos prestadores,

crenças associadas aos sistemas médicos, ou localização geográfica do prestador (Levesque *et al.*, 2013). Uma consideração cultural importante é garantir a sensibilidade ao género e a diferentes etnias, criando serviços culturalmente seguros e, portanto, mais acessíveis (Brito *et al.*, 2019; Bailie *et al.*, 2015). Suurmond *et al.* (2016) perceberam que a inserção em redes comunitárias facilita a procura de serviços de saúde em contexto domiciliário, pela troca de experiências e conhecimento. Verificaram ainda que muitas pessoas atribuem grande relevo à opinião do médico de família relativamente à referenciação para os cuidados domiciliários. Teixeira *et al.* (2016) constataram que uma maior duração da relação entre o profissional de saúde e o utente se associa a um maior acesso a cuidados de saúde. Sendo o médico de família, juntamente com o assistente social e o enfermeiro de família, a referenciar os utentes para as ECCL, pode inferir-se que a relação destes com o indivíduo influencia o processo de acesso a cuidados continuados domiciliários. Um estudo, realizado recentemente na Alemanha, concluiu que idosos com mais necessidades de cuidados continuados enfrentam mais barreiras de acesso a cuidados especializados (Schulz *et al.*, 2020), o que poderá resultar da dificuldade destes em procurar este tipo de cuidados.

A capacidade e acomodação representam em que medida o prestador detém os recursos necessários para atender às necessidades dos utentes. Traduz uma medição da capacidade da rede em oferecer serviços em quantidade suficiente para fazer face à procura potencial, permitindo avaliar se a organização do prestador (em termos de localização geográfica,

horário de funcionamento, marcação de consultas, etc.) é adequada às restrições e preferências dos utentes (Teixeira *et al.*, 2016). O acesso é limitado se os recursos disponíveis forem distribuídos de maneira desigual pelo país ou pelos níveis de atendimento (OPSS, 2018). Em Portugal, embora o número de ECCL tenha crescido 1,8% entre 2017 e 2019, o número de lugares disponíveis a nível nacional diminuiu 2,3%. Mantêm-se ainda assimetrias regionais, com o número médio de lugares disponíveis por ECCL oscilar entre 11 no Centro e 35 em Lisboa e Vale do Tejo (LVT) (ACSS, 2019).

Independentemente do número de lugares disponíveis, a agilidade com que é tratada a referenciação de utentes tem um peso considerável no acesso a cuidados continuados em contexto domiciliário (Bailie *et al.*, 2015) e depende, a montante do processo, do acesso a consultas com o médico de família, enfermeiro de família e assistente social. Esta cadeia de contactos e avaliações, pela sua burocracia e complexidade, poderá condicionar o acesso. Relativamente à referenciação para a RNCCI, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) de 2018 salienta a sua complexidade, envolvendo diferentes etapas imprescindíveis, mas que, por vezes, geram demoras na admissão. Em comparação com outras unidades da RNCCI, os tempos de espera são claramente mais baixos para as ECCL, mas dentro da mesma tipologia da Rede, LVT e o Norte são as regiões com maior tempo de espera para admissão (OPSS, 2018).

O horário de funcionamento de um serviço de saúde é também muito importante no que diz respeito à sua acomodação (Levesque *et al.*, 2013). Contudo, a

maioria dos utentes em ECCI são reformados e/ou incapacitados para atividade laboral pelo que, à partida, demonstram uma maior flexibilidade para marcação de visita domiciliária. A falta de transporte (Baile *et al.*, 2015) e a mobilidade restrita dos idosos e pessoas com deficiência adquirida (Levesque *et al.*, 2013) não representam à partida barreiras para os utentes da ECCI, uma vez que os cuidados são prestados em sua casa.

O esforço financeiro diz respeito aos preços dos serviços e às despesas relacionadas, além dos custos de oportunidade associados à perda de remuneração durante o tempo em que usam os serviços de saúde (Teixeira *et al.*, 2016). Relativamente ao acesso à ECCI, não há gastos de transporte para os utentes, nem taxas moderadoras, e os recetores dos cuidados estão numa situação de dependência ou inaptos para o trabalho, pelo que não existem à partida custos de oportunidade associados ao tempo sacrificado. Além disso, segundo a Comissão Europeia (2019), os pagamentos diretos em cuidados continuados em Portugal encontram-se abaixo da média europeia (0,6% da quota global de despesas em saúde comparativamente com 2,4% da média da União Europeia).

Na última dimensão do acesso em saúde, a adequabilidade, pretende-se refletir sobre a adequação dos serviços prestados em tipo e qualidade, bem como a capacidade de envolvimento do indivíduo, para a obtenção de resultados em saúde que vão ao encontro das necessidades e expectativas da pessoa, e sejam sustentáveis do ponto de vista socioeconómico (Levesque *et al.*, 2013).

No âmbito das ECCI, os serviços prestados encontram-se bem definidos na carta de compromisso

contratualizada. Importa, contudo, avaliar adequadamente as necessidades de cada pessoa e os melhores profissionais para a assistir. De acordo com Baile *et al.* (2015) e Levesque *et al.* (2013), a existência de serviços especializados é uma mais-valia para melhorar o acesso a determinado serviço de saúde. Assim, dado que as ECCI dispõem de profissionais com diferentes especialidades, tal permite melhorar o acesso, adequando os cuidados prestados e promovendo a continuidade dos cuidados. Um modelo de assistência integrada em contexto domiciliário requer: profissionais de saúde com diversidade racial e étnica, bem como treino especializado em diferentes áreas; uma rede integrada de organizações comunitárias; uma plataforma de comunicação eletrónica; e modelos de financiamento que permitam o pagamento adequado de salários e o incentivo a atos formativos (Golden *et al.*, 2019). Melhorar a comunicação entre profissionais é um primeiro passo na melhoria do atendimento integrado (Lette *et al.*, 2020).

Em suma, as várias dimensões da acessibilidade influenciam-se mutuamente, e atuam a partir da interação de determinantes relacionados com as características dos indivíduos e dos serviços. Identificar e compreender esses determinantes permite planear uma abordagem que promova a equidade no acesso e a eficiência dos cuidados prestados.

METODOLOGIA

No contexto da RNCCI e em plena articulação com os cuidados de saúde primários, foi desenvolvido no âmbito das ECCI um estudo transversal, de carácter exploratório, descritivo e correlacional, entre maio e

julho de 2020, através de uma abordagem mista - qualitativa e quantitativa -, concretizada em duas fases e sustentada pelo modelo conceptual de acesso a cuidados de saúde de Levesque *et al.* (2013). A mistura de dados qualitativos e quantitativos visou enriquecer o conhecimento sobre o fenómeno e minimizar os riscos de erros ou viés.

Fase I – Abordagem Exploratória Inicial

Após a identificação de escassez de investigação sobre o acesso a cuidados continuados em contexto domiciliário em Portugal, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com base na revisão da literatura e nas dimensões do acesso em saúde identificadas por Levesque *et al.* (2013). Foram selecionados por conveniência 4 profissionais de saúde, três enfermeiros e um médico, com mais de 10 anos de experiência profissional na coordenação e gestão de ECCL, que desempenham funções em equipas diferentes, mas na mesma região de saúde. Os participantes têm idades compreendidas entre os 40 e os 53 anos.

As entrevistas foram realizadas através de suporte digital, por videoconferência ou videochamada, com duração média de 36 minutos. O registo em suporte digital, com a autorização prévia dos participantes, permitiu a sua posterior análise detalhada. Após a sua transcrição, foi realizada uma análise qualitativa de conteúdo, permitindo-nos classificar grandes quantidades de texto num número eficiente de categorias.

Fase II – A Perceção dos Profissionais de Saúde

A segunda fase da investigação visou obter a opinião dos profissionais de saúde que desempenham funções em ECCL, acerca dos fatores determinantes para o

acesso aos cuidados prestados nesta tipologia de cuidados, bem como da sua capacidade de intervir como meio facilitador desses fatores. A amostra foi constituída por 123 profissionais de saúde que desempenham funções em ECCL de todo o país. Para seleção da população acessível, solicitou-se a colaboração da Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade (AUCC) e da Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER), associações com uma importante representatividade por profissionais que exercem funções em ECCL, e que partilharam o pedido de colaboração para participação no estudo.

No processo de colheita de dados decidiu-se a aplicação de um questionário, de forma a alcançar uma amostra mais alargada. Optou-se pela sua elaboração, com questões essencialmente fechadas, com base na revisão de literatura e nos dados recolhidos na primeira fase de investigação. O questionário final foi submetido a um pré-teste e, posteriormente, partilhado através de um *link*. Na sua estrutura, contempla uma introdução ao tema e à metodologia de colheita de dados, garantindo a participação voluntária e informada dos intervenientes no estudo. O seu preenchimento não contém qualquer dado identificativo. O questionário final era constituído por 10 questões sociodemográficas para efeitos de caracterização da amostra. Continha ainda 16 proposições que resultaram de itens identificados nas fases de revisão da literatura e entrevista, mantendo a lógica de categorização adotada no primeiro momento de investigação. As 16 proposições foram apresentadas sob a forma de duas escalas de *Likert* de 5 pontos, ordenadas por ordem crescente de valor,

uma para avaliar a opinião dos profissionais de saúde sobre os itens com maior influência no acesso do utente aos cuidados prestados pela ECCI, e outra para avaliar a sua capacidade de intervenção como meio facilitador no acesso aos cuidados prestados pela ECCI. Após a aplicação dos questionários, recorreu-se a técnicas de estatística descritiva e inferencial. Para avaliar as relações entre as variáveis utilizou-se a correlação de *Spearman*.

Nas duas fases de investigação foi assegurado o anonimato dos participantes e a confidencialidade da informação, tendo sido a participação voluntária. Foi dada a possibilidade de desistir do estudo a qualquer momento da investigação, sem qualquer prejuízo para o participante.

Tabela 1

Categorias e subcategorias da análise de conteúdo

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Proximidade	Informação	<i>“existe um desconhecimento da existência das ECCI” (...)</i> <i>“é na minha ótica o maior entrave para o acesso”</i> (E3)
	Divulgação	<i>“se teve um familiar ou vizinho internado na ECCI (...) aumenta a acessibilidade aos cuidados da mesma”</i> (E4)
	Literacia	<i>“Quanto maior o conhecimento desses profissionais [referenciadores], maior a probabilidade de os seus utentes serem referenciados, pela perceção que os primeiros têm dos ganhos potenciais que a ECCI trará aos segundos”</i> (E4)
	Expectativas	<i>“elevadas expectativas impostas [pelos profissionais referenciadores] conduzem por vezes a frustrações [por parte do utente]”</i> (E1)
Aceitabilidade	Relação utente-profissional de saúde	<i>“quanto melhor um profissional de saúde conhece os seus utentes, mais facilmente percebe as suas necessidades e promove esta articulação de cuidados e referência”</i> (E1)
	Valores culturais e sociais	<i>“[as famílias] não gostam que se mexa naquilo que é o hábito deles”</i> (E1)
Capacidade e Acomodação	Capacidade Recursos	<i>“ausência de vagas que coloca doentes em lista de espera”</i> (E2) <i>“Verifica-se um rácio de profissionais reduzido para as necessidades identificadas”</i> (E1); <i>“dificuldade em fazerem visita domiciliária por haver condicionantes ao transporte”</i> (E3)
	Gestão da lista de espera	<i>“a lista de espera dos utentes da ECCI é gerida de forma cronológica, independentemente do motivo de referência ou da premência de acesso aos cuidados (...), perdendo-se nalgumas situações a janela terapêutica promotora da consecução dos melhores ganhos em saúde atingíveis”</i> (E4)
	Processo de referência Horário de funcionamento	<i>“é burocrático (...) com duplicação dos dados clínicos nos sistemas de informação vigentes”</i> (E4); <i>“complexo e moroso”</i> (E2) <i>“é suficiente para dar resposta às necessidades de cuidados dos nossos utentes”</i> (E3)

RESULTADOS

Fase I - Entrevistas

Ao longo da leitura de todas as entrevistas e da análise do seu conteúdo, foi possível identificar conceitos chave, e ainda alcançar uma categorização dos vários aspetos considerados determinantes no acesso aos cuidados prestados pelas ECCI. Esses aspetos foram agrupados em categorias e subcategorias das dimensões do acesso a cuidados de saúde do modelo de Levesque *et al.* (2013) (Tabela 1). Na análise de conteúdo realizada não foram identificadas subcategorias enquadráveis na dimensão de esforço financeiro.

Adequabilidade	Adequação de cuidados Profissionais diferenciados Envolvimento Processos de auditoria Articulação de cuidados	<p><i>“os cuidados prestados no domicílio permitem que se adapte muito mais rapidamente a dinâmica familiar e o prestador de cuidados à nova realidade de saúde do utente” (E1)</i></p> <p><i>“o facto de termos profissionais de diferentes especialidades é também uma mais valia na adequação dos cuidados, (...) com uma abordagem mais ampla de complementaridade na prestação de cuidados aos utentes” (E3)</i></p> <p><i>“quanto maior o envolvimento de ambas as partes, mais e melhores ganhos em saúde se obtêm. E (...) maior é a perceção da utilidade e potencial da ECCI” (E4)</i></p> <p><i>“As auditorias e as reuniões de acompanhamento visam ajudar as Equipas na resolução precoce de possíveis problemas ou dificuldades, promovendo a construção de melhores cuidados e a agilização dos processos” (E1)</i></p> <p><i>“articulação com as várias Equipas e projetos, na gestão e articulação das vagas e na gestão dos cuidados aos utentes” (E4)</i></p>
----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fase II - Questionários

Os 123 profissionais de saúde que responderam ao questionário desempenham funções em ECCI distribuídas pelas diferentes regiões de saúde nacionais (53,7% do Norte; 19,5% de Lisboa e Vale do Tejo; 17,1% do Centro; 6,5% do Alentejo; e 3,3% do Algarve). A maioria dos participantes apresenta idade compreendida entre os 40 e os 50 anos (47,15%), com grau de formação académica superior variado. Trata-se de uma amostra maioritariamente constituída por enfermeiros (97,6%; n=120), tendo ainda a participação de dois médicos e um fisioterapeuta.

Do total da amostra, 91,87% (n=113) dos participantes referiram ter diferentes áreas de especialização, sendo que a maioria detém especialização na área da reabilitação (56,63%) e da saúde comunitária (24,78%). Relativamente ao tempo de exercício profissional, verificou-se que mais de metade dos participantes (53,66%) tem mais de 20 anos de experiência

profissional, e 43,91% tem entre 10 e 19 anos de experiência profissional. No que se refere ao tempo de exercício profissional nas ECCI, 28,46% (n=35) dos profissionais trabalha neste contexto desde a criação das ECCI, sendo que a maioria (41,46%; n=51) refere ter 5 a 9 anos de experiência profissional nesta tipologia de cuidados, período coincidente com uma maior aposta governativa na RNCCI. Entre os participantes 40,65% (n=50) mencionaram desempenhar funções de gestão nas ECCI onde exercem funções.

Analisou-se a perspetiva dos profissionais de saúde sobre a influência de diferentes itens no acesso do utente aos cuidados prestados pelas ECCI. Assim, foram considerados 16 itens de acessibilidade para aferir a opinião dos profissionais de saúde quanto à sua influência no acesso do utente aos cuidados prestados pelas ECCI (Tabela 2).

Tabela 2

Estatística descritiva dos itens de acessibilidade, relativamente à sua influência no acesso às ECCI e à capacidade de intervenção do profissional de saúde

Categoria	Item de acessibilidade	Influência					Capacidade de intervenção				
		\bar{x}	Me	Mo	DP	Fa _{4,5%}	\bar{x}	Me	Mo	DP	Fa _{4,5%}
Proximidade	Literacia em saúde	3,73	4	4	1,03	60,98	4,32	4	5	0,77	87,80
	Informação precisa e oportuna sobre os cuidados prestados pela ECCI	4,12	4	5	0,88	76,43	4,49	5	5	0,77	87,80
	Informação precisa e oportuna sobre os critérios e o processo de referenciação para ECCI	4,05	4	5	0,99	74,80	4,36	5	5	0,86	81,30
	Experiência anterior na utilização desta tipologia de cuidados	4,01	4	5	1,04	73,17					
	Perceção do estado de saúde pelo próprio indivíduo ou cuidador	3,84	4	4	0,99	64,23	4,08	4	4	0,80	77,23
Aceitabilidade	Inserção em rede comunitária de prestação de serviços	3,56	4	4	1,03	55,29	3,54	4	4	1,10	55,28
	Relação entre equipa de saúde familiar (médico e enfermeiro de família) e o utente	4,03	4	5	1,00	73,17	3,64	4	4	1,15	58,53
Capacidade e Acomodação	Número de Lugares domiciliários na ECCI	3,76	4	5	1,11	59,35	3,16	3	4	1,28	43,09
	Plataforma de comunicação eletrónica e sistemas informáticos de apoio à prática clínica	3,32	3	3	1,18	44,72	3,41	4	4	1,21	50,41
	Horário de funcionamento da ECCI	3,65	4	4	1,22	60,98	3,34	3	4	1,28	48,58
	Tempo de espera entre a referenciação e a admissão na ECCI	3,69	4	4	1,17	64,23	3,07	3	3	1,22	36,59
	Complexidade do processo de referenciação	3,95	4	5	1,09	69,11	2,93	3	3	1,25	34,96
Adequabilidade	Capacidade de envolvimento e empoderamento do utente ou prestador de cuidados	3,99	4	5	0,96	66,66	4,19	4	5	0,81	79,67
	Existência de profissionais especializados em diferentes áreas de cuidados	3,96	4	5	1,09	73,99	3,46	4	4	1,27	55,28
	Gestão do horário de visita domiciliária de acordo com as rotinas diárias do utente/família	3,67	4	4	1,09	60,17	4,11	4	5	0,89	77,23
	Adequação dos cuidados à cultura, etnia, género e estrato socioeconómico do utente	3,48	4	3	1,11	50,41	4,23	4	5	0,87	81,30

Nota: Assinalado a os itens com maior influência, a os itens com influência considerável e a os itens com maior capacidade de intervenção; \bar{x} – média; Me – mediana; Mo – moda; DP – desvio padrão; Fa – frequência acumulada

Numa primeira análise dos resultados, os itens considerados com maior influência foram aqueles que cumpriram os seguintes requisitos: média e mediana ≥ 4 ; moda=5; frequência acumulada dos scores 4 e 5 (Fa_{4,5}) $\geq 70\%$. Assim, quando questionados sobre quais os itens com maior influência sobre o acesso do utente

a esta tipologia de cuidados, os profissionais de saúde consideram a “Informação precisa e oportuna sobre os cuidados prestados pela ECCI” e a “Informação precisa e oportuna sobre os critérios e o processo de referenciação para a ECCI”, refletindo a importância da informação para o acesso em saúde. Ainda no âmbito

da dimensão de proximidade, os profissionais de saúde referiram a “Experiência anterior na utilização desta tipologia de cuidados” como um dos itens com maior influência no acesso às ECCL. A “Relação entre equipa de saúde familiar (médico e enfermeiro de família) e o utente” foi considerada também pelos participantes como um dos itens com maior influência no acesso aos cuidados prestados pela ECCL, este no âmbito da dimensão de aceitabilidade. Os itens de acessibilidade considerados com maior influência coincidem com os identificados na análise de conteúdo da primeira fase. Em seguida foram identificados os itens com média < 4, mas mediana ≥ 4 e moda = 5. Desta forma, têm uma influência considerável sobre o acesso às ECCL os itens “Número de lugares domiciliários na ECCL” e “Complexidade do processo de referenciação” no âmbito da dimensão de capacidade e acomodação, e os itens “Existência de profissionais especializados em diferentes áreas de cuidados” e “Capacidade de envolvimento e empoderamento do utente ou prestador de cuidados” da dimensão de adequabilidade.

Quando analisada a relação entre a opinião dos participantes sobre a influência dos itens de acessibilidade no acesso do utente aos cuidados prestados pelas ECCL e as variáveis de caracterização da amostra não se identificam correlações estatisticamente significativas.

Para aferir a perspetiva dos profissionais de saúde quanto à sua capacidade de intervenção como meio facilitador no acesso dos utentes aos cuidados prestados pela ECCL consideraram-se 15 itens de acessibilidade, e os resultados foram analisados à semelhança dos critérios utilizados anteriormente (Tabela 2). Os profissionais de saúde consideram ter

maior capacidade de intervenção sobre os itens de “Informação precisa e oportuna sobre os cuidados prestados pela ECCL”, “Informação precisa e oportuna sobre os critérios e o processo de referenciação para a ECCL” e “Literacia em saúde”, demonstrando que poderão ter um papel crucial na transmissão de informação sobre a temática, e conseqüente proximidade com os potenciais utentes da ECCL, bem como com os profissionais referenciadores. Nesta primeira análise dos resultados, observou-se ainda que os participantes consideram ter maior capacidade de intervenção sobre itens de adequabilidade, como sendo a “Gestão do horário de visita domiciliária de acordo com as rotinas diárias do utente/família”, a “Capacidade de envolvimento e empoderamento do utente ou prestador de cuidados” e ainda a “Adequação dos cuidados à cultura, etnia, género e estrato socioeconómico do utente”. Relembre-se que os itens referentes à dimensão de proximidade foram também exaustivamente mencionados no primeiro momento de investigação deste estudo.

Dos 15 itens avaliados, os que apresentam os valores mais baixos em todas as medidas de tendência central são relativos à dimensão capacidade e acomodação, retratando uma perspetiva de reduzida capacidade de intervenção neste domínio por parte dos inquiridos.

Através do coeficiente de correlação de Spearman (r_s) (nível de significância de 0,01** e 0,05*), verificou-se que profissionais de saúde com níveis de escolaridade mais elevado, assim como profissionais que exercem a sua atividade profissional há mais tempo tendem a considerar uma maior capacidade de intervenção na “Gestão do horário de visita domiciliária de acordo com as rotinas do utente/família” ($r_s=0,1840^*$ e $r_s=0,1774^*$, respetivamente). Observou-se ainda que

profissionais de saúde com mais tempo de exercício profissional, tendem a atribuir maior capacidade de intervenção, como meio facilitador dos seguintes itens: “Literacia em saúde” ($rs=0,2320^{**}$), “Informação precisa e oportuna sobre os cuidados prestados pela ECCI” ($rs=0,2415^{**}$), “Perceção do estado de saúde pelo próprio indivíduo” ($rs=0,2112^{**}$). Por último, observou-se uma relação positiva entre o exercício da função de gestão e a capacidade de intervenção sobre o “Número de lugares domiciliários na ECCI” ($rs=0,2489^{**}$).

Foi possível constatar que apenas dois dos itens de acessibilidade são, simultaneamente, considerados com maior influência no acesso aos cuidados prestados pela ECCI e sob maior capacidade de intervenção por parte dos profissionais de saúde que desempenham funções nesta tipologia de cuidados. São eles os itens “Informação precisa e oportuna sobre os cuidados prestados pela ECCI” e “Informação precisa e oportuna sobre os critérios e o processo de referência para a ECCI”. Verificou-se ainda que os itens “Existência de profissionais especializados em diferentes áreas de cuidados”, “Tempo de espera entre a referência e a admissão na ECCI” e “Complexidade do processo de referência”, apresentam uma diferença de médias $\geq 0,5$ e de $F_{4,5} \geq 18,71\%$ relativamente à sua influência no acesso e a capacidade de intervenção pelos profissionais de saúde, demonstrando uma considerável discrepância de valores.

Estudaram-se ainda as medidas de associação entre as variáveis referentes à opinião dos profissionais de saúde sobre a influência dos diversos itens de acessibilidade e a opinião dos mesmos sobre a sua capacidade de intervenção quanto a esse mesmo item,

recorrendo ao coeficiente de correlação de *Spearman* (rs). Com exceção dos itens “Número de Lugares domiciliários na ECCI”, “Tempo de espera entre a referência e a admissão na ECCI” e “Complexidade do processo de referência”, os dados obtidos demonstraram uma correlação positiva com significado estatístico entre a maioria das variáveis, através do qual se percebeu que os itens aos quais os profissionais de saúde atribuem uma maior influência no acesso aos cuidados prestados pela ECCI são também aqueles para os quais consideram ter uma maior capacidade de intervenção.

DISCUSSÃO

A assimétrica distribuição dos participantes no estudo por regiões de saúde reflete a disparidade existente na alocação de ECCI em território nacional (ACSS, 2019). A amostra espelha ainda o elevado número de profissionais de enfermagem a desempenhar funções nas ECCI, equipas integradas atualmente nas Unidades de Cuidados na Comunidade e que contam com 1965 profissionais de enfermagem, 87 profissionais médicos e 126 técnicos superiores de saúde (Ministério da Saúde, 2019).

Foram identificados fatores determinantes no acesso dos utentes aos cuidados prestados pelas ECCI no âmbito das seguintes dimensões do acesso em saúde: proximidade, aceitabilidade, capacidade e acomodação e adequabilidade. Não foram identificados, contudo, determinantes no domínio da dimensão esforço financeiro, refletindo os dados da Comissão Europeia (2019) em que os pagamentos diretos em cuidados continuados em Portugal se encontram muito abaixo dos valores da média da União Europeia.

Na opinião dos profissionais de saúde, os determinantes com maior influência no acesso aos cuidados continuados em contexto domiciliar enquadram-se nas dimensões de proximidade e aceitabilidade. Os profissionais de saúde atribuem maior capacidade de intervenção sobre determinantes que se incluem nas dimensões de proximidade e adequabilidade, itens de acessibilidade que demonstraram uma correlação positiva significativa relativamente à sua influência e capacidade de intervenção. Uma intervenção sobre determinantes no âmbito das dimensões de proximidade e adequabilidade poderá resultar numa maior acessibilidade dos utentes a cuidados continuados em contexto domiciliar, aspeto corroborado por Suurmond *et al.* (2016) e Baile *et al.* (2015).

No âmbito da dimensão de proximidade é fundamental intervir na literacia em saúde, na divulgação de informação junto dos utentes e profissionais referenciadores, sobretudo quanto aos cuidados prestados pela ECCI, aos critérios e ao processo de referência (Felix *et al.*, 2019; Suurmond *et al.*, 2016), bem como na gestão de expectativas e confiança nos cuidados prestados pelas ECCI. Os participantes identificaram que a posse destas informações, para além de ter uma grande influência no acesso aos cuidados, pode ser objeto de intervenção por parte dos profissionais de saúde, significando, por isso, um foco prioritário de atuação. Na dimensão de capacidade e acomodação, a complexidade do processo de referência foi o aspeto que os profissionais de saúde identificaram ter maior influência no acesso aos cuidados prestados pela ECCI. Os resultados obtidos vão de encontro ao defendido por Bailie *et al.* (2015), que afirmaram que

independentemente do número de lugares disponíveis, a agilidade com que é tratada a referência de utentes tem um peso considerável na capacidade do utente alcançar os cuidados continuados em contexto domiciliar. Tal como defendido pelo OPSS (2018), os participantes consideraram que o processo de referência para a ECCI é demasiado burocrático, complexo e moroso, e identificaram a importância de uma reestruturação do processo de referência e investimento nos sistemas de informação, sugerindo uma maior intervenção na formação dos profissionais referenciadores, assim como auditorias ao processo de referência. Todos estes aspetos devem ser considerados pelos gestores da RNCCI no intuito de promover melhorias no acesso, garantindo simultaneamente a sustentabilidade da Rede.

Os processos de auditoria foram mencionados na fase de entrevista como mecanismos de melhoria da qualidade dos serviços prestados, promovendo uma permanente adequação dos cuidados às necessidades dos utentes, aspeto que Golden *et al.* (2019) considera importante para o alcance de melhores resultados numa assistência integrada em contexto domiciliar. Nos relatórios de monitorização da RNCCI são avaliados indicadores de qualidade dos cuidados (por exemplo, registo de quedas, registo de novas úlceras de pressão) (ACSS, 2019). Contudo, mostra-se relevante analisar outras variáveis, nomeadamente relacionadas com a proximidade ao utente (por exemplo, literacia em saúde, expectativas), bem como a capacidade de recursos técnicos, humanos e de estrutura familiar para garantir os resultados esperados.

No que respeita ainda à dimensão adequabilidade, os resultados alcançados sugerem ser determinante intervir sobre aspetos relacionados com a continuidade, articulação e adequação de cuidados, onde foi valorizada a disponibilidade de profissionais diferenciados, a envolvência do utente e família nos cuidados prestados pelas ECCI, e ainda o desenvolvimento de processos de auditoria. Tal como defendido por Baile *et al.* (2015) e Levesque *et al.* (2013), a existência de profissionais especializados em diferentes áreas de cuidados é tida pelos participantes como uma mais-valia para a acessibilidade dos utentes, considerada como um dos itens com maior influência. A importância de profissionais especializados prende-se com uma melhor adequação dos cuidados às necessidades identificadas, e ainda com a promoção da multidisciplinaridade, articulação e continuidade dos cuidados prestados, permitindo a triangulação de dados clínicos e experiências profissionais, que visam a melhor integração dos cuidados. Um dos motivos apontados para a redução do número de lugares domiciliários tem sido a lacuna de recursos humanos existente nestas Equipas (OPSS, 2018), aspeto que seria importante aprofundar. A capacidade de envolvimento e empoderamento do utente/prestador de cuidados tem sido identificada como determinante no acesso a cuidados domiciliários (Suurmond *et al.*, 2016). Este aspeto foi também valorizado pelos participantes, que o identificam como o único item, da dimensão de adequabilidade, com maior influência no acesso a esta tipologia de cuidados e sobre o qual consideram ter maior capacidade de intervenção, sendo por isso um determinante no qual se deverá intervir em primeira linha.

Considerada no estudo como uma das dimensões do acesso em que há menor capacidade de intervenção pelos profissionais de saúde, a capacidade e acomodação das ECCI tem um importante impacto na sua acessibilidade. O número de lugares domiciliários das ECCI foi identificado pelos participantes como um fator determinante no acesso a estes cuidados, refletindo-se frequentemente no tempo de espera para admissão na ECCI (OPSS, 2018). Apesar disso, os profissionais de saúde consideram ter uma reduzida capacidade de intervenção neste âmbito, tratando-se efetivamente de um fator dependente do arbítrio de gestores em saúde, aspeto confirmado pela correlação positiva identificada entre o exercício da função de gestão e a capacidade de intervenção sobre o “Número de lugares domiciliários na ECCI” ($r_s=0,2489^{**}$).

Na opinião dos entrevistados, a possibilidade de gestão da lista de espera das ECCI de acordo com as prioridades e necessidades de cuidados identificadas, e não de forma cronológica como é realizada, seria importante para promover a equidade vertical no acesso, permitindo que indivíduos com maior necessidade de cuidados e de uma intervenção mais precoce usufruíssem atempadamente dos mesmos. Para tal, será necessário estipular critérios objetivos de prioridade para a admissão nas ECCI, salientando uma vez mais a importância do envolvimento de gestores e decisores em saúde no futuro planeamento e desenvolvimento da RNCCI (OPSS, 2018).

Reconhecemos que a utilização de um questionário não validado foi uma limitação do presente estudo. Aspeto que tentamos minimizar através da revisão da literatura e da investigação exploratória realizada na primeira fase de investigação.

CONCLUSÃO

Na opinião dos profissionais de saúde, os determinantes com maior influência no acesso aos cuidados continuados em contexto domiciliar enquadram-se nas dimensões de proximidade e aceitabilidade, as primeiras na cadeia de acesso a cuidados de saúde. Assim, a aposta em intervenções que melhorem a literacia em saúde, a disponibilização de informação sobre os cuidados prestados pela ECCI e os critérios e o processo de referenciação para a mesma são aspetos cruciais a considerar quando se pretende melhorar o acesso dos utentes a cuidados continuados em contexto domiciliário. A adequação dos cuidados de saúde às reais necessidades do utente e às suas particularidades, aspeto sobre o qual os participantes consideram ter maior capacidade de intervenção, adquire também um importante papel na melhoria da acessibilidade, na medida em que condiciona todos os resultados dos cuidados de saúde, nomeadamente no que se refere aos ganhos em saúde, à satisfação do utente e aos resultados económicos.

Para além da necessidade de ajustar a intervenção dos profissionais de saúde das ECCI de modo a melhorar a acessibilidade dos utentes, será ainda determinante sensibilizar os decisores políticos quanto à necessidade de redefinir os indicadores de monitorização da RNCCI, atualmente muito direcionados para as dimensões de capacidade e acomodação, de simplificar o processo de referenciação à ECCI e de criar critérios objetivos de prioridade na admissão às ECCI.

No futuro, consideramos ainda relevante o desenvolvimento de estudos nacionais que integrem os cuidados de saúde e o apoio social, assim como de investigação referente à utilização de cuidados

continuados em contexto domiciliário no setor privado da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. Administração Central do Sistema de Saúde. (2019). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 2019 1º Semestre*. Retirado de <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-da-RNCCI-sem19-vfinal-3.pdf>.
- Bailie, J., Schierhout, G., Laycock, A., Kelaher, M., Percival, N., O'Donoghue, L., ... Bailie, R. (2015). Determinants of access to chronic illness care: a mixed-methods evaluation of a national multifaceted chronic disease package for Indigenous Australians. *BMJ Open*, 5. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008103>
- Brito, D., Belkis, M., Vilela, I., Vilela, N., & Brito, A. (2019). Obstáculos no Acesso à Saúde pelos Imigrantes: Análise de Género. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 1(1), 67-73. <https://doi.org/10.37914/riis.v1i1.31>
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: Estudos de Políticas de Saúde da OCDE. <https://doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- Comissão Europeia. (2019). *State of Health in the EU: Portugal - Perfil de saúde do país 2019*. Retirado de https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_pt_portuguese.pdf.
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho (2006). Diário da República nº 109. Série I-A. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Felix, H. C., Ali, M., Bird, T. M., Cottoms, N. & Stewar, K. (2019). Are community health workers more effective in identifying persons in need of home and community-based long-term services than standard-passive approaches. *Home Health Care Services Quarterly*, Jul-Sep, 38(3), 194-208. <https://doi.org/10.1080/01621424.2019.1604461>
- Golden, R., Emery-Tiburcio, E., Post, S., Ewald, B. & Newman, M. (2019). Connecting Social, Clinical, and Home Care Services for Persons with Serious Illness in the Community. *The American Geriatrics Society*, 67, 412-418. <https://doi.org/10.1111/jgs.15900>
- Guihan, M., Hedrick, S., Miller, S. & Reder, S. (2011). Improving the Long-Term Care Referral Process:

- Insights From Patients and Caregivers. *Gerontology & Geriatrics Education*, 32, 135-151. <https://doi.org/10.1080/02701960.2011.572041>
- Hsieh, CM. & Kenagy, G. P. (2020). Exploring the association between quality of homecare services and older adults' well-being. *Home Health Care Services Quarterly*, 39(2), 65-79. <https://doi.org/10.1080/01621424.2020.1726849>
- Lette, M., Boorsma, M., Lemmens, L., Stoop, A., Nijpels, G., Baan, C. & Bruin, S. (2020). Unknown makes unloved - A case study on improving integrated health and social care in the Netherlands using a participatory approach. *Health Soc Care Community*, 28, 670-680. <https://doi.org/10.1111/hsc.12901>
- Levesque, J., Harris, M. & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Ministério da Saúde. (2019). *BI da Reforma: Profissionais CSP*. Retirado de <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoieYzgxYWZjNjk1ZDU4YS00MWNmLTgxNDItNTFiNTk1MTFmZTEzliwidCI6IjlyYzg0NjA4LWYwMWQtdNDZjNS04MDI0LTYzY2M5NjJlNjY1MSIsImMiOj9>.
- Moura, A. (2020). *Does long-term care provision reduce hospital bed-blocking? Evidence from a policy reform in Portugal*. Tilburg University, Department of Econometrics and Operations Research. Retirado de http://conference.iza.org/conference_files/UniDuisburg_2020/moura_a29961.pdf.
- OPSS. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2018). *Meio Caminho Andado: Relatório Primavera 2018*. Retirado de <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>.
- Schulz, M., Czwikla, J., Tsiasioti, C., Schwinger, A., Gand, D., Schmiemann, G., ... Rothgang, H. (2020). Differences in medical specialist utilization among older people in need of long-term care – results from German health claims data. *International Journal for Equity in Health*, 19(22), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-1130-z>
- Suurmond, J., Rosenmoller, D., Mesbahi, H., Lamkaddem, M. & Essink-Bot, M. (2016). Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly - A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 23-35. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.014>
- Teixeira, V., Macedo, A. M., Borges, C., Carrapa, S., China, S. & Cunha, R. (2016). O impacto do nível socioeconómico na acessibilidade aos cuidados de saúde primários: estudo em quatro unidades de saúde do Norte de Portugal. *Rev Port Med Geral Fam*, 32(6), 376-86. <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v32i6.11958>

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: PENSAMENTO SOCIAL DOS ENFERMEIROS

Social representation of rehabilitation nursing: nurses' social thought

Representación social de la enfermería rehabilitadora: pensamiento social de las enfermeras

Isabel Oliveira*, Elisabete Ferreira**, Daniela Neves***, Ana Margarida Carvalho****, Mariana Sílvia*****, Líliliana Serrano*****, Bruno Delgado*****

RESUMO

Enquadramento: a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, na qual a enfermagem de reabilitação acrescenta valor pelo que, a compreensão a sua a representação social, poderá proporcionar contributos relevantes para aumentar a visibilidade da profissão e promover mudanças nas práticas e nos contextos de prática clínica. **Objetivo:** descrever a representação social da enfermagem de reabilitação para os enfermeiros. **Metodologia:** estudo qualitativo, exploratório e descritivo, numa amostra não probabilística acidental com 110 participantes, tendo como população alvo enfermeiros. A recolha de dados foi efetuada através de um teste de associação livre de palavras, por meio eletrónico, aos enfermeiros da rede de contactos de uma instituição de ensino superior. O tratamento de dados foi realizado através do software informático IRAMUTEQ. **Resultados:** O núcleo central da representação social evidenciou as expressões autonomia, recuperação e cinesiterapia, reforçado pela primeira periferia – independência, treino de marcha e cuidar. Domínios emergentes ou competências comuns, como o exercício físico e a gestão, foram menos relevantes para a estrutura da representação social. **Conclusão:** Não se conseguindo construir dentro da profissão um pensamento social que traduza o mandato social da enfermagem de reabilitação, a população poderá igualmente não o alcançar, o que poderá ter implicações na procura em cuidados.

Palavras-chave: enfermagem em reabilitação; psicologia social; enfermeiro

*RN, Prof. Adjunta da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa - <https://orcid.org/0000-0001-6627-3907> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

**RN, Enfermeira do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - <https://orcid.org/0000-0002-6286-4133> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

***RN, Enfermeira do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - <https://orcid.org/0000-0002-3301-5757> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

****RN, Enfermeira do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - <https://orcid.org/0000-0003-0376-7250> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

*****RN, Enfermeira do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - <https://orcid.org/0000-0002-1101-3857> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

*****RN, Enfermeira do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - <https://orcid.org/0000-0002-3621-0697> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

*****PhD, Prof. Adjunto convidado na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa - <https://orcid.org/0000-0002-6847-1314> - Contribuição no artigo: Critical revision of the article

Como referenciar:

Oliveira, I., Ferreira, E., Neves, D., Carvalho, A.M., Sílvia, M., Serrano, L., & Delgado, B., (2021). Representação social da enfermagem de reabilitação: Pensamento Social dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1) 35-46. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.124>

Recebido para publicação em: 29/03/2021
Aceite para publicação: 07/06/2021

ABSTRACT

Background: health quality is a multiprofessional task, in which rehabilitation nursing adds value, therefore understanding the social representation of rehabilitation nursing can provide relevant contributions to increase the visibility of the profession and promote changes in clinical practice practices and contexts. **Objective:** to describe the social representation of rehabilitation nursing for nurses. **Methodology:** qualitative, exploratory and descriptive study, in an accidental non-probabilistic sample with 110 participants, with nurses as the target population. The data collection was carried out through a test of free association of words, through electronic means, to the nurses in the network of contacts of a higher education institution. In data processing, we use the computer software IRAMUTEQ. **Results:** The central nucleus of the social representation evidenced the expressions autonomy, recovery and kinesitherapy, reinforced by the findings of the first periphery – independence, gait training and care. Emerging domains or common competencies, such as physical exercise and management, were less relevant to the structure of social representation. **Conclusion:** If it is not possible to build a social thought within the profession that translates the social mandate of rehabilitation nursing, the population may also not reach it, which could have implications for the demand for care.

Keywords: rehabilitation nursing; psychology, social; nurses

RESUMEN

Marco contextual: la calidad de la salud es una tarea multiprofesional, en la que la enfermería rehabilitadora aporta valor, por lo que entender su representación social puede aportar contribuciones relevantes para incrementar la visibilidad de la profesión promoviendo cambios. **Objetivo:** describir la representación social de la enfermería de rehabilitación para enfermeras. **Metodología:** Estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, en una accidental muestra probabilística con 110 participantes. La recolección de datos se realizó a través de una prueba de libre asociación de palabras, a través de medios electrónicos, a los enfermeros de la red de contactos de una institución de educación superior. En el tratamiento de los datos utilizamos el software informático IRAMUTEQ. **Resultados:** El núcleo central las expresiones autonomía, recuperación y kinesiterapia, reforzadas por la primera periferia: independencia, entrenamiento de la marcha y cuidado. Los dominios emergentes o las competencias comunes, como el ejercicio físico y la gestión, eran menos relevantes para la estructura de la representación social. **Conclusión:** Si no es posible construir un pensamiento social dentro de la profesión que traduzca el mandato social de la enfermería de rehabilitación, es posible que la población tampoco lo alcance, lo que podría tener implicaciones para la demanda de cuidados.

Palabras clave: enfermería de rehabilitación; psicología social; enfermera

INTRODUÇÃO

Em saúde, a qualidade é uma tarefa multiprofissional, na qual os enfermeiros exercem um papel fundamental e, inerente à qualidade dos cuidados, assume-se existir hoje maior exigência técnica, científica e humana, sendo a especialização, cada vez mais, um imperativo que pretende dar resposta à crescente especificidade da necessidade em cuidados da população (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). Neste sentido, a enfermagem de reabilitação acrescenta valor no processo de cuidados, maximizando o potencial de recuperação da pessoa, detendo o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) igualmente um conjunto de competências comuns, nomeadamente nos domínios da melhoria contínua da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio; Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). A representação social, enquanto conjunto de suposições do conhecimento partilhado pelos indivíduos sobre um determinado objeto - no contexto deste estudo, a enfermagem de reabilitação - permite que esta seja descrita e explicada (De Rosa, Bocci, & Dryjanska, 2018). A compreensão da representação social da enfermagem de reabilitação poderá proporcionar contributos relevantes para aumentar a visibilidade da profissão e promover mudanças nas práticas e nos contextos de prática clínica.

Neste contexto, foi objetivo deste estudo descrever a representação social da enfermagem de reabilitação para os enfermeiros.

ENQUADRAMENTO/ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A representação social descreve a forma como os indivíduos adquirem e elaboram o conhecimento do mundo social através da partilha de suposições ou conceitos (De Rosa, Bocci, & Dryjanska, 2018). Diz respeito a uma relação simbólica que valoriza a transformação do imaginário de uma comunidade e sintetiza o complexo entrelaçamento das relações culturais pelas quais as pessoas se relacionam entre si, num determinado contexto histórico e cultural (Rubira-Garcia, Puebla-Martínez, & Gelado-Marcos, 2018). Sendo a representação social uma entidade dinâmica que desempenha um papel decisivo na configuração cognitiva e no comportamento dos indivíduos nos grupos, providencia um enquadramento holístico para a compreensão da apropriação e ação dos indivíduos (De Rosa, Bocci, & Dryjanska, 2018; Rubira-Garcia, Puebla-Martínez, & Gelado-Marcos, 2018). Apesar do conceito de representação social estar intimamente relacionado com a psicologia social (Rubira-Garcia, Puebla-Martínez, & Gelado-Marcos, 2018), a sua construção multidisciplinar tem feito crescer a sua utilização em outras áreas de conhecimento, nomeadamente na saúde e, concretamente, na enfermagem (Ferreira et al., 2019).

A enfermagem de reabilitação surge como uma das áreas de individualização das especialidades clínicas em enfermagem no contexto da evolução histórica da profissão, (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro). A individualização das especialidades clínicas em enfermagem surge como estratégia imprescindível, fundamentada na necessidade de uma atenção diferenciada e de qualidade, voltada para as

necessidades da pessoa/família e prestada por enfermeiros especialistas devidamente certificados, no sentido de “...munir o enfermeiro de mais recursos para desenvolver respostas adaptadas em situações de grande complexidade, reconhecendo a centralidade da clínica na profissão de enfermagem” (Regulamento n.º 168/2011, de 8 de março, p. 11120).

O enfermeiro especialista é assim detentor de um conjunto de competências específicas à sua área de intervenção, partilhando igualmente um conjunto de competências comuns: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). Estes domínios traduzem-se num nível elevado de capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e efetivo suporte ao exercício profissional especializado no contexto da formação, assessoria e investigação, envolvendo “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4744). Para além destas competências, o EEER é também detentor de um conjunto de competências específicas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que se traduzem na capacidade para cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; de capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

e; o de maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio). A especificidade da tomada de decisão permite que o EEER maximize o potencial funcional e autonomia do indivíduo, visando a independência e máxima satisfação da pessoa, utilizando para tal técnicas específicas de reabilitação, intervindo na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, assegurando, desta forma, o direito à dignidade e à qualidade de vida (Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio).

A abordagem à representação social da enfermagem de reabilitação justifica-se por diferentes razões. A representação social da enfermagem vai mudando ao longo do tempo e o estudo desta representação tem-se mostrado útil na compreensão das relações que se estabelecem entre o desenvolvimento da profissão e as políticas de saúde e o impacto da enfermagem na definição das políticas de saúde (Ravn et al., 2020). Além disso, a representação social é uma valiosa fonte de conhecimento que permite explorar como as pessoas e grupos participam na criação de sua identidade profissional percebida e, assim, refletindo e moldando a visão dominante da pessoa/família alvo dos seus cuidados e, em última análise, na construção da conceção do que é enfermagem (Ravn et al., 2020).

METODOLOGIA

Para responder ao objetivo deste estudo foi realizado um estudo de natureza qualitativa, com caráter exploratório e descritivo. A população em estudo foram os enfermeiros, recrutados para este estudo

numa técnica de amostragem não probabilística por conveniência. Esta técnica de amostragem foi utilizada considerando a acessibilidade aos participantes, uma vez que foi utilizada a rede de contactos de uma instituição de ensino superior, que é formada por enfermeiros (antigos estudantes) que frequentaram e concluíram formação pré-graduada e/ou pós-graduada nesta instituição. Foram definidos como critérios de inclusão ser enfermeiro e consentir à participação neste estudo e como critério de exclusão ser EEER. Como instrumento de recolha de dados foi utilizado um questionário de autopreenchimento online com uma metodologia de teste de associação livre de palavras (TALP). O TALP, enquanto estratégia de recolha de dados, mostra-se particularmente relevante pois permite aceder, através de um estímulo indutor, à intrincada rede associativa de conteúdos evocados e representações do objeto indutor (Tavares, Brito, Córdula, Silva, & Neves, 2014) e é frequentemente utilizado no contexto da investigação no domínio da Psicologia Social, com particular destaque nos estudos das representações sociais (Lopes et al., 2021). No TALP pede-se à pessoa que responda, com a primeira palavra que lhe venha à cabeça, a um estímulo indutor, que corresponde a uma série de palavras enunciadas pelo investigador. Ao serem solicitadas mais do que uma resposta para cada estímulo indutor, o participante é incentivado a hierarquizar as suas respostas (palavras ou expressões), de acordo com o grau de importância que lhes atribui (Coutinho & Bú, 2017). O questionário de recolha de dados foi enviado por correio eletrónico para o endereço eletrónico da rede de contactos da instituição de ensino superior e era composto por duas partes. A primeira com questões para a caracterização

sociodemográfica dos participantes: sexo, tempo de exercício de funções como enfermeiro, existência de enfermeiro de reabilitação a exercer funções no seu serviço e a modalidade de afetação do enfermeiro de reabilitação ao serviço (se é elemento integrante da equipa ou se faz parte de uma equipa externa ao serviço). Na segunda parte do questionário surge o TALP, composto de 3 frases em que se solicitou ao participante que escrevesse as primeiras 5 palavras, por ordem de importância para o próprio, com seguintes termos indutores: “quando penso em enfermagem de reabilitação lembro-me de...”, “quando penso no contributo da enfermagem de reabilitação no meu serviço, lembro-me de...”, “quando penso nos cuidados de enfermagem de reabilitação, lembro-me de...”.

A colheita de dados decorreu no período compreendido entre agosto a setembro de 2020, tendo sido recebido 110 questionários. Para a análise dos dados recolhidos utilizou-se o Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ), que consiste num programa que permite a análise dos dados recolhidos através do seu rigor estatístico (Camargo & Justo, 2013). Este software possui a capacidade de identificar a quantidade de palavras inseridas tal como a frequência da palavra. Além disso, permite introduzir os dados até que estes saturem. Desta forma, revela-se um instrumento de grande utilidade na análise dos dados qualitativos (Camargo & Justo, 2013). Com esta análise, obtém-se uma imagem com quatro quadrantes que representam as quatro dimensões da estrutura da representação social (Abric, 2011). No primeiro quadrante, a zona do núcleo central, encontram-se as palavras com uma frequência maior

que a média e evocadas nas posições mais elevadas, sendo que neste quadrante se encontram os elementos fundamentais que possuem ligações históricas, sociológicas e ideológicas e são consensualmente partilhados dentro do seio do grupo social e que, pela sua ligação à dimensão afetiva e ideológica, é onde se sustentam os estereótipos e crenças do grupo (Abric, 2011). Este quadrante evidencia a memória coletiva e o sistema de normas do grupo social, constituindo-se como a parte mais estável da representação social e mais resistente à mudança (Abric, 2011). O sistema periférico é a parte flexível da estrutura da representação e pode não ser partilhado consensualmente por todos os elementos do grupo. O quadrante superior direito representa a primeira periferia e contém as palavras com frequência elevada, mas evocadas numa posição mais baixa, ou seja, evocadas mais tardiamente, constituindo-se como complemento primordial do núcleo central da representação. O quadrante inferior direito, a segunda periferia, indica respostas evocadas em último lugar e menor frequência e inclui respostas que são menos relevantes para a estrutura da representação social, traduzindo aspetos mais particularizados da mesma, e que são mais sujeitos a alterações de acordo com a representação dominante. Por último, a zona de contraste, que traduz as respostas com menor frequência, mas evocadas em primeiro lugar, sendo que estas respostas podem ser um complemento da primeira periferia e reforçar o núcleo central ou indicar a existência de um subgrupo que, ao valorizar consistentemente alguns elementos distintos da maioria, poderá ele próprio representar um núcleo central diferente (Abric, 2011).

Este estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética da instituição de ensino superior, com o número 25/2020.

RESULTADOS

No que se refere à caracterização dos 110 participantes verifica-se que a maioria (n=92; 85,3%) era do sexo feminino. Relativamente ao tempo de exercício de funções, este varia entre os 2 e 37 anos de serviço, sendo a média de $16,92 \pm 9,58$ anos. Apurou-se igualmente que 59,1% (n=65) dos participantes afirmou ter EEER no seu serviço e que em 64,5% (n=71) o EEER pertencia a equipa. Relativamente ao título profissional, 51,8% (n=57) dos participantes eram enfermeiros de cuidados gerais e os restantes enfermeiros especialistas. Os dados recolhidos foram analisados através do programa IRAMUTEQ recorrendo-se à lematização dos mesmos. Dessa análise resultou a separação do corpus em 238 textos repartidos em 238 segmentos de texto. Nesses segmentos, foram identificadas 222 formas (redução as palavras com base nas suas raízes) e 825 ocorrências (resultado da análise de similitude que permite identificar o número de conexidade entre palavras). O número de hápax (palavras com frequência igual a 1) é 128, o que equivale a 15,52% das ocorrências e 57,66% das formas. De forma a identificar a estrutura representacional a partir da frequência e ordem das evocações da matriz de dados utilizou-se uma análise prototípica.

A figura 1 mostra a distribuição das respostas pelo sistema central e periférico e pela zona de contraste. As respostas mais evidentes na zona do núcleo central das representações sociais dos enfermeiros sobre a

Representação social da enfermagem de reabilitação: pensamento social dos enfermeiros

enfermagem de reabilitação são autonomia, recuperação, cinesiterapia, capacitar e qualidade de vida. Quanto à zona da primeira periferia, destacam-se as expressões independência, treino de marcha e cuidar. Na segunda periferia surgem as palavras

levantar, equipa, incentivo e exercício físico. As respostas treino, cooperação, função e intervenção precoce são as mais evocadas na zona de contraste e em conjunto com as da primeira periferia reforçam a zona do núcleo central.

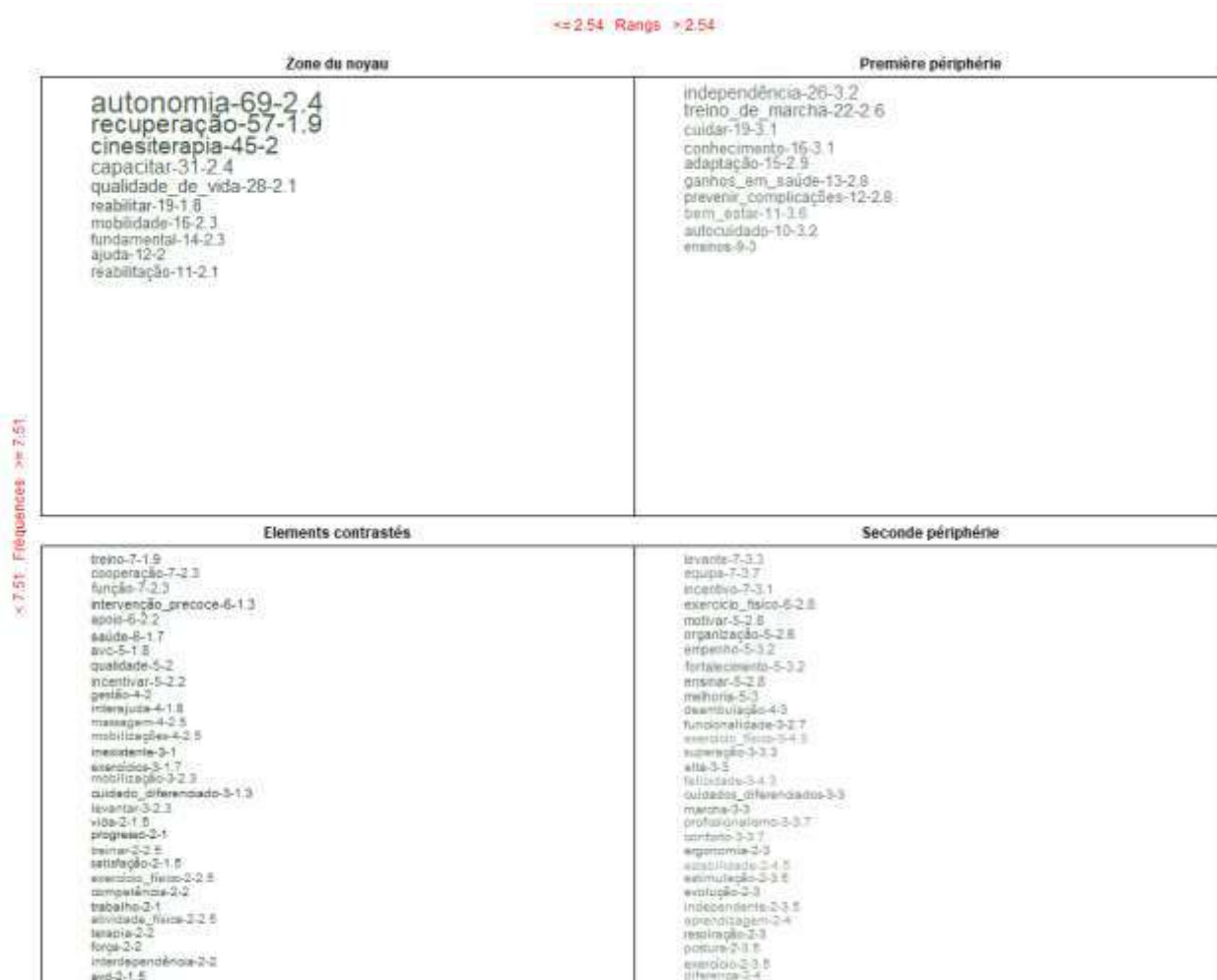


Figura 1

Análise Prototípica

Associado a esta análise, realizou-se uma análise de similitude ilustrada numa árvore que permitiu visualizar a relação entre as palavras e a sua

conectividade dentro de cada classe e por outro lado a ligação entre as várias classes (figura 2).

enquanto facilitador da transição experienciada pela pessoa (Meleis, 2015), sugerindo o modelo conceitual orientador da prática clínica do EEER. Para além disso, e atentando aos enunciados descritivos do Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, as expressões identificadas no núcleo central sugerem uma centralidade da prática na reeducação funcional, que se distinguem dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2018), concorrendo para aquele que é o contributo singular que esta área específica do exercício profissional do enfermeiro traz para a pessoa. De facto, estes resultados vão ao encontro da definição do que é entendido como cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação, na sua especificidade e orientação para o processo de tomada de decisão do EEER no sentido da promoção da autonomia dos processos de readaptação (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Estes resultados vão, em parte, ao encontro dos achados de Martins, Ribeiro e Silva (2018), que num estudo que pretendeu compreender a perceção do contributo dos EEER na concretização dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, concluí que este contributo está claramente orientado para a readaptação funcional, bem-estar e autocuidado. No entanto, uma dimensão que não fica evidente nos resultados e que traduz um foco de atenção relevante para a prática do EEER é a promoção da capacidade para o autocuidado, contrastando com os resultados deste estudo (Martins, Ribeiro, & Silva, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2018) e que surge na primeira periferia numa posição de pouco relevo nas evocações dos participantes. Este achado sugere que nas representações sociais dos participantes da

enfermagem de reabilitação não se identifica o um dos principais focos de atenção do EEER: o autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Também com pouco relevo para a estrutura das representações sociais surge na segunda periferia a expressão exercício físico. O exercício físico que tem ganho crescente importância na intervenção do EEER, evidenciando ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (Gaspar, Ferreira, Vieira, Machado, & Padilha, 2019), o que contrasta com as representações sociais dos participantes. Verifica-se que os achados da primeira periferia e zona de contraste reforçam os achados do núcleo central, que no seu conjunto denotam uma orientação das representações sociais para as questões relacionadas com a autonomia e a dimensão motora da intervenção do EEER (Regulamento n.º392/2019, de 3 de maio), evidenciado pelas expressões cinesiterapia e treino de marcha, com frequência de evocação mais elevada. Não se identificam nos resultados expressões que traduzam a intervenção do EEER nos seus domínios de competências comuns (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). Apenas na zona de contraste existe a evocação da expressão gestão, com evocação elevada, mas baixa frequência. Os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais não encontram eco nas evocações dos participantes. Estes resultados poderão ser compreendidos à luz dos resultados do estudo RN4cast Portugal, 2017-2018, tal como citados por Fronteira, Jesus e Dussault (2020), que traduzem ambientes de trabalho pouco favoráveis, especialmente nas vertentes da participação dos enfermeiros na Governação da Organização e na

Gestão, Liderança e Apoio aos Enfermeiros, sugerindo que a percepção dos enfermeiros tem repercussões nas representações sociais da enfermagem de reabilitação, no domínio das suas competências comuns.

A teoria das representações sociais diz-nos que é, precisamente, nas interações sociais diárias e nos espaços formativos quotidianos que se constroem mutuamente, quer o objeto do cuidado, quer a identidade profissional e este conhecimento tem-se mostrado útil no domínio científico da enfermagem para facilitar o acesso à visão dos enfermeiros de diferentes dimensões da sua prática profissional (Ferreira et al., 2019). A construção da representação social poderá ser condicionada por fatores como: o paradigma de formação, local de trabalho e a própria cultura, o que significa que estes resultados poderão ser influenciados pelas características dos seus participantes (Moscovici, 1981). Importa salientar que a visão agora alcançada valoriza a experiência individual de cada um dos participantes num contexto coletivo, constituindo-se por isso num valioso contributo na amplificação do significado atribuído à enfermagem de reabilitação e que importará explorar mais aprofundadamente. A construção deste significado permite aos EEER a compreensão sobre a coerência entre as suas competências, as suas práticas e o mandato social da profissão.

CONCLUSÃO

Partindo do pressuposto que os termos mais frequentemente evocados e em ordem mais elevada assumem maior relevância no pensamento social dos participantes, ocupando o núcleo central, a representação social da enfermagem de reabilitação

está vinculada à autonomia, recuperação e cinesiterapia, reforçada pelos achados da primeira periferia: independência, treino de marcha e cuidar. Domínios emergentes ou das competências comuns do EEER, como o exercício físico ou a gestão, foram menos relevantes para a estrutura da representação social. Estes achados sugerem que os participantes reconhecem através das práticas dos EEER apenas uma parte da total amplitude da sua intervenção. Para além disso, não fica evidente nos resultados aquilo que é a intervenção do EEER nos seus domínios das competências comuns, concretamente ao nível dos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Estes resultados contribuirão para ampliar a compreensão da visibilidade da enfermagem de reabilitação dentro da própria profissão, sendo que não se conseguindo construir dentro da profissão um pensamento social que traduza o mandato social da profissão, isto sugere que a população poderá igualmente não o alcançar. Daqui resultam implicações que poderão ter impacto, inclusivamente, na procura em cuidados por parte da população. Torna-se assim relevante compreender o que leva os participantes a não reconhecerem esta dimensão do exercício profissional especializado, sendo este um dos aspetos que merecerá atenção no desenvolvimento de investigação no futuro.

Como principal limitação deste estudo, a utilização da rede de contactos de uma instituição de ensino superior e a possibilidade de diferentes vivências dos participantes, que poderão ter influenciado os resultados.

Salienta-se o carácter inovador desta pesquisa em Portugal e os contributos que traz para a compreensão da coerência entre o mandato social da profissão e os significados atribuídos à prática, dado que não foi identificada qualquer pesquisa desenvolvida sobre esta temática, impelindo a uma reflexão profunda sobre estas questões, não apenas na perspetiva da investigação, mas sobretudo na perspetiva da profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J. (2011). Les représentations sociales: aspects théorétiques. In J.Abric (Ed.), *Pratiques Sociales et Représentations* (pp. 15–46). Paris, France: Quadrigue/Presses Universitaires de France.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2018). Tutorial para uso do software IRaMuTeQ. Retirado de IRaMuTeQ: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutorial-portugais-22-11-2018>
- Coutinho, M.L., Bú, E. (2017). A Técnica de Associação Livre de Palavras sobre o Prisma do Software Tri-Deux-Mots (version 5.2). *Revista Campo do Saber*, 3(1), 219–243. Recuperado de: <https://periodicos.iesp.edu.br/index.php/campodosa/article/viewFile/72/58>
- De Rosa, A.M., Bocci, E., & Dryjanska, L. (2018). The Generativity and Attractiveness of Social Representations Theory from Multiple Paradigmatic Approaches in Various Thematic Domains: An Empirical Meta-theoretical Analysis on Big-data Sources from the Specialised Repository “SoReCom’A.S.de Rosa’@-library”. *Papers on Social Representations*, 27(1), 6.1-6.35. Recuperado de: <http://psr.iscte-iul.pt/index.php/PSR/index>
- Ferreira, C., Lisboa, C., Moreira, D., Sousa, G., Teixeira, T., Príncipe, F., & Mota, L. (2019). Transporte inter-hospitalar do doente crítico: representação social dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(2), 29–38. <https://doi.org/10.37914/riis.v2i2.55>
- Fronteira, I., Jesus, E.H., & Dussault, G. (2020). A enfermagem em Portugal aos 40 anos do Serviço Nacional de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25(1), 272–282. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28482019>
- Gaspar, L., Ferreira, D., Vieira, F., Machado, P., & Padilha, M. (2019). O Treino de Exercício em Pessoas com Doença Respiratória Crónica Estabilizada: uma Scoping Review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(1), 59–65. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.08.4567>
- Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro. *Diário da República n.º 181 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Lopes, G., Rolim, I., Alves, R. S., Pessoa, T., Maia, E. R., Lopes, M., ... Queiroz, R. (2021). Social representations on diabetic foot: contributions to PHC in the Brazilian Northeast. Representações sociais sobre pé diabético: contribuições para Atenção Primária à saúde no Nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(5), 1793–1803. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04702021>
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Silva, J.V. (2018). O Contributo dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação para a Qualidade dos Cuidados. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 1(1), 22–29. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.04.4386>
- Meleis, A.I. (2015). Transitions Theory. Em M. Smith, & M.E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (4th Edition ed., pp. 361–380). F. A. Davis Company.
- Moscovici, S. (1981). On social representations. Em J.P. Forgas (org.), *Social Cognition - Perspectives on Everyday Understanding*. London: Academic Press.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa, Portugal: Autor. Retirado de: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4-regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf>
- Ravn, I. M., Beedholm, K., Frederiksen, K., Kvangarsnes, M., Foss, I. C., & Knutsen, I. R. (2020). In search of the changeable: An analysis of visual

representations of nursing in Norwegian and Danish professional nursing journals, 1965-2016. *Nursing Inquiry*, 27(3), e12340. <https://doi.org/10.1111/nin.12340>

Regulamento n.º392/2019, de 3 de maio. *Diário da República n.º 85 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. *Diário da República n.º 26 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Regulamento n.º 168/2011, de 8 de março. *Diário da República n.º 47 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Rubira-García, R., Puebla-Martínez, B., & Gelado-Marcos, R. (2018). Social Representations in Studying Information, Knowledge, and Mediations: A Critical Review. *Social Sciences*, 7(12), 256. <http://dx.doi.org/10.3390/socsci7120256>

Tavares, D.W., Brito, R.C., Córdula, A.C., Silva, J.T., & Neves, D.A. (2014). Protocolo verbal e teste de associação livre de palavras. *Ponto de Acesso*, 8(3), 64-79. Retirado de <https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaici>

CONFORTO TÉRMICO EM TRABALHADORES DE AVIÁRIOS

Thermal comfort in aviary workers

Confort térmico en trabajadores de aviario

Ana Ferreira*, Helder Simões**, João Paulo Figueiredo***, Susana Paixão****, Lúcia Simões Costa*****, Sílvia Seco*****, António Loureiro*****

RESUMO

Enquadramento: podendo existir vulnerabilidade dos trabalhadores avícolas face às temperaturas do interior dos aviários em comparação com as do exterior é importante analisar a sua exposição ocupacional em termos de conforto térmico. **Objetivos:** avaliar o conforto térmico em trabalhadores do setor avícola no ambiente interior e exterior dos aviários e analisar a sua possível relação com a fase de desenvolvimento do frango. **Metodologia:** o estudo efetuado foi observacional, transversal, com uma amostra por conveniência de 6 trabalhadores de 8 aviários. A recolha de dados foi realizada através de um questionário dirigido a todos os trabalhadores seguida da medição dos valores de *Predicted Mean Vote (PMV)* e *Predicted Percentage of Dissatisfied (PPD)*. **Resultados:** em aviários de frangos com 8 dias de idade verificou-se uma total concordância entre os valores de PMV e PPD, nos de 35 dias uma concordância significativa e nos de 85 dias uma considerável concordância. **Conclusão:** existe desconforto térmico nos trabalhadores avaliados, especialmente nos que trabalham em aviários para frangos com 8 e 35 dias de idade. O desconforto térmico foi pior nos aviários de frangos com 8 dias, revelando assim a relação entre o índice de conforto térmico e a fase de desenvolvimento do frango.

Palavras-Chaves: saúde ocupacional; exposição ocupacional; temperatura; avicultura

*PhD, Professora do Instituto Politécnico de Coimbra, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Departamento de Audiologia, Fisioterapia e Saúde Ambiental, Unidade Científico-Pedagógica de Saúde Ambiental - <https://orcid.org/0000-0003-3595-1554> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

**MSc, Professor do Instituto Politécnico de Coimbra, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Departamento de Audiologia, Fisioterapia e Saúde Ambiental, Unidade Científico-Pedagógica de Saúde Ambiental - <http://orcid.org/0000-0002-3412-8462> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

*** PhD, Professor do Instituto Politécnico de Coimbra, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Departamento de Ciências de Base, Unidade Científico-Pedagógica de Ciências Médicas, Sociais e Humanas - <https://orcid.org/0000-0002-9829-1592> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

****PhD, Professora do Instituto Politécnico de Coimbra, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Departamento de Audiologia, Fisioterapia e Saúde Ambiental, Unidade Científico-Pedagógica de Saúde Ambiental - <https://orcid.org/0000-0002-4548-1894> - Contribuição no artigo: Critical revision of the article

***** PhD, Professora do Instituto Politécnico de Coimbra, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Departamento de Ciências de Base, Unidade Científico-Pedagógica de Ciências Médicas, Sociais e Humanas - <https://orcid.org/0000-0003-4796-2429> - Contribuição no artigo: Data analysis and interpretation, Critical revision of the article

*****MSc, Professora do Instituto Politécnico de Coimbra, Serviço de Saúde Ocupacional e Ambiental - <https://orcid.org/0000-0002-3234-8058> - Contribuição no artigo: Critical revision of the article

***** MSc, Professor do Instituto Politécnico de Coimbra, Serviço de Saúde Ocupacional e Ambiental - <https://orcid.org/0000-0002-3261-7924> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Study conception and design, Drafting of the article

Como referenciar:

Ferreira, A., Simões, H., Figueiredo, J.P., Paixão, S., Costa, L., Seco, S., & Loureiro, A., (2021). Conforto térmico em trabalhadores de aviários. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*. 4(1), 47-59 <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.145>

Recebido para publicação em: 04/05/2021
Aceite para publicação: 22/06/2021

ABSTRACT

Background: as there may be vulnerability of poultry workers to the temperatures inside the aviaries compared to those outside, it is important to analyze their occupational exposure in terms of thermal comfort. **Objectives:** evaluate the thermal comfort in poultry sector workers in indoor and outdoor environments and analyze its possible relationship with the chicken developmental stage. **Methodology:** the study carried out was observational, cross-sectional, with a convenience sample of 6 workers from 8 aviaries. Data collection was carried out through a questionnaire addressed to all workers followed by the measurement of Predicted Mean Vote (PMV) and Predicted Percentage of Dissatisfied (PPD). **Results:** in 8-day-old chicken aviaries there was a complete agreement between the values of PMV and PPD, in the 35-day-old aviaries a significant agreement and in the 85-day-old a considerable agreement. **Conclusion:** there is thermal discomfort in the assessed workers, especially in those who work in aviaries for chickens with 8 and 35 days of age. Thermal discomfort was worse in 8-day-old chicken aviaries, thus revealing the relationship between the thermal comfort index and the chicken development stage. **Keywords:** occupational health; occupational exposure; temperature; poultry farming

RESUMEN

Marco contextual: como puede haber vulnerabilidad de los trabajadores avícolas a las temperaturas dentro de los aviarios en comparación con las del exterior, es importante analizar su exposición ocupacional en relación al confort térmico. **Objetivos:** evaluar el confort térmico en trabajadores del sector avícola en ambientes interiores y exteriores y analizar su posible relación con la etapa de desarrollo del pollo. **Metodología:** el estudio realizado fue observacional, transversal, con una muestra de conveniencia de 6 trabajadores de 8 aviarios. La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario dirigido a todos los trabajadores seguido de la medición de los valores de Predicted Mean Vote (PMV) y Predicted Percentage of Dissatisfied (PPD). **Resultados:** en aviarios de pollos de 8 días hubo una concordancia total entre los valores de PMV y PPD, en 35 días una concordancia significativa y en 85 días una concordancia considerable. **Conclusión:** existe malestar térmico en los trabajadores evaluados, especialmente aquellos que laboran en aviarios para pollos con 8 y 35 días de edad. El malestar térmico fue peor en los aviarios de pollos de 8 días, revelando así la relación entre el índice de confort térmico y la etapa de desarrollo del pollo.

Palabras Claves: salud ocupacional; exposición ocupacional; temperatura; avicultura

INTRODUÇÃO

O período de inverno comporta, sempre, preocupações acrescidas para os produtores de frangos em regiões mais frias, sendo necessário estar mais atento ao interior do aviário, em especial no que diz respeito à temperatura (Fernandes & Furlaneto, 2004). No entanto, conhecidas as fragilidades das aves e as temperaturas ideais para o seu desenvolvimento, tendo em conta a fase de gestação em que se encontram, há também que investigar a vulnerabilidade dos trabalhadores, quanto às temperaturas do interior dos aviários, em comparação com as do exterior, principalmente durante esse período do ano (Silva & Almeida, 2010; Oliveira, 2008). A promoção da saúde e segurança destes trabalhadores deverá ser, também, uma prioridade, pelo que é importante investigar a sua exposição ocupacional em termos de conforto térmico.

Assim, este estudo teve como objetivos avaliar conforto térmico em trabalhadores do setor avícola no ambiente interior e exterior dos aviários e analisar a sua possível relação com a fase de desenvolvimento do frango.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A publicação de normalização e códigos de boas práticas relacionadas com o ambiente térmico, pela *International Organization for Standardization* (ISO) e pela *American Society for Heating, refrigeration and Air-Conditioning Engineers* (ASHRAE) veio reforçar a importância do estudo desta temática e a obrigatoriedade de a legislar de forma a salvaguardar a saúde do trabalhador (Talaia, 2013).

Conforto térmico é definido pela norma ISO 7730/05 como “aquela condição de mente na qual é expressa

satisfação com o ambiente térmico”. A primeira conclusão a que se chega, partindo desta afirmação, é que este é um conceito subjetivo, que varia de indivíduo para indivíduo. Assim, é necessário conjugar inúmeras variáveis de modo a definir o conforto térmico associado a um determinado ambiente (Silva, 2020; Oliveira, 2008). Segundo Fanger (1970), neutralidade térmica é a condição que se pretende atingir, na qual uma pessoa não prefira nem mais calor nem mais frio, em relação ao ambiente térmico em que se encontra (Vergara, 2001; Fanger, 1970).

O conforto térmico depende de fatores que interferem no trabalho do sistema termorregulador humano, são eles: taxa de metabolismo, vestuário, temperatura radiante, humidade relativa, temperatura do ar e velocidade do ar. O efeito combinado de todos esses fatores, determinará a sensação de conforto ou desconforto térmico embora, por motivo de classificação, os dois primeiros fatores sejam chamados de variáveis pessoais/individuais e os quatro últimos de variáveis ambientais (Ndembo, 2018; Gonçalves, 2017).

A ISO 7730/05 aplica a avaliação do conforto térmico a ambientes térmicos moderados, apresentando métodos para prever a sensação térmica geral, bem como o grau de desconforto (insatisfação térmica) das pessoas expostas a estes ambientes térmicos. Particularizando, permite a determinação e interpretação do conforto térmico, através do cálculo do PMV e de PPD (Gonçalves, 2017; Oliveira, 2008; ISO 7730:2005, 2005).

Estudos revelam que na presença de um posto de trabalho termicamente desconfortável, manifestar-se-ão nos trabalhadores, consequências como indisposição e fadiga, diminuindo a eficiência e

aumentando os riscos de acidente (Painçal, Nunes, & Fernandes, 2018; Minette, Silva, Souza, & Silva, 2007). Uma das causas possíveis reside nas alterações de temperatura, as quais acarretam um dispêndio adicional de esforço biológico para recuperação da condição homeotérmica, acentuando-se a sensação de desconforto e fadiga, com consequências negativas para a saúde e rendimento dos seus ocupantes (Almeida, 2010). A organização assume um papel preponderante na implementação de pausas laborais para os funcionários, a fim de minimizar os efeitos de fadiga térmica, frequentemente detetados nas avaliações de conforto térmico (Gonçalves, 2017; Silva, 2013).

É ainda de salientar a Lei n.º 3/2014, de 28 de janeiro, que regulamenta o regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho, comunicando as obrigações gerais do empregador, o qual é obrigado a assegurar ao trabalhador, condições de segurança e saúde em todos os aspetos do seu trabalho, atendendo aos princípios gerais de prevenção: “assegurar, nos locais de trabalho, que as exposições a agentes físicos e biológicos e aos fatores de risco psicossociais não constituem risco para a segurança e saúde do trabalhador (Lei n.º 3, 2014; Portaria n.º 702/80, 1980).

Já o Regulamento Geral de Segurança e Higiene do Trabalho nos Estabelecimentos Industriais, Portaria n.º 53, 1971, alterada pela Portaria n.º 702/80, de 22 de setembro, estabelece no artigo 24º, quanto à temperatura e humidade que: “as condições de temperatura e humidade dos locais de trabalho devem ser mantidas dentro de limites convenientes para evitar prejuízos à saúde dos trabalhadores” (Portaria n.º 702/80, de 22 de setembro, 1980).

Não sendo possível conceber um ambiente comum, em que a totalidade dos seus ocupantes se sintam termicamente confortável, procuram-se criar condições para que isso mesmo se aplique à correspondente maioria. Sendo esta uma área em constante desenvolvimento, têm vindo a surgir *softwares* que permitem determinar facilmente os índices PMV e PPD relativos ao nível de conforto térmico de um dado ambiente.

O PMV corresponde a uma estimativa da votação de um determinado número de pessoas, relativamente à sua sensação térmica do ambiente circundante. Este índice pode ser determinado a partir do metabolismo, do vestuário e dos parâmetros ambientais (temperatura do ar, temperatura radiante, velocidade do ar e humidade relativa). O índice PPD estabelece uma previsão quantitativa do número de pessoas insatisfeitas (Gonçalves, 2017; Miguel, 2014).

METODOLOGIA

O estudo efetuado foi observacional e analítico, nível III (correlacional), transversal e com um tipo de amostragem não probabilístico de conveniência. A amostra foi constituída por 6 trabalhadores de 8 aviários de 2 empresas do distrito da Guarda. Dos aviários, 4 eram de frangos com 8 dias de idade, 1 de frangos com 35 dias e 3 de frangos com 85 dias de idade.

A recolha de dados decorreu em dois momentos, sendo o primeiro a aplicação de um questionário dirigido a todos os trabalhadores e o segundo a medição dos parâmetros de conforto térmico a que os avicultores se encontravam expostos para se determinarem os valores de *Predicted Mean Vote* (PMV) e *Predicted Percentage of Dissatisfied* (PPD).

Através do questionário pretendeu-se determinar o tipo de vestuário utilizado pelos trabalhadores durante a realização das suas tarefas nos aviários; compreender a perceção dos trabalhadores relativamente ao tipo de atividade desempenhada; quais os sinais/sintomas/doenças que os trabalhadores experimentavam e se os mesmos tendem a agravar nas estações de verão ou de inverno.

A avaliação do conforto térmico, foi realizada através do analisador térmico de microclimas *Delta Ohm* HD 32.1, AM510-1c12 2,940He SA, devidamente certificado e calibrado. Os parâmetros ambientais avaliados, relativamente ao conforto térmico foram: velocidade do ar (Var), humidade relativa (Hr), temperatura do ar (Ta) e temperatura radiante (Tr). Foram realizadas várias medições com uma duração 15 minutos cada, com amostragens de 15 em 15 segundos. As medições foram realizadas a aproximadamente 1,50m de altura, dado esta ser a altura coincidente, com a zona de maior concentração de calor humano, a zona do peito. É de salientar a necessidade de aclimatar as sondas do equipamento, antes da realização de qualquer medição, para que não haja qualquer tipo de influência e as sondas se ajustem adequadamente às características do local de medição. Antes de qualquer medição, foi efetuado um processo de aclimatização dos edifícios de 30 minutos. A medição das variáveis ambientais foi realizada segundo procedimentos e métodos de medição apresentados na norma ISO 7730/05.

De acordo com o *layout* dos aviários, os pontos de medição foram considerados, de forma a tornar o local o mais representativo possível. O número de medições dependeu das dimensões de cada aviário,

no entanto a cada 50m² foi realizada uma avaliação. No exterior dos aviários destinados a frangos com 35 dias de idade, foram realizadas quatro medições, e nos restantes efetuaram-se duas medições no exterior.

Após a recolha de dados, os mesmos foram tratados utilizando o *software* de conforto térmico *DeltaLog* 10 versão 0.1.5.29 e ainda o *software* estatístico IBM SPSS versão 27.0.

O tipo de vestuário utilizado pelos trabalhadores durante a realização das suas tarefas e a sua perceção relativa ao tipo de atividade desempenhada são dois fatores essenciais na utilização do *software DeltaLog* 10, pelo que o vestuário é um fator individual imprescindível à avaliação do conforto térmico e requerido pelo *software*, dado influenciar o algoritmo chave ao cálculo do PMV e PPD, através da adição de um valor com a unidade de medida *clo*, o qual corresponderá à resistência térmica. É, igualmente, importante considerar o tipo de atividade realizada pelo trabalhador, outro dos fatores individuais que resultará no valor da sua taxa metabólica, valor este capaz de influenciar significativamente os resultados. Assim, o cálculo dos valores de PMV e PPD, baseia-se na combinação entre os parâmetros ambientais e as características individuais (vestuário e taxa metabólica). Atendendo ao facto de a ISO 7730/05 ser demasiadamente generalista na atribuição das taxas metabólicas quanto aos vários tipos de atividades profissionais que menciona e, visto que os trabalhadores em questão executam muito mais que uma tarefa, considerou-se sensata a atribuição de taxa metabólica moderada de valor (Hudie, 2016). Trata-se de uma função não legalmente definida, e tanto pelas respostas obtidas no questionário, como pela

variedade de funções desempenhadas, pode-se concluir que se trata efetivamente de uma profissão com uma taxa metabólica moderada.

O índice PMV-PPD é recomendado pela ISO 7730/05 para a caracterização de ambientes confortáveis. Os limites a considerar para os valores de PMV e PPD são: $-0,5 < PMV < +0,5$ e $PPD < 30\%$. Quando ambas as condições se verificarem, estamos perante um local de trabalho termicamente confortável, ou vice-versa (Silva, 2013; Almeida, 2010). Verificados os valores de PMV e PPD, é efetuada a análise dos

mesmos, consoante estes se encontrem conformes ou não, com o valor legislado. Relativamente à inferência estatística foram aplicados o teste de hipótese *Kappa de Cohen*, com a finalidade de verificar a existência de concordância entre os indicadores em estudo. A interpretação do teste estatístico foi realizada com base num nível de significância de $p=0,05$ com um intervalo de confiança de 95%. Quando realizado o teste de *Kappa de Cohen*, os valores de *kappa* obtidos, foram analisados com base no nível de concordância, que lhe é correspondente, como indicado na tabela 1.

Tabela 1

Níveis de concordância para o teste *Kappa de Cohen*

<0	Não há concordância
[0,00 – 0,20]	Desprezável concordância
[0,21 – 0,40]	Baixa concordância
[0,41 – 0,60]	Moderada concordância
[0,61 – 0,80]	Boa concordância
$\geq 0,81$	Concordância quase perfeita

RESULTADOS

Através do questionário, observou-se que a idade média dos 6 trabalhadores (4 do sexo masculino e 2 do sexo feminino) foi de $45,17 \pm 11,374$ anos, com uma média de $10,50 \pm 4,324$ anos de trabalho nas instalações. 83,3% dos trabalhadores exerciam as suas funções durante 8 horas/dia, sendo que apenas 1 trabalhava 10 horas/dia. Para a realização das suas tarefas, os trabalhadores encontravam-se distribuídos de forma equitativa pelo interior e exterior dos aviários, sendo que a maioria desenvolvia as suas tarefas na posição de pé. Os trabalhadores eram polivalentes, pois realizavam qualquer tarefa

necessária num aviário, sendo elas: preparação do pavilhão, receção dos pintos, recria e crescimento dos frangos, saída dos frangos para abate, remoção de equipamentos e resíduos e lavagem e desinfeção das instalações e equipamentos. Verificou-se, ainda, que a exposição dos trabalhadores no interior dos aviários não ocorreu de forma continuada, pois como efetuavam várias tarefas, passavam, também, bastante tempo no seu exterior. Na figura 1, são apresentados os sinais/ sintomas/doenças que os trabalhadores indicaram sentir, com frequência, no seu local de trabalho.

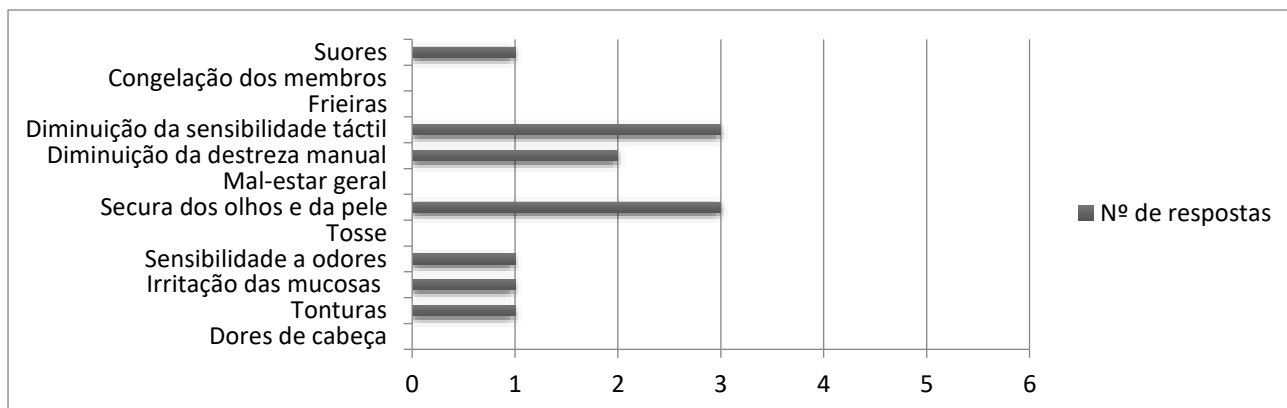


Figura 1

Sinais/sintomas/doenças reportados pelos trabalhadores

Do total de trabalhadores inquiridos, a maioria referiu que os sintomas indicados se tendiam a agravar na estação de inverno, sendo que 4 dos 6 trabalhadores, referiram não deixar de sentir os sinais/sintomas/doenças quando estavam no exterior das instalações. Quanto ao isolamento térmico, o vestuário utilizado pela grande maioria dos trabalhadores, resumia-se à utilização de camisa de manga comprida, calças e botas. Para além da camisa, metade dos trabalhadores não utilizava mais nenhum

tipo de vestuário no tronco, e os restantes usavam camisola, casaco ou ambos.

De seguida, procurou-se avaliar o grau de conforto/desconforto térmico, ao nível dos trabalhadores, através da concordância dos valores de PMV e PPD, relativos aos aviários destinados às diferentes fases de desenvolvimento do frango, atendendo ao local da medição. Na Tabela 2, está a análise da concordância entre os valores de PMV e PPD em aviários de frangos com 8 dias de idade.

Tabela 2

Concordância entre valores de PMV e PPD em aviários de frangos com 8 dias de idade.

		PPD – 8 dias				
		Conforto térmico (%)	Desconforto térmico (%)	Total (%)	Teste	
PMV – 8 dias	Geral	Conforto térmico	15 (100,0%)	0	15 (18,8%)	k=0,671 p<0,001
		Desconforto térmico	10 (15,4%)	55 (84,6%)	65 (81,3%)	
		Total	25 (31,3%)	55 (68,8%)	80 (100,0%)	
	Exterior	Conforto térmico	15 (100,0%)	0	15 (37,5%)	k=0,529 p<0,001
		Desconforto térmico	10 (40,0%)	15 (60,0%)	25 (62,5%)	
		Total	25 (62,5%)	15 (37,5%)	40 (100,0%)	

Teste de Kappa de Cohen

Observou-se uma boa concordância de resultados (67,1%), no que diz respeito à avaliação de PMV 8 dias com PPD 8 dias, de uma forma geral, em que das 15

avaliações identificadas por PMV como confortáveis, foram igualmente classificadas ao nível do parâmetro de PPD. A concordância ao nível do desconforto

térmico foi de 84,6%. Particularizando, no interior de um aviário para frangos com 8 dias de idade, verificou-se uma significativa concordância, o que se resume numa sintonia total dos valores de PMV e PPD, isto é, o PMV e PPD revelaram um ambiente térmico desconfortável ao trabalhador.

Relativamente ao exterior, a concordância de resultados de PMV e PPD 8 dias, verificou-se ser de 52,9%, ligeiramente inferior à “avaliação geral” e bastante inferior à avaliação das medições efetuadas em ambiente interior. Das 15 medições classificadas como conformes, ao nível da sensação térmica do

trabalhador, ou seja, ao nível do PMV, também foram assim avaliadas pelo PPD. No que se refere aos valores atribuídos por PMV, como desfavoráveis ao trabalhador, verificou-se que, 25 das medições efetuadas no exterior destes aviários não proporcionam uma sensação térmica agradável ao trabalhador. Contudo, dessas medições, 15 foram também assim classificadas no que diz respeito ao parâmetro PPD.

Na Tabela 3, apresenta-se a análise da concordância entre valores de PMV e PPD em aviários de frangos com 35 dias de idade.

Tabela 3

Concordância entre valores de PMV e PPD em aviários de frangos com 35 dias de idade

		PPD – 35 dias				
		Conforto térmico (%)	Desconforto térmico (%)	Total (%)	Teste	
PMV – 35 dias	Geral	Conforto térmico	7(100,0%)	0	7 (9,3%)	k=0,583 p<0,001
		Desconforto térmico	8 (11,8%)	60 (88,2%)	68 (90,7%)	
		Total	15 (20,0%)	60 (80,0%)	75 (100,0%)	
	Interi nr	Conforto térmico	0	0	0	_____
		Desconforto térmico	4 (7,3%)	51 (92,7%)	55 (100,0%)	
		Total	4 (7,3%)	51 (92,7%)	55 (100,0%)	
	Exteri nr	Conforto térmico	7 (100,0%)	0	7 (35,0%)	k=0,612 p=0,003
		Desconforto térmico	4 (30,8%)	9 (69,2%)	13 (65,0%)	
		Total	11 (55,0%)	9 (45,0%)	20 (100,0%)	

Teste de *Kappa de Cohen*

De uma forma geral, existiu uma boa concordância (58,3%) o que se deve ao facto de, 7 das medições consideradas adequadas ao nível do PMV, também foram avaliadas pelo parâmetro PPD. Revelou-se, portanto, uma sintonia de valores entre os dois parâmetros em avaliação (PMV e PPD), ao nível do conforto térmico. 88,2% das medições, sendo que destas 68 medições foram consideradas não conformes pelo PMV, 8 foram avaliadas como confortáveis ao trabalhador, ao nível do PPD.

No que diz respeito às medições realizadas no interior dos aviários destinados a frangos com a idade de 35

dias, não houve qualquer medição caracterizada como termicamente confortável, para ambos os parâmetros. É ainda de salientar, que relativamente ao parâmetro PMV, todas as medições foram avaliadas como desconfortáveis ao trabalhador, naquele ambiente. Quanto ao PPD, das 55 medições realizadas no interior destes aviários, 92,7% revelaram um ambiente desconfortável para o trabalhador.

Perante os resultados dos parâmetros PMV e PPD no exterior dos aviários de frangos de 35 dias de idade, observou-se uma boa concordância dos mesmos, concordância esta de 61,2%. Das 20 medições

efetuadas no exterior destes aviários, as que foram classificadas como termicamente confortáveis para os trabalhadores ao nível do PMV, também o foram pelo PPD, perfazendo 35% do total de medições. Das medições classificadas como desconfortáveis pelo PMV, 30,8% foram avaliadas como confortáveis ao

nível do parâmetro PPD, pelo que as restantes, ou seja, 69,2% apresentaram sintonia entre os parâmetros. Por último, a Tabela 4 demonstra a concordância entre os valores de PMV e PPD em aviários de frangos com 85 dias de idade.

Tabela 4

Concordância entre valores de PMV e PPD em aviários de frangos com 85 dias de idade

		PPD – 85 dias				
		Conforto térmico (%)	Desconforto térmico (%)	Total (%)	Teste	
PMV – 85 dias	Geral	Conforto térmico	21 (100,0%)	0	21 (35,0%)	k=0,351 p<0,001
		Desconforto térmico	22 (56,4%)	17 (43,6%)	39 (65,0%)	
		Total	43 (71,7%)	17 (28,3%)	60 (100,0%)	
	Interior	Conforto térmico	15 (100,0%)	0	15 (50,0%)	k=0,067 p=0,309
		Desconforto térmico	14 (93,3%)	1 (6,7%)	15 (50,0%)	
		Total	29 (96,7%)	1 (3,3%)	30 (100,0%)	
	Exterior	Conforto térmico	6 (100,0%)	0	6 (20,0%)	k=0,444 p=0,003
		Desconforto térmico	8 (33,3%)	16 (66,7%)	24 (80,0%)	
		Total	14 (46,7%)	16 (53,3%)	30(100,0%)	

Teste de Kappa de Cohen

Observou-se uma baixa concordância (35,0%) no que se refere à avaliação de PMV 85 dias com PPD 85 dias, de uma forma geral. Todas as medições avaliadas como confortáveis no que toca ao PMV, foram igualmente classificadas pelo PPD. Contudo, nas medições consideradas desconfortáveis relativamente ao seu PMV, 56,4% revelaram satisfação por parte dos trabalhadores relativamente ao seu ambiente térmico, isto é, o PPD revelou valores adequados, estando em sintonia apenas os restantes 43,6%, nos quais PMV 85 dias e PPD 85 dias coincidiram.

Do total de medições realizadas no interior destes aviários, 50% corresponderam a medições cuja análise dos parâmetros PMV e PPD coincidiram, pelo que ambos revelaram conforto térmico para o trabalhador. Das restantes medições, 93,3% revelaram uma inadequada sensação térmica por parte do trabalhador

(PMV), mas simultaneamente que menos de 30% dos trabalhadores se encontravam insatisfeitos com o ambiente térmico a que se encontravam expostos, no local da medição (PPD). Apenas 1 das medições avaliadas como não conformes relativamente ao seu PMV, também assim foram classificadas pelo parâmetro PPD, neste ambiente interior.

Relativamente aos resultados da avaliação de PMV 85 dias com PPD 85 dias, no âmbito das medições efetuadas no exterior dos aviários destinados aos frangos nesta fase evolutiva, verificou-se uma concordância estatisticamente significativa. Das 30 medições realizadas no exterior destes aviários, constatou-se a concordância de resultados a nível de conforto térmico, pelo que das 6 medições conformes pelo seu PMV, também se encontravam em concordância pelo parâmetro PPD. Das medições

realizadas em função do ambiente exterior, verificou-se uma concordância de resultados em termos de desconforto térmico de 66,7%, isto é, das 24 medições que reportavam uma incorreta sensação térmica por parte do trabalhador, ou seja, a não conformidade relativamente ao PMV, 16 coincidiram com o conforto térmico, igualmente atribuído pelo PPD.

DISCUSSÃO

Perante as informações recolhidas através do questionário, constatou-se que apesar de 5 dos trabalhadores exercerem as suas tarefas laborais durante 8 horas/dia, e 1 deles durante 10, os trabalhadores não se encontravam expostos de forma continuada ao ambiente do interior dos aviários, uma vez que passavam algum tempo a efetuar tarefas no exterior, o que se justificou pela diversidade de tarefas realizadas pelos mesmos. O trabalhador de aviário tem uma rotina de tarefas diversificada, não permanecendo no ambiente interior do aviário durante toda a jornada de trabalho (Coelho, 2018; Fernandes & Furlaneto, 2004). Relativamente ao vestuário dos trabalhadores, este não tem em atenção a diferença de temperaturas sentidas entre o interior e o exterior dos aviários, não sendo diferenciado. Dado que durante a estação de inverno, as temperaturas nesta zona do país são muito baixas, e estando expostos também às do interior dos aviários, que são temperaturas mais elevadas, existirá desconforto térmico capaz de trazer consequências aos trabalhadores. De forma a adequar o parâmetro do vestuário, seria apropriado a alteração do mesmo ao mudar de ambiente, ou modificações ao nível estrutural, com o intuito de diminuir o choque térmico

sentido, e os trabalhadores não serem expostos a uma alteração brusca de temperaturas, consoante trabalhem em ambiente interior ou exterior.

Os sinais/sintomas/doenças sentidos frequentemente pelos trabalhadores, poderão ser causados pelo desconforto térmico a que estes estão sujeitos aquando da sua exposição no interior ou exterior dos aviários, assumidos na sua maioria, como um local de trabalho termicamente desconfortável, quer por temperaturas baixas ou altas. Os sintomas de exposição a ambientes térmicos quentes podem ser: aumento da temperatura superficial da pele, aumento da temperatura interna, sudação, mal-estar generalizado, tonturas e desmaios, esgotamento e até a morte (Sousa, et al., 2005). A destreza manual pode ainda ser uma consequência direta, da perda de água excessiva pelo organismo do trabalhador, ou seja, quando expostos a ambientes quentes, ocorre desidratação, verificando-se uma taxa de sudação muito elevada (Sá, 1999). A secura dos olhos e da pele, advém do facto de o interior dos aviários, por vezes, se tornar como que um edifício doente, por exemplo no caso dos aviários para frangos com 8 dias de idade, cuja ventilação é inexistente e a temperatura no interior é alta comparativamente à que se sente no exterior durante a estação de inverno (Paulino, Oliveira, Grieser, & Toledo, 2019; Sanguessuga, 2012). Contudo, a secura da pele, pode ser igualmente causada pela exposição a ambientes frios, como acontece aquando da realização das tarefas no exterior dos aviários, nesta estação do ano, quando frequentemente se fazem sentir temperaturas negativas (Paulino, Oliveira, Grieser, & Toledo, 2019; Sanguessuga, 2012). É de referir, de forma particular, a exposição das partes

descobertas, como é o caso das mãos e da face (e ainda dos braços, no caso de um dos trabalhadores, que referiu utilizar camisola de manga curta no seu vestuário laboral), que origina um aumento da pressão arterial e uma diminuição ou aumento da frequência cardíaca, sendo que estes dois efeitos, se traduzem num acréscimo do trabalho do coração (Miguel, 2014). Analisada a concordância entre os valores de PMV e PPD em aviários de frangos com 8 dias de idade, existe uma total sintonia em termos de desconforto térmico para o trabalhador, no interior dos aviários, neste período de gestação. O interior dos aviários de frangos neste nível de desenvolvimento será, provavelmente, das situações mais críticas, em termos de exposição ocupacional ao calor. Tal justifica-se, pelas altas temperaturas que se fazem sentir e falta de ventilação, pois nesta idade, as janelas e aberturas para o exterior, estão permanentemente fechadas, o que torna o ambiente muito “pesado”. Acresce o facto de ser inverno, numa zona fria do país, cuja transição do exterior para o interior dos aviários, sem qualquer tipo de cuidado acrescido, certamente resulta em choque térmico para os trabalhadores (Coelho, 2018).

Relativamente à avaliação dos parâmetros PMV 35 dias com PPD 35 dias, verificou-se uma significativa concordância de resultados. Não houve qualquer medição caracterizada como confortavelmente térmica no interior destes aviários, o que revela verdadeiramente o desconforto térmico que se faz sentir. Ainda que mais baixas, as temperaturas nos aviários para frangos nesta fase de desenvolvimento, são ainda desconfortáveis ao trabalhador, enfatizando o facto de a única ventilação existente se resumir à abertura parcial de algumas das janelas, pelo que as

gateiras destes aviários se encontravam fechadas (Coelho, 2018).

No que concerne à avaliação de PMV 85 dias com PPD 85 dias, a concordância de resultados diminuiu – de uma significativa concordância de 67,1% nos aviários para frangos com 8 dias de idade, para uma considerável concordância de 35,1%, quanto à “avaliação geral” dos mesmos. No ambiente interior destes aviários, 50% das medições revelaram conforto térmico para o trabalhador e conseqüentemente, os outros 50%, revelaram desconforto térmico. É de assinalar a abertura completa das janelas e da maior parte das gateiras, o que durante o inverno não será o mais indicado para o trabalhador, pelas brúscas correntes de ar que se fazem sentir (Coelho, 2018).

Analisando o desconforto térmico, como forma de atuar ao nível da prevenção do mesmo, e da redução ou até mesmo eliminação de doenças profissionais, aquando da sua exposição no exterior, recomenda-se o uso de vestuário exterior impermeável e corta-vento, com capuz (pelo menos 50% do calor do corpo, é perdido através da cabeça e do pescoço), gorro protetor de face, camisa de manga comprida e gola alta, de forma a proteger a maior área de pele possível, meias de lã, calças térmicas ou com forro especial, botas isolantes ou de couro e luvas anti frio.

Já no interior dos aviários, torna-se imprescindível que seja usado vestuário com um elevado peso por superfície, e que pelo menos 90% da superfície corporal esteja coberta, dado que o vestuário irá manter, ao longo do tempo de exposição, o equilíbrio das trocas de calor-ambiente, isto para que a temperatura superficial do corpo humano, não sofra qualquer sobreaquecimento ou sobrearrefecimento

(Miguel, 2014). No entanto, no ambiente interior dos aviários, as medidas corretivas mais eficazes serão, sem dúvida, a implementação de ventilação e de uma zona para recuperação térmica, fresca, com maior ventilação, para que os trabalhadores se climatizem gradualmente à mudança de temperaturas, durante o inverno. Ainda no que diz respeito à ventilação, no caso dos aviários para frangos de 8 e 85 dias, considerando o pé-direito, é de ter em conta que um telhado com grande inclinação, motiva maior velocidade do ar sobre a cumeeira e, como consequência, ocorre uma pressão negativa mais acentuada, sendo o ar mais rapidamente direcionado para fora da instalação, o que é desejável (Abreu & Abreu, 2000). No entanto, a ventilação natural durante o inverno, nem sempre poderá garantir que as condições climatéricas proporcionem uma adequada movimentação do ar. Assim, a aquisição de ventilação mecânica ou forçada, parece ser a solução mais adequada, visto permitir a filtragem, distribuição uniforme e suficiente do ar no aviário e ser independente das condições atmosféricas (Abreu & Abreu, 2000). Para além do compartimento nos aviários, é sugerido que, para a recuperação térmica do trabalhador, deva existir outra zona comum a todos os trabalhadores, onde estes possam repousar após algum tempo de trabalho no exterior, ou no interior. Sugere-se, portanto, que haja uma organização do trabalho, isto é, que sejam primeiramente realizadas todas as atividades que envolvam exposição ao calor ou ao frio, no sentido de existir aplicabilidade das medidas corretivas individuais propostas. Esta organização do trabalho, não pretende aumentar o tempo de exposição, mas sim promover a saúde e

segurança do trabalhador, pelo que deverão existir intervalos de recuperação térmica durante as tarefas executadas.

Salienta-se, para promover a saúde dos trabalhadores, a importância da ingestão de água ao longo do dia, bem como de uma alimentação equilibrada e evitar o consumo de bebidas alcoólicas nas noites que antecedem uma jornada de trabalho (o álcool ingerido faz com que aumente ainda mais a necessidade de ingestão de água), usar roupas limpas na execução das tarefas laborais (as roupas sujas são menos ventiladas em função do suor, pó e outros produtos presentes) (Coelho, 2018; Silva & Almeida, 2010).

Durante a elaboração do estudo, foram encontradas algumas limitações, tais como o tamanho reduzido da amostra, tanto no que se refere ao número de aviários avaliados, como no que se refere ao número de trabalhadores.

CONCLUSÃO

Após a realização deste estudo e do que se observou nos aviários, parece existir valorização do bem-estar animal, mas não da segurança e saúde dos trabalhadores.

É indiscutível o desconforto térmico que se verifica na maior parte das exposições ao calor e ao frio, pela avaliação do índice PMV-PPD. Apenas se poderá dizer que existe algum conforto térmico para o trabalhador, nas tarefas realizadas dentro dos aviários para frangos com 85 dias de idade, atendendo ao facto de todas as medições realizadas no interior dos aviários, para frangos com 8 e 35 dias de idade, revelarem sensações térmicas inadequadas. Foi detetada como situação mais crítica, em termos de desconforto térmico, a

exposição no interior dos aviários destinados aos frangos com 8 dias, revelando assim a relação entre o índice de conforto térmico e a fase de desenvolvimento do frango.

Na solução de um problema de saúde ocupacional devem ser consideradas, primeiramente, as medidas relativas ao ambiente que geralmente são complementadas pelas medidas relativas ao trabalhador, assim sendo foram sugeridas medidas construtivas ao nível da ventilação, da existência de uma zona de recuperação térmica e ainda outra zona para descanso do pessoal, após a exposição ocupacional ao frio ou ao calor. Quanto às medidas individuais, foi aconselhado o uso de vestuário adequado consoante o local das tarefas – interior ou exterior dos aviários. Contudo, quando falamos sobre equipamentos de proteção individual, é sempre importante lembrar que não basta fornecê-lo, é necessário orientar e informar/formar sobre o seu modo de utilização.

Torna-se igualmente útil a realização de estudos semelhantes em diferentes áreas geográficas do país, bem como em estações do ano distintas, de modo a comparar as variações dos parâmetros avaliados no tempo e no espaço, pois espera-se que os resultados sejam diferentes de região para região e de época do ano para época do ano.

Além dos estudos que permitam avaliar o conforto térmico dos trabalhadores no ambiente interior e exterior dos locais e postos de trabalho, é essencial a sensibilização dos trabalhadores para a problemática da influência dos fatores individuais e ambientais no conforto térmico, nomeadamente nos comportamentos corretos a adotar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, P., & Abreu, V. (2000). *Ventilação na avicultura de corte*. Concórdia, Brasil: Embrapa.
- Almeida, H. (2010). Análise do conforto térmico de edifícios utilizando as abordagens analítica a adaptativa (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Superior Técnico, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Fanger, P. O. (1970). *Thermal Comfort: analysis and applications in environmental engineering*. Copenhagen: Danish Technical Press.
- Fernandes, F. C., & Furlaneto, A. (2004). Riscos Biológicos em Aviários. *Revista Brasileira de Medicina no Trabalho*, 2(2), 140-152.
- Hudie, L. A. (2016). *Ergonomics of the thermal environment Determination of metabolic rate*. Basis for the edition of the standard ISO 8996, 1-14. Retirado de https://www.researchgate.net/profile/Lesley-Anne-Hudie/publication/306013139_Ergonomics_of_the_thermal_environment_Determination_of_metabolic_rate/links/57aa26fc08ae3765c3b4a2b6/Ergonomics-of-the-thermal-environment-Determination-of-metabolic-rate.pdf
- ISO 7730:2005. (2005). *ISO 7730:2005 - Ergonomics of the thermal environment — Analytical determination and interpretation of thermal comfort using calculation of the PMV and PPD indices and local thermal comfort criteria*. International Organization for Standardisation.
- Lei n.º 3/2014, de 28 de janeiro de 2014, Diário da República n.º 19/2014, Série I, Assembleia da República, Lisboa, Portugal.
- Miguel, A. (2014). *Manual de Higiene e Segurança no Trabalho* (13.ª ed.). Porto: Porto Editora.
- Minette, L., Silva, E., Souza, A., & Silva, K. (2007). Evaluation of noise, light and heat levels of forest harvesting machines. *Revista Brasileira de Engenharia Agrícola e Ambiental*, 11(6), 664–667.
- Oliveira, A. (2008). Avaliação da Incerteza na Determinação dos Índices de Conforto Térmico PMV e PPD (Tese de Mestrado não publicada). Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Portaria n.º 702/80 de 22 de setembro (1980). *Diário da República n.º 219/1980*. I Série. Ministérios do

Trabalho, dos Assuntos Sociais, da Agricultura e Pescas e da Indústria e Energia, Lisboa, Portugal.

Portaria n.º 53/71 de 03 de fevereiro (1971). Diário da República nº 28/1971. I Série. Ministérios da Economia, das Corporações e Previdência Social e da Saúde e Assistência, Lisboa, Portugal.

Sá, R. (1999). Introdução ao “stress” térmico em ambientes quentes. *Tecnometal*, 124

Sanguessuga, M. (Abril de 2012). Síndrome dos Edifícios Doentes: Estudo da qualidade do ar interior e despiste da eventual existência de SED entre a população do edifício “E” de um estabelecimento de ensino superior (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Silva, P. (2013). *Estudo do Conforto Térmico numa Lavandaria/Engomadoria*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal.

Silva, T., & Almeida, V. (2010). Influência do Calor sobre a Saúde e desempenho dos trabalhadores. *Simpósio Maringarense de Engenharia de Produção*.

Sousa, J., Silva, C., Pacheco, E., Moura, M., Araújo, M., & Fabela, S. (2005). *Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais em Portugal : Risco Profissional - Factores e Desafios*. Gaia: Estudos CPRG

Spillere, J., & Furtado, T. (2007). Estresse ocupacional causado pelo calor (Monografia para obtenção de título de especialista), Universidade do Extrema Sul Catarinense, Criciúma, Brasil.

Talaia, M. (2013). Riscos no local de trabalho - ambiente térmico quente. 555-567. Retirado de https://www.uc.pt/fluc/depgeo/Publicacoes/livro_homenagem_FRebelo/555_567

Vergara, L. (2001). *Análise das condições de conforto térmico de trabalhadores da unidade de terapia intensiva do Hospital Universitário de Florianópolis*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM E COPING NA TRANSIÇÃO PARA CUIDADOR FAMILIAR

Nursing and Coping Intervention in the Transition to Family Caregivers

Intervención de enfermería y afrontamiento en la transición a cuidadores familiares

Ricardo Melo*, Marília Rua**, Célia Santos***, Sónia Novais****, Liliana Mota*****, Fernanda Príncipe*****, Marta Silva*****

RESUMO

Enquadramento: os cuidadores familiares são aqueles que assumem em primeira linha o papel de cuidar do seu familiar com dependência. Sendo este um processo desgastante, repleto de obstáculos e gerador de stress e ansiedade, o cuidador recorre frequentemente a estratégias para lidar com estas situações, as estratégias de *coping*. **Objetivo:** caracterizar as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos cuidadores familiares, antes e após a implementação de um Programa de Intervenção de Enfermagem. **Metodologia:** estudo quase-experimental, longitudinal, de metodologia quantitativa, com uma amostra de conveniência de 70 cuidadores familiares. Utilizados um questionário sociodemográfico e um instrumento de avaliação de estratégias de *coping* utilizadas, o Questionário Brief COPE. Análise estatística realizada com o recurso ao SPSS 23.0. Dados apresentam distribuição normal, pelo que foram utilizados testes paramétricos na sua análise. **Resultados:** cuidadores são maioritariamente idosos, do sexo feminino, baixa escolaridade, sem ocupação profissional e coabitam com o seu familiar dependente. Estratégias de *coping* mais utilizadas, tanto na avaliação inicial como final são Coping Ativo, Planear e Religião. **Conclusão:** verificou-se o recurso a um maior número de estratégias de *coping*, apesar de não se conseguir definir claramente um estilo de *coping* predominante. A importância do papel do enfermeiro na capacitação do cuidador familiar foi destacada.

Palavras-chave: familiar cuidador; estratégia de adaptação; cuidados de enfermagem

*PhD, Prof. Adjunto da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa / UICISA: E/ESEnFC na ESS/IPV - <https://orcid.org/0000-0003-4870-2047> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article.

** PhD, Prof. Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro / CIDTFF - Research Centre on Didactics and Technology in the Education of Trainers - <https://orcid.org/0000-0003-2353-3072> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data analysis and interpretation

*** PhD, Prof. Coordenadora da Superior de Enfermagem do Porto / CINTESIS - <https://orcid.org/0000-0001-9198-2668> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data analysis and interpretation

**** PhD, Prof. adjunta da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa / CINTESIS - <https://orcid.org/0000-0002-4328-3755> - Contribuição no artigo: Drafting of the article, Critical revision of the article

***** PhD, Prof. Adjunta da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa / CINTESIS - <https://orcid.org/0000-0003-3357-7984> - contribuição no artigo: Critical revision of the article

***** PhD, Prof. Coordenadora da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa / CINTESIS - <https://orcid.org/0000-0002-1142-3258> - Contribuição no artigo: Critical revision of the article

***** PhD student; MSc, Centro Hospitalar Baixo Vouga / Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro - <https://orcid.org/0000-0002-4264-7756> - Contribuição no artigo: Critical revision of the article

Como referenciar:

Melo, R., Rua, M., Santos, C., Novais, S., Mota, L., Príncipe, F., & Silva, M., (2021). Intervenção de enfermagem e coping na transição para cuidador familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1) 61-73. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.119>

Recebido para publicação em: 08/03/2021
Aceite para publicação: 27/05/2021

ABSTRACT

Background: family Caregivers are those who first assume the role of caring for their dependent family member. As this is an exhausting process, full of obstacles and generates stress and anxiety, the caregiver often uses strategies to deal with these situations, coping strategies. **Objective:** characterize the coping strategies most used by Family Caregivers, before and after the implementation of a Nursing Intervention Program. **Methodology:** quasi-experimental study, longitudinal, with quantitative methodology, with a convenience sample of 70 Family Caregivers. A sociodemographic questionnaire and an instrument for evaluating coping strategies used, the Brief COPE Questionnaire, were used. Statistical analysis performed using SPSS 23.0. Data have a normal distribution, so parametric tests were used in their analysis. **Results:** caregivers are mostly elderly, female, low educational level, without professional occupation and cohabiting with their dependent family member. Coping strategies most used, both in the initial and final evaluation are Active Coping, Planning and Religion. **Conclusion:** a greater number of coping strategies were found, although it was not possible to clearly define a predominant coping style. The importance of the nurse's role in training family caregivers was highlighted.

Keywords: family caregiver; coping skills; nursing care

RESUMEN

Marco Contextual: los cuidadores familiares son aquellos que primero asumen el rol de cuidar a su familiar dependiente. Como se trata de un proceso agotador, lleno de obstáculos y que genera estrés y ansiedad, el cuidador suele utilizar estrategias para afrontar estas situaciones, estrategias de afrontamiento. **Objetivo:** caracterizar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los familiares cuidadores, antes y después de la implementación de un Programa de Intervención de Enfermería. **Metodología:** estudio cuasi-experimental, longitudinal, con metodología cuantitativa, con una muestra de conveniencia de 70 cuidadores familiares. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y un instrumento de evaluación de las estrategias de afrontamiento utilizadas, el Cuestionario Breve COPE. Análisis estadístico realizado con SPSS 23.0. Los datos tienen una distribución normal, por lo que se utilizaron pruebas paramétricas en su análisis. **Resultados:** los cuidadores son en su mayoría ancianos, mujeres, de bajo nivel educativo, sin ocupación profesional y conviviendo con su familiar dependiente. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas, tanto en la evaluación inicial como en la final, son el afrontamiento activo, la planificación y la religión. **Conclusión:** Se encontró un mayor número de estrategias de afrontamiento, aunque no fue posible definir claramente un estilo de afrontamiento predominante. Se destacó la importancia del papel de la enfermera en la formación de los cuidadores familiares.

Palabras clave: cuidadores; adaptación psicológica; atención de enfermería

INTRODUÇÃO

As alterações sociodemográficas verificadas nos últimos anos têm associadas profundas alterações na sociedade, com o agravamento dos índices de dependência e de necessidade dos cuidados mais elementares por parte das pessoas (INE, 2012; PORDATA, 2021). Perante esta situação, os cuidadores familiares desempenham um papel importante na rede de apoio informal, garantindo a continuidade de cuidados e o apoio/substituição nos autocuidados à pessoa dependente. Estes são na sua grande maioria, familiares que assumem este papel, desempenhando-o por períodos habitualmente longos, que se revelam extremamente desgastantes (Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016).

Esta prestação de cuidados é um processo árduo e repleto de obstáculos e desafios, com sérias consequências para o cuidador, pessoa dependente, família, comunidade e sociedade.

O cuidador vivencia frequentemente situações de *stress*, perante as quais tem de se munir de estratégias que lhe facilitem a transição, adaptação e o reencontro do seu desejado equilíbrio. A perceção e conhecimento destas estratégias, designadas estratégias de *coping*, pode facilitar todo o processo de transição e no modo como são vivenciadas as experiências associadas ao desempenho deste papel (Sequeira, Lange, Sousa, & Llano, 2018; Sequeira, & Sampaio, 2020).

Os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde próximos da família e prestando cuidados diretos nas situações de transição, possuem conhecimentos que lhe permitem, capacitar os cuidadores familiares de estratégias de *coping* eficazes, para fazerem face às dificuldades inerentes à prestação de cuidados e, deste

modo, manifestarem menores índices de sobrecarga e impacto negativo na sua saúde.

Neste sentido, o presente trabalho teve como objetivo geral caracterizar as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos cuidadores familiares, antes e após a implementação de um Programa de Intervenção de Enfermagem. Os objetivos específicos definidos foram: 1) Analisar as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores familiares; 2) Determinar os estilos de *coping* predominante dos cuidadores familiares; 3) Analisar o impacto da implementação do Programa de Intervenção nas estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores familiares.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A melhoria dos cuidados de saúde e o aumento da esperança média de vida são fatores preponderantes para o envelhecimento populacional que se tem verificado nos últimos anos. Esta é uma problemática transversal em sociedades tidas como desenvolvidas, com sérias consequências demográficas, económicas e sociais. Nos últimos censos realizados em 2011 em Portugal, constatou-se um aumento do índice de envelhecimento, sendo que, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística, 19,03% da população tem 65 anos ou mais (INE, 2012), este valor tem associado um aumento do índice de dependência total, 55,3% em 2019 (PORDATA, 2021). Ainda no contexto Nacional cerca de 65% das pessoas pertencentes ao grupo etário dos 65 aos 74 anos refere ter alguma doença crónica ou problema de saúde prolongado. “A proporção é mais elevada nas mulheres (66%) do que nos homens (62%)” (Ministério da Saúde, 2015, p. 84). Estes valores aumentam para 75% no grupo etário dos 75 ou mais anos.

Face à idade e nível de dependência emerge nesta população a necessidade de algum tipo de apoio, frequentemente assumido pelos seus familiares, designados de cuidadores informais. Este cuidador é a pessoa que, sendo familiar ou não, proporciona a maior parte dos cuidados, de forma parcial ou integral, responsável pela organização ou assistência, que presta cuidados e apoio à pessoa dependente nas suas Atividades de Vida Diária, sem receber qualquer remuneração por isso (Sequeira & Sampaio, 2020; Sequeira et al., 2018; Martins et al., 2016).

A família é, desde os tempos mais remotos, a unidade essencial no desenvolvimento da pessoa enquanto ser. De acordo com International Council of Nursing (ICN) (2019) é um grupo, ou unidade social composto por pessoas ligadas por laços de consanguinidade, ou por relações emocionais ou legais, promotoras de afinidade entre os seus membros, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes. Deve ser considerada numa perspetiva sistémica, integrando variáveis relacionadas com a sua autodeterminação, evidenciando principalmente os vínculos afetivos. *“As famílias são compostas por vários subsistemas interdependentes, que formam uma unidade que é diferente e mais do que a soma dos subsistemas familiares ... a família como um sistema aberto em constante interação com o meio em que a família está inserida.”* (Arestedt, Persson, & Benzein, 2013, p. 30). Sendo neste núcleo que a pessoa nasce, cresce e se desenvolve e, neste sentido, finaliza o seu ciclo vital, é aí que, numa primeira fase, face a situações de dependência e necessidades específicas, inicia a sua busca por apoio, pelo que 96,3% das pessoas dependentes tem como cuidador, um familiar próximo

que integra o papel de cuidador familiar (Branco & Paixão, 2008).

A necessidade de apoio/ prestação de cuidados está diretamente dependente de vários fatores, uns referentes à pessoa (como a idade, a doença, o tipo e grau de dependência), outros referentes ao próprio cuidador (como por exemplo a idade ou a disponibilidade) e outros ainda resultantes do relacionamento entre ambos. A escolha do cuidador por ser um processo complexo é determinada por vários fatores e influenciada pelos papéis, características e experiências dos membros da família, assim como a sua situação socioprofissional. Está ainda dependente das relações entre a pessoa dependente e o cuidador, tais como graus de parentesco, afinidade e proximidade geográfica (Martins, et al., 2016). O ajuste do papel de cuidador passa por um processo de transição centrado numa relação particular entre dois mundos distintos, cuidador e pessoa cuidada e pelo espaço de intersecção de ambos, sendo a aprendizagem e desenvolvimento do papel repleto de experiências únicas que tem em consideração o reconhecimento e integração de prestação de cuidados, mas também a compreensão de si exercendo esse papel de cuidador. A transição para o papel de cuidador familiar é um processo gerador de intensa ansiedade e stress, que implica uma adaptação a novas funções (Meleis, 2010). Desta transição podem advir problemas de saúde mental e física, sentimentos de frustração, ansiedade, inquietação e uma preocupação constante em quem cuida e em toda a sua família. A evidência científica tem demonstrado que, sentimentos de stress ou sobrecarga no cuidador familiar são influenciados, mas não unicamente determinados, pelo tipo de doença ou grau de

incapacidade da pessoa idosa (Sequeira & Sampaio, 2020).

A definição de stress realça a relação entre a pessoa e o ambiente, que tem em consideração as características da pessoa por um lado e a natureza do evento que ocorreu por outro (Lazarus & Folkman, 1984). O ICN (2019) define Stress como *“Status comprometido: sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; associado a experiências desagradáveis; associado à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo.”*

Para fazer face aos novos desafios, os cuidadores familiares recorrem por vezes às designadas estratégias de *coping* , que Lazarus e Folkman (1984, p. 141) definem como *“...coping como esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança para gerir exigências externas e / ou internas específicas que são avaliadas como sobrecarga ou excedendo os recursos da pessoa”*. Estas estratégias podem assim ser entendidos como um conjunto de esforços desenvolvidos pela pessoa para lidar com as situações de dano, ameaça ou desafio, quando não está disponível uma rotina ou uma resposta automática para confrontar a situação. A adaptação faz parte do processo de *coping* e é definida pelo (ICN, 2019). *“Coping: gerir novas situações.”* Se a capacidade de adaptação do cuidador é reduzida, provavelmente a sua resposta aos novos desafios será igualmente reduzida. Mas se o cuidador possui recursos para fazer face aos desafios levantados pela situação de crise, a probabilidade de resolução será maior e mais adequada à situação. Desta forma, estratégias de

coping podem ser entendidas como o modo como as pessoas lidam com os problemas, ou seja, que tipo de estratégias utilizar em função da forma como percebem as exigências e, principalmente, do grau de controlo que pensam deter sobre elas e dos recursos de que pensam dispor. A maior preferência ou disposição para determinada estratégia de *coping* por parte do indivíduo remete-nos para diferentes estilos. Lazarus e Folkman (1984) distinguiram duas formas de estratégias de *coping* , as focadas nas emoções e as focadas nos problemas. As focadas nas emoções consistem num processo cognitivo direcionado para a diminuição do *distress* emocional e inclui estratégias como o evitamento, a minimização, distanciamento, atenção seletiva, comparações positivas e tentar retirar valores positivos de eventos negativos. As focadas no problema são semelhantes às estratégias utilizadas na resolução de problemas, tais como os esforços direcionados para a definição do problema, ao tentar encontrar soluções alternativas, ponderar essas mesmas alternativas nos seus custos e benefícios, escolher uma mediante esse aspeto e colocá-la em prática. As estratégias de *coping* adotadas pelos cuidadores estão relacionadas com o seu nível educacional, capacidade cognitiva, conhecimentos, experiência de vida, habilidades sociais, apoio social, motivação, saúde, fatores de personalidade, autoconceito e autoestima (Sequeira, et al., 2018).

Os trabalhos de investigação de Meleis (2010) confirmam que nas experiências de transição vividas pelos familiares dependentes e respetivos cuidadores familiares, o apoio e a intervenção dos cuidados de enfermagem domiciliários produzem um efeito muito significativo na sua qualidade de vida, assim como manifestas implicações para as práticas nesta área.

Cuidar de um familiar com dependência que pode ter origem em diversas causas surge, em muitas situações, de forma inesperada e o familiar que assume o papel de cuidador habitualmente não tem formação prévia nem se encontra preparado para o seu desempenho, pelo que, o apoio e contributo de várias instituições e de profissionais de saúde é essencial (Sequeira et al., 2018), designadamente, os enfermeiros (Sequeira et al., 2018). O trabalho desenvolvido por estes profissionais, no âmbito da capacitação do cuidador para estratégias de *coping* eficazes para a resolução de problemas associados ao cuidar do seu familiar dependente é destacado por diversos autores (Azman, et al., 2017; Salehi-tali, Ahmadi, Zarea, & Fereidooni-Moghadam, 2018), em contextos diversos, realçando o papel desempenhado por estes profissionais de saúde no apoio aos cuidadores familiares.

Entende-se assim que os enfermeiros são os profissionais que, perante uma pessoa em transição para o papel de cuidador familiar, poderão implementar intervenções eficazes, considerando a relação de proximidade com estes cuidadores familiares, devendo trabalhar com ele no sentido de manter e melhorar a sua saúde, assim como do familiar recetor de cuidados. O conhecimento das estratégias de *coping* que são preferencialmente utilizadas pelos cuidadores familiares, assim como os estilos de *coping* predominantes, são importantes para implementar intervenções estruturadas e contextualizadas às exigências e necessidades demonstradas em cada situação.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo quase-experimental (não teve um grupo de controlo), em aproximação à investigação

ação, numa abordagem quantitativa, longitudinal, tendo a colheita de dados decorrido entre abril de 2013 e março de 2014, com uma amostra de conveniência de 70 cuidadores familiares. Os critérios de inclusão foram: ser cuidador familiar (preferencialmente pela primeira vez); prestar cuidados a uma pessoa dependente, em pelo menos uma atividade de vida diária; assumir o papel de responsabilidade pela organização da prestação de cuidados; ser o cuidador principal, apesar de poder existir mais do que um cuidador informal; aceitar participar no estudo ao longo de um período de três meses; pertencer a uma das unidades de saúde selecionadas. Os critérios de exclusão foram: ser cuidador formal; ser cuidador de pessoa referenciada por necessidade de cuidados paliativos; ausência de cuidador principal ou de referência; não aceitar participar no estudo. Os participantes do estudo foram integrados, após alta hospitalar, através da referência das pessoas com dependência e necessidade de cuidados, para uma das três ECCL (Equipas de Cuidados Continuados Integrados) de um Agrupamento de Centros de Saúde da Região Norte de Portugal.

Após uma primeira visita domiciliária realizada pelo investigador, em que era explicado o estudo e obtido o respetivo consentimento do cuidador familiar. Foram colhidos dados sociodemográficos, através de questionário, para a obtenção de informações pertinentes sobre o cuidador, recetor de cuidados e agregado familiar e do o Questionário Brief COPE (Ribeiro & Rodrigues, 2004) para avaliação de estratégias de *coping* utilizadas pelo cuidador familiar. Neste instrumento o cuidador familiar indicou a frequência com que recorre a determinada estratégia,

optando por assinalar a sua opção, a que corresponde uma pontuação respetiva, num crescendo conforme a utilização da estratégia assinalada, (1) “Não/Nunca”, (2) “Faço isto por vezes”, (3) “Em média é isto que faço” e (4) “Faço quase sempre isto”. A análise deste instrumento foi realizada com o somatório dos dois itens que correspondem a cada uma das estratégias de *coping* , sendo que esta varia entre 2 para as que são menos utilizadas e 8 para as mais implementadas pelos cuidadores. O Brief COPE tem como objetivo determinar quais as estratégias de *coping* que a pessoa utiliza face às situações stressantes da vida, sendo composto por 14 subescalas (Ribeiro & Rodrigues, 2004). Após esta primeira visita, foram realizadas em média mais 5 visitas a cada cuidador familiar (total de 6 visitas domiciliárias), por um período médio de 3 meses, nas quais foi implementado um Programa de Intervenção de Enfermagem, estruturado com intervenções no domínio do apoio instrumental (assistir nos diferentes autocuidados), e psicoemocional (promover papel de cuidador, promover apoio social, promover processo familiar efetivo, stress do cuidador). Este foi igual para todos os cuidadores, incidindo sobre estes dois domínios, contudo, a sua implementação seguiu um plano individual de cuidados específico para cada cuidador familiar, no sentido de dar resposta às necessidades evidenciadas por cada um em cada momento e o cumprimento aos objetivos previamente estabelecidos. Na última visita domiciliária, foi preenchido novamente do questionário de *Brief COPE* , o que permitiu perceber o impacto do Programa de Intervenção de enfermagem implementado, as estratégias e estilos de *coping* predominantes.

Todos os pressupostos éticos foram salvaguardados. Assim, previamente ao início do estudo foi solicitado parecer à Comissão e Ética da Administração Regional de Saúde do Norte (Parecer nº 62/2012, de 11 de dezembro de 2012) e pedido de autorização para realização do estudo integrado nas respetivas unidades de saúde. Os pedidos tiveram todos parecer favorável. Cada participante foi esclarecido dos objetivos do estudo, bem como dos procedimentos a utilizar durante a investigação, tendo assinado o consentimento informado. Foi assegurada anonimização e a confidencialidade dos dados. Os autores dos instrumentos utilizados foram também contactados no sentido de autorizarem a sua aplicação. Os dados foram processados com recurso ao programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 23.0. Considerando que os dados obtiveram uma distribuição normal, optámos pela utilização de testes paramétricos, recorrendo-se ao Teste *t* de *student* para amostras emparelhadas para perceber as diferenças encontradas entre o início e o final da implementação do Programa, nas diferentes variáveis em estudo.

RESULTADOS

Analisando os dados obtidos através do preenchimento do questionário sociodemográfico, constatou-se que a amostra de conveniência foi constituída por 70 cuidadores familiares, com idades compreendidas entre os 25 e os 85 anos (média de idades de 60 anos). A grande maioria, 42 (60%) era residente em concelho de misto (rural/urbano), seguindo-se os do concelho predominantemente rural (n=20; 28,6%) e apenas 8 (11,4%) residiam em concelho urbano. Destes familiares, 67,1% (n=47) estava a

integrar este papel pela primeira vez, sendo que apenas 32,9% (n=23) já tinha tido experiências anteriores no âmbito da prestação de cuidados a alguém com dependência. Na Tabela 1 estão sintetizadas as principais características sociodemográficas dos cuidadores que incluíram a amostra. A maior parte destes (78,6%) coabitavam com a pessoa dependente e 1,4% vivia em casas diferentes, mas no mesmo edifício, 10% viviam a uma

distância passível de ir a pé, 10% dos cuidadores viviam a uma distância até 10 minutos de carro, de autocarro ou de comboio do seu familiar. A acrescer à assistência prestada ao familiar com dependência, dez cuidadores (14,4%) realçaram também ter outra pessoa dependente a quem tinham de prestar cuidados, destes, 2,9% era o marido, 2,9% era o pai, 2,9% era o filho/a, 2,9% era o tio/a e 1,4% era o sogro.

Tabela 1

Dados sociodemográficos dos cuidadores familiares

		n	%		
Sexo	Feminino	54	77,1		
	Masculino	16	22,9		
Estado Civil	Casados ou União de Facto	48	68,6		
	Separados ou Divorciados	11	15,7		
	Solteiros	10	14,3		
	Viúvo	1	1,4		
Existência de Filhos	Sim	Um	18	92,9	25,7
		Dois	24		34,3
		Três ou mais	23		32,9
	Não	5	7,1		
Situação Ocupacional	Reformados ou Aposentados	36	51,4		
	Emprego a Tempo Inteiro	16	24,3		
	Desempregados	7	10		
	Domésticas	7	10		
	Inválido	2	2,8		
	Emprego a Tempo Parcial	1	1,4		
Habilitações Literárias	Não Frequentaram Sistema de Ensino	2	2,8		
	Até ao 4º ano	36	51,4		
	Até ao 6º ano	7	10		
	Até 9º ano	10	14,3		
	Ensino Secundário	13	18,6		
	Ensino Superior	2	2,8		

No que se refere à *pessoa dependente, recetora de cuidados*, estas apresentaram graus de dependência variável. Deste modo, 24,3% dos familiares dependentes eram parcialmente dependentes, 27,1% eram moderadamente dependentes e 48,6% eram gravemente dependentes. Em apenas 20% dos casos, esta situação surgiu de forma progressiva, sendo que a maioria das dependências (52,9%) ocorreu na

sequência do agravamento de uma patologia e 27,1% resultante de um acontecimento abrupto. No que concerne às situações patológicas predominantes, 24,2% ocorreram devido a um Acidente Vascular Cerebral, 10% devido a doenças neurológicas (*Alzheimer* e *Parkinson*), 10% devido a doenças cancerígenas (predominantemente do aparelho digestivo), 2,8% devido a doenças vasculares e 1,4%

Intervenção de enfermagem e *coping* na transição para cuidador familiar

devido a encefalite. Quanto aos acontecimentos abruptos, a grande maioria decorreu de quedas com fraturas ósseas dos membros inferiores (25,2%) e apenas 2,8% ocorreram devido a acidentes com veículos motorizados. Relativamente ao Questionário Brief COPE, foram determinadas as características psicométricas na amostra em estudo. Na primeira

avaliação (N=70), os valores de alfa de *Cronbach* variam entre 0,23 para a subescala “Auto culpabilização” e 1,00 para “Uso de Substâncias”. Na segunda avaliação (N=62) foram alcançados valores de alfa de *Cronbach* entre 0,14 para a subescala “Aceitação” e 0,96 para “Humor” (Tabela 2).

Tabela 2

Valores de alfa de *Cronbach* para o *Brief COPE*

Sub-Escala	Alfa de Cronbach			
	Carver (2007)	Ribeiro e Rodrigues (2004)	Estudo	
			1ª Avaliação	2ª Avaliação
1 – <i> Coping </i> ativo	0,68	0,65	0,79	0,72
2 – Planear	0,73	0,70	0,60	0,42
3 – Utilizar suporte instrumental	0,64	0,81	0,83	0,79
4 – Utilizar suporte social emocional	0,71	0,79	0,86	0,82
5 – Religião	0,82	0,80	0,98	0,95
6 – Reinterpretação positiva	0,64	0,74	0,93	0,87
7 – Auto culpabilização	0,69	0,62	0,23	0,23
8 – Aceitação	0,57	0,55	0,24	0,14
9 – Expressão de sentimentos	0,50	0,84	0,91	0,94
10 – Negação	0,54	0,72	0,97	0,84
11 – Auto distração	0,71	0,67	0,37	0,58
12 – Desinvestimento comportamental	0,65	0,78	0,55	0,39
13 – Uso de substâncias (medicamentos/ álcool)	0,90	0,81	1,00	0,88
14 – Humor	0,73	0,83	0,97	0,96

Os níveis de consistência interna obtidos variam entre o inadmissível, pois são inferiores a 0,60 e o muito bom, com valores de alfa de *Cronbach* superiores a 0,90. Considerando os valores de alfa de *Cronbach* inferiores a 0,30 obtidos nas estratégias Auto Culpabilização e Aceitação nos dois momentos de avaliação, representativos de uma fidelidade demasiado baixa, optámos por não realizar a análise destas duas estratégias de *coping* . Além deste aspeto, considerando o valor de alfa de *Cronbach* igual a 1 alcançado na estratégia Uso de Substâncias na avaliação inicial, demonstrativo de uma fidelidade

também questionável, optámos por desconsiderar também os resultados alcançados na avaliação inicial. Quanto às estratégias de *coping* mais utilizadas pelos cuidadores familiares, na Tabela 3 apresentamos os resultados obtidos em cada dimensão do *Brief COPE* , salientando-se o *Coping* Ativo (média 6,90; sd 1,35), o Planear (média,6,40; sd 1,17), o que lhes permitia abordar calma e racionalmente formas para ultrapassarem os seus obstáculos. Para além destas duas estratégias focadas, os cuidadores recorriam igualmente bastante a estratégias de focadas nas emoções, como por exemplo a Religião (média 6,64; sd

2,05), o que demonstrou que obtinham importante conforto nas suas crenças religiosas.

Tabela 3

Avaliação Inicial de *Brief COPE*

Subescala	Média (sd)
Auto Distração	4,99 (1,56)
<i>Coping</i> Ativo	6,90 (1,35)
Negação	2,47 (1,29)
Utilizar de Suporte Social e Emocional	5,40 (2,12)
Desinvestimento Comportamental	2,20 (0,69)
Expressão de Sentimentos	5,17 (1,82)
Utilizar Suporte Instrumental	4,67 (1,92)
Reinterpretação Positiva	5,53 (1,60)
Planear	6,40 (1,17)
Humor	3,39 (2,04)
Religião	6,64 (2,05)

Na avaliação final do *Brief COPE*, realizada após os 3 meses de visitas domiciliárias e intervenções, na Tabela 4 apresentamos os resultados obtidos para cada dimensão do *Brief COPE*, pelo que destacamos o facto de que os cuidadores implementavam mais estratégias do tipo *Coping* Ativo (média 7.65; sd 0.91), Planear (média 7.18; sd 0.93), o que demonstrou uma

maior proatividade dos cuidadores em procurar soluções para a resolução dos seus problemas e ultrapassar os obstáculos com que se depararam. Além destas, foram igualmente utilizadas estratégias de *coping* focalizadas nas emoções e crenças, pelo que se destaca igualmente o recurso frequente à Religião (média 7.13; sd 1.73).

Tabela 4

Avaliação Final de *Brief COPE*

Subescala	Média (sd)
Auto Distração	6,00 (1,53)
<i>Coping</i> Ativo	7,65 (0,91)
Negação	2,23 (0,64)
Uso de Substâncias	2,16 (0,52)
Utilizar de Suporte Social e Emocional	6,21 (1,87)
Desinvestimento Comportamental	2,10 (0,39)
Expressão de Sentimentos	4,52 (1,83)
Utilizar Suporte Instrumental	5,35 (1,88)
Reinterpretação Positiva	6,15 (1,35)
Planear	7,18 (0,93)
Humor	3,21 (1,79)
Religião	7,13 (1,73)

Relativamente às diferenças entre as estratégias de *coping* utilizadas antes e após a implementação do Programa de Intervenção, na Tabela 5 apresentamos

os dados resultantes do tratamento estatístico realizado. Deste modo, as mudanças ocorridas não foram tão expressivas, tendo-se registado diferenças

Intervenção de enfermagem e *coping* na transição para cuidador familiar

estatisticamente significativas em apenas algumas subescalas. As diferenças mais significativas, em termos estatísticos ($p < 0,01$) denotaram-se ao nível da Auto Distração, do *Coping* Ativo, da Utilização de Suporte Social e Emocional, e a nível do Planear. Também ocorreram diferenças importantes ($p < 0,05$)

ao nível das estratégias Utilização de Suporte Instrumental e Reinterpretação Positiva, sendo que os resultados demonstraram que os cuidadores recorriam mais a estas estratégias aquando do momento de avaliação final.

Tabela 5

Médias, desvio Padrão e valores de Teste *t* de Amostras Emparelhadas do *Brief* COPE – Comparação entre Avaliação Inicial e Avaliação Final

Subescala <i>Brief</i> COPE	Médias (sd)	<i>t</i> (gl)	<i>p</i>
Auto Distração_av1	5,00 (1,56)	-4,17 (61)	0,00
Auto Distração_av2	6,00 (1,53)		
<i>Coping</i> Activo_av1	6,94 (1,25)	-4,07 (61)	0,00
<i>Coping</i> Activo_av2	7,65 (0,91)		
Utilizar Suporte Social Emocional_av1	5,35 (2,07)	-3,02 (61)	0,00
Utilizar Suporte Social Emocional_av2	6,21 (1,87)		
Utilizar Suporte Instrumental_av1	4,68 (1,86)	-2,29 (61)	0,03
Utilizar Suporte Instrumental_av2	5,35 (1,88)		
Reinterpretação Positiva_av1	5,63 (1,47)	-2,24 (61)	0,03
Reinterpretação Positiva_av2	6,15 (1,35)		
Planear_av1	6,42 (1,06)	-5,37 (61)	0,00
Planear_av2	7,18 (0,93)		

DISCUSSÃO

A análise dos dados obtidos no final do estudo permitiu afirmar que, relativamente às estratégias de *coping*, ocorreu um aumento mais significativo do recurso a estratégias que preconizam a resolução de problemas, como os esforços e medidas para enfrentar melhor a situação vivenciada, pedir conselhos e ajuda a outras pessoas que passaram pelo mesmo, mas também encontrar estratégias para melhor prestarem cuidados.

No mesmo sentido, Azman et al (2017) destacaram as atividades de suporte social, nomeadamente religião, apoio emocional, aceitação, entre outras. Além disso, os cuidadores que participaram nesta investigação passaram a recorrer menos à rejeição e negação da

situação vivenciada, menor uso de medicamentos e/ou outras substâncias, desistir menos de se esforçar e de atingir os seus objetivos, exprimir menos os seus sentimentos de aborrecimento, responsabilizar-se menos pela situação que está a vivenciar e recorrer menos a estratégias de brincadeira e humor.

Apesar do aumento verificado relativamente à mobilização de estratégias que permitiram aos cuidadores familiares fazerem face aos desafios e obstáculos vivenciados, as diferenças constatadas não são estaticamente significativas face à avaliação inicial, assim como o observado a nível de tentar aceitar o que está a vivenciar e aprender a viver com a situação e tentar encontrar conforto na religião, estratégias às

quais passaram a recorrer mais. Estes dados são congruentes com os de Machado, Dahdah, & Kebbe (2018), os quais destacaram as estratégias de *coping* centradas na resolução do problema e religião, sendo que estas tipologias passaram a serem utilizadas em maior número de ocasiões. Estas permitiram diminuir a pressão e ansiedade associada à perceção de problemas e obstáculos durante a prestação de cuidados.

Apesar de não serem as mais utilizadas, as estratégias focadas nas emoções passaram também a ser utilizadas num maior número de ocasiões. Estas foram destacadas por Cruz, Loureiro, Silva, & Fernandes (2010) que, numa revisão sistemática da literatura sobre as vivências do cuidador do familiar dependente, constataram que as estratégias de *coping* são essencialmente centradas nas emoções, no estabelecimento de prioridades, nas crenças religiosas, na procura constante do lado positivo da situação e na resposta de apoios formais.

Em síntese, neste aspeto, podemos afirmar que, no final deste estudo, os cuidadores familiares estavam a utilizar mais estratégias de *coping* ativas face aos seus problemas, para assim conseguirem transpor os obstáculos com que se depararam, deixando de ser tão passivos face ao contexto em que estavam inseridos, também graças às intervenções implementadas no âmbito do Programa de Intervenção e aos ensinamentos realizados e apoios disponibilizados.

Congruentes com estes resultados, Tabeleão, Tomasi, & Quevedo (2017) destacam a importância de intervenções no domínio psicoeducativo, no sentido de informar como lidar com a doença, disponibilizar apoio emocional e implementar estratégias de *coping* e de gestão de stress eficazes. Num outro estudo

realizado no sentido de perceber a eficácia das estratégias centradas na resolução de problemas e ajudar a diminuir a ansiedade e depressão, Ferré-Grau et al (2013) demonstraram que ocorreu uma melhoria significativa a nível da ansiedade e depressão dos cuidadores, destacando como aspetos positivos a satisfação deste.

O papel desempenhado pelos enfermeiros foi também um aspeto realçado na presente investigação, no trabalho desenvolvido junto dos cuidadores familiares para a sua capacitação para a melhor gestão dos problemas e obstáculos. A implementação de intervenções estruturadas e contextualizadas, permitiram aos cuidadores uma melhor adaptação e um *coping* mais eficaz.

São vários estudos que destacam o trabalho desenvolvido por estes profissionais de saúde, realçando a necessidade de que o enfermeiro participe ativamente nos grupos de apoio aos cuidadores familiares, no sentido de os capacitar para a gestão de conflitos e proporcionar cuidados de qualidade. Mingote, Corte, Marques, & Mendes (2020) destacaram a importância da necessidade de implementar intervenções que potenciem as estratégias de *coping* que permitam otimizar o papel de cuidador. Também Azman, Singh, & Sulaiman (2017), analisando as estratégias de *coping* utilizadas por cuidadores de familiares com dependência psiquiátrica, destacaram a necessidade de treino específico dos profissionais, no sentido de capacitar os cuidadores com estratégias de *coping* ajustadas às suas situações.

Num estudo em que foram analisadas as estratégias utilizadas por cuidadores familiares de pessoas a realizar hemodiálise, Salehi-tali et al (2018)

destacaram a importância dos enfermeiros nos cuidados prestados aos seus clientes. Apesar de verificarmos que os cuidadores recorreram a um maior número de estratégias de *coping*, o que indica uma maior capacidade na utilização dos recursos que tinham ao seu dispor para lidar com os desafios inerentes aos cuidados, não foi possível identificar claramente o estilo de *coping* predominante, ativo ou passivo, conforme indicado por Carver (1989).

CONCLUSÃO

A implementação de estratégias eficazes para melhor de gestão do *stress* e ansiedade gerados pela transição para o papel de cuidador familiar revelam-se de elevada importância, com impacto direto na saúde da pessoa que cuida, na pessoa recetora de cuidados e, por consequência, na comunidade e na sociedade. Neste domínio, a saúde da pessoa é afetada por inúmeros fatores, sendo a prestação de cuidados ao familiar dependente um processo exaustivo, com inúmeros desafios e/ou problemas, sobrecarga de vários domínios associada, pelo que as consequências negativas para o cuidador familiar são diversas.

O papel do enfermeiro é realçado, pois este é o profissional de saúde que desempenha um papel privilegiado e de proximidade e, estando dotado das competências específicas, poderá implementar intervenções estruturadas e contextualizadas para que, possa facilitar às pessoas intervenientes neste processo experiências mais favoráveis e positivas.

No final desta investigação, apesar de não ser possível definir um estilo de *coping* predominante, destacou-se o fato de que os cuidadores familiares recorreram num maior número de ocasiões às estratégias que consideraram serem as melhores para fazer face aos

obstáculos. De destacar que as estratégias focadas na resolução de problemas tiveram um aumento significativo, sendo esta tipologia a mais destacada como a mais favorável para um *coping* eficaz.

Como implicação para a prática, espera-se que este trabalho seja um elemento facilitador na estruturação de intervenções de enfermagem junto de cuidadores familiares. Seria positivo que estudo semelhante fosse replicado em outros contextos no domínio dos cuidadores, no sentido de se melhorar a evidência científica, destacar e otimizar o trabalho desenvolvido. Como limitações do estudo salienta-se o tamanho da amostra, que a ser maior poderia alcançar resultados mais significativos e expressivos. Além disso, estudo pode ser reproduzido considerando os diferentes tipos de dependência e cuidados prestados, para assim perceber a tipologia de estratégias de *coping* utilizadas nestes domínios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arestedt, L., Persson, C., & Benzein, E. (2013). Living as a family in the midst of chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 29-37.
- Azman, A., Singh, P. S. J., & Sulaiman, J. (2017). Caregiver coping with the mentally ill: a qualitative study. *HJournal of Mental Health*, 26(2), 98-103. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1124395>
- Branco, M. J., & Paixão, E. (2008). *Uma Observação sobre Cuidados Continuados no Domicílio*. Lisboa.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Cruz, D. C. M., Loureiro, H. A. M., Silva, M. A. N. C. G. M. M., & Fernandes, M. M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (2), 127-136.
- Ferré-Grau, C., Sevilla-Casado, M., Lleixà-Fortuño, M., Aparicio-Casals, M. R., Cid-Buera, D., Rodero-Sanchez, V., & Vives-Relats, C. (2013). Effectiveness of Problem-

- solving technique in caring for family caregivers: a clinical trial study in an urban area of Catalonia (Spain). *Journal of Clinical Nursing*, 23, 288-295.
- ICN. (2019). Browser CIPE. Retrieved from <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- INE - Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Machado, B. M., Dahdah, D. F., & Kebbe, L. M. (2018). Caregivers of family members with chronic diseases: coping strategies used in everyday life. *Cad. Bras. Ter. Ocup*, 26(2), 299-313. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1188>
- Martins, T., Araújo, M. d. F., Peixoto, M. J., & Machado, P. P. (2016). *A Pessoa Dependente e o Familiar Dependente*. Loures: Lusodidacta
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mingote, C., Corte, A., Marques, E., & Mendes, R. (2020). Estratégias de Coping de Cuidadores Informais de Idosos Dependentes. *Egitania Scientia*, 27.
- Ministério da Saúde. (2015). *A Saúde dos Portugueses. Perspectiva de 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- PORDATA. (2021). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Retrieved from <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526-3741>
- Ribeiro, J. L. P., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões Acerca do Coping: A Propósito do Estudo de Adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Salehi-tali, S., Ahmadi, F., Zarea, K., & Fereidooni-Moghadam, M. (2018). Commitment to care: the most important coping strategies among family caregivers of patients undergoing haemodialysis. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 32, 82-91. <https://doi:10.1111/scs.12432>
- Sequeira, C., Lange, C., Sousa, L., & Llano, P. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (1ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Tabeleão, V., Tomasi, E., & Quevedo, L. d. A. (2017). A Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of a Psychoeducational Intervention on Family Caregivers of Patients with Mental Disorders. *Mental Health Journal*, 54, 211-217.

NURSE-LED INTERVENTIONS TO PROMOTE HOSPITALIZED PATIENTS' ADHERENCE TO HAND HYGIENE: NARRATIVE REVIEW

Intervenções de Enfermagem para a promoção da adesão à higienização das mãos em pessoas hospitalizadas: revisão narrativa da literatura

Intervenciones de enfermería para promover la adhesión a la higiene de manos en personas hospitalizadas: revisión narrativa de la literatura

Ana Nunes*, Joana Carrasquinho**, Paulo Santos-Costa***, Luciene Braga****, Beatriz Serambeque*****, Pedro Parreira*****, Anabela Oliveira*****

ABSTRACT

Background: during the hospital admission, nurses play a fundamental role in the adherence to hand hygiene (HH) measures by patients and their families, enhancing the quality and safety of care. **Objective:** synthesize the latest scientific evidence regarding nurse-led interventions focused on hospitalized patients' adherence to HH and its impact on preventing Healthcare-Associated Infections (HAIs). **Methodology:** following the PICOD mnemonic, a narrative review was conducted in MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCO), and Cochrane Library. Two independent reviewers analyzed the relevance of the studies, extracted and synthesized data. **Results:** seven studies were included for review, published between 2016 and 2018. Three central themes emerged: i) nurse-led interventions that promote patients' adherence to HH; ii) patients' HH adherence and HAIs prevention; iii) the importance of person-centered nursing care in this scope. **Conclusion:** isolated interventions do not lead to adequate behavioural changes. Although educational interventions are the most common actions used by nurses, visual cues, distribution of informational material, provision of HH material, and creation of specific moments for HH are complementary strategies that enhance the efficiency and quality of the intervention.

Keywords: hand hygiene; nurses; patient-centered care

* RN, Nursing School of Coimbra, Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E) - <https://orcid.org/0000-0002-4455-7615>

- Contribuição no artigo: Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

** RN, Nursing School of Coimbra, Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E) - <https://orcid.org/0000-0002-1606-0687>

- Contribuição no artigo: Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

*** PhD Student, Nursing School of Coimbra, Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E) - <https://orcid.org/0000-0003-0761-6548>

- Contribuição no artigo: Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

**** PhD, Medicine and Nursing department, Federal University of Viçosa - <https://orcid.org/0000-0002-2297-395X>

- Contribuição no artigo: Study conception and design, Data analysis and interpretation, Critical revision of the article

***** MSc, Nursing School of Coimbra, Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E) - <http://orcid.org/0000-0002-3634-859X>

- Contribuição no artigo: Data analysis and interpretation, Critical revision of the article

***** PhD, Nursing School of Coimbra, Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E) - <https://orcid.org/0000-0002-3880-6590>

- Contribuição no artigo: Study conception and design, Critical revision of the article

***** PhD, Nursing School of Coimbra, Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E) - <https://orcid.org/0000-0002-8231-8279>

- Contribuição no artigo: Study conception and design, Critical revision of the article

Como referenciar:

Nunes, A., Carrasquinho, J., Santos-Costa, P., Braga, L., Serambeque, B., Pereira, P., & Oliveira, A., (2021). Nurse-led interventions to promote hospitalized patients' adherence to hand hygiene: narrative review. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1), 75-85 <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.122>

Recebido para publicação em: 16/03/2021

Aceite para publicação:15/06/2021

RESUMO

Enquadramento: durante o período de internamento hospitalar, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na adesão às medidas de higienização das mãos (HM) por parte das pessoas doentes e seus familiares, potenciando a qualidade e segurança dos cuidados. **Objetivo:** sintetizar a evidência científica mais recente respeitante às intervenções de enfermagem focadas na promoção da adesão à HM em pessoas hospitalizadas e o seu impacto na prevenção de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). **Metodologia:** através da mnemónica PICOD, conduziu-se uma revisão narrativa da literatura na MEDLINE (PubMed), CINAHL (EBSCO) e Cochrane Library. Dois revisores independentes analisaram a relevância dos estudos, extraíram e sintetizaram os dados. **Resultados:** sete estudos foram incluídos na revisão final, publicados entre 2016 e 2018. Emergiram três temas centrais: intervenções de enfermagem focadas na promoção da adesão à HM por pessoas hospitalizadas; ii) adesão das pessoas à HM e prevenção de IACS; iii) a importância dos cuidados de enfermagem centrados na pessoa neste âmbito temático. **Conclusão:** intervenções isoladas não fomentam alterações comportamentais adequadas. Ainda que as intervenções educacionais sejam as mais recorrentemente utilizadas por enfermeiros, lembretes visuais, material informativo, distribuição de material e criação de momentos específicos para a HM são estratégias complementares que potenciam a eficiência e qualidade da intervenção. **Palavras chave:** higiene das mãos; enfermeiras e enfermeiros; assistência centrada no paciente

RESUMEN

Marco contextual: durante la estancia hospitalaria, el enfermero juega un papel fundamental en el cumplimiento de las medidas de higiene de manos (HM) por parte de los enfermos y sus familiares, mejorando la calidad y seguridad de la atención. **Objetivo:** sintetizar la evidencia científica más reciente sobre las intervenciones dirigidas por enfermeros centradas en la adherencia de los pacientes hospitalizados a la HM y su impacto en la prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (IAAS). **Metodología:** utilizando el mnemónico PICOD, se realizó una revisión narrativa de la literatura en MEDLINE (PubMed), CINAHL (EBSCO) y Cochrane Library. Dos revisores independientes analizaron la relevancia de los estudios, extrajeron y sintetizaron los datos. **Resultados:** se incluyeron siete estudios para revisión, publicados entre 2016 y 2018. Surgieron tres temas centrales: i) intervenciones dirigidas por enfermeras que promueven la adherencia de los pacientes a la HM; ii) adherencia de los pacientes a la HM y prevención de las IAAS; iii) la importancia del cuidado de enfermería centrado en la persona en este ámbito. **Conclusión:** las intervenciones aisladas no conducen a cambios de comportamiento adecuados. Si bien las intervenciones educativas son las acciones más utilizadas en enfermería, las señales visuales, material informativo, la provisión de material y la creación de momentos específicos para HM son estrategias complementarias que mejoran la eficiencia y calidad de la intervención.

Palabras clave: higiene de las manos; enfermeras y enfermeros; atención dirigida al paciente

INTRODUCTION

Knowledge societies in the 21st century face the paradox of health decision making – while people are increasingly dared to make healthier choices, they are not being sufficiently prepared and supported by health professionals to make them (Kickbusch et al., 2013). The empowerment and accountability of people for their health is a significant challenge for nursing, particularly regarding the importance of Healthcare-Associated Infections (HAIs) prevention and control.

The importance of involving patients and their families in HAIs prevention and control has been established for years. Increasing discussions around safety culture highlight the need to create a collaborative environment between health team members, administrators, patients, and their families to overcome health barriers and strive for quality and efficient care (Joint Commission, 2009). However, despite significant advances in recent years, the risk of developing HAIs in healthcare institutions is yet to be overcome and therefore requires effective preventive measures. One crucial challenge in this scope is related to the recurrent transmission of pathogenic microorganisms through the hands of health professionals and hospitalized patients (cross-contamination) (Istenes et al., 2013). Equally relevant, hospitalized patients are likely to be exposed to pathogenic microorganisms in clinical settings through direct contact with contaminated devices and surfaces, commonly known as self-contamination (Istenes et al., 2013). Hand hygiene (HH) is considered one of the simplest and most effective practices in reducing HAIs, thereby contributing to the reduction of patient morbidity and mortality. The importance of HH among

hospitalized patients dates to the 1980s, with the development of international quality improvement projects and dissemination through scientific publications. Although HH standards traditionally focus on health professionals (Graveto, Rebola, et al., 2018; Graveto, Santos, et al., 2018), it is essential to include and educate hospitalized patients and their families about the relevance of this practice, establishing them as active agents in HAIs prevention (Landers et al., 2012; World Health Organization, 2009). Nurses' patient education plays a fundamental role in HH adherence, and the contributions of current technological aids associated with simple and innovative strategies cannot be overlooked (Park & Seale, 2017). Nurses' patient education can more easily impact health outcomes if they include a definition of terms, examples, illustrations, reminders or suggestions (Kickbusch et al., 2013). Thus, we proposed to conduct a narrative review with two main goals: i) to synthesize the latest scientific evidence regarding nurse-led interventions focused on hospitalized patients' adherence to HH; ii) discuss the impact of the found nurse-led interventions on the prevention of HAIs.

METHODOLOGICAL REVIEW PROCEDURES

To address the review question "Can nurse-led interventions enhance hospitalized patients' adherence to hand hygiene and its impact on the prevention of HAIs?", a narrative literature review was conducted. To delineate the inclusion and exclusion criteria, the Participants, Interventions, Comparator, Outcome, Design (PICOD) mnemonic was used (Table 1).

Table 1

Inclusion and exclusion criteria for selected studies following the PI[C]OD mnemonic

	Inclusion criteria	Exclusion criteria
P(articipants)	Hospitalised patients with 18 years or more of age.	Patients followed in ambulatory care, clinics or other settings that do not require full hospital admission.
I(ntervention)	Nurse-led interventions focused on patients' adherence to HH.	Studies focused on interventions to promote health professionals' adherence to HH.
C(omparator)	All types of comparators will be accepted.	
O(utcomes)	<ul style="list-style-type: none"> - Studies focused on patients' adherence rates related to HH; - Studies focused on the impact of patients' adherence to HH in HAIs incidence or prevalence rates; - Studies focused on the impact of patients' adherence to HH in the contamination of their hands by pathogenic microorganisms. 	<ul style="list-style-type: none"> - Studies that explore patients' beliefs about HH; - Studies focused on nurses' perceptions of empowering patients to perform HH.
D(esign)	Primary studies (qualitative or quantitative).	Systematic reviews of the literature, governmental/institutional reports, or opinion pieces.

The search strategy included published studies and was composed of three steps: i) restricted search in MEDLINE (via PubMed) to identify articles on this topic, followed by the analysis of text words in titles and abstracts and index terms used to describe these articles; ii) a second search using all keywords and index terms identified in the included databases; iii) the reference list of all articles and reports found in the search were analyzed to identify supplementary studies.

Boolean logic was used with search terms, adapting the strategy to each of the included databases. The natural language terms used were: *nurs**; *hand hygiene*; *hand washing*; *handwashing*; *hand disinfection*; *patient*; and *inpatient*. Descriptors were also used according to each specific database, namely Medical Subject Headings (*hand hygiene*; *hand disinfection*; *nurses*; *patients*) and CINAHL Subject

Headings (*handwashing*; *nurses*; *patients*). The search strategy was adapted to each of the included databases. Regarding the search strategy and study identification, the following online databases were searched: MEDLINE (via PubMed), CINAHL (via EBSCO), and the Cochrane Library. Studies written in English, Spanish, French, and Portuguese were considered for inclusion in this review, published between January 1st, 2016 and December 31st, 2018. The final database search was conducted on April 26th, 2019.

To assort study relevance, two independent reviewers confronted the information provided in the title and abstract with the inclusion criteria delineated. Every time the reviewers had doubts about the relevance of a study, the study was included for full-text analysis. Two reviewers independently revised the full-text version of the articles to comprehend if the inclusion criteria were met. Divergences between the reviewers

were decided through dialogue with a third reviewer. An identical approach was employed to the studies identified after the analysis of the reference lists. Data extraction was conducted by two independent reviewers using an instrument previously created by the authors. The instrument was designed to recover data consistent with this review's question and objectives. This literature review followed the steps recommended in the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses checklist (Moher et al., 2009).

RESULTS

The search identified 691 potentially relevant studies. Of these, 202 were excluded for being duplicates. The remaining 489 articles were screened by title and abstract. Of these, 16 articles were included for full-text analysis by two independent reviewers. Overall, 9 studies were excluded, due to the type of participants ($n = 5$), intervention ($n = 1$) and outcome ($n = 3$) not matching the inclusion criteria. Therefore, seven studies were included for data extraction and synthesis (Table 2).

Table 2
Characteristics and main results of the studies included for review

Authors and Country	Design and participants	Nurses' interventions	Study outcomes	Main results
Ong and collaborators (2017) Country: Singapore	Pre and post comparative study (with an audit). Participants: 54	<ul style="list-style-type: none"> - Creation of a reference guide for nurses to provide patient education about HH; - Creation of standard education record about each patient adherence to HH; - Development of a leaflet for patients regarding <i>Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA)</i> infection. 	Patients' HH knowledge.	<ul style="list-style-type: none"> - Patients' knowledge regarding the importance of HH increased by 48.1% after the study; - Nurses' documentation regarding patient education and adherence to HH increased by 44.5%. - Patients' comprehension of MRSA infection causes increased by 36.1%.
Haverstick and collaborators (2017) Country: USA	Pre and post comparative study Participants: 38	<ul style="list-style-type: none"> - Distribution of antiseptic gel packages or disinfectant wipes to patients; - Distribution and reading of the leaflet "The importance of HH". 	HAIs rates caused by <i>Vancomycin-resistant enterococci</i> , <i>Clostridium Difficile</i> or MRSA.	<ul style="list-style-type: none"> - Decrease of 70% in infections caused by VRE; - Decrease of 63% in infections caused by MRSA infections; - Increase of 31% in <i>Clostridium difficile</i> infections.

		- Constant prompt for patient HH.		
Rai and collaborators (2017a) Country: USA	Randomised Controlled Trial Participants: 54 (control group: 26; Experimental group: 28)	<p><u>For both groups:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Distribution of antiseptic gel packages and other HH products; - Poster placement with key moments for HH in all patient rooms. <p><u>Experimental group:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient education session entitled "The five moments for patient HH". 	- Patient hand sanitizer use; - Patients frequency of performance of HH.	<ul style="list-style-type: none"> - The experimental group used antiseptic gel more recurrently than the control group; - The experimental group performed HH more often than the control group when health professionals entered their room (although only statistically significant in the first day after the intervention implementation).
Sunkesula and collaborators (2015) Country: USA	Randomised Controlled Trial Participants: 95	<ul style="list-style-type: none"> - Patient education session entitled "The four moments for patient HH"; - Poster placement with key moments for patient HH; - Distribution of packages of antiseptic gel; - Recurrent prompt for patient HH with water and soap. 	Patient HH performance before eating and when entering or exiting the room.	<ul style="list-style-type: none"> - 34% of the participants in the control group had their hands contaminated with pathogens. In the experimental group, only 2% of the participants had their hands contaminated. - The most found microorganism was MRSA (in both groups). - Fluoroquinolone-resistant Gram-negative bacilli were found in the hands of 9% of the participants in the control group (none in the experimental group). -Vancomycin-resistant <i>Enterococci</i> were not found in this study.
Pokrywka and colleagues (2017) Country: USA	Quasi-experimental study, with two phases. Phase 1: 97 (before) and 291 patients (after) the intervention Phase 2: hospital implementation (495 beds)	<ul style="list-style-type: none"> - Nurses training session regarding the importance of HH; - Reminder for nurses to encourage/assist patients to perform HH; - Patient education, with the distribution of a manual for patient admission; 	<ul style="list-style-type: none"> - Number of Patient HH opportunities provided by staff; - Average number of times HH performed by patients per day; - Hospital-onset of <i>Clostridium difficile</i> infection. 	<p><u>Phase 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - The number of opportunities for HH, assisted by nurses, increased in 43.3%; - Patients' HH compliance increased in three key moments: before touching wounds or medical devices (131.2%); before and after family visits (74.2%); after any clinical procedure (73.7%);

	<ul style="list-style-type: none"> - Placement of posters with HH information in each patient room; - Distribution of disinfectant wipes in each bedside cupboard for patients who could not use a sink for HH. 		<ul style="list-style-type: none"> - Patients' HH compliance increased from 2.7 to 3.75 times (per day); - 99% of the patients considered HH as an essential measure for HAIs prevention, rating it between 4 and 5 (scale 1-5); <p><u>Phase 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - The number of opportunities for HH patient education, by nurses, increased in 10.4%; - Patients HH compliance increased in specific key moments: before meals (6.9%); after using the bathroom (6.1%); before touching wounds or medical devices (18.9%); after receiving visits from relatives (51.9%); - HAIs rates associated with <i>Clostridium difficile</i> significantly decrease in the two trimesters after the study implementation ($p \leq 0,05$).
<p>Experimental study with two groups</p> <p>Participants:74</p> <p>Knighton and colleagues (2018)</p> <p>Country: USA</p>	<p><u>For both groups</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Participation in a patient education session regarding HH; - Presentation of an educational video and distribution of a leaflet regarding HH; - Placement of an antiseptic gel package in each patient bedside cupboard with the label "for patient use only". <p><u>Group 1:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Placement of a digital clock with a voice recording programmed to active during the main mealtimes. 	<p>Patient HH behaviour.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Patients in group 1 used 19 more grams of the antiseptic gel than in group 2; - Per day, patients in group 1 used antiseptic gel 4-5 times more than in group 2 (1-2 times); - Voice recording was positively associated with the increase in antiseptic gel use.

		<p><u>Group 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Placement of a digital clock without voice recording. 	
Rai and collaborators (2017b) Country: USA	<p>Prospective observational study.</p> <p>Participants: 70</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Distribution of disinfectant wipes in each meal tray (without a reminder); - Distribution of antiseptic gel packages in each meal tray (without a reminder) - Distribution of antiseptic gel packages in each meal tray. Nurses encouraged patients to perform HH before each meal. 	<p>Patient performance of HH during mealtime.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patients rarely used HH products when merely placed in their meal trays; - HH adherence (with product use) before each meal increased significantly when recurrent prompt by nurses was performed.

DISCUSSION

The included studies addressed nurse-led interventions that promote patients' HH adherence. Patient education on the importance of HH stands out as the most chosen nurse-led intervention, with a significant impact on patients' knowledge in this domain. As an example, after the implementation of an educational nurse-led intervention (with distribution of an informative leaflet), Ong and colleagues (2017) identified a 48.1% increase in patient awareness of the importance of HH and a 36.1% increase in their knowledge of MRSA infections. This result was also obtained by other study authors who implemented traditional nurse-led educational interventions (Pokrywka et al., 2017; Rai et al., 2017a). In the study by Pokrywka and colleagues (2017), 99% of the participants highlighted the importance of HH in the prevention of HAIs and increased the daily frequency of HH from 2.7 times to 3.75 times. This positive trend

continued after the institutional implementation of the study, with significant increases in patients' adherence to HH, especially after receiving visits (51.9%). Similarly, Rai and associates (2017a) identified an increased frequency of HH, with greater consumption of antiseptic gel in the experimental group, especially at specific times like the entry of health professionals into their room. However, this result was only statistically significant for the first day after the implementation of the nurse-led intervention (Rai et al., 2017a).

Such results reinforce the need to constantly promote patients' adherence to HH during their hospital admission, especially during mealtimes. For example, Rai and colleagues (2017b) found that the mere distribution of HH products like disinfectant wipes or antiseptic gel did not correlate into greater patient adherence. In their study, patients who used HH products more often were the ones who were constantly prompted by nurses. Likewise, Knighton and

associates (2018) found that through a pre-established voice recording during mealtimes, patients increased their adherence to HH. This result indicates the potential of technology as a tool that helps nurses to recurrently remind patients of the need for HH.

Impact in the prevention of HAIs

The nurse-led intervention implemented by Sunkesula and collaborators (2015) was comprised of an education session for the promotion of HH, placement of posters in patients' rooms, frequent encouragement of HH and distribution of antiseptic gel packages contributed to the reduction of contamination of the hands of the hospitalised person. After its implementation, 2% of the patients in the experimental group had their hands contaminated with MRSA versus 30% in the control group. Fluoroquinolone-resistant gram-negative bacilli were also found in the hands of 4% of the control group participants, whereas in the hands of the experimental group participants this pathogen was not found (Sunkesula et al., 2015).

In another study, after the implementation of a similar nurse-led intervention, that also included the provision of disinfectant wipes to patients, the incidence of HAIs caused by *Clostridium difficile* decreased (Pokrywka et al., 2017). Haverstick and colleagues (2017), identified that an increase in patients' HH adherence was associated with a 70% decrease in the incidence of HAIs caused by VRE and 63% by MRSA. However, the authors identified a 31% increase in HAIs caused by *Clostridium difficile*, which could be attributed to the incorrect use of specific HH products such as disinfectant wipes. This result highlights the need to select HH products not only based on patients'

preferences and capabilities but also based on current known outbreaks of multiresistant microorganisms in hospital settings.

Promotion of patients' self-care

Despite its recognised importance in the prevention of HAIs, some hospitalized patients do not have the opportunity to perform HH due to their functional status and dependence (Haverstick et al., 2017). Moreover, patients' lack of dexterity or cognitive abilities were also identified as key factors that influence HH adherence (Pokrywka et al., 2017). According to Okada and collaborators (Okada et al., 2016), the degree of contamination of the hands of hospitalised patients is higher in individuals with physical limitations. Since dependent people have difficulty in mobilising and performing basic needs (e.g., showering or using the bathroom), nurses and healthcare assistants often replace them in their self-care. Such scenarios reduce the opportunities to prompt patients to perform HH actively (Pokrywka et al., 2017).

Nurses must be aware of the suitability of HH products for each patient's health condition and preferences (Knighton et al., 2018). Certain materials may not be compatible with the person's motor and cognitive abilities, such as the use of disinfectant wipes and antiseptic gel packs. As an example, in one study, patients who select antiseptic gel packs stated that it is easier, quicker, and more convenient to use (Rai et al., 2017b). However, patients who prefer disinfectant wipes indicated that they could be used more than once in a single moment (e.g., meal) and have a mechanical action that increases HH efficiency when hands are visibly soiled (Rai et al., 2017b).

Promoting hospitalised patients' HH encompasses their capacity and active role in contributing to the prevention of HAIs and, consequently, to their safety when using health services (Seale et al., 2016). Given that nurses are the health professionals who have continuous contact with admitted patients, they are in a privileged position to promote HH (Okada et al., 2016). However, several challenges can hinder nurses' role within this scope, such as: the lack of time to encourage and assist patients; nursing ratios; architectural barriers (e.g., existence of bathrooms in each patient room or the adaptability of washbasins for wheelchair use); and availability of individual HH products for patient use due budget constraints (Srigley et al., 2016).

The found nurse-led interventions and strategies considered most effective for the promotion of HH in hospitalised patients are similar to the WHO recommendations for health professionals' adherence to HH (Kickbusch et al., 2013; World Health Organization, 2009). These educational interventions must include visual clues, the provision of HH products and conduction of active vigilance and verbal reinforcement (Haverstick et al., 2017; Pokrywka et al., 2017; Srigley et al., 2016). Nurse-led interventions can contribute to patients' health literacy, empowering them to make the most appropriate health decisions and improve their self-care skills (Kickbusch et al., 2013).

As limitations of this review, the significant heterogeneity of studies found concerning their objectives, methodological design, and sample, may have limited data analysis, comparison, and synthesis. Thus, we believe that future experimental studies with larger samples are required, focusing on a set of pre-

defined outcomes in light of recent international recommendations for HH. In the same line of thought, the inclusion of studies published in English, Portuguese and Spanish may have limited the number of results that met the inclusion criteria. Also, studies accessible through other international databases could add contributions to the research question. Future literature reviews must address the weaknesses acknowledged to develop more comprehensive research in this scope.

CONCLUSION

Through this review, it was possible to identify nurse-led interventions that positively contribute to patients' adherence to HH. Out-of-the-way nurse-led interventions are not enough to generate behavioural changes. Although simple educational sessions are essential to increase patient knowledge about the importance of HH as a form of HAIs prevention, the included studies in this review show that multimodal interventions prove to be more effective in medium to long-term modifications. To achieve better patient outcomes in this scope, nurses can combine traditional educational sessions with other resources and strategies such as distributing HH products, handing out information leaflets or placing posters in patient rooms. Moreover, nurse-led educational intervention must be phased, creating recurrent opportunities for patient engagement and encouragement in respect to HH.

Equally important, the included studies also highlighted the impact of such nurse-led interventions on HAIs prevention, with fewer studies analysing the positive impact of such interventions in the contamination of patients' hands with pathogenic

microorganisms. The importance of person-centered care when encouraging patients' self-care in this domain was a recurrent concern of the included study authors. Nurses must be aware of patients' preferences when choosing appropriate HH products, as well as their capabilities and functional status to create effective opportunities for HH.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors would like to thank the support of the Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), hosted by the Nursing School of Coimbra (ESEnfC). The author PSC (SFRH/BD/136487/2018) would like to thank the Portuguese National Funding Agency for Science, Research and Technology (FCT) for the financial support granted through the 2018 Ph.D. Scholarship program.

FUNDING

This study is part of the project *Transfer of technological innovation to nurses' practices: contributions to infection prevention*, funded by the European Regional Development Fund - ERDF, through the PORTUGAL 2020 Operational Competitiveness and Internationalization Program.

REFERENCES

Graveto, J., Rebola, R. I. F., Fernandes, E. A., & Costa, P. J. D. S. (2018). Hand hygiene: Nurses' adherence after training. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 71(3), 1189–1193. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0239>

Graveto, J., Santos, C., Costa, P. S., Fernandes, E., Alarico, S., Osório, N., Albano, H., & Oliveira, V. (2018). Hand hygiene management among nurses: Collective health challenges. *Revista Brasileira De Enfermagem*,

71(suppl 1), 562–567. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0538>

Haverstick, S., Goodrich, C., Freeman, R., James, S., Kullar, R., & Ahrens, M. (2017). Patients' Hand Washing and Reducing Hospital-Acquired Infection. *Critical Care Nurse*, 37(3), e1–e8. <https://doi.org/10.4037/ccn2017694>

Istenes, N., Bingham, J., Hazelett, S., Fleming, E., & Kirk, J. (2013). Patients' potential role in the transmission of health care-associated infections: Prevalence of contamination with bacterial pathogens and patient attitudes toward hand hygiene. *American Journal of Infection Control*, 41(9), 793–798. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2012.11.012>

Joint Commission (Ed.). (2009). *Patients as partners in the infection prevention and control process*. Joint Commission Resources.

Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., Tsouros, A. D., & World Health Organization (Eds.). (2013). *Health literacy: The solid facts*. World Health Organization Regional Office for Europe. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>

Knighton, S. C., Dolansky, M., Donskey, C., Warner, C., Rai, H., & Higgins, P. A. (2018). Use of a verbal electronic audio reminder with a patient hand hygiene bundle to increase independent patient hand hygiene practices of older adults in an acute care setting. *American Journal of Infection Control*, 46(6), 610–616. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.01.005>

Landers, T., Abusalem, S., Coty, M.-B., & Bingham, J. (2012). Patient-centered hand hygiene: The next step in infection prevention. *American Journal of Infection Control*, 40(4 Suppl 1), S11-17. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2012.02.006>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Okada, J., Yamamizu, Y., & Fukai, K. (2016). Effectiveness of hand hygiene depends on the patient's health condition and care environment. *Japan Journal of Nursing Science: JJNS*, 13(4), 413–423. <https://doi.org/10.1111/jjns.12122>

Ong, A. Y. J., Tan, J., Yeo, H. L., & Goh, M. L. (2017). Patient-centred hand hygiene information in orthopaedics units: An evidence-based

- implementation project. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 15(1), 22–29. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000094>
- Park, J., & Seale, H. (2017). Examining the online approaches used by hospitals in Sydney, Australia to inform patients about healthcare associated infections and infection prevention strategies. *BMC Infectious Diseases*, 17(1), 788. <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2899-2>
- Pokrywka, M., Buraczewski, M., Frank, D., Dixon, H., Ferrelli, J., Shutt, K., & Yassin, M. (2017). Can improving patient hand hygiene impact *Clostridium difficile* infection events at an academic medical center? *American Journal of Infection Control*, 45(9), 959–963. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.06.019>
- Rai, H., Knighton, S., Zabarsky, T. F., & Donskey, C. J. (2017a). A randomized trial to determine the impact of a 5 moments for patient hand hygiene educational intervention on patient hand hygiene. *American Journal of Infection Control*, 45(5), 551–553. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.12.022>
- Rai, H., Knighton, S., Zabarsky, T. F., & Donskey, C. J. (2017b). Comparison of ethanol hand sanitizer versus moist towelette packets for mealtime patient hand hygiene. *American Journal of Infection Control*, 45(9), 1033–1034. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.03.018>
- Seale, H., Chughtai, A. A., Kaur, R., Phillipson, L., Novytska, Y., & Travaglia, J. (2016). Empowering patients in the hospital as a new approach to reducing the burden of health care-associated infections: The attitudes of hospital health care workers. *American Journal of Infection Control*, 44(3), 263–268. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2015.10.003>
- Srigley, J. A., Furness, C. D., & Gardam, M. (2016). Interventions to improve patient hand hygiene: A systematic review. *The Journal of Hospital Infection*, 94(1), 23–29. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2016.04.018>
- Sunkesula, V. C. K., Knighton, S., Zabarsky, T. F., Kundrapu, S., Higgins, P. A., & Donskey, C. J. (2015). Four Moments for Patient Hand Hygiene: A Patient-Centered, Provider-Facilitated Model to Improve Patient Hand Hygiene. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 36(8), 986–989. <https://doi.org/10.1017/ice.2015.78>
- World Health Organization (Ed.). (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care: First global patient safety challenge: clean care is safer care*. World Health Organization, Patient Safety. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/52455/retrieve>

AS VIVÊNCIAS DO PACIENTE HOSPITALIZADO DURANTE A PANDEMIA COVID-19: REVISÃO INTEGRATIVA

The experiences of hospitalized patients during the covid-19: integrative review

Las vivencias del paciente hospitalizado durante la pandemia por covid-19: revisión integradora integrativa

Cátia Rosas Rodrigues*, Frederico Pereira**, Maria Pinto***, Mónica Freitas****, Simão Rocha*****

RESUMO

Enquadramento: a COVID-19 trouxe mudanças nas dinâmicas hospitalares e conseqüentemente a necessidade de capacitar os profissionais de saúde. Os pacientes enquanto seres vulneráveis, durante a pandemia, experienciam vivências diferentes relacionadas com um novo vírus. **Objetivos:** conhecer a evidência científica sobre as vivências experienciadas pelos pacientes no internamento, durante a pandemia COVID-19. **Metodologia:** estudo de revisão integrativa da literatura através das bases de dados da EBSCO, com recurso aos descritores MeSh "patients", "emotion" e "COVID-19". **Resultados:** foram analisados 9 artigos e os dados das vivências apresentadas foram organizados em 5 categorias: emoções, comportamento, sentimento, processo de *coping* e crença. Acrescentando-se as dimensões onde o enfermeiro pode facilitar a vivência do paciente durante o internamento. **Conclusão:** os enfermeiros têm um papel fundamental no cuidado holístico à pessoa e funcionam como facilitadores no processo de transição saúde-doença dos pacientes devendo promover o seu desenvolvimento e capacitação com estratégias de *coping* para uma melhor gestão das emoções.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem; emoções; infeções por coronavírus; pacientes

*MSc, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Serviço de Ortopedia e Traumatologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos - <https://orcid.org/0000-0001-8761-1813> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

**RN, Enfermeiro no Serviço de Ortopedia e Traumatologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos - <https://orcid.org/0000-0002-7906-4984> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

***RN, Enfermeira no Serviço de Ortopedia e Traumatologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos - <https://orcid.org/0000-0001-5642-0432> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

****RN, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Serviço de Ortopedia e Traumatologia, Unidade Local de Saúde de - <https://orcid.org/0000-0003-3393-4646> -

Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

***** RN, Enfermeiro no Serviço de Ortopedia e Traumatologia, Unidade Local de Saúde de Matosinhos - <https://orcid.org/0000-0001-9064-988X> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

Como referenciar:

Rosas Rodrigues, C., Pereira, F., Pinto, M., Freitas, M., & Rocha, S. (2021). As vivências do paciente hospitalizado durante a pandemia covid-19: revisão integrativa. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1) 87-97. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.132>

Recebido para publicação em: 11/04/2021
Aceite para publicação: 25/06/2021

ABSTRACT

Background: COVID-19 brought changes in hospital dynamics and, consequently, the need to train health professionals. Patients as vulnerable beings, during the pandemic, go through different experiences related to a new virus. **Objectives:** to know the scientific evidence about the emotions experienced by patients during hospitalization, throughout the COVID-19 pandemic. **Methodology:** an integrative literature review study using EBSCO's databases, using the MeSh keywords "patients", "emotion" and "COVID-19". **Results:** 9 articles were analyzed and the data from the experiences presented were organized into 5 categories: emotions, behavior, feeling, *coping* process and belief. Adding dimensions where the nurse can facilitate the patient's experience during hospitalization. **Conclusion:** nurses have a fundamental role in holistic care and work as facilitators in the patients' health-disease transition process, promoting their development and training with *coping* strategies for better emotions management.

Keywords: nursing care; emotions; covid-19; patients

RESUMEN

Marco contextual: la COVID-19 trajo cambios en la dinámica hospitalaria y, en consecuencia, la necesidad de formar a los profesionales de la salud. Los pacientes como seres vulnerables, durante la pandemia, pasan por diferentes experiencias relacionadas con un nuevo virus. **Objetivos:** conocer la evidencia científica sobre las emociones vividas por los pacientes durante la hospitalización, a lo largo de la pandemia de COVID-19. **Metodología:** estudio de revisión bibliográfica integradora a través de las bases de datos de EBSCO, utilizando las palabras clave MeSh "patients", "emotion" y "COVID-19". **Resultados:** Se analizaron 9 artículos y los datos de las experiencias presentadas se organizaron en 5 categorías: emociones, comportamiento, sentimiento, proceso de afrontamiento y creencia. Añadiendo dimensiones en las que la enfermera puede facilitar la experiencia del paciente durante la hospitalización. **Conclusión:** las enfermeras tienen un papel fundamental en el cuidado holístico y trabajan como facilitadoras en el proceso de transición salud-enfermedad de los pacientes, promoviendo su desarrollo y entrenamiento con estrategias de afrontamiento para un mejor manejo de las emociones.

Palabras Claves: atención de enfermería; emociones; infecciones por coronavirus; pacientes

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a 11 de março de 2020 a COVID-19, como uma pandemia, o que incitou mudanças nas dinâmicas hospitalares. No mesmo comunicado a OMS declarou a necessidade de capacitar os profissionais de saúde para esta nova realidade (ONU, 2020).

Esta pandemia COVID-19 trouxe um conjunto de emoções negativas na população em geral (Brooks *et al.*, 2020), das quais são retratadas a tristeza, a angústia e o medo (Faro *et al.*, 2020).

A vulnerabilidade é um termo derivado do latim (*vulnus*: ferida) e significa a possibilidade de uma pessoa ser ferida, sendo por esse motivo considerada um princípio ético. Assim todo o ser humano, em todas as suas dimensões, é um ser vulnerável. Contudo, esta vulnerabilidade vê-se acrescida quando a pessoa por uma situação de doença fica internada e com perda da própria autonomia (Rato, 2018). De facto, a vulnerabilidade do paciente depende ainda de características próprias e que são independentes da sua situação clínica, como a idade, educação, cultura e situação social (Direção Geral da Saúde, 2015).

No processo de internamento de indivíduos com défice cognitivo, como por exemplo pacientes com demência, deve-se ter em consideração a sua vulnerabilidade acrescida e por isso a necessidade de uma presença familiar (DGS,2015). O que também foi afetado de forma notória durante a pandemia, uma vez que foram restritas as visitas nos Hospitais (DGS,2020).

A motivação para a realização deste trabalho prende-se com a necessidade de refletir sobre como os pacientes, seres vulneráveis, vivenciam o seu internamento durante a pandemia COVID-19, ou seja,

que impacto a pandemia tem na transição saúde-doença. Estes vão apresentar emoções diversas, relacionadas com a doença aguda que motiva o internamento, com o medo de partilharem enfermarias com outros pacientes e com a ausência de visitas dos seus familiares ou cuidadores.

Quando é diagnosticada uma doença a um indivíduo saudável, ocorre uma mudança na vida deste relacionada com a sua saúde. Esta passagem de uma condição a outra é definida por transição (Meleis, 2010). A Enfermagem relaciona-se com as experiências humanas de transição, onde a saúde e o bem-estar podem ser consequência da intervenção dos enfermeiros. Assim, percebe-se a transição como um dos conceitos centrais da Enfermagem (Ribeiro *et al.*, 2018).

Sendo o público-alvo do estudo os pacientes internados durante a pandemia COVID-19, é espectável que os mesmos se encontrem no processo de transição saúde-doença. Este processo exige dos profissionais uma comunicação clara e eficaz, para auxiliar os pacientes nas suas diferentes vivências (Apolónia *et al.*, 2018).

É o enfermeiro que durante o internamento tem influência neste processo de introdução de estratégias de *coping* ao paciente. Segundo Meleis (2010) o enfermeiro é o agente facilitador desta transição.

O *coping* pode ser definido como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais implementadas pelos indivíduos para lidar com as exigências internas e externas da sua relação entre a pessoa e o ambiente. Estas estratégias têm como objetivo reduzir o impacto das adversidades que surgem ao longo da vida, aumentando níveis de bem-

estar psicológico e diminuindo os de sofrimento (Lazarus, 1966).

Segundo o ICN (2019), o *coping* define-se como a gestão do stress, a presença de sensação de controlo e de aumento do bem-estar psicológico.

O bem-estar psicológico define-se com base nos recursos psicológicos que a pessoa apresenta, e inclui processos cognitivos, afetivos e emocionais, tendo como premissa a aceitação de si, crescimento pessoal, objetivos na vida, relações positivas com os outros, domínio do meio e autonomia (Pereira *et al.*, 2018).

O enfermeiro no exercício da sua atividade profissional centraliza-se na promoção da saúde, na prevenção da doença, no tratamento, na reabilitação e na reinserção social (decreto-lei nº 161/96).

Os conceitos que formam o metaparadigma da Enfermagem são pessoa, ambiente, saúde e Enfermagem (Ribeiro *et al.*, 2018). Com a apresentação do tema deste estudo percebe-se a implicância que a pandemia COVID-19 trouxe à Enfermagem.

Assim, o papel do enfermeiro durante a pandemia tem sido alvo de diversos estudos, uma vez que sofreu alterações, é agora exigida competência técnica e humana para um cuidado efetivo e seguro perante um vírus recente (David *et al.*, 2021). Desta forma têm sido criadas estratégias e planos para a gestão de *stress*, evitando assim o Burnout (Faro *et al.*, 2020), mas o paciente também experiencia um conjunto de emoções que devem ser alvo da nossa atenção e investigadas para uma prática baseada em evidência mais significativa para o paciente, readaptando o papel do enfermeiro às novas necessidades trazidas pela pandemia COVID-19.

Assim, o objetivo desta revisão integrativa foi identificar as emoções vivenciadas pelos pacientes no internamento, durante a pandemia COVID-19. No estudo foram incluídos pacientes com e sem diagnóstico de COVID-19 com o objetivo de avaliar se há diferentes vivências experienciadas pelos dois grupos.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE REVISÃO

Realizou-se um estudo de revisão integrativa da literatura, iniciando-se pela identificação da pergunta de investigação, através da estratégia PICO: Quais as emoções vivenciadas pelos pacientes no internamento hospitalar, com a pandemia COVID-19? Neste estudo os participantes (P) são os pacientes internados com ou sem diagnóstico COVID-19, a intervenção (I) que diz respeito ao internamento durante a pandemia COVID-19; a comparação (C), não é aplicável no estudo, e os resultados (*Outcomes*) relativos às emoções vivenciadas.

A colheita de dados ocorreu durante o mês de fevereiro de 2021 na plataforma EBSCOhost WEB onde se englobaram a Academic Search Complete, CINAHL® Complete, CINAHL® Plus with Full Text, MedicLatina, MEDLINE® e MEDLINE®, com recurso aos descritores MeSH *Patients, Emotion e COVID-19* no resumo de artigos. A frase booleana do estudo foi “patients” AND “emotion” AND “COVID-19”. Os critérios de inclusão definidos na pesquisa foram publicações nos idiomas de português, inglês e espanhol, no período de 2020 a 2021. Como critérios exclusivos foram definidos estudos fora do âmbito de internamento e com público-alvo crianças, adolescentes, grávidas e profissionais de saúde.

Da pesquisa elaborada extraíram-se 117 artigos, aos quais se juntou 1 artigo encontrado durante uma pesquisa primária, pela pertinência do conteúdo apresentado para o presente estudo (Nielsen *et al.*, 2021). Neste é realizado um estudo qualitativo em pacientes internados sem diagnóstico de COVID-19. Na fase inicial, procedeu-se a uma leitura crítico-reflexiva dos títulos por três investigadores, seguindo-se a leitura dos resumos e estudos, pelos cinco investigadores de forma independente. Excluiu-se 80 artigos após leitura do título, 17 artigos após leitura do

resumo, 10 artigos por se encontrarem repetidos e 2 artigos após leitura integral por não apresentarem os critérios de inclusão definidos para o presente estudo. Foram assim, excluídos estudos fora do âmbito de internamento e com públicos-alvo distintos. Atendendo aos critérios de inclusão e exclusão, alcançou-se uma amostra de 9 artigos para análise e obtenção de informação final. A figura 1 apresenta o procedimento de seleção dos artigos a analisar, segundo a metodologia PRISMA (Moher *et al.*, 2015).

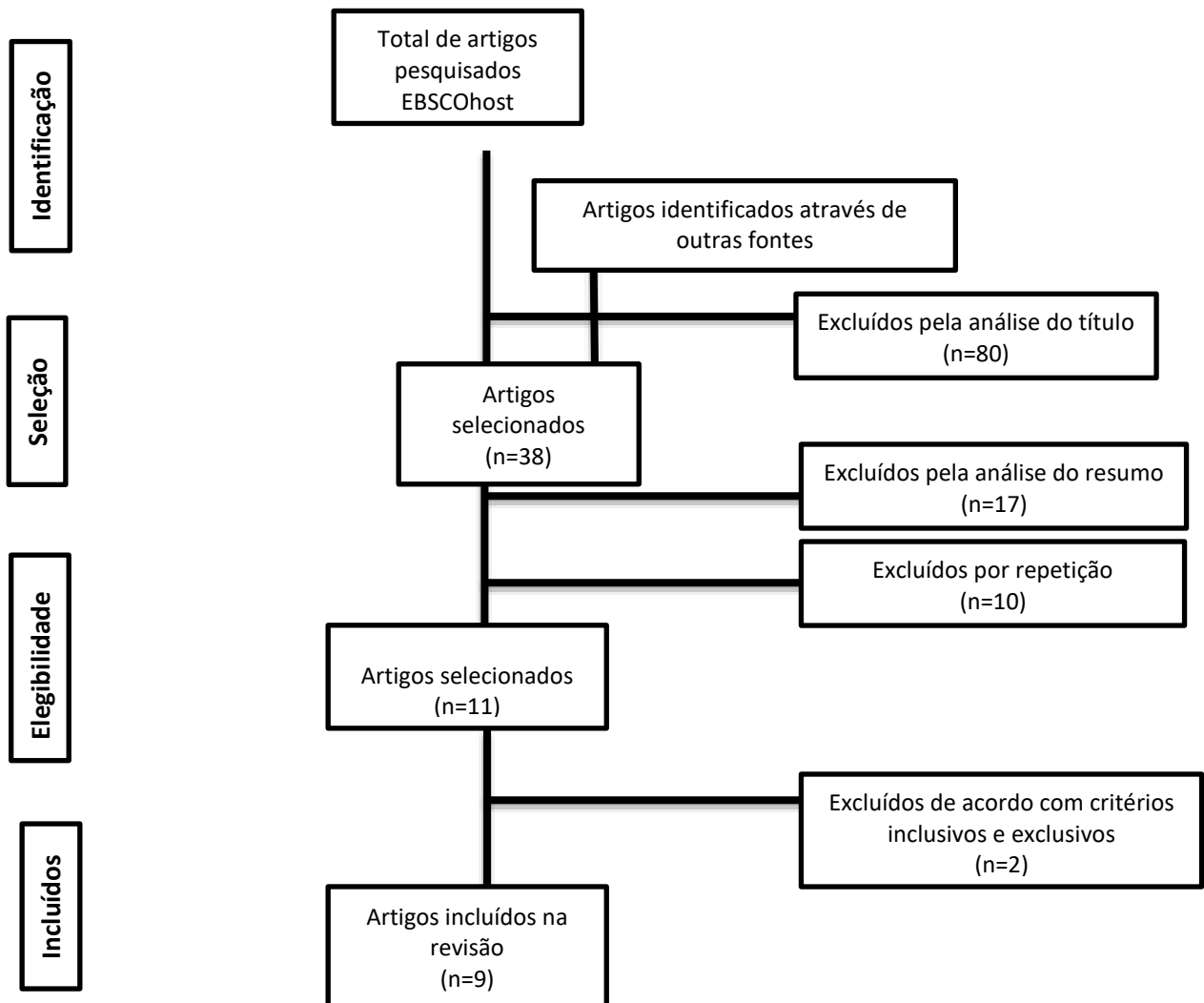


Figura1 Fluxograma do processo de seleção, segundo PRISMA.

RESULTADOS

Após a aplicação dos critérios, a amostra final integrou 9 artigos (Lee-Baggley & Thakrar, 2020; Hao *et al.*, 2020; Rathore *et al.*, 2020; Gil & Arroyo-Anlló, 2021; Sun *et al.*, 2021; Dovbysh & Kiseleva, 2020; Nielsen *et al.*, 2021; Ye *et al.*, 2021; Zhong, Liu, Lee, Zhao, & Ji, 2021). Da análise dos estudos obtidos, apresentam-se

os resultados à luz da questão de investigação inicial e dos objetivos da presente revisão integrativa.

De modo a facilitar a análise de cada artigo, optou-se pela identificação de todos os aspetos relacionados com as vivências experienciadas pelos pacientes no internamento, com a pandemia COVID-19. A tabela 1 apresenta os estudos selecionados para análise.

Tabela1
Síntese dos artigos para análise

Designação Autores Ano	Origem	Título	Metodologia	Resultados
A1 - Lee-Baggley & Thakrar, 2020	Índia	<i>Helping Patients and Health Care Providers Through the COVID-19 Pandemic: Empirically Based Tips and Strategies to Manage Mental and Physical Health</i>	Revisão de Literatura	O artigo enuncia vivências comuns enfrentadas pelos pacientes e ensina habilidades para o apoio destes, durante a pandemia COVID-19, como gestão emocional e mudança de comportamento. Durante a revisão, identificou-se que os pacientes, internados com a pandemia, apresentaram ansiedade, tristeza, humor depressivo, medo, alegria, raiva, stress e gratidão.
A2 - Hao <i>et al.</i> , 2020	China	<i>A quantitative and qualitative study on the neuropsychiatric sequelae of acutely ill COVID-19 in patients in isolation facilities</i>	Estudo misto: quantitativo e qualitativo com uma amostra de 30 participantes sendo 10 pacientes com COVID-19, 10 com patologia psiquiátrica e 10 saudáveis. No estudo qualitativo - entrevistas semiestruturada	Os pacientes, com o diagnóstico COVID-19, apresentaram confiança, falta de esperança, humor depressivo, insegurança, medo, solidão, abandono, estigma, stress e negação. Também foram identificadas alterações no sono, nos pacientes com COVID-19. Os pacientes internados com covid-19 foram o grupo que apresentou mais sintomas neuropsiquiátricos. Os pacientes psiquiátricos apresentaram níveis mais elevados de depressão, ansiedade e stress do que o grupo controlo, sem outros antecedentes.
A3 - Rathore <i>et al.</i> , 2020	Índia	<i>CARE: A Holistic Approach Toward Patients During Pandemic: Through the Eyes of a Palliative Physician</i>	Revisão de Literatura	Artigo escrito por médicos de cuidados paliativos, que apresentam o modelo CARE para abordagem ao paciente durante a pandemia. A pandemia COVID-19 tem causado problemas de saúde mental, especialmente na população vulnerável, população idosa e com comorbidades, assim, verificou-se que os pacientes apresentam ansiedade, humor depressivo, medo e stress.

As vivências do paciente hospitalizado durante a pandemia covid-19: revisão integrativa

A4 - Gil & Arroyo-Anlló, 2021	Espanha e França	<i>Alzheimer's Disease and Face Masks in Times of COVID-19</i>	Revisão Literatura	de	Revisão sobre o impacto que a pandemia teve na saúde dos pacientes idosos com doença de Alzheimer. O uso de máscara leva à incapacidade de reconhecimento de rostos e emoções, proporcionando quadros de confusão. Os pacientes com o internamento apresentaram humor depressivo e sofrimento.
A5 - Sun et al., 2021	China	<i>Qualitative study of the psychological experience of COVID-19 patients during hospitalization</i>	Estudo qualitativo em 16 pacientes com COVID-19 - entrevista semiestruturada		Os pacientes apresentaram stress, estigma e negação. Com a evolução da doença as vivências alternavam de negativas para positivas ou mistas.
A6 - Dovbysh & Kiseleva, 2020	Rússia	<i>Cognitive Emotion Regulation, Anxiety, and Depression In Hospitalized with COVID-19</i>	Estudo quantitativo realizado em 127 participantes com COVID-19 - questionário online		Os pacientes apresentaram tristeza, humor depressivo e stress. Este estudo concluiu que o género feminino apresentou maiores níveis de depressão.
A7 - Nielsen et al., 2021	Dinamarca	<i>Older patients' perspectives and experience of hospitalization during the COVID-19 pandemic: a qualitative explorative study</i>	Estudo qualitativo com uma amostra de 11 pacientes - entrevista semiestruturada		Neste estudo procurou-se obter um conhecimento aprofundado sobre como os pacientes idosos experienciam a hospitalização e o isolamento de familiares próximos ou cuidadores. Os pacientes apresentaram ansiedade, desespero, solidão, raiva, medo e abandono.
A8 - Ye et al., 2021	China	<i>The effects of disease-related knowledge on illness perception and psychological status of patients with COVID-19 in Hunan, China</i>	Estudo quantitativo com uma amostra de 118 pacientes internados com COVID-19 - questionário online		Este estudo avaliou o conhecimento sobre a doença e analisou a sua relação com a percepção da doença e o estado psicológico de pacientes com COVID-19. Os pacientes apresentaram ansiedade, fadiga, humor depressivo, medo e stress.
A9 - Zhong et al., 2021	China	<i>Risk perception, knowledge, information sources and emotional states among COVID-19 patients in Wuhan, China</i>	Estudo Qualitativo com uma amostra de 226 pacientes internados com COVID-19		Sendo um novo vírus e com rápida propagação, prognóstico pouco claro e nenhum tratamento específico, poderá ter contribuído para uma percepção de maior risco, devido ao medo e à ansiedade. A percepção do risco foi negativamente relacionada com o conhecimento da doença, e positivamente relacionado com os estados emocionais negativos. Pacientes com problemas de saúde mental, especialmente depressão, podem ser mais vulneráveis ao impacto negativo da COVID-19.

Neste contexto, foram destacados de cada um dos artigos selecionados os diferentes tipos de vivências e

enquadrados de acordo com os focos de Enfermagem presentes na Classificação Internacional para a Prática

de Enfermagem (CIPE) e respectivas subdivisões estabelecidas pela mesma (ICN, 2019).

Assim, as vivências foram agrupadas em emoções, comportamento, sentimento, processo de *coping* e crença.

No que diz respeito às emoções a presente revisão identificou as seguintes vivências: humor depressivo (A1, A2, A3, A4, A6 e A8), medo (A1, A2, A3, A7, A8 e A9), ansiedade (A1, A3, A7, A8 e A9), tristeza (A1 e A6), raiva (A1 e A7), solidão (A2 e A7), alegria (A1), confiança (A2), desespero (A7), fadiga (A8), falta de esperança (A2), insegurança (A2) e sofrimento (A4).

O humor depressivo, o medo e a ansiedade são as vivências relacionadas com as emoções mais referidas nos artigos analisados.

O humor depressivo foi tanto retratado por pacientes internados com COVID-19 ou com outros diagnósticos médicos (Lee-Bagglely & Thakrar, 2020; Hao *et al.* , 2020; Rathore *et al.* , 2020; Gil & Arroyo-Anlló, 2021; Dovbysh & Kiseleva, 2020; Ye *et al.* , 2021).

A pandemia e as restrições advindas trouxeram consequências negativas na saúde do idoso como o sofrimento (Gil & Arroyo-Anlló, 2021). Mas há ainda possibilidade de experienciar emoções adversas durante esta pandemia como tristeza, raiva, medo, ansiedade ou, pelo oposto, alegria (Lee-Bagglely & Thakrar, 2020).

Hao *et al.* (2020) acrescenta emoções como a falta de esperança, insegurança ou contrariamente, confiança relativamente ao seu estado clínico, evolução da doença e reabilitação. Aborda ainda a solidão vivenciada por parte dos pacientes durante o internamento que é corroborado por Nielsen *et al.* (2021).

A fadiga pode ser diminuída se os pacientes apresentarem conhecimento sobre a sua situação clínica e doença (Ye *et al.* , 2021).

Durante o internamento os pacientes geriátricos, sem doença COVID-19, retratam a emoção, desespero pela perda de autonomia e identidade pelo contexto das necessidades de isolamento e distanciamento, o que lhes faz sentir saudades e medo de esquecer os seus familiares. Estas vivências foram extremamente dolorosas para alguns pacientes, enquanto outros experienciaram a sensação de conflito entre estes e sua família, devido à perda de memória e dificuldades em lembrar e compreender a situação da COVID-19 (Nielsen *et al.* , 2021).

Em relação ao comportamento a vivência identificada foi o abandono (A2 e A7). O abandono foi relatado em pacientes com COVID-19, que em situações de isolamento devido à doença sentiram-se abandonados pela família (Hao *et al.* , 2020) ou que pelas restrições das visitas apresentaram a mesma vivência (Nielsen *et al.* , 2021).

O foco sentimento salientado foi o stress (A1, A2, A3, A5, A6 e A8). O stress prejudica alguns aspetos cognitivos, como a concentração, memória, atenção, resolução de problemas e tomada de decisão (Lee-Bagglely & Thakrar, 2020). Para além disso, tem consequências na recuperação da condição clínica, qualidade de vida e saúde mental (Ye *et al.* , 2021).

No processo de *coping* foi retratado ao longo da análise a negação (A2 e A5) e a gratidão (A1).

Os pacientes apresentam negação associada ao diagnóstico de COVID-19, por ser uma doença recente e sem um tratamento definido (Hao *et al.* , 2020; Sun *et al.* , 2021). A gratidão é uma vivência retratada por pacientes internados que

durante a pandemia experienciam uma dualidade entre vivências positivas e negativas (Lee-Baggley & Thakrar, 2020).

Por último, a vivência de crença observada foi o estigma (A2 e A5).

O estigma apenas foi retratado em pacientes com COVID-19. E este verifica-se por parte da família e sociedade pelo risco de contrair este vírus desconhecido (Hao *et al.*, 2020; Sun *et al.*, 2021).

DISCUSSÃO

A pandemia ocasionou novos desafios para saúde a nível mundial apresentando grande impacto a nível psicossocial. Assim, entende-se a importância do papel do enfermeiro como facilitador no processo de transição saúde-doença.

Com o estudo concluiu-se que os pacientes internados por COVID-19 apresentam as vivências confiança, fadiga, falta de esperança, insegurança e negação.

Comparativamente, os pacientes internados sem diagnóstico de COVID-19 relataram vivências como raiva, alegria, desespero, sofrimento e gratidão.

Foi simultâneo a ambas as amostras humor depressivo, medo, ansiedade, tristeza, solidão, abandono e stress.

Desta forma, verifica-se que em qualquer grupo desta amostra se apresentam vivências positivas e negativas independentemente do diagnóstico COVID-19, o que nos sugere que é indispensável a adoção de novas estratégias durante a prática de Enfermagem.

Com esta revisão foi possível também verificar que as vivências positivas apresentadas pelos pacientes se desviam a modelos de intervenção, como o Modelo CARE, assente numa abordagem holística (Rathore *et al.*, 2020) ou estratégias previamente usadas para

minimizar o impacto do uso de máscara, por exemplo através de máscaras com transparência (Gil & Arroyo-Anlló, 2021).

E assim, com base nos artigos selecionados pode-se reunir orientações para os cuidados de Enfermagem no sentido de facilitar a vivência do paciente hospitalizado, durante a pandemia COVID-19.

O enfermeiro tem a possibilidade de facilitar a transição saúde-doença, durante o período de internamento na pandemia, com recurso a estratégias de *coping* (A1, A2, A5, A6, A7, A8), educação para a saúde (A8, A9), empatia (A2, A3, A4, A7), cuidado holístico (A2, A3), suporte social (A4) e suporte familiar (A4, A5).

Em contexto de saúde, deve primar-se pelo cuidado holístico ao paciente para atender às necessidades físicas e mentais individuais (Hao *et al.*, 2020). A presença do profissional de saúde e a empatia que este estabelece transmite tranquilidade e consequentemente confiança no plano de tratamento, o que promove a redução do stress (Rathore *et al.*, 2020).

São igualmente apontadas estratégias de *coping* centradas na resolução do problema, focadas na emoção e suporte social que os profissionais de saúde podem utilizar para apoiar o paciente na gestão emocional e mudança de comportamento (Lee-Baggley & Thakrar, 2020).

Neste sentido Ye *et al.* (2021) propõe a educação para a saúde, através da melhoria do conhecimento e, consequentemente, a perceção sobre a doença, afetando as emoções do paciente e estratégias de *coping* podendo assim reduzir a ansiedade, trazer benefícios para a saúde mental e melhorar a adesão ao tratamento.

Segundo Zhong *et al.* (2021) os profissionais de saúde foram qualificados como a fonte mais confiável de transmissão de informação e conhecimento. O estudo reafirma que é importante que as intervenções de saúde pública incorporem educação relacionada à COVID-19, adaptada à população vulnerável como a geriátrica.

Por último, são referidos o suporte social e familiar como fatores facilitadores na vivência do paciente durante o seu internamento (Sun *et al.*, 2020).

Com os resultados observados percebe-se a importância do papel do enfermeiro no cuidado aos pacientes hospitalizados. Este deve recorrer a estratégias, relacionadas com a essência do cuidar, de modo que o paciente faça uma melhor gestão das suas vivências.

CONCLUSÃO

Os resultados fornecem informação sobre as diversas emoções vivenciadas pelos pacientes hospitalizados durante a pandemia COVID-19 que podem influenciar a sua recuperação, ganhos em saúde e consequentemente os custos em saúde.

Com o estudo concluiu-se que os pacientes internados por COVID-19 apresentam vivências como confiança, fadiga, falta de esperança, insegurança, negação, raiva, alegria, desespero, sofrimento, gratidão, humor depressivo, medo, ansiedade, tristeza, solidão, abandono e stress.

O tipo de vivência positiva ou negativa não se relaciona com o diagnóstico de COVID-19.

Os enfermeiros têm um papel importante no cuidado holístico à pessoa e funcionam como facilitadores no processo de transição dos pacientes, devendo

promover o seu desenvolvimento e capacitação com estratégias de *coping* centradas na resolução do problema, focadas na emoção e suporte social para uma melhor gestão das vivências.

No futuro poder-se-á integrar pacientes mais idosos e mais vulneráveis (ter em consideração as suas características e dados sociodemográficos) desenvolvendo estudos na população portuguesa percebendo como se poderá integrar estas estratégias nos cuidados de Enfermagem.

Uma vez que na nossa revisão se verificou o uso de questionários online, em dois estudos, a amostra não incluiu indivíduos mais vulneráveis, assim, devem ser utilizados métodos de colheita de dados mais diversificados e adaptados aos vários contextos.

Outra limitação da presente investigação relaciona-se com as amostras reduzidas dos estudos analisados, que pode conferir alguns vieses aos resultados apresentados.

É fundamental a realização de mais estudos, como ensaios clínicos randomizados, com uma amostra diversificada, e assim auxiliarem os enfermeiros a perceberem melhor as vivências experienciadas pelos pacientes com ou sem diagnóstico de COVID-19 durante o internamento após a pandemia atual.

O contexto cultural em que cada pesquisa foi conduzida, pode afetar a extrapolação dos resultados para outras sociedades culturalmente diferentes. O desenvolvimento do conhecimento e de competências pelos profissionais de saúde para a pandemia COVID-19 auxiliará também a conduta futura perante situações semelhantes.

Sendo uma temática recente não é possível comparar os resultados obtidos à luz de outros estudos realizados.

Consideramos pertinente a realização de estudos futuros que avaliem as vivências, bem como as repercussões das mesmas nos pacientes a longo prazo.

A presente revisão integrativa será um contributo distinto para o desempenho profissional do enfermeiro, que com as contribuições deste estudo pode delinear cuidados de Enfermagem direcionados ao paciente. Assim, prestar-se-ão cuidados com maior segurança e qualidade. Um dos principais objetivos será atenuar as vivências negativas relacionadas com o internamento durante o período da pandemia e, através das estratégias apresentadas, facilitar o processo saúde-doença e auxiliar o paciente a apresentar vivências positivas. Desta forma, verificar-se-ão ganhos em saúde, maior satisfação do paciente e consequentemente ganhos para os enfermeiros e instituições de saúde.

Concluindo, o grupo de trabalho defende a relevância do presente estudo, apesar das limitações apresentadas, o mesmo será uma mais-valia para uma orientação da prática de Enfermagem, uma vez que reflete sobre problemas humanos e éticos relacionados com a transição saúde-doença, particularmente relevante em tempos de pandemia, bem como as possíveis estratégias de Enfermagem para o minorar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Apolónia, A., Moreira, B., Silva, D., Castro, F., Oliveira, J., & Mota, L. (2018). Perspetivas das Pessoas que Recebem Más Notícias em Contexto Hospital: Revisão Integrativa. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 1(1), 109-118. <https://doi.org/10.37914/riis.v1i1.36>

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The

psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(102227), 912-20. [https://doi.org/10.1016/S01406736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S01406736(20)30460-8)

David, H. M., Acioli, S., Silva, M. R., Bonetti, O. P., & Passos, H. (2021). Pandemia, conjunturas de crise e prática profissional: qual o papel da enfermagem diante da Covid-19?. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42(spe), e20200254. Epub October 19, 2020. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190254>

Decreto-Lei nº 161/96 de 04 de setembro (1996). Diário da República nº 205/96. I Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal

Direção Geral da Saúde. (2015). PORTARIA nº 87/2015, Série I de 23 de março Unidades Hospitalares. Lisboa: Direção Geral da Saúde

Direção Geral da Saúde. (2020). ORIENTAÇÃO nº 38/2020 de 17 de dezembro: COVID-19: Acompanhantes e Visitas nas Unidades Hospitalares. Lisboa: Direção Geral da Saúde

Dovbysh, D.V., & Kiseleva, M.G. (2020). Cognitive Emotion Regulation, Anxiety, and Depression in Patients Hospitalized with COVID-19. *Psychology in Russia: State of the Art*, 13(4), 134-147. <https://doi.org/10.11621/pir.2020.0409>

Faro, A., Bahiano, M. A., Nakano, T. C., Reis, C., Silva, B. F., & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e200074. Epub June 01, 2020. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>

Gil, R., & Arroyo-Anlló, E. M. (2021). Alzheimer's Disease and Face Masks in Times of COVID-19. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 79(1), 9-14. <https://doi.org/10.3233/JAD-201233>

Hao, F., Tam, W., Hu, X., Tan, W., Jiang, L., Jiang, X., ... & Ho, R. C. (2020). A quantitative and qualitative study on the neuropsychiatric sequelae of acutely ill COVID-19 inpatients in isolation facilities. *Translational Psychiatry*, 10(1), 355. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-010392>

ICN - International Council of Nurses (2019). ICNP Browser. Obtido 5 de março de 2021, de International Council of Nurses. Retirado de URL: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>

- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill
- Lee-Baggley, D., & Thakrar, S. (2020). Helping Patients and Health Care Providers Through the COVID-19 Pandemic: Empirically Based Tips and Strategies to Manage Mental and Physical Health. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 47(6), 511–572
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., ... PRISMA-P Group. (2015) Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews* 4, 1. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
- Nielsen, D. S., Hansen, R. F., Beck, S. H., Wensien, J., Masud, T., & Ryg, J. (2021). Older patients' perspectives and experience of hospitalisation during the COVID-19 pandemic: a qualitative explorative study. *International Journal of Older People Nursing*, 16 e12362. <https://doi.org/10.1111/opn.1236>
- ONU. Organização das Nações Unidas. (2020). Organização Mundial da Saúde declara novo coronavírus uma pandemia. Retirado de <https://news.un.org/pt/story/2020/03/1706881>
- Pereira, M., Antunes, M., Barroso, I., Correia, T., Brito, I. & Monteiro, M. (2018). Adaptação e validação do Questionário Geral de Bem-Estar Psicológico: análise fatorial confirmatória da versão reduzida. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV (18), 9-18. <https://doi.org/10.12707/RIV18001>
- Rathore, P., Kumar, S., Haokip, N., Ratre, B., & Bhatnagar, S. (2020). CARE: A holistic approach toward patients during pandemic: Through the eyes of a palliative physician. *Indian Journal of Palliative Care*, 26, 95–98. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7534991/>
- Rato, M. (2018) Envelhecer em segurança - envelhecer com autonomia. (Master' thesis, Universidade de Évora). Retirado de <http://hdl.handle.net/10174/23451>
- Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., & Forte, E. (2018) O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem* 27(2). <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>
- Sun, N., Wei, L., Wang, H., Wang, X., Gao, M., Hu, X., & Shi, S. (2021). Qualitative study of the psychological experience of COVID-19 patients during hospitalization. *Journal of Affective Disorders*, 278, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.040>
- Ye, M., Chen, S. H., Li, X. T., Huang, J., Mei, R. R., Qiu, T. Y., ... Zhou, J. W. (2021). The effects of disease-related knowledge on illness perception and psychological status of patients with COVID-19 in Hunan, China. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 1–30. <https://doi.org/10.1017/dmp.2021.33>
- Zhong, Y., Liu, W., Lee, T. Y., Zhao, H., & Ji, J. (2021). Risk perception, knowledge, information sources and emotional states among COVID-19 patients in Wuhan, China. *Nursing Outlook*, 69(1), 13–21. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.08.005>

CONTRIBUTO DAS TERAPIAS INTEGRATIVAS NA SEXUALIDADE DA MULHER COM NEOPLASIA DA MAMA: SCOPING REVIEW

Contributions of integrative therapies in the sexuality of women with breast cancer: scoping review

Contribución de las terapias integradoras en la sexualidad de mujeres con cáncer de mama: scoping review

Filomena Paulo*, Manuela Ferreira**, Reginaldo Filho***

RESUMO

Enquadramento: o tratamento do cancro da mama traz consigo terapêuticas agressivas e invasivas, trazendo alterações a nível físico e psicológico que afetam a vida da mulher e a vivência da sua sexualidade. **Objetivo:** mapear o contributo das terapias integrativas na sexualidade da mulher com cancro da mama. **Metodologia:** a Scoping Review foi construída seguindo as recomendações da extensão PRISMA. A estratégia de pesquisa incluiu as bases de dados: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina, via EBSCOhost - Research Databases, Google Académico, PubMed, B-On, LILACS, MEDLINE e SCIELO. Foi definido como limite cronológico janeiro de 1999 a março de 2020. O *corpus* da revisão ficou constituído por cinco artigos científicos. **Resultados:** os estudos analisados são unânimes: demonstrando que o recurso às terapias integrativas por parte das mulheres com cancro de mama, mastectomizadas, refletem em efeitos positivos na saúde das mesmas. **Conclusão:** as terapias integrativas promovem nas mulheres, através da harmonia dos seus próprios recursos, trazendo efeitos positivos na vivência da sua sexualidade.

Palavras-Chave: mulheres; neoplasias da mama; sexualidade; medicina integrativa

*Msc, Enfermeira do Centro Hospitalar Tondela Viseu - <https://orcid.org/0000-0002-2989-4402> -
Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

**PhD, Professora da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Viseu - <https://orcid.org/0000-0002-8452-2222> -
Contribuição no artigo: Data analysis and interpretation, Critical revision of the article

*** PhD, Professor/Diretor da Escola Brasileira de Medicina Chinesa / CIEFATO- Brasil - <https://orcid.org/0000-0002-3590-6043> -
Contribuição no artigo: Data analysis and interpretation, Critical revision of the article

Como referenciar:

Paulo, F., Ferreira, M., & Filho, R. (2021). Contributo das terapias integrativas na sexualidade da mulher com neoplasia da mama: scoping review. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1), 99-110. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.143>

Recebido para publicação em: 22/04/2021
Aceite para publicação: 21/06/2021

ABSTRACT

Background: the treatment of breast cancer brings with it aggressive and invasive therapies, with consequences at the physical and psychological level that affect the woman's life and the experience of her sexuality. **Objectives:** to map the contribution of integrative therapies to the sexuality of women with breast cancer. **Methodology:** the Scoping Review was developed following the recommendations of the PRISMA extension. The search strategy included the following databases: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina, via EBSCOhost - Research Databases, Google Scholar, PubMed, B-On, LILACS, MEDLINE and SCIELO. Including only articles dated between January 1999 and March 2020. For this review, were selected five scientific articles. **Results:** the analyzed studies are unanimous: showing that the demand and use of integrative therapies by mastectomized women with breast cancer have positive effects on the mental health of these women. **Conclusion:** Integrative therapies promote in women, through the harmony of their own resources, physical/mental/emotional self-balance, bringing positive effects in the experience of their sexuality.

Keywords: women; breast neoplasms; sexuality; integrative medicine

RESUMEN

Marco contextual: el tratamiento del cáncer de mama trae consigo terapias agresivas e invasivas, que traen cambios físicos y psicológicos que afectan la vida de la mujer y la experiencia de su sexualidad. **objetivo:** mapear la contribución de las terapias integradoras en la sexualidad de mujeres con cáncer de mama. **Metodología:** la revisión de alcance se desarrolló siguiendo las recomendaciones de la extensión PRISMA. La estrategia de investigación incluyó las bases de datos CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina, via EBSCOhost - Research Databases, Google Académico, PubMed, B-On, LILACS, MEDLINE e SCIELO. El límite cronológico se definió entre enero de 1999 y marzo de 2020. El *corpus* de revisión estuvo compuesto por cinco artículos científicos. **Resultados:** los estudios analizados son unánimes: muestran que la demanda y uso de terapias integradoras por parte de mujeres con cáncer de mama, mastectomizadas, tienen efectos positivos en su salud. **Conclusión:** las terapias integrativas promueven en las mujeres, a través de la armonía de sus propios recursos, el autoequilibrio físico / mental / emocional, trayendo efectos positivos en la vivencia de su sexualidad.

Palabras Clave: mujeres; cáncer de mama; sexualidad; medicina integrativa

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (2014), citada por Carvalho et al. (2017) define sexualidade como “uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual.” Segundo o mesmo autor, a sexualidade influencia os pensamentos, os sentimentos, as ações e as interações e conseqüentemente a saúde física e mental em todas as suas dimensões e domínios, nomeadamente, o biológico, psicológico, social, cultural, espiritual e religioso, político e legal.

A sexualidade não se reduz apenas aos órgãos genitais, pelo que não deve ser confundida com o ato sexual reprodutivo, uma vez que este pode estar inserido num relacionamento afetivo. A sexualidade é então, uma dimensão do corpo, da vida, das relações interpessoais e das dinâmicas sociais, potencialmente geradora de bem-estar, de desenvolvimento e de autorrealização, sendo percebida como um elemento pertencente à identidade de cada pessoa. Não deve ser considerada como um sinónimo de sexo, uma vez que surge do resultado da ligação de múltiplos fatores, entre os quais biológicos, psicológicos e ambientais, sobre a pessoa, tendo grande importância no desenvolvimento do ser humano. Tratando-se de uma componente fundamental no relacionamento afetivo, referindo-se ao modo como cada pessoa se relaciona consigo própria e com o outro, na procura de afeto, influenciando a sua saúde física e mental, qualidade de vida e bem-estar. A sexualidade deve ser vista como um meio de comunicação e de prazer, eminente a todos os seres humanos, que mediatiza todo o ser, influenciando pensamentos, sentimentos,

ações e interações (Den Ouden, Pelgrum-Keurhorst, Uitdehaag & De Vocht, 2019; Carvalho et al., 2017; Panjari, Bell & Davis, 2011).

Den Ouden et al. (2019) definem sexualidade, como um processo complexo coordenado pelo organismo através dos seus sistemas vascular, endócrino e neurológico, abrangendo um amplo espectro de fatores externos, como as crenças familiares, sociais e religiosas, estado de saúde e envelhecimento. Cada parceiro traz para o relacionamento um conjunto único de atitudes, necessidades e respostas que, juntas, formam uma experiência individual da sexualidade.

Todas as terapêuticas utilizadas no tratamento do cancro, incluindo a quimioterapia, a hormonoterapia, a imunoterapia, a radiação e a cirurgia, podem prejudicar a função sexual, sendo a disfunção sexual um dos efeitos colaterais comuns. A prevalência de alterações sexuais após os tratamentos varia conforme a tipologia do cancro e do tratamento utilizado, podendo chegar a 100% de disfunção sexual, em situações de neoplasia do colo do útero ou da mama (Kennedy et al., 2015; Schover, van der Kaaij, van Dorst, Creutzberg, Huyghe, & Kiserud, 2014).

Segundo Den Ouden et al. (2019) aproximadamente 60-70% das sobreviventes de cancro da mama apresentam problemas de sexualidade resultantes do tratamento. Estas mulheres, enfrentam, normalmente, disfunções sexuais desde o início do tratamento, que muitas vezes continuam ou aumentam a longo prazo, mesmo após o término deste.

Krouwel et al. (2020), referem que as conseqüências do tratamento do cancro podem influenciar todos os aspetos da sexualidade da mulher, incluindo o desejo,

a satisfação e a sua autoestima. Segundo um estudo de Álvaro & Angelica (2017), a disfunção sexual é um fator de risco para a diminuição da qualidade de vida das mulheres com doença oncológica, resultando na baixa autoestima das mesmas.

Rashidi & Dashti (2015), referem que a sexualidade é considerada uma dimensão importante no que diz respeito à qualidade de vida, porém, muitas mulheres com doença oncológica não são informadas sobre como esta doença e o seu tratamento pode afetar a sua sexualidade. Segundo os mesmos, a sexualidade é uma questão complexa, abrangente e parte essencial da qualidade de vida. Hill et al. (2012) e Letourneau et al. (2012) demonstram nos seus estudos, a importância da vida sexual e da qualidade de vida emocional nestas mulheres, especialmente na sua resiliência.

Distúrbios emocionais como a ansiedade e a depressão estão associados a uma redução da vivência positiva da sexualidade nas mulheres com doença oncológica. Assim, é recomendada a importância de garantir que estas mulheres possam ter acompanhamento amplo e regular, para que consigam enfrentar os desafios complexos da doença. Os cuidados emocionais, o apoio psicossocial, aconselhamento clínico, controlo de sintomas físicos e da dor, bem como acesso a terapias integrativas podem ajudar a minimizar o efeito emocional desta patologia e as suas repercussões na vivência da sua sexualidade. (Vieira, Santos, Santos & Giami, 2014).

Segundo Vieira et al. (2014), o tratamento do cancro da mama, para além de abranger a cirurgia mamária, inclui a quimioterapia, a radioterapia, a hormonoterapia, medidas terapêuticas agressivas e invasivas, com consequências significativas a nível corporal e psicológicas que afetam a vida destas

mulheres. Referindo ainda, que as preocupações relativas à imagem corporal e ao relacionamento com o parceiro são outras causas que comprometem o seu bem-estar.

O diagnóstico de cancro da mama e todo o percurso que esta patologia acarreta, resultam em múltiplas inquietudes, associadas à morte, à mutilação e à dor, caracterizando-se por uma fase marcada por muita angústia, sofrimento e ansiedade. Sobreviver a estas circunstâncias levam a que a mulher tenha de se adaptar à nova condição, com implicações físicas e psicossociais, com impactos negativos na sua sexualidade e na função sexual (Ferreira, Panobianco, Gozzo & Almeida, 2013).

A mastectomia, representa, para muitas mulheres, um ataque trágico ao corpo, um facto que, inevitavelmente, afeta a sua sexualidade, gerando sentimentos de vergonha, angústia, constrangimento, mutilação e perda da feminilidade. Esta baixa autoestima interfere assim na sexualidade da mulher com cancro da mama (Ferreira et al., 2013).

Os constrangimentos sentidos pelas mulheres mastectomizadas aumentam quando confrontadas com a incerteza do impacto que a sua nova imagem terá no seu parceiro, o que leva a que estas evitem a exposição do corpo por medo de serem rejeitadas, uma vez que as mamas representam a feminilidade e a sua ausência pode expressar a interrupção da vida amorosa. Madeira, Almeida & Jesus (2007), no estudo que realizaram sobre as mulheres mastectomizadas verificaram que estas sentiam-se excluídas da sociedade e rejeitadas sexualmente, como resultado da mutilação e das transformações na sua imagem corporal; da dor, cansaço e mal-estar após a quimioterapia; da perda do desejo sexual; stresse

emocional; e do receio da exacerbação da sua condição.

Silva, Silva, Souza & Alves (2017), no estudo qualitativo que realizaram com 12 mulheres com cancro da mama, evidenciaram que, depois da mastectomia radical, a vida sexual e afetiva das mulheres ficou severamente comprometida. Estas alterações ocorrem devido aos efeitos físicos do tratamento, quer como resultado das consequências psicossociais, sobretudo no que concerne à construção da identidade feminina, da autoimagem e de como o parceiro percebe a sua nova imagem.

As terapias integrativas são, atualmente, um sistema de tratamento/cuidados em saúde que tem vindo a crescer e a aumentar a sua procura, devido à forma como essas terapias enfocam o ser humano e os seus problemas. A conceção da terapêutica integrativa consiste na ideologia que o ser humano não é unicamente formado por um corpo físico, mas por diferentes “corpos”, entre os quais, existe um ao qual é designado de “corpo vital”, responsável por manter todas as funções físicas, psíquicas e mentais. Nesta abordagem terapêutica, a doença do corpo físico é unicamente o reflexo ou a soma das desarmonias existentes no “corpo vital” (Takahashi, Sumino, Kanda & Yamaguchi, 2009).

São várias as técnicas utilizadas nas terapias integrativas, sendo que no estudo realizado por Faria (2014), o foco é a acupuntura, em que esta é promotora da harmonização do corpo físico, mental, emocional e espiritual, através da desobstrução da passagem do *qi*, através dos pontos de acupuntura situados em condutos específicos distribuídos pelo corpo, como meio para equilibrar o *yin* e o *yang*. A mesma autora refere que “(...) o sistema de

informação corpo-mente pode ser parcialmente regulado pelos componentes simpático e parassimpático do sistema nervoso autónomo” (...), correspondendo este modelo de regulação ao conceito de equilíbrio entre o *yin* e o *yang* das terapias integrativas. Neste contexto, a acupuntura é empregue para “reequilibrar as contribuições relativas ao sistema nervoso simpático e parassimpático”.

O tema da sexualidade da mulher com cancro da mama e as suas possíveis complicações é transversal às fases do diagnóstico, tratamento e sobrevivência. Considerando que todas as dimensões que envolvem a sexualidade destas mulheres exigem uma abordagem holística, sendo o objetivo deste estudo mapear o contributo das terapias integrativas na sexualidade da mulher com cancro da mama, de forma a identificar-se o estado da arte relativo a este tema.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE REVISÃO

A temática do contributo das terapias integrativas na sexualidade da mulher com cancro da mama foi, até ao momento, pouco estudada, pelo que se verifica uma escassez de literatura sobre este tema. Neste sentido, optou-se por realizar uma *scoping review*, uma vez que permite identificar e resumir os principais conceitos tácitos ao tema em estudo, com o objetivo de responder a uma questão específica e identificar lacunas. Vai ser utilizado o esquema proposto por Arksey & O'Malley (2005), que consiste na: (i) identificação da questão da pesquisa; (ii) pesquisa de estudos relevantes; (iii) seleção dos estudos; (iv) mapeamento dos dados; e (v) agregação e resumo dos resultados.

Recorrendo a critérios de inclusão menos restritivos, formulou-se a seguinte questão de investigação,

fundamentada nos elementos PCC (*Population, Concept and Context*; População, Conceito e Contexto): Qual o contributo das terapias integrativas na sexualidade da mulher com cancro da mama?

As *scoping review* são fulcrais para reunir evidências de fontes díspares ou heterogéneas. Assim, para esta *scoping review* foram consideradas as tipologias de evidência quantitativa e qualitativa que possibilitaram identificar a literatura sobre as terapias integrativas na sexualidade da mulher com cancro da mama. Foram excluídos artigos de opinião, estudos com mulheres com outro tipo de neoplasia; bem como pareceres, congressos e resumos; estudos duplicados nas várias bases de dados consultadas, tal como os que tinham somente disponíveis os resumos e os que se encontravam noutra língua que não o português, inglês e espanhol.

Foi realizada pesquisa de estudos em bases de dados científicas, nomeadamente, CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina, via EBSCOhost - Research Databases, Google Académico, PubMed, B-On, LILACS, MEDLINE e SCIELO.

Para estratégia inicial de pesquisa foram utilizados conceitos de pesquisa mapeados para o *Medical Subject Headings* (MeSH, 2020), que foram aplicados em pesquisa combinada entre termos e palavras-chave existentes em abstracts de vários artigos. Portanto, a estratégia de pesquisa consistia nos seguintes termos: “Breast Neoplasms” [MeSH Major Topic] OR “Breast Cancer” [MeSH Terms] OR “Breast Carcinoma” [MeSH Terms] OR “Malignant Neoplasm of Breast” [MeSH Terms] AND “Sexuality” [MeSH Terms] AND “female” [MeSH Terms] AND “Acupuncture” [MeSH Terms] OR “Acupuncture Therapy” [MeSH Terms] OR “Complementary Therapies” [MeSH Terms] OR “Therapy, Alternative” [MeSH Major Topic] OR “Integrative Medicine” [MeSH Major Topic]. A pesquisa foi limitada a artigos publicados em português, inglês e espanhol, desde janeiro de 1999 a março de 2020, este friso temporal é justificado pela escassez de estudos na área, tendo sido realizada a pesquisa nas bases de dados de novembro a dezembro de 2020.

Após a aplicação dos critérios, foi feita a leitura completa dos estudos publicados, por dois revisores independentes, para verificar se preenchiam os critérios de inclusão. Após a leitura, foi feita a análise de consensos e divergências para obter unanimidade sobre a inclusão e exclusão dos estudos.

Tabela 1

Estudos que foram identificados a partir da introdução dos descritores

	Motor de busca científica	Descritores	Período temporal	Limitadores	Resultados
S1	EBSCO (CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina)	"Breast Neoplasms" OR "Breast Cancer" OR "Breast Carcinoma" OR "Malignant Neoplasm of Breast" AND "Sexuality" AND "female" AND "Acupuncture" OR "Acupuncture Therapy"	Entre janeiro de 1999 e março 2020	Mulheres, com idade ≥18 anos; Estudos em humanos	9
S3	Google Académico	"Breast Neoplasms" OR "Breast Cancer" OR "Breast Carcinoma" OR "Malignant Neoplasm of Breast" AND "Sexuality" AND "female" AND "Acupuncture" OR "Acupuncture Therapy" OR "Integrative Medicine"	Entre janeiro de 1999 e março 2020	Mulheres, com idade ≥18 anos; Estudos em humanos	18
S4	LILACS	"Breast Neoplasms" OR "Breast Cancer" OR "Breast Carcinoma" OR "Malignant Neoplasm of Breast" AND "Sexuality" AND "female" AND "Acupuncture" OR "Acupuncture Therapy"]	Entre janeiro de 1999 e março 2020	Mulheres, com idade ≥18 anos; Estudos em humanos	11
S5	PubMed	"Breast Cancer" OR "Breast Carcinoma" AND "Sexuality" AND "female" AND "Acupuncture" OR "Acupuncture Therapy"	Entre janeiro de 1999 e março 2020	Mulheres, com idade ≥18 anos; Estudos em humanos	10
S6	B-On	"Breast Cancer" OR "Breast Carcinoma" AND "Sexuality" AND "female" AND "Acupuncture" OR "Acupuncture Therapy"	Entre janeiro de 1999 e março 2020	Mulheres, com idade ≥18 anos; Estudos em humanos	9
S7	SCIELO	"Breast Cancer" OR "Malignant Neoplasm of Breast" AND "Sexuality" AND "female" AND "Acupuncture" OR "Acupuncture Therapy" OR "Integrative Medicine"	Entre janeiro de 1999 e março 2020	Mulheres, com idade ≥18 anos; Estudos em humanos	7

Após a aplicação dos critérios, foram identificados 64 registos nas bases de dados: 9 via EBSCO (CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts;

MedicLatina); 18 no Google Académico; 11 LILACS; 10 PubMed, 9 B-On e 7 na SCIELO (cf. tabela 1).

Seguidamente, faz-se referências aos estudos selecionados, através de uma descrição do processo de decisão figurado no fluxograma de decisão de identificação e inclusão dos estudos (cf. Figura 1).

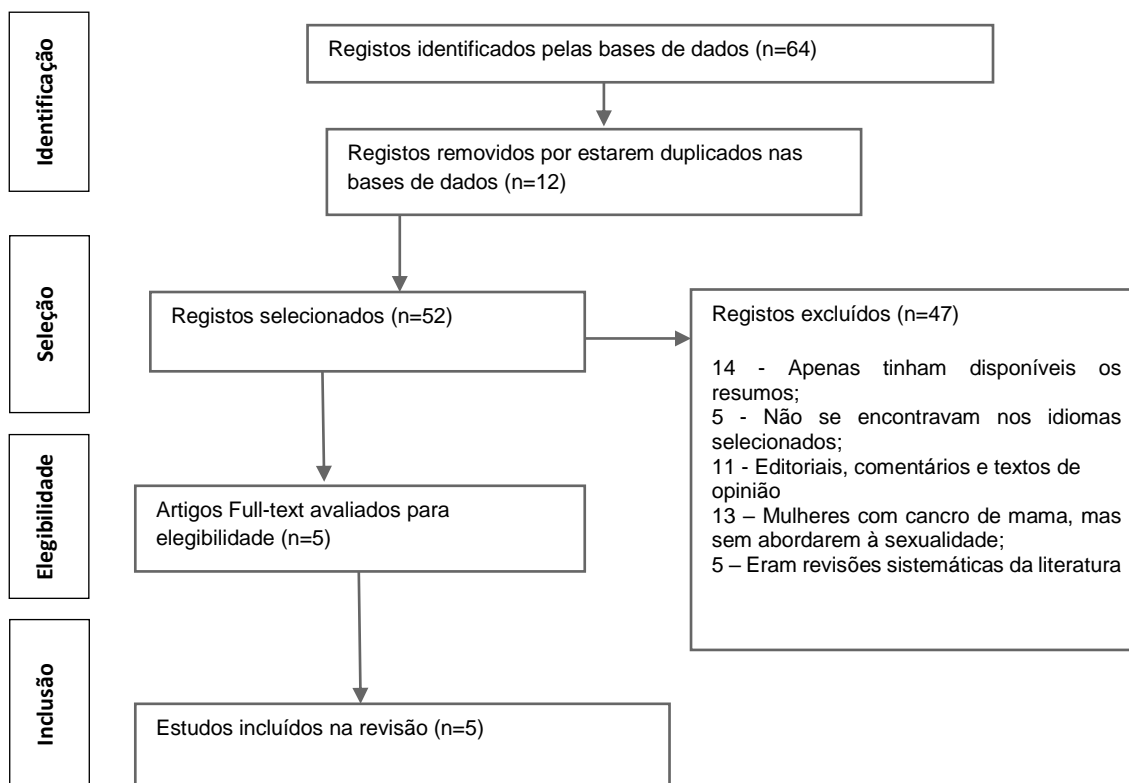


Figura 1
Diagrama com o processo de seleção dos estudos (PRISMA)

RESULTADOS

A etapa seguinte consistiu na construção de um resumo narrativo onde se descrevem os objetivos e finalidades dos artigos incluídos no *corpus* de análise, conceitos adotados e resultados relacionados com a questão de partida da revisão.

Os resultados foram classificados pelas principais categorias conceptuais, tais como: “tipo de estudo”, “participantes”, “objetivos”, “metodologia adotada”, “evidências estabelecidas”, sendo apresentada para cada categoria uma explicação clara.

Seguidamente é apresentada uma descrição geral das fontes incluídas, com referência a uma tabela detalhada com as características de cada estudo incluído como consta da ferramenta de extração de dados, realizada pelos autores. Assim, os resultados são apresentados numa tabela síntese dos estudos incluídos, seguindo as orientações da JBI, descritas por Peters et al. (2020), segundo o qual a apresentação dos resultados pode mapear o material revisto de uma forma lógica, diagramática ou tabular e/ou em formato descritivo, desde que, esteja em consonância com o objetivo da revisão. (cf. tabela 2 e tabela 3).

Tabela 2
Tabela síntese de identificação dos artigos

Código	Título	Autor(es)	Ano de publicação
A01	Use of alternative medicine by women with early-stage breast cancer	Burstein, H.J., Gelber, S., Guadagnoli, E., Jane, C., & Weeks, M.D (18)	1999
A02	Use of complementary therapies by Australian women with breast cancer.	Kremser, TH., Moore, A., Evans, E., & Luxford, K. (19)	2008
A03	The Effect of Breast Cancer Treatments on Sexuality In Premenopausal Female Cancer Survivors	Chase, R.E. (20).	2012
A04	Integrative Medicine in Cancer Survivors	Viscuse, P.V.; Price, K., Millstine, D., Bhagra, A., Bauer, B., & Ruddy, K.J. (21)	2017
A05	Phase II Randomized Controlled Trial of Hypnosis Versus Progressive Muscle Relaxation for Body Image After Breast or Gynecologic Cancer.	Barton, D.L., Brooks, T.M., Cieslak, A., Elkins, G.R., Clark, P.M., Baydoun, M., Smith, A.B., Van Poznak, C.H. (22).	2019

Tabela 3
Tabela síntese dos artigos selecionados para análise

Código	Metodologia	Resultados
A01	Estudo de coorte, incluindo 480 mulheres, utentes de um hospital estadual de Massachusetts, com cancro de mama em estágio inicial, recém-diagnosticado.	O uso das terapias alternativas, após a cirurgia do cancro da mama, era comum (relatado por 28,1% das mulheres); esse uso não foi associado a escolhas de terapias médicas padrão, após o controlo de variáveis clínicas e sociodemográficas. Um total de 10,6% de mulheres já recorria a terapias alternativas antes de receberem o diagnóstico de cancro da mama. As mulheres que já recorriam às terapias alternativas, após a cirurgia relataram melhor qualidade de vida a todos os níveis do que mulheres que só recorreram a essas terapias após a cirurgia. Os scores de saúde mental foram semelhantes na linha de base entre os grupos, mas três meses após a cirurgia o uso de terapias alternativas foi independentemente associado à redução da depressão, medo de recorrência do cancro, pontuações mais elevadas de saúde mental e maior satisfação com a sexualidade e menos sintomas físicos. Todos os grupos de mulheres relataram melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde, um ano após a cirurgia e com frequência de sessões de terapias alternativas.
A02	Quantitativo, transversal, envolvidas 367 mulheres com cancro de mama	Das 367 mulheres, 87,5% recorreram a terapias integrativas, com muitas a recorrer a mais do que uma terapia, sendo as mais utilizadas a acupuntura (54,2%), grupos de apoio (49,8%), massagem (41,4%) e meditação (38,7%). Os motivos comuns de uso incluíram a melhoria do bem-estar físico (86,3%) e emocional (83,2%) e o fortalecimento do sistema imunológico (68,8%). As mulheres procuraram informações sobre as terapias integrativas em várias fontes. Ficou demonstrado que as mulheres que recorreram à acupuntura melhoraram a sua autoestima, autoequilíbrio físico/mental, com interferência na qualidade de vida a nível da sexualidade, com minimização dos seus problemas emocionais e mais aceitação da sua situação. As mulheres que recorreram às terapias integrativas formularam um novo self sexual após o tratamento. O estudo sugeriu que essas mulheres foram mais bem-sucedidas nessa adaptação e mantiveram relações fortalecidas com o parceiro íntimo.
A03	Revisão narrativa da literatura	O recurso às terapias integrativas em mulheres com cancro de mama resultou numa melhor gestão do stresse, particularmente as que recorreram à terapia de relaxamento, terapia cognitivo-comportamental e acupuntura. Os benefícios adicionais foram o alívio da ansiedade e dos sintomas depressivos, bem como melhoria da higiene do sono. Impacto positivo no bem-estar psicológico das mulheres que se repercutiu numa vivência mais positiva da sua sexualidade, decorrentes dos tratamentos para o cancro da mama, com mais aceitação de si próprias. Estas reduziram o sofrimento físico e psicológico, sobretudo, devido à mastectomia.
A04	Revisão da literatura	A atividade física, dieta, suplementos alimentares, modalidades mente-corpo, acupuntura e massagem terapêutica desempenham um papel muito importante na gestão do estado físico (por exemplo, problemas de fadiga e dor) e emocionais (por exemplo, ansiedade e medo) enfrentados por pessoas sobreviventes de doença oncológica. A acupuntura assume-se como um

			adjuvante no tratamento da fadiga relacionada com o cancro de mama em mulheres, contribuindo para um maior relaxamento. As mulheres do grupo de acupressão que utilizaram pontos de acupuntura estimulantes atingiram níveis normais de fadiga em seis semanas. A acupressão relaxante demonstrou uma melhora significativa na higiene do sono e nas várias dimensões da qualidade devida, estando incluída a sexualidade.
A05		Estudo controlado randomizado, inclui 87 mulheres que tiveram cancro da mama ou ginecológico, divididas em dois grupos: 59 para sessões de hipnose e 28 para sessões de relaxamento muscular progressivo.	Ambos os grupos relataram melhorias significativas na imagem corporal ao longo do tempo (grupo de hipnose 0,49; grupo de relaxamento muscular 0,75), sem diferença significativa entre os grupos (p=0,15). Os resultados secundários não foram significativamente diferentes entre os grupos. O grupo hipnose melhorou mais na satisfação com a sua sexualidade e interesse sexual, enquanto o grupo de relaxamento muscular melhorou mais no afeto positivo. As terapias integrativas que facilitam as conexões mente-corpo, como a hipnose e o relaxamento muscular, podem ajudar a melhorar a imagem corporal, aliviar o stresse e contribuem para proporcionar uma reconexão da mente com o corpo, com um efeito positivo na saúde sexual e mais satisfação a sua sexualidade.

A análise dos resultados tem como objetivo contribuir para a divulgação das evidências disponíveis ao nível do contributo das terapias integrativas na sexualidade da mulher com cancro da mama.

DISCUSSÃO

Atualmente, o cancro da mama é o mais incidente em mulheres com idades entre os 15 e os 39 anos, porém, os avanços na triagem e no tratamento permitem a sobrevivência prolongada, com taxa de 90% de sobrevivência a cinco anos (Howlader et al., 2016). Contudo, em conformidade com os estudos analisados, os próprios tratamentos que permitem às mulheres sobreviver ao cancro da mama são acompanhados de muitas sequelas físicas e psicológicas.

Estas mulheres enfrentam desafios únicos relativamente à sua qualidade de vida na fase de sobrevivência, nos quais se destaca a imagem corporal, a sua função sexual e a vivência da sua sexualidade. Estas evidências corroboram o defendido por Hungr, Sanchez-Varela e Bober (2017), que defendem que essas experiências devem ser compreendidas e abordadas de forma holística para as ajudar a viver de forma mais completa e satisfatória, após recuperar do cancro da mama.

Existe unanimidade nos estudos analisados, que defendem o recurso às terapias integrativas, como a acupuntura, terapia de relaxamento, terapia cognitivo-comportamental, massagem terapêutica, sessões de hipnose e relaxamento muscular progressivo, em mulheres com cancro de mama ou mastectomizadas. Uma vez que estas, têm efeitos positivos na saúde mental destas mulheres, diminuindo o stresse, a ansiedade e os sintomas depressivos, aumentando a sua autoestima, melhorando a aceitação da sua imagem corporal e da vivência da sua sexualidade e mantendo uma relação fortalecida com o seu parceiro íntimo.

Deste modo, existe uma melhor adaptação das mulheres, às alterações da sua sexualidade, (re)construindo um novo *self* sexual. O recurso às terapias integrativas, reduzem ainda, o cansaço físico, melhoram a higiene do sono e ajudam no alívio da dor (Barton et al., 2019; Viscuse, Price, Millstine, Bhagra, Bauer & Ruddy, 2017; Chase, 2012; Kremser et al., 2008; Burstein, Gelber, Guadagnoli & Weeks, 1999). Para estas mulheres, o cancro da mama, representa testar os limites, vivendo uma experiência em que o corpo se sente permeável, exposto e fora de controlo. Nesta perspetiva, foi demonstrado que o aumento das preocupações com a imagem corporal, estão

associadas ao aumento dos sintomas físicos, que servem reflexivamente para lembrar as mulheres das mudanças corporais que resultaram do tratamento invasivo (Paterson, Lengacher, Donovan, Kip & Tofthagen, 2016; Miller, Schnur, Weinberger-Litman, & Montgomery, 2014).

O tratamento do cancro da mama tem efeitos a curto e a longo prazo, a nível do funcionamento físico, psicológico e social, que podem interferir na vivência da sua sexualidade. Estes efeitos incluem a dor, a depressão, a ansiedade, a fadiga, as perturbações do sono, as mudanças de peso e a imagem corporal (Lindau, Abramsohn & Matthews, 2015).

Por conseguinte, as terapias integrativas têm como finalidade: atuar nos efeitos ou nos sintomas, e detetar a origem dos mesmos suprimindo a causa dos distúrbios. Assim, com recurso às mais variadas técnicas naturais, as terapias integrativas procuram despertar na pessoa o autoequilíbrio físico/mental/emocional através da harmonia dos seus próprios recursos físicos, emocionais e energéticos, transformando, assim, a situação de desarmonia em saúde e autoconhecimento (Viscuse et al., 2017; Faria, 2014; Kremser et al., 2008).

CONCLUSÃO

Sendo a sexualidade um construto psicossocial que abrange as dimensões biológica, cultural, relacional e subjetiva, e estando relacionada com as sensações, os sentimentos e as emoções, esta pode estar afetada nas mulheres com cancro da mama. Assim, as terapias integrativas surgem, neste âmbito, como uma abordagem holística da saúde e o reconhecimento do pluralismo terapêutico. Tornando-se numa importante

coadjuvante ao tratamento convencional do cancro da mama.

É de salientar, a escassez de estudos que abordam o contributo das terapias integrativas na sexualidade da mulher com cancro da mama, levando a considerar a necessidade de se realizar mais investigação na área, de preferência estudos controlados e randomizados, para que se possa chegar a conclusões mais específicas. Assim, salvaguarda-se a precaução com a generalização das evidências encontradas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvaro, M. C., & Angelica, M. B. (2017) *Sexual Dysfunction and Quality of Life in Colombian Histerectomized Women*. Perceptions in Reproductive Medicine. 2017; 1(3), 2-3. PRM.000513. <https://doi.org/10.31031/PRM.2017.01.000513>
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005) *Scoping studies: towards a methodological framework*, International Journal of Social Research Methodology, 8:1, 19-32, <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Barton, D. L., Brooks, T. M., Cieslak, A., Elkins, G. R., Clark, P. M., Baydoun, M., ... Van Poznak, C. H. (2019) *Phase II randomized controlled trial of hypnosis versus progressive muscle relaxation for body image after breast or gynecologic cancer*. Breast Cancer Res Treat 178, 357–365. <https://doi.org/10.1007/s10549-019-05395-6>
- Burstein, H. J., Gelber, S., Guadagnoli, E. & Weeks, J. C. (1999). *Use of Alternative Medicine by Women with Early-Stage Breast Cancer*. New England Journal of Medicine, 340(22), 1733–1739. <https://doi.org/10.1056/nejm199906033402206>
- Carvalho, A., Matos, C., Minderico, C., Almeida, C., Abrantes, E., Mota, E., ... Lima, R. M. (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. Ministério da Educação - Direção-Geral da Educação; Direção-Geral da saúde. Retirado de https://dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/referencial_educacao_saude_novo.pdf
- Chase, R. E. (2012). *The Effect of Breast Cancer Treatments on Sexuality In Premenopausal Female Cancer Survivors*. University of Pennsylvania School of Nursing. January, 17. Retirado de

<https://www.oncolink.org/healthcare-professionals/o-pro-portal/articles-about-cancer-treatment-and-medications/the-effect-of-breast-cancer-treatments-on-sexuality-in-premenopausal-female-cancer-survivors>

Den Ouden, M. E. M., Pelgrum-Keurhorst, M.N., Uitdehaag, M.J. & De Vocht, H.M. (2019). *Intimacy and sexuality in women with breast cancer: professional guidance needed*. *Breast Cancer* 26, 326–332. <https://doi:10.1007/s12282-018-0927-8>

Faria, M. (2014). *Efeito Da Acupuntura Nas Células Nk Em Doentes Com Cancro Da Mama Submetidas a Quimioterapia Neoadjuvante E Adjuvante Estudo Prospetivo, Randomizado E Controlado*. (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Retirado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77853/2/33902.pdf>

Ferreira, S. M. A., Panobianco, M. S., Gozzo, T. O., & Almeida, A. M. (2013). *A Sexualidade Da Mulher Com Câncer De Mama: Análise Da Produção Científica De Enfermagem*, 22(3), 835–842. Retirado de <https://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a33.pdf>

Hill, K. A., Nadler, T., Mandel, R., Burlein-Hall, S., Librach, C., Glass, K. & Warner, E. (2012) *Experience of young women diagnosed with breast cancer who undergo fertility preservation consultation*. *Clinical breast cancer*. 12(2): 127-132. <https://doi:10.1016/j.clbc.2012.01.002>

Howlader, N., Noone, A. M., Krapcho, M., Miller, D., Bishop, K., Altekruse, S. F., ... Cronin K. A. (2016). *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2013*, National Cancer Institute. Bethesda, MD. Retirado de https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2013/

Hungr, C., Sanchez-Varela, V., & Bober, S. L. (2017). *Self-image and sexuality issues among young women with breast cancer: Practical recommendations*. *Revista de Investigacion Clinica*, 69(2), 114–122. <https://doi:10.24875/RIC.17002200>

Kennedy, V., Abramsohn, E., Makelarski, J., Barber, R., Wroblewski, K., Tenney, M., ... Lindau, S.T. (2015) *Can you ask? We just did! Assessing sexual function and concerns in patients presenting for initial gynecologic oncology consultation*. *Gynecol Oncol*. 137(1):119-24. <https://doi:10.1016/j.ygyno.2015.01.451>

Kremser, T., Moore, A., Evans, A., Moore, A., Luxford, K., Begbie, S., ... Zorbas, H. (2008). *Use of complementary therapies by Australian women with*

breast cancer. *The Breast*, 17(4), 387–394. <https://doi:10.1016/j.breast.2007.12.006>

Krouwel, E. M., Albers, L. F., Nicolai, M. P. J., Putter, H., Osanto, S., Pelger, R. C. M., & Elzevier, H. W. (2020). *Discussing Sexual Health in the Medical Oncologist's Practice: Exploring Current Practice and Challenges*. *Journal of Cancer Education*, 35(6), 1072–1088. Retirado de <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s13187-019-01559-6.pdf>

Letourneau, J. M., Smith, J. F., Ebbel, E. E., Craig, A., Katz, P. P., Cedars, M. I., & Rosen, M. P. (2012). *Racial, socioeconomic, and demographic disparities in access to fertility preservation in young women diagnosed with cancer*. *ACS Journals - Cancer*, 118(18), 4579–4588. <https://doi.org/10.1002/cncr.26649>

Lindau, S. T., Abramsohn, E. M., & Matthews, A. C. (2015). *A manifesto on the preservation of sexual function in women and girls with cancer*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 213(2), 166–174. <https://doi:10.1016/j.ajog.2015.03.039>

Madeira, A. M. F., Almeida, G. B. S. & Jesus, M. C. P. (2007). *Refletindo sobre a sexualidade da mulher mastectomizada*. 11(3), 254–257. Retirado de <https://cdn.publisher.gn1.link/remo.org.br/pdf/v11n3a07.pdf>

Miller, S. J., Schnur, J. B., Weinberger-Litman, S. L. & Montgomery, G. H. (2014) *The relationship between body image, age, and distress in women facing breast cancer surgery*. *Palliat Support Care*. 12(5):363-7. <https://doi:10.1017/S1478951513000321>

Panjari, M., Bell, R.J., & Davis, S.R. (2011). *Sexual function after breast cancer*. *Journal of Sexual Medicine*, 8(1), 294–302. <https://doi:10.1111/j.1743-6109.2010.02034.x>

Paterson, C. L., Lengacher, C. A., Donovan, K. A., Kip, K. E. & Tofthagen, C. S. (2016) *Body Image in Younger Breast Cancer Survivors: A Systematic Review*. *Cancer Nurs*. 39(1), 39-58. Retirado de https://journals.lww.com/cancernursingonline/Fulltext/2016/01000/Body_Image_in_Younger_Breast_Cancer_Survivors_A.18.aspx

Peters, M. D. J, Godfrey, C., Mclnerney P., Munn, Z., Tricco, A. C. & Khalil, H. (2020). *Chapter 11: Scoping Reviews* (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI. <https://doi:10.46658/JBIMES-20-12>

- Rashidi, S., & Dashti, F. (2015). *Sexual Behavior Pattern and Related Factors in Women with Breast Cancer in Iran*. *Global Journal of Health Science*, 8(7), 266–272. <https://doi:10.5539/gjhs.v8n7p266>
- Schover, L. R., van der Kaaij, M., van Dorst, E., Creutzberg, C., Huyghe, E., & Kiserud, C. E. (2014). *Sexual dysfunction and infertility as late effects of cancer treatment*. *EJC supplements : EJC : official journal of EORTC, European Organization for Research and Treatment of Cancer ... [et al.]*, 12(1), 41–53. <https://doi:10.1016/j.ejcsup.2014.03.004>
- Silva, P. L. N., Silva, L. M., Souza, M. S., & Alves, C. R. (2017). *Cultura de los Cuidados Impacto de la mastectomía sobre la vida sexual y emocional de las mujeres atendidas por un servicio de salud del norte de Minas*. 41–52. <https://doi:10.14198/cuid.2017.49.05>
- Takahashi, T., Sumino, H., Kanda, T. & Yamaguchi, N. (2009) *Acupuncture Modifies Immune Cells*. *Journal of Experimental & Clinical Medicine*, 1(1), 17-22. [https://doi:10.1016/S1878-3317\(09\)60006-1](https://doi:10.1016/S1878-3317(09)60006-1)
- Vieira, E. M., Santos, D. B., Santos, M. A., & Giami, A. (2014). *Vivência da sexualidade após o câncer de mama: Estudo qualitativo com mulheres em reabilitação*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 22(3), 408–414. <https://doi:10.1590/0104-1169.3258.2431>
- Viscuse, P. V., Price, K., Millstine, D., Bhagra, A., Bauer, B. & Ruddy, K. J. (2017) *Integrative medicine in cancer survivors, Current Opinion in Oncology*. *Current Opinion in Oncology*. 29 (4), 235-242 <https://doi:10.1097/CCO.0000000000000376>



RIIS

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.

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.

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

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

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

Cintia Fassarella - PhD
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

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

Sónia Novais- PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
ACES Baixo Tâmega

Vera Maria Saboia - PhD
Universidade Federal Fluminense-Rio de Janeiro

Veronica Rita Dias Coutinho - PhD
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra