

Semestral | Vol. 4 N. 2 | Dezembro 2021
ISSN: 2184-1578
e ISSN: 2184-3791

RIIS

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde

Revista de Investigação & Inovação em Saúde

Vol. 4, N. 2 | Dezembro 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:





RIS

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde



Editorial

Modelo de Avaliação de competências – uma via para a aprendizagem colaborativa

Os atuais desafios no ensino superior, e em particular na área da saúde, levam as Instituições de Ensino Superior e respetivos docentes a uma profunda reflexão das suas práticas pedagógicas, no sentido de potenciar uma abordagem colaborativa e integrativa do estudante nas suas aprendizagens e respetivo processo de avaliação. Este exercício tem conduzido à necessidade de redefinir os papéis de docentes e estudantes, assim como, das metodologias pedagógicas e de avaliação, que favoreçam o desenvolvimento de competências nos estudantes, atendendo à integração de novos ambientes e tecnologias educativas e de recursos pedagógicos digitais.

Em resposta aos referenciais de garantia da qualidade do ensino superior, a conceção de ensino, aprendizagem e avaliação centrada no estudante visa promover uma maior interação (feedback) e cooperação entre estudantes e docentes, onde os estudantes se envolvam nos seus próprios processos de aprendizagem e avaliação, desenvolvendo assim um conjunto de competências requeridas para o seu exercício profissional. Neste sentido, importa que a academia compreenda, reflita e implemente mecanismos que potenciem o papel ativo do estudante, e de interação entre estes e com os docentes. Sabemos que o ensino centrado no estudante não diminui a responsabilidade do docente, pelo contrário, exige a mobilização de metodologias pedagógicas ativas apoiadas por recursos tecnológicos,

com vista ao sucesso académico do estudante, implicando processos formativos e de capacitação dos docentes coerentes com esta abordagem.

Assim, a experiência e a preparação pedagógica do corpo docente são fundamentais, assim como, a articulação e conhecimento do modelo educativo em uso com a investigação, a internacionalização, a prestação de serviços à comunidade e o empreendedorismo e inovação, com a valorização, o envolvimento crescente e compromisso dos estudantes.

O desenvolvimento e melhoria das aprendizagens dos estudantes, com reflexo positivo nas competências, particularmente nas transversais, requerem que estes recebam feedback relativo ao seu desempenho individual e de equipa, considerado vital numa ótica de melhoria continua e de regulação da aprendizagem. Neste sentido, surge um conjunto diversificado de metodologias e modelos de avaliação, destacando o *peer feedback*, que assume uma perspetiva participativa (entre estudantes) e colaborativa (entre estudante e docente), quer no processo de aprendizagem, quer de avaliação, contribuindo para uma visão “360 Graus”, onde os estudantes comentam e “avaliam” o desenvolvimento de competências dos seus pares, com base nos resultados de aprendizagem definidos para cada etapa específica do seu percurso académico.

Neste sentido, conhecer os pressupostos, os requisitos e eficácia da implementação do *peer feedback* é

fundamental, uma vez que este permite aos estudantes assumirem um papel dinâmico, crítico-reflexivo, promovendo simultaneamente, uma dimensão avaliativa sobre o seu desempenho e uma dimensão de aprendizagem, através da identificação de oportunidades de melhoria do seu desempenho e do seu par, em colaboração com o docente. Assim, o Modelo Colaborativo *Peer Feedback* constitui-se como inovador nas dinâmicas pedagógicas, quer nos processos de ensino e aprendizagem teóricos, quer nos processos de ensino clínico, desempenhando um papel diferenciador para a centralidade e participação do estudante na aprendizagem e avaliação, fortalecendo simultaneamente a cooperação entre estudantes e docentes. Os estudos de implementação do Modelo Colaborativo *Peer Feedback* revelam que este permite o desenvolvimento de um conjunto de competências metacognitivas atualmente requeridas para um exercício profissional de excelência. Sabemos ainda que o envolvimento e compromisso dos estudantes

em todo este processo, desenvolve mecanismos de autorregulação das suas aprendizagens, conduzindo a maior responsabilidade e autonomia. Neste sentido, reforça-se a necessidade de investigação nesta área e respetiva translação para a prática pedagógica, com a capacitação e preparação de todos os intervenientes nestes processos para que sejam atingidos os resultados positivos esperados. Perspetiva-se assim, uma forte oportunidade para o desenvolvimento de práticas pedagógicas ou modelos de intervenção no ensino da saúde que possam promover, simultaneamente, a qualidade do ensino, a satisfação com o processo de ensino, aprendizagem e avaliação, assim como, a garantia dos padrões de qualidade dos cuidados de saúde dos diplomados.

António Ferreira MsC

Vogal Conselho Direção da ESSNorteCVP

Doutorando em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da UCP- Porto

Sumário | Summary | Resúmen

Editorial

ARTIGOS DE INVESTIGAÇÃO

- 7 Self-care deficit versus the potential to improve self-care: explanation of the nurse's clinical judgments
Marisa Lourenço, Paula Encarnação, Teresa Martins, Fátima Araújo, Paulo Machado
- 19 Fatores preditivos de descompensação da pessoa em situação crítica no serviço de urgência
Catarina Pinto, Tiago Gomes, Carlos Pires, Filomena Duarte, Liliana Mota, Fernanda Príncipe
- 29 Impacte da covid-19 na atividade física e qualidade de vida de doentes em reabilitação cardíaca
Bruno Delgado, Ivo Lopes, Sandra Pereira, Luísa Carneiro
- 41 Violência doméstica contra a mulher: conhecimentos e atitudes do enfermeiro da urgência
Isabel Oliveira, Daniela Almeida, Laura Bastos, Carla Augusto, Sara Barreiro
- 53 Tutoria por pares na educação em enfermagem: a voz dos tutores
Cláudia Augusto, Goreti Mendes, Ermelinda Macedo, Manuela Machado, Analisa Candeias, Paula Encarnação, Teresa Freire, Odete Araújo
- 63 Ansiedade associada ao desempenho do papel de cuidador familiar de pessoa dependente
Marta Silva, João Carvalho Duarte, Ricardo Melo, Inês Rua, Magda Freitas, Patrícia Morais, Marília Rua
- 73 A família da criança com doença crónica no domicílio: emoções no cuidar
Ana Florêncio, Manuela Cerqueira
- 89 A hospitalização domiciliária como fator facilitador no processo de transição saúde/doença
Júlia Santos, Alexandre Miguel Silva, Licínio Pereira, Mónica Silva, Paula Fonseca, Fernanda Príncipe, Liliana Mota

ARTIGOS DE REVISÃO

- 99 A gestão do conhecimento em contexto hospitalar: uma *scoping review*
Andreia Conceição, Diana Santos, Vitor Raposo
- 111 Influência do rácio enfermeiro–utente na contenção física em psiquiatria: revisão sistemática
Ricardo C. Matos, Ana Cruz, Bruna Ferreira, Carla Gonçalves, Diana Correia, Emanuel Almeida, António Ferreira, Ana Quesado

SELF-CARE DEFICIT VERSUS THE POTENTIAL TO IMPROVE SELF-CARE: EXPLANATION OF THE NURSE'S CLINICAL JUDGMENTS

Compromisso no autocuidado versus potencial para melhorar o autocuidado: Explicação do juízo clínico do enfermeiro

Compromiso con el autocuidado versus potencial para mejorar el autocuidado: explicación del juicio clínico de las enfermeras

Marisa Lourenço*, Paula Encarnação**, Teresa Martins***, Fátima Araújo****, Paulo Machado*****

ABSTRACT

Background: people who become functionally dependent due to serious illness and/or the worsening of a chronic illness have different recovery paths. The attribution of the nursing diagnosis of self-care *deficit* versus potential to improve self-care requires, on the part of the nurse, a rigorous clinical judgment, for which a set of diagnostic activities is necessary. **Objectives:** the present study sought to identify the assumptions used by expert nurses when formulating the clinical judgment of self-care deficit versus the potential to improve self-care **Methodology:** qualitative design. Data were generated in two focus group meetings that included eleven nurses experienced in caring for persons with functional dependence and self-care deficit. Previously prepared structured questions were used to facilitate discussion. The focus group meetings were recorded in audio and transcribed. Inductive content analysis was used to identify emerging themes. The checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) was also used. **Results:** nurses' decision-making depends: the factors of influencing the potential to improve self-care abilities of a person with functional dependence, the domain of influence of these factors, and three fundamental aspects to consider when evaluating a person with functional dependence. **Conclusions:** the absence of recovery potential can rarely be deduced. People without cognitive impairment or with mild cognitive impairment present highest potential for recovery.

Keywords: nursing diagnosis; self-care; functional dependence; decision making

*PhD, associate professor and researcher at Porto Nursing College and researcher at CINTESIS - <https://orcid.org/0000-0001-5953-788X> - Author's contribution: Conception and study design, Data Collection, Data analysis and interpretation, Drafting the manuscript, Critical revision of the intellectual content

**PhD, associate professor at School of Nursing, University of Minho, and researcher at Coimbra Nursing College - <https://orcid.org/0000-0002-7458-8105> - Author's contribution: Conception and study design, Data analysis and interpretation, Critical revision of the intellectual content

*** PhD, coordinating professor, at Porto Nursing College and researcher at CINTESIS - <https://orcid.org/0000-0003-3395-7653> - Author's contribution: Conception and study design, Data Collection, Data analysis and interpretation, Drafting the manuscript, Critical revision of the intellectual content

**** PhD, associate professor, at Porto Nursing College and researcher at CINTESIS - <https://orcid.org/0000-0002-3059-7480> - Author's contribution: Conception and study design, Data Collection, Critical revision of the intellectual content

***** PhD, coordinating professor, at Porto Nursing College and researcher at CINTESIS - <https://orcid.org/0000-0002-3187-6860> - Author's contribution: Conception and study design, Data Collection

Como referenciar:

Lourenço, M., Encarnação, P., Martins, T., Araújo, F., & Machado, P. (2021). Self-care deficit versus the potential to improve self-care: explanation of the nurse's clinical judgments. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(2) 7-18. doi.org/10.37914/riis.v4i2.155

Recebido para publicação: 01/07/2021
Aceite para publicação: 23/11/2021

RESUMO

Enquadramento: as pessoas em situação de dependência funcional, devido a doença grave e ou agravamento de doença crónica, têm percursos diferentes no processo de recuperação. A tomada de decisão do enfermeiro para melhorar a autonomia da pessoa, está sujeita aos dados de avaliação do seu potencial de recuperação. **Objetivos:** identificar os pressupostos utilizados pelos enfermeiros para enunciar o juízo clínico: autocuidado comprometido versus o potencial para melhorar o autocuidado. **Metodologia:** estudo qualitativo. Os dados foram gerados em duas reuniões de focus grupo com onze enfermeiros, com experiência no cuidar da pessoa com dependência funcional e compromisso no autocuidado. Foram direcionadas algumas perguntas previamente estruturadas para facilitar a discussão. As reflexões foram gravadas em áudio e transcritas. Análise de conteúdo indutiva foi usada para identificar os temas emergentes. Utilizada a lista de verificação *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). **Resultados:** a tomada de decisão dos enfermeiros depende: dos fatores que influenciam o potencial para melhorar as capacidades para o autocuidado de uma pessoa com dependência funcional, do domínio de influência desses fatores e dos pressupostos utilizados para avaliar as capacidades da pessoa com dependência funcional. **Conclusão:** a ausência de potencial de recuperação raramente pode ser deduzida. Pessoas sem comprometimento cognitivo ou com comprometimento cognitivo leve, apresentam maior potencial de recuperação.

Palavras Chave: diagnóstico de enfermagem; autocuidado; dependência funcional; tomada de decisão

RESUMEN

Marco contextual: las personas que se vuelven funcionalmente dependientes debido a una enfermedad grave o al empeoramiento de una enfermedad crónica tienen diferentes vías de recuperación. La toma de decisiones del enfermero para mejorar la autonomía del paciente, está sujeta a la evaluación de datos de su potencial de recuperación. **Objetivos:** identificar los supuestos utilizados por las enfermeras para enunciar el juicio clínico: autocuidado comprometido versus potencial para mejorar el autocuidado. **Metodología:** diseño cualitativo. Los datos se generaron en dos reuniones de grupos focales que incluyeron a once enfermeras con experiencia en el cuidado de personas con dependencia funcional, compromiso con el autocuidado. Se utilizaron preguntas estructuradas previamente preparadas para facilitar la discusión. Las reuniones de los grupos focales se grabaron en audio y se transcribieron. Se utilizó el análisis de contenido inductivo para identificar temas emergentes. También se utilizó la lista de verificación *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). **Resultados:** la toma de decisiones de las enfermeras depende: los factores que influyen en el potencial para mejorar las habilidades de autocuidado de una persona con dependencia funcional, el dominio de influencia de estos factores y los supuestos que se hacen al evaluar las capacidades de una persona con dependencia funcional. **Conclusión:** rara vez se puede deducir la ausencia de potencial de recuperación. Las personas sin deterioro cognitivo o con deterioro cognitivo leve presentan el mayor potencial de recuperación.

Palabras Clave: diagnóstico de enfermería; autocuidado; dependencia funcional; toma de decisiones

Self-care deficit versus the potential to improve self-care: explanation of the nurse's clinical judgments

INTRODUCTION

Loss of functional capacity (physical and psychological) may be associated with the deterioration of a chronic disease condition, which may condition the person to functional dependence and self-care deficit, that is, to the need for someone to help in self-care activities. Self-care is considered the taking care of what is needed to maintain oneself, keep oneself going and handle basic individual and intimate necessities and activities in daily life (International Council of Nurses [ICN], 2019). Activities of daily living include eating, bathing, dressing and undressing, using the toilet, getting ready, getting out of bed, moving between bed and chair and turning in bed (ICN, 2019). Orem is an important reference for the development of the concept of self-care, having defined it as a practice of activities that individuals initiate and carry out to maintain life, health, and well-being (Orem, 1991). Her theory gives special emphasis on health deviations, which is when a person is not able to promote the necessary self-care activities and requires the help of another person.

Many nursing therapies aim to reverse functional dependence and self-care deficit as soon as possible. Assessing the self-care activities that the person is able or no to perform, facilitating the development of knowledge and new self-care skills, such as the assessment and reformulation of housing conditions, removing barriers to mobility, or putting handrailings in the bathroom, are of great use when the dependent person has the potential to improve (Lourenço, 2015). For people with functional dependence and a high level of commitment in self-care, nursing interventions aim to replace the person

when performing self-care activities. In other words, the nurses' actions are predominantly of the type to execute; for example, position, bathe, dress, feed (ICN, 2019). The present study sought to identify the assumptions used by expert nurses when formulating the clinical judgment of self-care deficit versus the potential to improve self-care

BACKGROUND

Promote self-care is the first level of healthcare provided, and its scope includes health promotion, disease prevention, rehabilitation, and palliative care (WHO, 2019). Self-care activities in a person with several chronic conditions, in an advanced stage of the disease, and evidencing cognitive alterations are a current challenge (Jaarsma et al., 2017). Additionally, the influence of family, friends, and health professionals in developing self-care abilities needs to be further investigated (Riegel et al., 2017). Riegel et al. (2012), in the Middle-Range theory on self-care in the context of chronic illness, based on clinical practice, define self-care as a process of health maintenance and disease management rather. This process requires a person to be involved and actively engaged in their own health-illness transition. Therefore, self-care is understood as a polysemic concept and a dynamic process that depends on a person's will power. Is influenced by individual needs, capacities, previously identified disabilities, and a person's perception of their new health condition. Hence, some self-care activities differ according to the person (Riegel et al., 2012).

After the acute phase of an illness, the onset of the functional dependence and the self-care deficit are considered priorities, meaning that a person must

Self-care deficit versus the potential to improve self-care: explanation of the nurse's clinical judgments

initiate their recovery process. Several factors can limit the ability of a person with functional dependence to recover self-care behaviors and actions at individual and social levels. As well age, health status, decision-making ability, physical ability to perform self-care actions, cognitive and emotional ability (Jaarsma et al., 2017), experience, motivation, beliefs, cultural values, habits, functional and cognitive abilities, support system, access to care and self-efficacy (Lourenço, 2015; Riegel et al., 2012, Vellone et al., 2016).

The current increasing need for healthcare responses associated with functional dependence and self-care deficit is a significant challenge for health services and, in particular, for nurses. The changes in a person's ability to perform self-care activities can be translated into two nursing diagnostic labels sustained on different decision-making bases. For the diagnostic label-*impaired self-care* a nurse prescribes nursing interventions that replace the person in self-care actions. For the diagnostic label-*potential to improve self-care abilities* a nurse can prescribe interventions that include assistance, information, and training to improve or regain the performance of self-care activities and promote autonomy. The designation of potential refers to "inherent capacity for coming into being" (ISO 18104, 2014, p.4) that is, the person's ability and the opportunity to develop new self-care abilities and, thus, become more autonomous. Queirós et al., (2021) states that there are two perspectives for diagnostic reasoning, given the universal self-care requirements: i) self-care deficit or ii) the individual's opportunity to develop skills and/or knowledge to deal with the self-care deficit. Highlighting the individual need to acquire

knowledge and master skills for managing a new challenging condition (Queirós et al., 2021, p.6). In the long-term, these interventions will produce different outcomes with regards to a person's health condition. However, the question remains, which patients have recovery potential? Improving the ability of a person with functional dependence to perform self-care activities implies systematizing a professional approach in order to regularly and specifically assess the different impairments. Such as physical, psychological, and other constraints/limitations, related to the moment and context experienced by the person (Lourenço, 2015). The factors that positively and negatively influence the self-care behaviors of a person with functional dependence are well known (Schulman-Green et al., 2016). However, this evidence has had little transferability to clinical nursing practice (Lourenço, 2015). Despite the existence of several studies focused on identifying factors that influence self-care behaviors of a person with functional dependence (Jaarsma et al., 2017; Vellone et al., 2016), in the context of clinical practice, no assessment instrument exists to help nurses identify the differentiating indicators of the diagnoses, self-care deficit or potential to improve self-care abilities.

METHODOLOGY

Design

This is an exploratory study, using a qualitative method comprising interviews with a focus group.

The Consolidated Criteria for Qualitative Research Reports (COREQ) checklist was used (Supplementary File 1). The study included two meetings held in 2019 with eleven nurses experienced in the care of persons

Self-care deficit versus the potential to improve self-care: explanation of the nurse's clinical judgments

with functional dependence and self-care deficit. The meetings lasted about two hours and 30 minutes (Krueger & Casey, 2014).

Participants

Participants were selected by an intentional sampling method to obtain detailed descriptions of the work experience relevant to the study (Krueger & Casey, 2014). The selection criteria were: a) to be a nurse with advanced training in rehabilitation nursing, recognized by the National Order of Nurses; b) have at least three years experience in caring for people with functional dependency and commitment to self-care; and c) sign the informed consent form, voluntarily agreeing to participate in the study and authorize the dissemination of the results obtained in the scientific field. Two weeks before the focus group, participants were contacted by email, and the informed consent form was sent, clarifying the objectives of the study, participation criteria, study methods, and the estimated duration. Three days

before the focus group was held, participants were contacted by telephone to confirm the meetings. The place where the meetings were held was accessible to all participants.

Participants were mostly women (82%), aged 36 years or older, with advanced training in rehabilitation nursing, and with 15 years or more of professional experience. Participants worked in long-term care units for functional rehabilitation and training in self-care activities.

Data collection

The interaction among the group produced important information relevant to the concepts studied, and participants were encouraged to discuss and comment on thoughts and experiences on the topics under discussion. Previously prepared questions were used in a semi-structured manner to facilitate discussions. Questions were prepared through collaboration and input of all the authors of the document (table 1).

Table 1

Questions used in focus group

-
- 1-For a person who suffered a critical episode and became functionally dependent, what factors do you recognize that could have influenced his/her abilities to improve self-care?

 - 2-What is the domain of influence of the mentioned factors on a person's ability?

 - 3-Identify three fundamental aspects to consider when evaluating a person with functional dependence?

The questions gave rise to valuable discussions and reflections among the participants. Participants were also allowed to raise questions during the focus group interviews.

The sessions were moderated by the first author of the paper, who presented the topics for discussion, kept an active role in conducting and maintaining the discourse, ensuring that each participant had the opportunity to expose his or her opinions. Post-its

and a whiteboard were used to collect opinions about the first question presented by the moderator. The participants recorded on post-its factors that, in their opinion, influence the recovery potential of a person with functional dependence and self-care deficit. Subsequently, these concepts were grouped hierarchically into functional domains. The other authors of the paper assisted in this task. The moderator also presented the other questions. The

Self-care deficit versus the potential to improve self-care: explanation of the nurse's clinical judgments

participants discussed their opinions, which were audio-recorded. After data collection, the interviews were transcribed, and the information obtained was submitted to content analysis, following the Strauss & Corbin (2014) guidelines. The moderator performed the transcription because she had insider information about facial expressions, gestures, and tone of voice in which the speeches were delivered. Items that received favorable agreement from at least six (55%) of the eleven focus group participants were added to the results. The content analysis results were collated in a report that was returned to the participants at the second focus group meeting.

The second focus group meeting started with the participants reading the report for 40 minutes. This was followed by a discussion of opinions about the validation of the information. This focus group meeting was also audio-recorded. All suggestions for change were faithfully carried out in the final report by the moderator. All rights related to data protection were respected in the study.

Data analysis

The data gathered from the participants' discussion were at the center for the coding work from an inductive perspective. The knowledge emerged progressively and was marked by the clinical expertise of the professionals. The coding process was the first phase of the analysis, where the substantive codes, properties, and dimensions were identified. This phase was followed by axial coding. The previously grouped data were regrouped into concepts to identify the categories present. The selective coding, which was the last phase of the analytical process,

Included the refinement of the categories and subcategories previously identified. These were compared and analyzed continuously, integrating some data, and a central category emerged (Strauss & Corbin, 2014).

RESULTS

Within the group of eleven expert rehabilitation nurses, nine were women. The average age was 42.27 years. More than half the experts (six) had over fifteen years of work experience, three had ten years, one nurse had twelve years, and another nurse had six years. All experts worked on functional rehabilitation units in either inpatient or community contexts and were recognized by their peers as having an outstanding nursing resume.

From the participants' perspective, the nursing diagnostic labels that were indicative of the need for care for a person with functional dependence included self-care deficit or potential to improve self-care abilities. Moreover, nurses' decision-making was dependent on 1) factors influencing the potential to improve self-care abilities of a person with functional dependence, 2) the domain of influence of these factors, and 3) three fundamental aspects to consider when evaluating a person with functional dependence. The factors that influence a person with functional dependence to improve self-care abilities are (a) functional capacity that includes cognitive and physical issues, (b) emotional factors, and (c) support system, which includes family members, health professionals, time, and environment (table 2).

Self-care deficit versus the potential to improve self-care: explanation of the nurse's clinical judgments

Table 2

Factors that influence the potential to improve self-care abilities of a person with functional dependence

Category	Subcategory	Indicator
Functional capacity	Cognitive	Consciousness
		Orientation: Time, space and self-person
		Sensory perception
		Memory, thought, reasoning
		Availability
		Knowledge (health literacy)
	Physical	Balance
		Muscle strength
		Joint movement
		Motor coordination
Emotional factors	Beliefs	
	Self-efficacy	
	Expectations	
	Volition: Willpower, motivation, self-control	
	Adaptation, acceptance of the health condition	
	Hope	
	Involvement	
	Previous experiences	
Support System	Family	Family involvement
		Knowledge
		Attitude
		Expectations
	Health professionals	Care philosophy (biomedical model)
		Attitude
	Environment	Community (Access to nurses with advanced practice in rehabilitation)
		Household architectural barriers
		Lack of material resources (assistive device)
	Time	Recovery time

The presence of severe cognitive impairment (caused by memory, thought, or reasoning alterations) is a determining factor for nurses' clinical decision-making processes, leading them to opt for the diagnostic label *self-care* deficit. Unaltered functional capacity, positive emotions, motivation, and initiative, positively influence the recovery process of a dependent person's self-care abilities. These indicators suggest that a nurse should opt for the diagnostic label *potential to improve self-care*

abilities. Low willpower, perception of low self-efficacy, and the absence of life goals were considered factors that negatively influence a person's recovery process. These indicators reflect the reduced potential for the recovery of self-care abilities and are likely to lead to deficit in self-care, leading to nurses deciding on interventions that often replace the person in self-care actions (table 3).

Self-care deficit versus the potential to improve self-care: explanation of the nurse's clinical judgments

Table 3

Domains of influence of identified factors on potential to improve self-care abilities

Category	Indicator
Determinant factor	Cognition: memory, thought, and reasoning
Factors of positive influence	Functional capacity, positive emotions, motivation, and initiative
Factors of negative influence	Low willpower, perception of low self-efficacy, absence of life goals

Expert nurses consider that the assessment of the ability of a person with functional dependence must take into account three of the following aspects (a) the timing of the assessment, with the results guiding the level of assistance in health care; (b) the indicators for assessment, which inform the rigor of nurses' decision-making and monitor the effectiveness of a person's response during the autonomy recovery process; and (c) systematic in the evaluation, which facilitates the readjustment of nursing interventions and respective expected outcomes.

DISCUSSION

The present study sought to identify the assumptions used by expert nurses when formulating the clinical judgment of self-care deficit versus the potential to improve self-care. Evaluating whether or not a person has the potential to improve self-care ability involves specific criteria. A preserved cognitive function is essential to receive, decode, and retain information (Bidwell, 2015). Duff et al. (2007) demonstrated that impaired functional and cognitive capabilities negatively affect a person's ability and interest to be involved in self-care activities, which may make the assessment particularly challenging.

Functional capacity reflects the difficulties that a person may experience when performing a task or action that requires a specific cognitive status, which includes awareness, orientation, sensory perception, memory, thought, reasoning, and knowledge (information acquired and/or perceived). According to Jaarsma et al. (2017), a person needs to have specific functional and cognitive skills to become involved in self-care, including making choices, identifying care needs, and knowing how to contact a healthcare professional when necessary. Hence, a person needs to have a certain degree of involvement in their care process and commit to their health and well-being. Functional capacity also includes physical status, a category identified in our study. Thus, muscle strength, motor coordination, balance, and joint movement “[...] are body processes that, after being evaluated, are used to determine whether or not a person will evolve to independence” (N1). However, “[...] it was more important to understand the difficulties a person faces when performing self-care activities (washing the back, dressing from the waist down, oral hygiene) [...] despite impairment [...]” (N9). “People with these types of deficits, experiencing them for a long time due to chronic disease situations, often adopt strategies to perform self-care activities different from those they had before [...]” (N4).

Self-care deficit versus the potential to improve self-care: explanation of the nurse's clinical judgments

Emotional factors were a category that emerged from this study and included multiple indicators showing how a person goes through the rehabilitation process of functional capacity. Most of the expert nurses reported that functional capacity conditions the process of self-care recovery of a dependent person. Moreover, hindering beliefs, or changes in the perception of self-efficacy and demotivation, can indicate a state of “[...] *I can, but I do not want to, because I am in a denial phase [...]*” (N5). On the other hand, having expectations, motivation, and being involved is essential “[...] *for the adaptation of the current health condition and improvement in self-care autonomy*” (N9). Being focused on the recovery of their individual capacities helps a person in the recovery process. These opinions corroborate the results of several studies that demonstrate the influence that emotional factors have on a person's involvement during the process of regaining self-care abilities (Chang et al., 2017; Silva, 2019). Hope is also a type of emotion that, once present, allows a person to deal with a stressful situation more effectively (Pinto et al., 2012). It assumes a therapeutic role, stronger than optimism, and is a relevant coping strategy with influence over a person's well-being.

Other influencing factors reported by the participants were previous experiences. Previous experiences are used as effective pattern identifiers that provide relevant clues, suggest expected outcomes associated with specific responses, and point to reasonable objectives and actions in certain situations (Jaarsma et al., 2017). However, they may also be potent inhibitors of the development of the ability to improve self-care, as described by one experienced nurse, “*I am dealing with a person who, due to a*

previous negative experience, does not currently want to be trained on how to transfer from bed to chair, because he fell during their previous hospitalization” (N11). The challenge for nurses is to identify whether previous experiences facilitate other moments of assessment and the develop the ability to perform self-care. These professionals “[...] *have a field of action that allows them to understand the experiences and adapt them to improve individual performance abilities [...]*” (N5). Within this domain of emotional factors, moral principles and beliefs have also emerged, attributing more meaning to life, organizing, and mentally building a balance of reality (Lourenço, 2015).

The support system category was structured into four subcategories: family, health professionals, environment, and time factors. Family is considered cardinal support for a dependent person (Chen et al., 2017). Family support increases participants' involvement and confidence in the process of regaining autonomy and proves to be a facilitating resource to develop appropriate self-care abilities and behaviors (Lourenço, 2015; Riegel et al., 2017). Caring for a family member with functional dependence is a lingering, painful reality within the family context (Chen et al., 2017). Often “[...] *the lack of family resources affects the underutilization of health services due to the prolonged delay of a patient's discharge [...]*” (N1). However, “[...] *the type of family caring for the dependent person has a strong influence*” (N8). Within their caregiver role, family members must get actively involved, be empathetic, and available to improve their knowledge. “*Sometimes we are faced with family caregivers who do not want the dependent person to be autonomous*

Self-care deficit versus the potential to improve self-care: explanation of the nurse's clinical judgments

[...] often replacing them in their activities, like dressing, bathing, eating and even choosing their clothes. These family members consider that the best way to show affection is for them to replace their family member in his/her daily life activities [...]" (N8).

According to expert nurses, the philosophy of care and healthcare professionals' attitude can influence a person with functional dependence to develop self-care abilities. When guided by a biomedical model, nurses consider that the maintenance of body processes, management of signs and symptoms, and therapeutic prescriptions are priority areas. "What we want is for the person to keep the body processes functioning and not develop pressure ulcers, for example" (N6). However, a person-centered care model should guide experts' decision-making. The psychological and emotional aspects must be included and should be considered significant areas in the recovery process of a person with functional dependence (Dineen-Griffin et al., 2019; Lourenço, 2015). This is confirmed by one nurse (N8) participating in our study "[...] in addition to the domain of body processes, other equally important factors such as emotional aspects, need to be considered when formulating a diagnostic judgment of a person with the potential to improve self-care abilities." According to the nurses in our study, it is essential to adopt a motivating attitude when caring for a person with functional dependence, promoting self-efficacy and empowerment to regain autonomy. Nurses must be available, attentive, and curious to explore the person's perspectives, interests, and needs. The study experts considered language and attitude extremely important: "The language we use with [people with functional dependence] cannot be

pressing, vigorous or focused exclusively on obligations or even on guilt [...]" (N4). "The nurse with advanced training is more confident in the therapeutic relationship they establish with a person." (N1). "It is important that each of us choose attitudes that help a person improve their self-efficacy [...]" (N11).

The environment also influences the ability of a person with functional dependence to improve self-care. Architectural barriers that interfere with accessibility at home can negatively impact a person's rehabilitation process, hindering the recovery of autonomy (Lee et al., 2018). The lack of material resources such as assistive devices was found to hinder the process of a healthy transition to improve autonomy in self-care (Roelands et al., 2002). Residency areas covered by regular nurse home visits increased "[...] the perception of patients and family caregiver regarding the home-care formal support of health professionals" (N9). Sharing experiences within peer groups, the patient's contact with people who have lived similar situations and the results achieved, were found to increase involvement in the process of acquiring skills because people felt that it was possible to overcome the situation (Lourenço, 2015). Nurses participating in this study also considered that recovery time was associated with the opportunity for recovery varying according to each person. "We sometimes are in such a hurry that we do not give people with functional dependence a chance to carry out activities of daily living autonomously" (N10). "The worsening of the disease and the functional capacity means that a person needs more time to perform self-care actions" (N5).

Three domains of influence of the mentioned factors in the improvement potential of a person with

Self-care deficit versus the potential to improve self-care: explanation of the nurse's clinical judgments

functional dependence were identified: the determinant factor, positive influencers, and negative influencers. Self-care is a learned process, and cognition is a determinant factor. Therefore, self-care is limited to focused attention, memory, and reasoning abilities to understand and process the information given before making a decision. In other words, self-care in chronic illness should be reasoned (Riegel et al., 2012). Self-care is consensually considered an activity acquired throughout the lifespan and oriented toward improving a person's well-being. Self-care is also influenced by age, gender, culture, education, and socio-economic status (Jaarsma et al., 2017). In people with chronic illness, self-care becomes limited and influenced by other factors, which can be divided into two dimensions - positive influencers and negative influencers (Schulman-Green et al., 2016). For example: “[...] *functional capacity, positive emotions, motivation, and initiative [...] are factors that support the recovery process of self-care abilities [...]*” (N2). On the other hand, “[...] *low willpower, perception of low self-efficacy, reduced life goals [...], are hindering factors [...]*” (N5). However, these factors should not prevent the potential to improve self-care abilities as this is one of nurses' main priority, “[...] *somehow, we can help a person to manage negative emotions [...]*” (N2). As mentioned above, the experts enunciated three of the following essential aspects to be considered when assessing a person with functional dependence: time of assessment, assessment indicators, and systematic in the evaluation. The timing of the evaluation is crucial since health conditions change. *“A person that currently has the capacity for recovery, might, after a few days, have another [...]*” (N6)

assessment outcome. The ideal moment for recovery is after the acute phase of the disease has stabilized. The recovery process is drawn and indicates the need for another level of assistance in healthcare. The first assessment must not be hastened. Getting an indicator of the absence of functional capacity at any given time can be discriminatory for a person and may delay the recovery process. This decision must be subject to more than one assessment and based on result indicators. *“We often have to argue on after how long do we go back to reassess?”* (N8). The definition of outcome indicators is critical to guide and standardize nurses' decision-making during the process of recovering the capacity of a person with functional dependence. Experts also consider the systematic in the evaluation as an essential aspect and also emphasize the importance of monitoring the response patterns during the process of regaining autonomy in self-care of a dependent person allowing the emergence of a strategy for targeted care management to be identified (Voils et al., 2012).

CONCLUSIONS

The systematic in the evaluation of the self-care abilities of a person with functional dependence is fundamental, mainly due to the complexity of the diagnosing recovery potential and the multiplicity of factors that influence the recovery process. The present study sought to identify the assumptions used by expert nurses when formulating the clinical judgment of self-care deficit versus the potential to improve self-care. It is crucial to understand that support in self-care recovery comprises a set of factors that involve neuromuscular, psychological, social, and contextual aspects. These factors could

Self-care deficit versus the potential to improve self-care: explanation of the nurse's clinical judgments

have positive or negative influence to initiate and/or to continue the recovery process. This study stresses the importance of not focusing only on the physical domain but on wider personal factors that influence the recovery process, as shown by the identified categories—emotional factors and support systems. Our results also emphasize the analysis of all these components as important indicators to the self-care improvement process.

On the one hand, this process implies that a person is motivated, has willpower, and believes in their self-ability to develop adaptive strategies. Of the author's opinion, professionals need to be guided by a person-centered model and not a model that replaces the dependent person in self-care activities. The systematic in the evaluation has emerged as another key factor as it enables us to determine the necessary conditions and monitor the progress of a person's potential to acquire, develop, and/or improve the ability to perform self-care activities. The health professional must consider whether the person needs more time to perform self-care activities. Additionally, the family plays a vital role within this team and, consequently, in the reshaping the dependent person's autonomy. Their active role in the recovery process and the adoption of a new mindset are determinants for the development of self-care abilities and behaviors. New studies are recommended to consolidate the results obtained.

REFERENCES

- Bidwell, J. T., Vellone, E., Lyons, K. S., Agostino, F. D., Riegel, B., Hiatt, S. O., Alvaro, R. & Lee, C. S. (2015). Determinants of Heart Failure Self-Care Maintenance and Management in Patients and Caregivers: A Dyadic Analysis. *Res Nurs Health*, 38(5), 392-402. <https://doi.org/10.1002/nur.21675>
- Chang, L. Y., Wu, S. Y., Chiang, C. E. & Tsai, P. S. (2017). Depression and self-care maintenance in patients with heart failure: A moderated mediation model of self-care confidence and resilience. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(5), 435-443. <https://doi.org/10.1177/1474515116687179>
- Chen, Y., Zou, H., Zhang, Y., Fang, W. & Fan, X. (2017). Family Caregiver Contribution to Self-care of Heart Failure: An Application of the Information-Motivation-Behavioral Skills Model. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(6), 576-583.
- Dineen-Griffin, S., Garcia-Cardenas, V., Williams, K & Benrimoj, S. I (2019). Helping patients help themselves: A systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. *Plos one*, 14(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220116>
- Duff, K., Mold, J. W., Roberts, M. M. & McKay, S. L. (2007). Medical burden and cognition in older patients in primary care: Selective deficits in attention. *Arch of Clin Neuropsychol*, 22(5), 569-575. <https://doi.org/10.1016/j.acn.2007.03.007>
- International Council of Nurses (ICN) (2019). *International Classification for Nursing Practice ICNP®* <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- International Organization for Standardization – ISO 18104. (2014). *Health informatics – Categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems*. <https://www.iso.org/standard/59431.html>
- Jaarsma, T., Cameron, J., Riegel, B. & Strömberg, A. (2017). Factors related to self-care in heart failure patients according to the middle-range theory of self-care of chronic illness: A literature update. *Current Heart Failure Reports*, 14(2), 71-77. <https://doi.org/10.1007/s11897-017-0324-1>
- Lee, Y., Park, J. & Jang, M. (2018). Perceived effects of home renovation on independence of physically disabled Koreans living at home. *Disability and Rehabilitation*, (40)20, 2380-2387. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1334837>
- Lourenço, M. C. G. (2015) *Modelo de intervenção de enfermagem em cuidados continuados integrados. Uma abordagem centrada na pessoa dependente para o autocuidado*. [Tese de Doutoramento não

Self-care deficit versus the potential to improve self-care: explanation of the nurse's clinical judgments

publicada]. Universidade Católica do Porto <http://hdl.handle.net/10400.14/20685>

Queiros C., Silva M. A. T. C. P., Cruz I., Cardoso A. & Morais E. J. (2021) Nursing diagnoses focused on universal self-care requisites. *International Nursing Review* 0, 1–13

Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2014) *Focus groups: A practical guide for applied research* (5ª ed). Sage Publications.

Pinto, S., Caldeira, S. & Martins, J. (2012) A esperança da pessoa com cancro – estudo em contexto de quimioterapia. *Revista de Enfermagem Referência* (III)7, 23-31. <https://doi.org/10.12707/RIII11148>

Riegel, B., Jaarsma, T. & Strömberg, A. (2012). A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *Adv Nursing Science*, 35, 194-204. <http://dx.doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>

Riegel, B., Moser, D. K., Buck, H. G., Vaughan, V. D., B.Dunbar, S., Lee, C. S. & Webber, D. E. (2017). Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: A scientific statement for healthcare professionals from the American heart association. *Journal of the American Heart Association*, 6(9), 1-27. <https://doi.org/10.1161/JAHA.117.006997>

Roelands, M., Oost, P. V., Buysse, A. & Depoorter, A. (2002). Awareness among community-dwelling elderly of assistive devices for mobility and self-care and attitudes towards their use. *Social Science & Medicine* 54,1441–1451.

Silva E. S. (2019). Pessoa dependente no autocuidado com potencial para melhorar: construção de um instrumento de avaliação. [Dissertação de mestrado não publicada]. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/31954>

Schulman-Green, D., Jaser, S. S., Park, C. & Whittemore, R. (2016). A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 72(7), 1469-1489. <https://doi.org/10.1111/jan.12902>

Strauss, A. & Corbin, J. (2014) *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (4ªed). Sage Publication, Inc

Vellone, E., Pancani, L., Greco, A., Steca, P. & Riegel, B. (2016). Self-care confidence may be more important than cognition to influence self-care behaviors in adults with heart failure: Testing a mediation model. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 191-199. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.04.016>

Voils, C., I., Chang, Y., Crandell, J., Leeman, J., Sandelowski, M. & Maciejewski, M., L. (2012). Informing the dosing of interventions in randomized trials. *Contemporary Clinical Trials*, 33(6), 1225-1230. [doi: 10.1016/j.cct.2012.07.011](https://doi.org/10.1016/j.cct.2012.07.011)

Who. World Health Organization. (2019). *WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: Sexual and reproductive health and rights*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325480/9789241550550-eng.pdf?ua=1>

FATORES PREDITIVOS DE DESCOMPENSAÇÃO DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Predictive factors of person decompensation in the emergency room

Factores predictivos de la descompensación del persona en la sala de emergencias

Catarina Pinto*, Tiago Gomes**, Carlos Pires***, Filomena Duarte****, Liliana Mota*****, Fernanda Príncipe*****

RESUMO

Enquadramento: os sinais de deterioração clínica refletem, habitualmente, a falência do sistema respiratório, cardiovascular e/ou neurológico em contexto de urgência. É fundamental que os enfermeiros valorizem diversos sinais e sintomas que podem ser preditivos do agravamento da pessoa admitida no serviço de urgência (SU), de forma a diminuir a sua mortalidade e morbilidade. **Objetivos:** compreender a importância do enfermeiro na identificação/sinalização das pessoas em risco num SU e identificar os fatores preditivos de descompensação, reconhecidos pelos enfermeiros, nas pessoas no SU. **Metodologia:** estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa, através da realização de um *Focus Group*. Análise de conteúdo de acordo com Bardin (2016). **Resultados:** da análise dos dados evidencia-se a importância do “observar a pessoa” e a necessidade da “valorização dos dados” relacionados com “fatores comportamentais” e “fatores físicos”. **Conclusão:** ser enfermeiro no SU requer um elevado nível de competência, perícia e especialização, sendo este essencial na identificação dos sinais e sintomas de deterioração clínica. O Observar e a Valorização dos dados observados têm um enorme impacto na tomada de decisão do enfermeiro, promovem uma intervenção precoce com conseqüente redução da mortalidade e morbilidade da pessoa em situação crítica no SU.

Palavras-Chave: enfermagem; avaliação em enfermagem; serviço hospitalar de emergência; sinais e sintomas

*RN, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica no Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV) - <https://orcid.org/0000-0001-7090-832X> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

** RN, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica no Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV) - <https://orcid.org/0000-0002-0066-9201> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

*** RN, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV) - <https://orcid.org/0000-0001-8216-9624> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

**** RN, Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV) - <https://orcid.org/0000-0003-4088-3445> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

***** PhD, Professora Adjunta na 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

***** 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,

Como referenciar:

Pinto, C., Gomes, J.T., Pires, C. Duarte, F., Mota, L. & Príncipe, F., (2021). Fatores preditivos de descompensação da pessoa em situação crítica no serviço de urgência. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(2) 19-27. doi.org/10.37914/riis.v4i2.147

Recebido para publicação: 04/06/2021
Aceite para publicação: 23/11/2021

ABSTRACT

Background: the signs of clinical deterioration are relatively similar between them and usually reflect the respiratory, cardiovascular and/or neurological systems collapse. It is essential that the nurses are able to keep in mind the several signs and symptoms that could be predictive of the deterioration of the person admitted at the accident and emergency (A&E) department, in a way that they can reduce their mortality and morbidity. **Objectives:** to understand the A&E nurses role in the identification of the persons at risk and to understand which are the predictive factors of deterioration identified by them. **Methodology:** exploratory-descriptive research gathered from qualitative data, through a Focus Group. Data were analyzed through Bardin's Content Analysis (2016). **Results:** the analysis of the data shows that it is essential to “Observe the person” and to “attend data details” related with “behavioral and physical factors”. **Conclusion:** to be an A&E nurse demands a high level of competency, expertise and specialization that should be used to identify the signs and symptoms of clinical deterioration. To look at the person and to value those observed data has a high impact at the Nurse Decision Making skills, promotes an early intervention and, consequently, reduces the A&E Patients mortality and morbidity.

Keywords: nursing; nursing assessment; emergency service hospital; signs and symptoms

RESUMEN

Marco contextual: los signos de deterioro clínico son relativamente similares y generalmente reflejan fallas del sistema respiratorio, cardiovascular y/o neurológico. Es esencial que los enfermeros valoren varios signos y síntomas que pueden predecir el agravamiento de la persona ingresada en el servicio de urgencia (SU), a fin de reducir su mortalidad y morbilidad. **Objetivo:** comprender el papel de los enfermeros en la identificación/señalización de personas en riesgo en un SU y comprender los factores predictivos de descompensación identificados por los enfermeros en una persona en el SU. **Metodología:** investigación descriptiva y exploratoria de naturaleza cualitativa, mediante la realización de un Focus Group. Análisis de Contenido segundo Bardin (2016). **Resultados:** del análisis de los datos se evidencia la importancia de “observar a la persona” y la necesidad de “valorar los datos” relacionados con los “factores conductuales y físicos”. **Conclusión:** ser enfermero en el SU requiere un alto nivel de competencia, experiencia y especialización, que es esencial para identificar los signos y síntomas de deterioro clínico. Observar y valorar los datos observados tiene un gran impacto en la toma de decisiones de los enfermeros, promoviendo una intervención temprana con la consiguiente reducción de la mortalidad y la morbilidad de las personas en situación crítica en el SU.

Palabras-Claves: enfermería; evaluación en enfermería; servicio de urgencia en hospital; signos e síntomas

Fatores preditivos de descompensação da pessoa em situação crítica no serviço de urgência

INTRODUÇÃO

Segundo o manual de recomendações técnicas para os serviços de urgência da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2015), o SU tem por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de pessoas acidentadas ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar. Júnior et al. (2019), afirma que os SU estão cada vez mais cheios, levando muitas vezes a situações de stress, priorização não adequada da pessoa em situação crítica, dificuldades na gestão do tempo e recursos o que proporciona muitas vezes complicações desnecessárias e desumanização dos cuidados prestados.

Ainda segundo a ACSS (2015), a situação de urgência é um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa); emergência define-se como um processo para o qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo.

A enfermagem de urgência é sustentada no conhecimento, exige perícia e inclui avaliar informação, identificar um problema e elaborar e/ou alterar estratégias de acordo com as necessidades que surgem requerendo assim um enfermeiro proficiente que tenha conhecimento de toda a situação (Matney, Staggers & Clark, 2016).

Ser enfermeiro no SU requer um conhecimento abrangente, multidimensional e um elevado nível de perícia e de competência. Holanda, Marra & Cunha (2014) definiram oito competências dos enfermeiros que trabalham num SU sendo elas o desempenho dos

cuidados prestados, trabalho em equipa, liderança, humanização, relacionamento interpessoal, tomada de decisão, orientação para resultados e a proatividade.

A imprevisibilidade é uma constante em qualquer SU, tanto no que se refere ao afluxo de pessoas, como ao seu estado clínico à entrada e à sua evolução clínica, o que implica uma gestão de cuidados mais exigente e complexa e a gestão das prioridades e do tempo têm que ser bem definida e planeada, de forma a garantir uma prestação de cuidados segura. Sem dúvida que trabalhar num SU implica a mobilização de uma série de conhecimentos no que concerne à abordagem da pessoa em situação crítica, pela multiplicidade de patologias e situações que surgem e também competências variadas para a execução de procedimentos técnicos complexos.

Deste modo, a identificação de fatores e/ou indicadores que possam ajudar a prever (modelo preditivo) a descompensação ou deterioração do estado de saúde da pessoa em situação crítica no SU, poderá contribuir em simultaneamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, assim como para o aumento da segurança da pessoa em situação crítica. A este propósito a Ordem dos Enfermeiros entende que a pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19362): “ (...) é aquela cuja 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”.

Segundo esta associação profissional os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas,

Fatores preditivos de descompensação da pessoa em situação crítica no serviço de urgência

permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

A identificação de focos de instabilidade e o atuar em conformidade, o suporte avançado de vida, a abordagem à pessoa politraumatizada e a implementação de protocolos terapêuticos complexos, fazem parte do exercício profissional de um enfermeiro de urgência, exigindo uma atualização constante de conhecimentos técnicos e científicos. O desenvolvimento da sociedade requer evolução constante na saúde e, por conseguinte, melhoria na qualidade dos cuidados providenciados. É da responsabilidade dos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros, garantir a contínua atualização dos conhecimentos, de forma a promover uma prática profissional mais complexa e especializada (Sobral, 2017).

Ao procurar as melhores práticas o enfermeiro recorre ao uso da evidência científica na tomada de decisões sobre os cuidados ao doente (Mendes, 2018). Assim, torna-se um elemento proactivo da equipa multidisciplinar para identificar sinais e sintomas preditivos de descompensação da pessoa no SU, pelo que pretendemos compreender qual o papel do enfermeiro na identificação/sinalização das pessoas em risco num SU e identificar os fatores preditivos de descompensação nomeados pelos enfermeiros.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo Júnior, et al. (2019) a pessoa com obstrução da via aérea, respiração de Kussmaul, dor torácica associada a dispneia e dispneia acentuada deverá ser

considerada pessoa crítica com necessidade de atuação imediata, uma vez que sugerem descompensação iminente. Outros sintomas como a dor abdominal grave e agitação deverão ser igualmente valorizados.

Num estudo acerca do conhecimento da equipa de enfermagem nas complicações da diabetes mellitus em emergência, os sinais característicos de alteração da respetiva doença referidos pelos enfermeiros foram: “sudorese, alteração do nível de consciência, palidez, hálito cetónico, sede, desconforto respiratório, taquipneia, mal-estar, náusea, apatia, poliúria, fraqueza, tontura, dor abdominal, queda do estado geral, alteração visual e edema “ (Oliveira, Schoeller, Hammerschmidt, Vargas, & Girondi, 2014, p. 521).

Os sinais de uma situação de doença aguda são semelhantes, independentemente do processo subjacente, refletindo alterações dos sistemas respiratório, cardíaco e neurológicos (Soar et al., 2015). Neste enquadramento, as *guidelines* do *European Resuscitation Council for Resuscitation* (Soar et al., 2015) sugerem uma abordagem para a prevenção da paragem cardiorrespiratória que incide na cadeia de prevenção, na formação/educação da equipa, na monitorização e no reconhecimento da deterioração clínica, e num sistema que permita pedir ajuda e obter uma resposta eficaz.

É fundamental a identificação precoce de sinais e sintomas de agravamento do estado clínico da pessoa, de forma a providenciar uma intervenção atempada por parte dos respetivos profissionais, assim como o encaminhamento oportuno para a sala de emergência. Este contexto justifica, portanto, a tentativa de construção de modelos preditivos. A utilização destes

Fatores preditivos de descompensação da pessoa em situação crítica no serviço de urgência

modelos (cuja origem provém do setor económico) tem sofrido nos últimos anos uma ampla generalização a quase todos os setores de atividade, incluindo a medicina (Cardoso et al., 2020).

Os modelos preditivos assumem cada vez maior importância no apoio à decisão médica na prática clínica e na gestão dos serviços (Barbini et al., 2014), e a sua aplicabilidade vai desde a área da gestão às do diagnóstico e decisão, incluindo decisões de estratégias preventivas e decisões terapêuticas individuais (Cardoso et al., 2020).

A análise preditiva é, pois, uma ferramenta muito útil, uma vez que nos permite identificar (e antecipar) cenários, auxiliando a compreender as efetivas necessidades da pessoa em situação crítica, precocemente, contribuindo desta forma para uma tomada de decisão mais célere e adequada. Neste sentido, o enfermeiro tem uma importância fulcral na identificação dos critérios de agravamento, pois por um lado é o profissional que passa mais tempo junto da pessoa e por outro, mune-se de conhecimento baseado na melhor evidência científica, promovendo cuidados de excelência.

Desta forma, a relevância do presente estudo advém da premissa de que, ao sermos capazes de identificar quais os fatores preditivos de descompensação do doente identificados pelos enfermeiros, no SU, iremos promover a sua valorização por parte dos mesmos, antecipando situações de potencial agravamento clínico, impulsionando intervenções oportunas, aumentando a eficácia/eficiência dos cuidados prestados e conseqüentemente produzindo ganhos em saúde.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa.

A recolha de dados foi efetuada com recurso a um *Focus Group* realizado numa instituição de Ensino Superior da zona Centro de Portugal, em julho de 2019, com a duração aproximada de 120 minutos.

A escolha desta metodologia prende-se com o facto do *Focus Group* ser uma ferramenta que permite a colocação de uma mesma pergunta a(os) diferentes participantes, fomentando a interação social (Caillaud e Flick, 2017), e através da discussão, interação e cruzamento de opiniões, permite ao investigador analisar a forma como os diferentes participantes interpretam determinada realidade (Mangas, Freire e Santos, 2018).

O *Focus Group* iniciou-se com uma breve apresentação do moderador (elemento externo à respetiva instituição de Ensino Superior, enfermeiro com vasta experiência em Urgência e Emergência, com grau académico de Doutoramento) e dos participantes, seguida da sensibilização do tema a partir de um resumo acerca do conteúdo do *Focus Group*, assim como dos objetivos da investigação. Foram oito as questões que guiaram o *Focus Group*, tendo como questão de partida “De que forma percebem a evolução da tipologia dos doentes que recorrem ao SU ao longo dos anos?”.

Por uma questão de conveniência, e para garantir a heterogeneidade dos participantes do estudo, foram convidados pelos autores, enfermeiros de SU de cinco Centros Hospitalares de Portugal, tendo participado no

Fatores preditivos de descompensação da pessoa em situação crítica no serviço de urgência

estudo 8 enfermeiros, sendo pelo menos 1 enfermeiro de cada um dos centros hospitalares.

Com o intuito de garantir que os enfermeiros participantes eram peritos na área em estudo foram definidos os seguintes critérios de inclusão: trabalhar atualmente num SU médico-cirúrgica ou polivalente; ter pelo menos dez anos de experiência num SU médico-cirúrgica ou polivalente; ter pelo menos cinco anos de experiência em sala de emergência; aceitar participar no estudo de forma livre e consentida.

O *Focus Group* foi gravado através de áudio e transcrito *verbatim*. Os dados recolhidos foram analisados segundo a análise de conteúdo de Bardin (2016), sem categorização *a priori*. Esta, baseou-se nas três fases fundamentais abordadas pelo autor, nomeadamente, a pré-análise que obedeceu a regras como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade, a pertinência e a exclusividade; de seguida, a exploração do material, de onde emergiram as respetivas categorias e por fim, a terceira fase denominada tratamento dos resultados, inferência e interpretação, fase esta de busca de significação das mensagens, intuição e análise reflexiva e crítica. Neste estudo foram respeitados todos os princípios éticos, garantindo o anonimato e confidencialidade dos participantes. Uma vez que se objetivava a análise final dos resultados independentemente das instituições de proveniência, os participantes tiveram uma designação numérica, tendo sido atribuído um número de 1 a 8, de forma aleatória, passando a sua identificação a constar como “Enf.1”, “Enf.2”...“Enf.8”. O grupo de investigadores declara não ter qualquer conflito de interesse.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que diz respeito à caracterização da amostra, esta foi constituída por 8 enfermeiros, 4 do sexo masculino e 4 do sexo feminino, com uma idade média de 40 anos, variando entre os 36 anos e os 45 anos, com experiência mínima em SU de 10 anos, máxima de 21 anos e 17 anos de experiência média, 75% enfermeiros especialistas, todos em Enfermagem médico-cirúrgica, 50% com funções de coordenação e 88% com experiência em pré-hospitalar.

Da análise dos achados emerge uma categoria relevante, “observar” e três subcategorias: a “valorização dos dados”, os “fatores comportamentais” e os “fatores físicos”.

Observar

Os participantes enfatizam a importância do “observar a pessoa”, que consiste em “prestar atenção e olhar cuidadosamente alguém ou alguma coisa” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p. 70), demonstrado por expressões como: “...ele tem que ser observado...” (Enf.1), “...olhar para o doente...” (Enf.3), “ eu concordo com o colega, a observação do doente é o mais importante...” (Enf.4), “...sobretudo ler o doente, olhar para ele...” (Enf.1), “...observar um a um...” (Enf.4), “...disponibilidade de olhar para os doentes, ver os doentes...” (Enf.1), entre outras. Segundo Mota, Bastos & Brito (2018) 57,07% das intervenções implementadas pelos enfermeiros estão centradas no observar e (Martins, 2014) apresenta a observação como tecnologia em enfermagem para na prevenção e controle sustentando que o cuidado de enfermagem deve estar alicerçado na observação, mas também

Fatores preditivos de descompensação da pessoa em situação crítica no serviço de urgência

fundamentado pela prática baseada na evidência (Martins, 2014). Segundo o estudo acerca da equipa de enfermagem e dos indicadores de agravamento do doente, as alterações que indiciam o agravamento do doente “podem ser facilmente detetadas... pela observação atenta das expressões faciais e do comportamento neuro-emocional dos pacientes” (Jorge, et al., 2012, p. 770). Na perspetiva de Florence Nightingale (1859) OBSERVAR é um requisito essencial no cuidado de enfermagem. Ela afirma que a lição mais importante na prática que pode ser dada aos enfermeiros, é ensiná-los o que observar, como observar, quais os sintomas que indicam uma melhoria e quais os que indicam o inverso, evidenciando assim a importância da observação como método primário de colheita de dados, quer em termos de melhoria clínica, quer em termos de agravamento. Abordando as características de uma boa enfermeira, Nightingale destaca que esta é uma observadora sagaz e que sem o hábito da observação se tornaria inútil (Martins, 2014). A propósito do papel do enfermeiro na identificação/sinalização de um doente de risco e da importância do desenvolvimento de competências não técnicas, um dos enfermeiros peritos afirma que “...era aquilo que Florence Nightingale fazia, ou seja, ela olhava para os doentes sem monitores, sem nada... devemos voltar atrás nos fundamentos da enfermagem...” (Enf.5) e “...voltar a ser o que fomos... olhar para o doente muito antes de ele ter um diagnóstico...” (Enf.1), o que alinha com a perspetiva da mãe da enfermagem moderna. O enfermeiro é o profissional que reconhece e avalia precocemente as manifestações clínicas, acompanhando a pessoa integralmente em todas as

suas necessidades humanas básicas e que adota e sugere à equipa multidisciplinar, os procedimentos pertinentes e imprescindíveis a serem tomados (Oliveira et al. 2019).

Valorização dos dados

A valorização dos dados observados tem um enorme impacto na tomada de decisão do enfermeiro, uma vez que reconhecer e atribuir importância a algo ou alguém influencia a tomada de decisão de outros profissionais nomeadamente o médico: “...valorizar, no fundo temos que valorizar...” (Enf.4), “nós devemos valorizar...” (Enf.5). Esses dados estão relacionados com fatores comportamentais e fatores físicos. Winters et al. (2015), afirmam serem os enfermeiros os primeiros profissionais que avaliam o paciente e acionam o médico ao identificarem a deterioração clínica da pessoa. Torna-se assim fulcral a valorização e análise de toda a informação obtida para uma intervenção clínica multidisciplinar efetiva.

Fatores comportamentais

Relativamente aos fatores comportamentais, os enfermeiros valorizam *mudanças de comportamento*: “...a pessoa está de facto diferente...” (Enf.1), “...efetivamente está a acontecer uma alteração do comportamento...” (Enf.1), “...o facto de nos solicitar uma coisa completamente fora do contexto, pede algo que não é normal, uma resposta que eu não posso dar naquele ambiente...algo que nos deve deixar preocupados...” (Enf.5), a *inquietação* na pessoa: “...não estava inquieto e agora está” (Enf.5), “...inquietação, principalmente inquietude...” (Enf.7) e *alterações do estado de consciência* reveladas por expressões como “...estar alienado do ambiente que o rodeia...” (Enf.7),

Fatores preditivos de descompensação da pessoa em situação crítica no serviço de urgência

“...sonolência ou prostração, alteração do estado de consciência...” (Enf.5). Estas alterações do estado de consciência alinham com o estudo acerca do conhecimento da equipa de enfermagem nas complicações da Diabetes Mellitus em emergência, onde “...alteração do nível de consciência...apatia...queda no estado geral...” foram referidas pelos enfermeiros, como sinais de agravamento clínico (Oliveira et al., 2014).

Fatores físicos

Quanto aos fatores físicos, são valorizadas alterações relacionadas com o *fácies* e com a *pele* da pessoa: “...tu vês o *fácies* do doente, há algo que te desperta...” (Enf.7), “a cara dele foi de um desespero...” (Enf.6), “...uma descoloração da pele...” (Enf.5), “... a sua coloração...” (Enf.7), “... é o aspeto físico, como é que ele se apresenta, o *fácies*, a coloração da pele...” (Enf. 1), “...pela tonalidade da pele...” (Enf.5) e “...o seu *fácies*, a sua forma de apresentação...” (Enf.1). Segundo Osborne et al. (2015) a deterioração clínica da pessoa exige ao enfermeiro mais do que avaliação de sinais vitais, todavia, no seu estudo confirma-se que esta é a intervenção de enfermagem mais utilizada, o que poderá levar à desvalorização de uma avaliação mais abrangente e conseqüente deteção atempada das condições de saúde da pessoa.

A realização deste *Focus Group* permitiu perceber que os enfermeiros entendem que a Observação da pessoa em situação crítica é uma habilidade que pode ser desenvolvida, e que é fundamental para permitir uma adequada avaliação/reavaliação dos mesmos. Ficou igualmente evidente nesta sessão que para os enfermeiros, através da Observação, é possível obter

diversos dados que devidamente valorizados podem alicerçar uma correta tomada de decisão e uma correta priorização das necessidades do(s) nossos(s) doente(s).

As limitações deste estudo estão relacionadas com as características inerentes à metodologia do próprio Focus Group, nomeadamente, o seu nível de evidência, as características do moderador e a racionalização das respostas por parte dos sujeitos do estudo. Os resultados refletem as perspetivas destes enfermeiros dos seus SU, os quais não podem ser generalizados.

CONCLUSÃO

Ser enfermeiro no SU requer um elevado nível de competência, perícia e especialização. Como mostra este trabalho, o enfermeiro é essencial na identificação dos sinais e sintomas de deterioração clínica da pessoa em situação crítica. É o profissional que está em melhores condições de fazer uma deteção precoce de sinais e sintomas indicativos de complicação. Efetivamente, a tecnologia aplicada à saúde tem revolucionado os processos de diagnóstico e o tratamento de doenças, facilitando o trabalho dos profissionais de saúde e a sua tomada de decisão. Acreditamos que, em termos de desenvolvimento futuro, a biometria facial, por exemplo, neste momento mundialmente utilizada, poderá vir a ser utilizada no contexto do SU, como uma forma de reconhecimento facial na deteção de alterações do *fácies* e das expressões da pessoa em situação crítica. Em termos de impacto na Investigação, este estudo mostra como este tipo de estudos poderá fornecer importantes contributos para a prática clínica e, a escassez de fontes bibliográficas encontradas, mostra

Fatores preditivos de descompensação da pessoa em situação crítica no serviço de urgência

como este assunto é ainda pouco explorado, devendo, por isso, ser uma área que interessa aprofundar.

Abordando as implicações para a prática, este trabalho mostra-nos como num contexto complexo como é um SU, o observar a pessoa é fundamental na prática clínica. Para além de estarmos despertos para a monitorização dos sinais vitais, é fundamental observar a pessoa, estar desperto para eventuais alterações, sejam “fatores físicos” e/ou “fatores comportamentais”, e valorizar essas alterações percebidas (“valorizar os dados). Esta(s) atitude(s) é(são) fundamental na identificação atempada da deterioração clínica da pessoa e o seu encaminhamento oportuno para a sala de emergência. Estes procedimentos por parte do profissional de enfermagem além de garantir uma intervenção precoce, aumenta a eficácia e a eficiência dos cuidados prestados, diminui a mortalidade e a morbilidade em contexto de urgência, levando a ganhos incalculáveis em saúde. A evidência científica considera ainda crucial que todos os enfermeiros na prestação de cuidados em diversos contextos da prática estejam despertos para estes resultados de forma a colocá-los em prática, alerta que deve ser iniciado desde logo nas escolas, mas que deve ser fortalecido diariamente na nossa prestação de cuidados

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf
- Barbini, P., Barbini, E., Furini, S. & Cevenini, G. (2014). A straightforward approach to designing a scoring system for predicting length-of-stay of cardiac surgery patients. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 14(1), 89
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Cailland, S. & Flick, U. (2017). Focus Group in triangulations contexts. In R.S. Barbour & D.L. Morgan (Ed), *A new era in Focus Group: Challenges, Innovation and Practice*. Palgrave Macmillan, 155-177.
- Cardoso, B., Farinha, S., Martins, M., Tomaz, E., & Inácio, F. (2020). Análise de um modelo preditivo para o diagnóstico de alergia a fármacos baseado na história clínica. *Rev Port Imunoalergologia*, 28 (1), 11-17
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lusodidacta
- Holanda, F., Marra, C., & Cunha, I. (2014). Construction of a Professional Competency Matrix of the nurse in emergency services. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(4), 373–379
- Jorge, V., Santos, E., Barreto, M., Rickili, H., Ferrer, A. & Marcon, S. (2012). Equipe de Enfermagem e detecção de indicadores de agravamento de pacientes de pronto-socorro. *Escola Anna Nery impressa*, 16, 767-774
- Júnior, S.L.A.M, Sotelo, E.T.A., Seltenreich, L.S., Garcia, P.C.O., Lima, L.A.S., & Silva, L.G. (2019). O enfermeiro na admissão de pacientes em pronto-socorro: acolhimento, avaliação, sinais e sintomas. *Revista Enfermagem atual in Derme*, 87.
- Martins, E. (2014). *Observação em enfermagem: tecnologia para prevenção e controle da hemorragia pós-parto*. [Tese de mestrado não publicada]. Universidade Federal de Santa Catarina
- Matney, S.A., Staggers, N., & Clark, L. (2016) Nurses Wisdom in Action in the Emergency Department. *Global Qualitative Nursing Research*, 3, 1–10
- Mangas, C., Freire, C. & Santos, O. (2018). *Proleran4all. Maletas pedagógicas para todos: Estratégias e metodologias de avaliação qualitativa*. Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, Brasil.
- Mendes, L. (2018). *Pessoa em Situação Crítica com Acidentes Vasculares Cerebrais: Uniformizar Procedimentos em Enfermagem no Serviço de Urgência*. [Tese de mestrado não publicada]. Universidade de Évora.

Fatores preditivos de descompensação da pessoa em situação crítica no serviço de urgência

- Mota, L., Bastos, F. S., & Brito, M. A. (2018). A pessoa submetida a transplante de fígado: terapêuticas de enfermagem no follow-up. *Revista Referência, IV*, 19-28
- Nightingale, F. (1859). *Notes on nursing: what it is, and what it is not*. Harrison
- Oliveira, D., Schoeller, S., Hammerschmidt, K., Vargas, M., & Girondi, K. (2014). Conhecimento da equipe de enfermagem nas complicações do diabetes mellitus em emergência. *Acta Paulista de Enfermagem, 27*, 520-525.
- Oliveira, S.C., Côrrea, B.T., Dodde, H.N., Pereira, G.L., & Aguiar, B.G.C. (2019). O enfermeiro na detecção dos sinais e sintomas que antecedem sepse em pacientes na enfermagem. *Fund Care Online, (5)*, 1307-1311.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer MCEEMC nº15/2018*. Ordem dos Enfermeiros
- Osborne, S., Douglas, C., Reid, C., Jones, L., & Gardner, G. (2015). The primacy of vital signs – Acute care nurses' and midwives' use of physical assessment skills: A cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies, 52(5)*, 951–962.
- Soar, J., Nolan, J. P., Böttiger, B. W., Perkins, G. D., Lott, C., Carli, P., ... Deakin, C. D. (2015) Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Guidelines for Resuscitation 2015. *Resuscitation, 95*, 100–147
- Sobral, F. (2017). *Intervenções de Enfermagem Especializada à Pessoa em Situação Crítica que Vivencia uma Rotura de Aneurisma Cerebral*; [Tese de mestrado não publicada]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Winters, B. D., Pham, J.C., Hunt, E.A., Guallar, E., Berenholtz, S., Pronovost, P.J. (2015). Rapid response systems: A systematic review. *Crit Care Med, (35)*, 5

IMPACTE DA COVID-19 NA ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA DE DOENTES EM REABILITAÇÃO CARDÍACA

Impact of COVID-19 on the physical activity and quality of life of patients in cardiac rehabilitation

Impacto del COVID-19 en la actividad física y en la calidad de vida de los pacientes en rehabilitación cardíaca

Bruno Delgado*, Ivo Lopes**, Sandra Pereira***, Luísa Carneiro****

RESUMO

Enquadramento: a COVID-19 condicionou o normal funcionamento dos serviços de saúde, obrigando a uma reestruturação na capacidade assistencial dos mesmos, especificamente das unidades de reabilitação cardíaca. **Objetivos:** avaliar o impacto da pandemia na qualidade de vida e nível de atividade física de doentes em programa de reabilitação cardíaca. **Metodologia:** estudo descritivo transversal. Foram contactados telefonicamente todos os doentes que tiveram de interromper o programa de reabilitação cardíaca hospitalar num hospital da zona norte do país, avaliando o seu nível de qualidade de vida, com recurso ao questionário EURO-QoL 5D. O rastreio da prática de atividade física foi igualmente efetuado através de um questionário elaborado pelos autores para o efeito. **Resultados:** foram contactados 37 doentes, maioritariamente do género masculino (81%,1). A qualidade de vida percecionada é significativamente reduzida, sendo o cuidado pessoal o mais afetado. O índice médio de qualidade de vida obtido é de 0,850. Os doentes realizam um nível insuficiente de atividade física, com base nas recomendações europeias. **Conclusão:** os doentes que interromperam o programa de reabilitação cardíaca, apresentam um nível reduzido de qualidade de vida associado a uma gestão ineficaz do seu regime terapêutico, como consequência da pandemia.

Palavras chave: COVID-19; reabilitação cardíaca; qualidade de vida; atividade física

* PhD, Enfermeiro no Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE. Portugal - <https://orcid.org/0000-0002-6847-1314>

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

** MSc, Enfermeiro no Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE. Portugal - <https://orcid.org/0000-0002-3125-5714>

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

*** RN, Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE. Portugal - Contribuição no artigo: Data collection, Drafting of the article, Critical revision of the article

**** RN, Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE. Portugal - Contribuição no artigo: Data collection, Drafting of the article, Critical revision of the article

Como referenciar:

Delgado, B., Lopes, I., Pereira, S. & Carneiro, L., (2021). Impacte da COVID-19 na atividade física e qualidade de vida de doentes em reabilitação cardíaca. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(2) 29-40. doi.org/10.37914/riis.v4i2.120

Recebido para publicação: 06/03/2021
Aceite para publicação: 15/12/2021

ABSTRACT

Background: COVID-19 conditioned the normal functioning of health services, requiring a restructuring in their care capacity, specifically cardiac rehabilitation units. **Objectives:** to evaluate the impact of the pandemic on the quality of life and level of physical activity of patients in cardiac rehabilitation program. **Methodology:** cross-sectional descriptive study. All patients who had to interrupt the hospital cardiac rehabilitation programme in a hospital in the north of the country were contacted by telephone, assessing their level of quality of life, using the EURO-QoL 5D questionnaire. **Results:** thirty-seven patients were contacted, mostly male (81%,1). The quality of life perceived is significantly reduced, and personal care is the most affected. The average quality of life index obtained is 0.850. Patients perform an insufficient level of physical activity on the basis of European recommendations. **Conclusion:** patients who have discontinued the cardiac rehabilitation programme have a reduced level of quality of life associated with ineffective management of their therapeutic regimen as a consequence of the pandemic.

Keywords: COVID-19; cardiac rehabilitation; quality of life; physical activity

RESUMEN

Marco contextual: el COVID-19 condicionó el funcionamiento normal de los servicios de salud, requiriendo una reestructuración en su capacidad asistencial, específicamente las unidades de rehabilitación cardíaca. **Objetivos:** evaluar el impacto de la pandemia en la calidad de vida y el nivel de actividad física de los pacientes en el programa de rehabilitación cardíaca. **Metodología:** estudio descriptivo transversal. Todos los pacientes que tuvieron que interrumpir el programa de rehabilitación cardíaca hospitalaria en un hospital del norte del país fueron contactados por teléfono, evaluando su nivel de calidad de vida, utilizando el cuestionario EURO-QoL 5D. **Resultados:** se contactó a treinta y siete pacientes, en su mayoría varones (81%,1). La calidad de vida percibida se reduce significativamente, y el cuidado personal es el más afectado. El índice de calidad de vida promedio obtenido es de 0,850. Los pacientes realizan un nivel insuficiente de actividad física sobre la base de las recomendaciones europeas. **Conclusión:** los pacientes que han interrumpido el programa de rehabilitación cardíaca tienen un nivel reducido de calidad de vida asociado con un manejo ineficaz de su régimen terapéutico como consecuencia de la pandemia.

Palabras clave: COVID-19; rehabilitación cardíaca; calidad de vida; actividad física

INTRODUÇÃO

A COVID-19 é a doença provocada pelo SARS CoV-2. Foi identificado pela primeira vez, em humanos, na cidade de Wuhan em finais de 2019 e foi a responsável pela pandemia decretada pela Organização Mundial de Saúde a 11 de março de 2020 (Centers For Disease Control and Prevention, 2020). O primeiro caso identificado em Portugal remonta a 2 de março de 2020 (Direção Geral de Saúde, 2020). Apesar de não ter sido, ainda, identificada a fonte exata, sabe-se que a transmissão entre humanos é efetuada por contato próximo com indivíduos infetados através de gotículas respiratórias (Centers For Disease Control and Prevention, 2020).

O aparecimento da pandemia COVID-19 determinou a alteração da existência humana como era conhecida, foram necessárias mudanças significativas no quotidiano de cada um; os movimentos das pessoas ficaram restritos como forma de conter a propagação do vírus. Foram implementadas medidas de distanciamento físico, os abraços e o convívio, com familiares e amigos, deixaram de ser possíveis nos moldes habituais. Todas estas alterações podem conduzir a sentimentos de angústia, inquietação, desilusão, medo e ansiedade (World Health Organization, 2020). Estes fatores podem desencadear sentimentos e doenças que poderão afetar a saúde física, mental e o bem-estar geral do indivíduo (Direção Geral de Saúde, 2020). A evidência do impacte da pandemia na saúde física e mental é crescente e com impacte negativo, nomeadamente pela diminuição dos níveis de atividade física, perturbações do sono, aumento da ingestão de álcool e consumo de tabaco, ao mesmo tempo que, aumentaram também os níveis

de ansiedade, depressão e stress (Liu, Zhang, Wong, Hyun, & Hahm, 2020; Stanton et al., 2020).

Mas não foi só a nível individual que ocorreram alterações. A nível social e organizacional estas também tiveram que ocorrer. Os sistemas de saúde em todo o mundo tiveram de se reorganizar, realocar recursos, reagendar procedimentos. A nível organizacional as alterações foram incomensuráveis. Por todo o mundo, os serviços de saúde reorganizaram as suas atividades, de modo a disponibilizar recursos humanos, físicos e materiais para o aumento esperado de doentes devido à pandemia COVID-19. Em Portugal, de entre as medidas implementadas pode-se referir, por exemplo, o adiamento da atividade eletiva, nomeadamente, consulta externa e cirurgias, implementação de metodologias de acompanhamento à distância com os doentes e os prestadores de cuidados, bem como medidas de reorganização do espaço físico que permitissem aumentar a capacidade hospitalar (Direção Geral de Saúde, 2020).

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi o de avaliar a qualidade de vida dos doentes após a interrupção do programa da reabilitação cardíaca (PRC) assim como identificar as alterações no seu padrão de atividade física, permitindo assim compreender o impacte da pandemia no seu processo de gestão do regime terapêutico.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A doença cardiovascular é a principal causa de morte no mundo e uma das principais causas de agravamento da capacidade funcional, diminuindo as habilidades da pessoa na realização das atividades de vida diária. Este comprometimento físico facilita a diminuição da participação social e da qualidade de vida (Long et al.,

Impacte da COVID-19 na atividade física e qualidade de vida de doentes em reabilitação cardíaca

2019). De entre as doenças cardiovasculares podemos destacar a insuficiência cardíaca, uma vez que esta é umas das principais patologias cardíacas geradoras de dependência física, caracterizando-se por sinais e sintomas como dispneia, fadiga e edemas, que levam à diminuição da tolerância ao exercício físico, a uma maior dependência funcional e a um comprometimento no desempenho das atividades de vida diária, assim como limitações na vida social e, conseqüentemente, diminuição da qualidade de vida (Ponikowski et al., 2016). Também a doença coronária isquémica acarreta limitações e custos bastante significativos para o doente e para o sistema de saúde (Ibanez et al., 2018).

A cronicidade e a progressão da doença cardíaca, com a conseqüente necessidade de recorrer aos serviços de saúde, originam e agravam sintomas de ansiedade e depressão nestes doentes. Por sua vez, a presença destes sintomas, que têm um peso considerável para a perceção de qualidade de vida das pessoas, aumenta o risco cardiovascular e correlaciona-se com uma taxa superior de reinternamento e de eventos cardíacos recorrentes após hospitalização aguda (Zheng et al., 2019).

A presença de fatores psicossociais como o fraco suporte social, o isolamento e o stress agravam o prognóstico, apresentando um impacto negativo no risco cardiovascular e na perceção de qualidade de vida (Gallagher, Parenti, & Doyle, 2015).

O PRC é um programa de prevenção secundária, que apresenta uma abordagem sistemática e multidisciplinar. Consiste na avaliação imediata do doente cardíaco, promovendo a atividade física o mais precocemente possível, bem como uma identificação sobre os fatores de risco cardiovascular existentes e

conseqüente educação sobre os mesmos. Pretende-se promover uma recuperação eficaz e sustentada, com o objetivo major de que a pessoa se consciencialize sobre a cronicidade da doença e que adote um estilo de vida saudável (Thomas & Huang, 2019).

É tradicionalmente dividido em três fases. A fase I ocorre ainda durante o período de internamento e consiste sobretudo na mobilização precoce, e no início do programa educacional acerca da doença, do tratamento, farmacoterapia, regime alimentar, exercício físico e controlo dos fatores de risco cardiovasculares. A fase II ocorre após a alta, em regime de ambulatório, nesta fase o doente frequenta um programa de exercício físico personalizado e supervisionado e dá-se continuidade ao programa educacional iniciado na fase I. A fase III é fase de manutenção, na qual o principal objetivo é acompanhar e monitorizar o doente conduzindo o mesmo no sentido de um estilo de vida mais saudável e de uma melhor gestão e adesão ao regime terapêutico (Magalhães et al., 2013).

No Centro Hospital onde decorreu o estudo, a fase II inicia-se 2 a 3 semanas após a alta hospitalar. Após uma avaliação inicial para uma apreciação clínica global, nomeadamente, a capacidade funcional o doente inicia um programa de exercício físico e educacional que tem uma duração habitual de 8 semanas, podendo variar entre 6-12, de acordo com a avaliação e indicação clínica. As sessões de exercício físico ocorrem duas vezes por semana e cada sessão tem a duração de cerca de 60 a 90 minutos (Magalhães et al, 2013).

Demonstrou-se em vários estudos que o PRC reduz a mortalidade cardiovascular e o número de hospitalizações, enquanto melhora a capacidade

Impacte da COVID-19 na atividade física e qualidade de vida de doentes em reabilitação cardíaca

funcional e a perceção de qualidade de vida (Francis et al., 2018). Tendo em conta que a infeção por COVID-19 pode também ter repercussões a nível cardiovascular, torna-se mais relevante ainda a implementação de medidas de prevenção primária e secundária no âmbito da reabilitação cardíaca (Madjid, Safavi-Naeini, Solomon, & Vardeny, 2020).

A qualidade de vida é cada vez mais utilizada como indicador de saúde, por isso, torna-se importante encontrar uma forma de o objetivar para permitir a sua monitorização. É um conceito amplo, que engloba as perceções dos indivíduos acerca da posição que ocupam na sua vida, no seu contexto, na sua cultura e na sociedade. Resulta de um balanço entre os objetivos pessoais, as expectativas e a realidade. A avaliação da qualidade de vida reforça a necessidade de introduzir um elemento humanístico na avaliação da saúde, em que perceber o bem-estar do doente é o objetivo principal. É um conceito amplo e abrangente que incorpora aspetos da saúde física, psicológica, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a integração no contexto social, económico e cultural (World Health Organization, 2020).

Decorrente das alterações implementadas no PRC, importa perceber qual será o seu impacte nos doentes que, aquando da declaração de pandemia internacional por COVID-19, frequentavam o referido programa.

A Consulta de cardiologia e os programas de reabilitação cardíaca foram valências que foram suspensas ou cujos moldes de prestação foram alterados durante o período pandémico. No Centro Hospitalar onde pertenciam os doentes do estudo, o programa de reabilitação cardíaca foi suspenso a 13 de

março de 2020 e reiniciou as atividades presenciais a 1 de julho de 2020.

METODOLOGIA

Estudo descritivo transversal quantitativo, desenvolvido com doentes portadores de doença cardiovascular a frequentar o PRC fase II, interrompido devido à pandemia COVID-19. Foram salvaguardadas todas as questões éticas (autorização nº 145-DEFI/134-CES) e garantida a confidencialidade dos participantes. Todos os doentes que se encontravam a frequentar o programa consentiram verbalmente em responder às questões colocadas telefonicamente. Desta forma, os dados são referentes à população de doentes e não a uma amostra.

O instrumento E5-Q5-5L foi desenvolvido pela *EuroQol Research Foundation*, encontra-se validado para a população portuguesa podendo ser usado para avaliar o impacte de vários tipos de doenças, incluindo a doença cardiovascular. Este instrumento é passível de ser aplicado remotamente via chamada telefónica e permite medir a qualidade de vida percecionada pela pessoa, no dia em que é aplicado (Ferreira et al., 2019; Batóg et al., 2018).

Este instrumento é constituído por cinco perguntas sobre cinco dimensões – mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor / mal-estar, ansiedade / depressão. O participante deve, para cada uma das dimensões, escolher uma das cinco possibilidades de respostas – sem problemas (1), problemas leves (2), problemas moderados (3), problemas graves (4), incapaz de / problemas extremos (5). A cotação atribuída em cada dimensão deve ser combinada de forma a obter-se um código de 5 dígitos que representa o estado de saúde da pessoa

Impacte da COVID-19 na atividade física e qualidade de vida de doentes em reabilitação cardíaca

em questão. Este código pode ser convertido num valor numérico designado “*index value*” que representa quão bom ou mau é o estado de saúde da pessoa avaliada.

Para a conversão é utilizada uma calculadora disponível no site da EQ Foundation. O valor máximo obtido é de “1”, para um código de 11111 e valor mínimo obtido é de -0,603 para um código de 55555. Para além destas questões, é pedido à pessoa que classifique a sua saúde geral numa escala de zero a 100, em que o valor zero corresponde à “pior saúde que consegue imaginar” e o valor 100, que descreve a “melhor saúde que consegue imaginar” (EuroQol Research Foundation, 2019).

Para além da aplicação do instrumento E5-Q5-5L, os doentes foram também interrogados acerca dos hábitos de atividade física que estavam a praticar e em que moldes essa atividade era efetuada. Assim, foram colocadas um conjunto de questões padrão, elaboradas pelos autores, de forma a caracterizar a atividade física da população em estudo, procurando compreender se o nível de atividade física com base nas recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia. As questões colocadas pretendiam aferir se o doente fazia exercício físico, quantos dias por semana, durante quanto tempo, que parâmetros monitorizava antes do treino, que tipo de treino realizavam, se desenvolveram alguma sintomatologia durante o treino e, se sim, qual. Foram ainda questionados se sentiram que a pandemia os limitou na prática da atividade física, que se constitui como um elemento importante da gestão do regime terapêutico. Por fim foram interrogados se consideravam que as sessões de reabilitação cardíaca

até ao momento tinham sido úteis e se gostariam de voltar.

Com o objetivo de caracterizar a população do ponto de vista do risco cardiovascular, foram concomitantemente questionados os fatores de risco cardiovasculares presentes em cada doente, nomeadamente, a presença ou não dos seguintes fatores: diabetes mellitus, hipertensão, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo, obesidade, stress e hereditariedade. O ser portador ou não de dispositivos médicos (pacemaker definitivo, cardioversor-desfibrilhador implantável ou dispositivo de ressincronização cardíaca) também foi tido em consideração.

Análise estatística

Os dados foram analisados com recurso ao software Microsoft Excel 2016. Os resultados das estatísticas descritivas são apresentados sob a forma de média, desvio padrão e as frequências absolutas e relativas em percentagem. Os dados resultantes do questionário serão apresentados sob a forma de frequências absolutas e as pontuações do instrumento E5-Q5-5L foram convertidas com base no software Excel disponibilizado pela EQ Foundation.

RESULTADOS

Foram contactados telefonicamente 37 doentes com uma média de idades de $62,3 \pm 10,9$ anos sendo na sua maioria do género masculino ($n=30$; 81,1%). A caracterização fisiopatológica dos participantes, nomeadamente etiologia da doença, fatores de risco cardiovascular e dispositivos está descrita na Tabela 1. No momento da interrupção do PRC, os doentes tinham realizado, em média, $8,8 (\pm 4,4)$ sessões de treino de exercício físico supervisionado, sessões essas

Impacte da COVID-19 na atividade física e qualidade de vida de doentes em reabilitação cardíaca

precedidas de consulta de enfermagem de reabilitação realização do treino. O número mínimo de sessões foi para avaliação da estabilidade hemodinâmica para a um e o máximo 15.

Tabela 1

Características fisiopatológica da população em estudo

Parâmetro	n (%)
Etiologia de admissão ao programa	
SCAs/ST	14 (37,8%)
SCAc/ST	9 (24,3%)
Angina instável	7 (18,9%)
Outros	3 (8,1%)
Insuficiência cardíaca	1 (2,7%)
Fatores de Risco Cardiovascular	
Sedentarismo	25 (67,6%)
Dislipidemia	22 (59,4%)
Hipertensão arterial	21 (56,7%)
Tabagismo	18 (48,6%)
Obesidade	19 (51,3%)
Diabetes Mellitus	14 (37,8%)
Hereditariedade	10 (27,0%)
Stress	8 (21,6%)
Dispositivos	
CDI	1 (2,7%)
PMD	0 (0%)
CRT	0 (0%)

SCAc/ST – síndrome coronário agudo com supradesnivelamento do segmento ST; SCAs/ST - síndrome coronário agudo sem supradesnivelamento do segmento ST; PMD – pacemaker definitivo; CDI – cardiodesfibrilador implantável; CRT – terapia de resincronização cardíaca (cardiac resynchronization therapy)

Relativamente à avaliação da qualidade de vida e aplicação do instrumento E5-Q5-5L encontram-se tendo em conta os cinco domínios do instrumento, Tabela 2, onde se apresentam as frequências absolutas e relativas (n; %) das pontuações obtidas para cada e relativas (n; %) das pontuações obtidas para cada cuidado pessoal (1,2). Os resultados obtidos na uma das dimensões por nível.

Tabela 2

Resultados da aplicação do instrumento E5-Q5-5L para cada uma das dimensões/nível

Dimensões	Mobilidade	Cuidados pessoais	Atividades habituais	Dor /mal-estar	Ansiedade / depressão
N (%)					
Nível 1	28 (80%)	29 (82,9%)	26 (74,2%)	23 (65,7%)	17 (48,5%)
Nível 2	2 (5,7%)	6 (17,1%)	8 (22,9%)	10 (28,6%)	10 (28,6)
Nível 3	5 (14,3%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (5,7%)	7 (20%)
Nível 4	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,9%)	0 (0%)	1 (2,9%)
Nível 5	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Saúde hoje	70,8 ±18,1				

Impacte da COVID-19 na atividade física e qualidade de vida de doentes em reabilitação cardíaca

Na seguinte tabela são apresentados os resultados obtidos para cada doente. Os resultados de cada dimensão foram convertidos num código numérico de cinco dígitos, convertido posteriormente num índice, correspondente à pontuação final do instrumento.

Tabela 3

Resultados da aplicação do instrumento E5-Q5-5L/doente

Doente	Mobilidade	Auto cuidado	Atividade	Dor	Ansiedade	EQ-5D Código	EQ-5D Índice
1	2	2	2	2	4	22224	0,404
2	2	2	1	2	3	22123	0,644
3	1	1	1	1	2	11112	0,932
4	1	1	1	1	2	11112	0,932
5	1	1	2	1	2	11212	0,871
6	1	2	2	2	3	12223	0,674
7	3	2	2	3	3	32233	0,551
8	1	1	2	1	2	11212	0,871
9	3	2	2	3	1	32231	0,613
10	3	2	4	1	1	32411	0,551
11	3	1	1	1	3	31113	0,808
12	1	1	2	1	2	11212	0,871
13	1	1	1	2	1	11121	0,910
14	1	1	1	1	1	11111	1,000
15	1	1	1	1	1	11111	1,000
16	1	1	1	1	2	11112	0,932
17	1	1	1	1	1	11111	1,000
18	1	1	1	1	1	11111	1,000
19	1	1	1	1	3	11113	0,914
20	3	1	1	2	2	31122	0,750
21	1	1	1	2	1	11121	0,910
22	1	1	1	1	1	11111	1,000
23	1	1	2	2	2	11222	0,799
24	1	1	1	2	2	11122	0,857
25	1	1	1	1	1	11111	1,000
26	1	1	1	1	1	11111	1,000
27	1	1	1	1	1	11111	1,000
28	1	1	1	1	3	11113	0,914
29	1	1	1	1	1	11111	1,000
30	1	1	1	1	1	11111	1,000
31	1	1	1	1	1	11111	1,000
32	1	1	1	1	2	11112	0,932
33	1	1	1	2	1	11121	0,910
34	1	1	1	1	1	11111	1,000
35	1	1	1	2	3	11123	0,843
36	2	2	2	2	4	22224	0,404
37	2	2	1	2	3	22123	0,644
Média	1,4	1,2	1,3	1,4	1,9		0,850

Considerando o questionário realizado acerca da prática de atividade física constatamos que 81,1% (n=30) dos doentes referem manter a prática de atividade física em média 4,7±2,6 dias por semana

Impacte da COVID-19 na atividade física e qualidade de vida de doentes em reabilitação cardíaca

(mínimo 1 e máximo 7); 15 referem realizar com base nas recomendações dadas pela equipa hospitalar do PRC e 40,5% (n=15) referem realizar atividade física de acordo com as suas próprias convicções. Relativamente à duração da sessão os doentes referem praticar em média 34±27,1 minutos por sessão de treino (mínimo 10 minutos e máximo 150 minutos) optando preferencialmente pelo treino aeróbio do tipo caminhada. Uma pequena percentagem de doentes realiza treino de força em

combinação com treino aeróbio (n=2; 5,4%), sendo que nenhum doente refere realizar exclusivamente treino de força. Verificamos a mesma tendência para o treino de corrida e bicicleta, não havendo nenhum doente a realizá-lo. Foi também questionado aos doentes que parâmetros vigiam previamente à sessão de treino e que sintomas têm apresentado durante as mesmas. Os resultados obtidos encontram-se na Tabela 4.

Tabela 4

Vigilâncias e sintomas durante o treino

Parâmetro	n (%)
O que vigia antes da sessão de treino?	
Nada	26 (74,2%)
Tensão arterial (TA)	3 (8,6%)
Frequência cardíaca (FC)	4 (11,4%)
TA e FC	2 (5,7%)
TA, FC e Borg	0 (0%)
Borg	0 (0%)
Sintomas	
Nenhum	29 (82,8%)
Dor episódica	2 (5,7%)
Dor mantida	0 (0%)
Dispneia	1 (2,8%)
Arritmias	0 (0%)
Outras	3 (8,5%)

Todos os doentes referiram que a sua inclusão no PRC foi muito útil e que gostariam de voltar ao programa caso exista essa possibilidade.

DISCUSSÃO

Com base nos resultados apresentados anteriormente, é possível compreender que de uma forma geral os

doentes procuraram manter o seu nível de atividade física com base nas recomendações da equipa hospitalar. No entanto a vigilância hemodinâmica que deve ser avaliada antes de cada sessão não foi, na maioria dos doentes, realizada. Consideramos que, este achado se relaciona com o facto desta vigilância ser habitualmente realizada pelos enfermeiros,

Impacte da COVID-19 na atividade física e qualidade de vida de doentes em reabilitação cardíaca

acrescendo o facto de muitos doentes não possuírem os equipamentos necessários em casa para realizar essa mesma avaliação. Relativamente à qualidade de vida, verificamos que os doentes percecionam ter um nível de qualidade de vida tendencialmente reduzido. O número de estudos científicos, realizados na Europa Central e Ocidental, que avaliam a perceção de qualidade de vida nas pessoas com doença cardiovascular tem apresentando uma tendência crescente na última década. A avaliação deste parâmetro, tal é a sua correlação com indivíduo e com a comunidade, é hoje considerada fundamental na generalidade dos ensaios clínicos, para avaliar o impacte da doença ou da eficácia das opções terapêuticas (Munyombwe et al., 2020; Batóg et al., 2018), evidenciando a pertinência do estudo no contexto da pessoa com doença cardiovascular.

Também nesta situação invulgar em que a sociedade se encontra, vários estudos foram surgindo como forma de perceber o impacte da pandemia, nomeadamente, do distanciamento social na saúde mental das populações. Várias publicações relataram efeitos psicológicos negativos, nomeadamente, stress, confusão e raiva. Alguns dos fatores desencadeantes destes sintomas incluíam a duração da evicção social, o medo da infeção, sentimentos de frustração, tédio, compromisso financeiro e estigma (Brooks et al., 2020). Apesar dos resultados obtidos, relativamente à qualidade de vida estarem de acordo com o exposto anteriormente, não foram identificados estudos em que a população em análise correspondesse a doentes com patologia cardiovascular.

Em relação à atividade física é recomendado um mínimo de duas horas e meia por semana de atividade aeróbica de intensidade moderada, que podem

ocorrer em vários períodos com duração superior a 10 minutos e cinco dias por semana (Ibanez et al., 2018). A média de realização de dias de atividade física por semana foi de 4,7 dias por semana (mínimo 1 e máximo 7), existindo doentes que não cumprem o nível mínimo da atividade física recomendado, uma vez que só praticam exercício físico 1 a 2 dias por semana. Relativamente à duração da sessão os doentes referem praticar em média 34 minutos por sessão de treino (mínimo 10 minutos e máximo 150 minutos) o que vai de encontro às recomendações. Contudo, apesar do insuficiente nível de atividade, perante o contexto pandémico, qualquer nível de atividade é desejável como forma de evitar sintomas depressivos e imobilidade (Jiménez-Pavón et al., 2020).

Educar os participantes da RC a desenvolver habilidades na área da gestão dos fatores de risco, motivando-os e capacitando-os é um dos objetivos do programa. Fazer as mudanças necessárias no estilo de vida e seguir o tratamento prescrito faz parte das recomendações, assim como a auto-monitorização e a auto-perceção do estado de saúde (Long et al., 2020). A todos os doentes é transmitida a frequência cardíaca máxima de treino que não devem ultrapassar e muitos dos doentes possuem equipamentos para a auto-monitorização, no entanto, verificamos que cerca de 74% dos doentes não avaliam ou monitorizam qualquer sinal ou sintoma antes do treino. Além disso, cerca de 50% dos doentes refere realizar atividade física de acordo com as suas próprias convicções.

Percebe-se por estes resultados que a gestão do regime terapêutico dos doentes a frequentar o PRC aquando da declaração da pandemia se situa muito abaixo do ótimo, tanto a nível do tempo e números de

Impacte da COVID-19 na atividade física e qualidade de vida de doentes em reabilitação cardíaca

sessões de exercício por semana, como ao nível da auto-monitorização ou auto-vigilância antes das sessões. Quando questionados se a pandemia os limitou, cerca de 86% dos doentes disseram que sim. No entanto, não conseguimos definir uma relação causal entre a existência da pandemia e os resultados menos favoráveis da prática do exercício físico, o tempo de realização (tempo de sessão e n.º de sessões por semana), bem como a auto-vigilância e monitorização. Embora essa fosse uma das razões muitas vezes referida pelos mesmos no momento da monitorização.

No entanto, os resultados refletem problemas que devem ser alvo de discussão e de análise para permitir, por um lado, perceber a sua origem e, por outro, desenvolver estratégias para melhorar os efeitos do programa. Estes dados, levantam a necessidade

de desenvolver estudos com amostras maiores que explorem as diferenças na eficácia dos programas de reabilitação cardíaca e os respetivos métodos educacionais implementados, com resultados de impacto que traduzam os níveis de conhecimento, de adesão e a correta gestão do regime terapêutico.

Identificamos como principais limitações ao estudo as seguintes: 1) amostra reduzida, permitindo apenas elencar conclusões para este grupo específico de doentes e nunca a generalização dos resultados; 2) a inexistência de dados prévios à pandemia que avaliassem os mesmos parâmetros colhidos no contacto telefónico, facto que inviabiliza a identificação de alterações no padrão de atividade física dos doentes; 3) a ausência de uma avaliação prévia da qualidade de vida que permita perceber as variações na mesma e compreender se são decorrentes da pandemia e finalmente 4)

desconhecimento do padrão prévio de atividade física desenvolvido pelos doentes, impossibilitando também a análise comparativa com dados anteriores.

CONCLUSÃO

Os doentes que se encontravam a realizar programa de reabilitação cardíaca, interrompido pela pandemia, apresentaram um nível reduzido de qualidade de vida. Apesar de procurarem manter hábitos de exercício regulares, a gestão eficaz do seu regime terapêutico foi significativamente afetada pelas restrições impostas pela situação pandémica pelo que a investigação deverá ser direcionada no sentido de encontrar alternativas para capacitar estes doentes para a gestão eficaz do seu regime terapêutico, em contextos adversos como o vivido atualmente.

Apesar das referidas limitações ao estudo, foi possível compreender que a maioria dos doentes deste estudo, refere que a pandemia constituiu um obstáculo à prática de exercício físico, afetando também a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Batóg, P., Rencz, F., Péntek, M., Gulácsi, L., Filipiak, K. J., Prevolnik Rupel, V., ... Golicki, D. (2018). EQ-5D studies in cardiovascular diseases in eight Central and Eastern European countries: a systematic review of the literature. *Kardiologia Polska*, 76(5), 860–870. <https://doi.org/10.5603/KP.a2018.0033>

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. *Lancet*. 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Centers for Disease Control and Prevention (2020). *What is Covid-19?* <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/faq.html#Coronavirus-Disease-2019-Basics>

Impacte da COVID-19 na atividade física e qualidade de vida de doentes em reabilitação cardíaca

- Direção Geral de Saúde. (2020). *Norma 011/2020. COVID-19: Fase de Mitigação- Saúde Mental*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0112020-de-18042020-pdf.aspx>
- EuroQol Research Foundation. (2019). *EQ-5D-5L User Guide: Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument*. <https://euroqol.org/publications/user-guides>
- Ferreira, P. L., Antunes, P., Ferreira, L. N., Pereira, L. N., & Ramos-Goñi, J. M. (2019). A hybrid modelling approach for eliciting health state preferences: the Portuguese EQ-5D-5L value set. *Quality of Life Research*, 28(12), 3163–3175. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02226-5>
- Francis, T., Kabboul, N., Rac, V., Mitsakakis, N., Pechlivanoglou, P., Bielecki, J., ... Krahn, M. (2019). The Effect of Cardiac Rehabilitation on Health-Related Quality of Life in Patients With Coronary Artery Disease: A Meta-analysis. *The Canadian Journal of Cardiology*, 35(3), 352–364. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2018.11.013>
- Gallagher, J., Parenti, G., & Doyle, F. (2015). Psychological Aspects of Cardiac Care and Rehabilitation: Time to Wake Up to Sleep? *Current Cardiology Reports*, 17(12), 111. <https://doi.org/10.1007/s11886-015-0667-8>
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., ... Widimský, P. (2018). Wytyczne ESC dotyczące postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST w 2017 roku [2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation.]. *Kardiologia Polska*, 76(2), 229–313. <https://doi.org/10.5603/KP.2018.0041>
- Jiménez-Pavón, D., Carbonell-Baeza, A., & Lavie, C. J. (2020). Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: Special focus in older people. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 63(3), 386–388. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2020.03.009>
- Liu, C. H., Zhang, E., Wong, G., Hyun, S., & Hahm, H. C. (2020). Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health. *Psychiatry Research*, 290, 113172. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113172>
- Long, L., Mordi, I. R., Bridges, C., Sagar, V. A., Davies, E. J., Coats, A. J., ... Taylor, R. S. (2019). Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with heart failure. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), CD003331. <https://doi.org/10.1002>
- Madjid, M., Safavi-Naeini, P., Solomon, S. D., & Vardeny, O. (2020). Potential Effects of Coronaviruses on the Cardiovascular System: A Review. *JAMA Cardiology*, 5(7), 831–840. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2020.1286>
- Magalhães, S., Viamonte, S., Ribeiro, M.M., Barreira, A., Fernandes, P., Torres, S. & Gomes, J.L. (2013). Efeitos a longo prazo de um programa de reabilitação cardíaca no controlo dos fatores de risco cardiovasculares. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 32 (3), 191-199. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S087025511200306X>
- Munyombwe, T., Hall, M., Dondo, T. B., Alabas, O. A., Gerard, O., West, R. M., Pujades-Rodriguez, M., ... Gale, C. P. (2020). Quality of life trajectories in survivors of acute myocardial infarction: a national longitudinal study. *Heart British Cardiac Society*. 106(1), 33–39. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2019-315510>
- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G., Coats, A. J., ... van der Meer, P. (2016). Wytyczne ESC dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca w 2016 roku [2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure]. *Kardiologia Polska*, 74(10), 1037–1147. <https://doi.org/10.5603/KP.2016.0141>
- Stanton, R., To, Q. G., Khalesi, S., Williams, S. L., Alley, S. J., Thwaite, T. L., Fenning, A. S., & Vandelanotte, C. (2020). Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4065. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114065>
- Thomas, R. J., & Huang, H. H. (2019). Cardiac Rehabilitation for Secondary Prevention of Cardiovascular Disease: 2019 Update. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine*, 21(10), 56. <https://doi.org/10.1007/s11936-019-0759-7>
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19): Staying active*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/be-active-during-covid-19>

Impacte da COVID-19 na atividade física e qualidade de vida de doentes em reabilitação cardíaca

Zheng, X., Zheng, Y., Ma, J., Zhang, M., Zhang, Y., Liu, X., ... Yu, B. (2019). Effect of exercise-based cardiac rehabilitation on anxiety and depression in patient with myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. *Heart and Lung*, 48(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.09.011>

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: CONHECIMENTOS E ATITUDES DO ENFERMEIRO DA URGÊNCIA

Domestic violence against women: knowledge and attitudes of emergency nurses

Violencia doméstica contra la mujer: conocimientos y actitudes de las enfermeras de urgências

Isabel de Jesus Oliveira*, Daniela Almeida**, Laura Bastos***, Carla Augusto****, Sara Barreiro*****

RESUMO

Enquadramento: a violência doméstica afeta significativamente a saúde das mulheres e, em Portugal, é considerada um crime público. O serviço de urgência é um dos locais onde as vítimas recorrem, pelo que os enfermeiros possuem um papel importante na identificação e encaminhamento. **Objetivo:** identificar os conhecimentos, atitudes e barreiras dos enfermeiros do serviço de urgência na identificação e encaminhamento da mulher vítima de violência doméstica. **Metodologia:** desenho exploratório e descritivo, numa amostra não probabilística por bola de neve, constituída por 59 enfermeiros. Para a recolha de dados foi utilizado um questionário online de autopreenchimento. Para o tratamento de dados recorreu-se ao IBM SPSS Statistic, versão 25 e ao QDA Miner 4 Lite. **Resultados:** dos participantes, 74,6% referem nunca ter tido formação nesta área, mas manifestam interesse em cursos/formações, já que consideram que é responsabilidade dos profissionais de saúde a identificação e encaminhamento destes casos. Identificam como principais barreiras o carácter privado da violência e a falta de protocolos de atuação nos serviços onde exercem funções. **Conclusão:** é necessário investir na formação dos enfermeiros dos serviços de urgência, para uma intervenção significativa junto destas mulheres, bem como a criação de protocolos de atuação.

Palavras chave: serviço hospitalar de emergência; violência contra a mulher; conhecimentos, atitudes e prática em saúde; enfermeiros

*RN, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) - <https://orcid.org/0000-0001-6627-3907>

- 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 Centro Médico Estarreja - <https://orcid.org/0000-0001-9826-6904>

- Contribuição no artigo: Study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article

***RN, Enfermeira na Santa casa da Misericórdia Oliveira de Azeméis - <https://orcid.org/0000-0001-6691-2924>

- Contribuição no artigo: Study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article

****Estudante de Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa - <https://orcid.org/0000-0001-6634-1746>

- Contribuição no artigo: Study conception and design, data collection, drafting of the article,

*****RN, Enfermeira no SNS 24 - <https://orcid.org/0000-0003-3837-158X>

- Contribuição no artigo: data collection, drafting of the article

Como referenciar:

Oliveira, I.J., Almeida, D., Bastos, L. Augusto, C., & Barreiro, S., (2021). Violência doméstica contra a mulher: conhecimentos e atitudes do enfermeiro da urgência. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(2) 41-51. doi.org/10.37914/riis.v4i2.159

Recebido para publicação: 09/07/2021
Aceite para publicação: 15/11/2021

ABSTRACT

Background: domestic violence affects women's health significantly and is considered a public crime in Portugal. The emergency room is a place where most victims go to and therefore nurses play an important role in identifying and redirecting these victims. **Objective:** identify knowledge, attitudes and barriers of emergency room nurses in the identification and redirection of women who are victims of domestic violence. **Methodology:** exploratory and descriptive study, in a non-probabilistic snowball sampling with 59 nurses. For data collection an online survey was undertaken. For data analysis IBM SPSS Statistic, version 25 and QDA Miner 4 Lite were used. **Results:** of the participants, 74.6% reported never having been trained in this area, but expressed interest in courses/training, as they consider that it is the responsibility of health professionals to identify and refer these cases. They identify as the main barriers the private nature of violence and the lack of action protocols in the services where they work. **Conclusion:** investing in this type of training for emergency room nurses should be mandatory as well as creating action protocols. **Keywords:** emergency service hospital; gender-based violence; knowledge, attitude, practice in health; nurses

RESUMEN

Marco Contextual: la violencia doméstica afecta la salud de las mujeres y, en Portugal, se considera un delito público. La sala de emergencias es uno de los lugares a los que acuden las víctimas, por lo que los enfermeros tienen un papel importante en la identificación y derivación. **Objetivo:** identificar los conocimientos, actitudes y barreras de los enfermeros de urgencias en la identificación y derivación de mujeres víctimas de violencia doméstica. **Metodología:** Diseño exploratorio y descriptivo, en una muestra no probabilística de bola de nieve con 59 enfermeras. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario autoadministrado en línea. Para el procesamiento de datos, utilizamos IBM SPSS Statistic, versión 25 y QDA Miner 4 Lite. **Resultados:** de los participantes, el 74,6% refirió no haber tenido nunca formación, pero manifestó interés en cursos/formaciones, por considerar que es responsabilidad de los profesionales de la salud identificar y derivar estos casos. Identifican como principales barreras el carácter privado de la violencia y la falta de protocolos de actuación donde trabajan. **Conclusión:** es necesario invertir en la formación de enfermeras en los servicios de urgencias, para una intervención significativa con estas mujeres, así como en la elaboración de protocolos de actuación. **Palabras Clave:** servicio de urgencia en hospital; violencia contra las mujeres; conocimientos, actitudes y prácticas en salud; enfermeros

INTRODUÇÃO

A violência doméstica afeta de forma significativa diferentes dimensões da vida da mulher, nomeadamente a social e a saúde (Alshammari, McGarry, & Higginbottom, 2018). Assumindo várias vezes a violência a forma de agressão física, estas mulheres acabam por recorrer aos serviços de urgência em resultado dessas agressões (Conselho de Ministros, 2013). Para além disso, e mesmo recorrendo com frequência aos serviços de saúde, estas mulheres não denunciam que são vítimas de violência doméstica por diversos motivos: atitudes negativas dos profissionais de saúde, dúvidas sobre a sua segurança e preocupações relativas às consequências da denúncia (Heron & Eisma, 2021).

Assim, o enfermeiro no serviço de urgência desempenha um papel de grande relevo na abordagem destas mulheres, quer na identificação quer no encaminhamento destes casos, já que muitas vezes este é o primeiro local onde as vítimas recorrem e onde é possível identificar a situação. Sendo este um tema pertinente e acerca do qual, em Portugal, não foi encontrada evidência científica sobre os conhecimentos, atitudes e barreiras dos enfermeiros dos serviços de urgência, torna-se importante identificá-los, permitindo ampliar o conhecimento sobre este tema e contribuir para a identificação de potenciais estratégias que permitam o empoderamento dos enfermeiros para a abordagem às mulheres vítimas de violência pelo seu parceiro no contexto dos serviços de urgência.

Neste contexto, o objetivo deste estudo é identificar os conhecimentos, atitudes e barreiras dos enfermeiros do serviço de urgência na identificação e

encaminhamento da mulher vítima de violência doméstica.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A violência do parceiro íntimo é “um comportamento dentro de uma relação íntima que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores” (Organização Mundial de Saúde, 2012, p. 11). Esta definição aplica-se a todas as situações de violência pelos cônjuges e parceiros atuais e passados. Segundo a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), 2021, as pessoas envolvidas podem ser casadas ou não, ser do mesmo sexo ou não, viver juntas, separadas ou namorar. Mulheres vítimas de violência, seja ela física, emocional ou sexual, podem sofrer de problemas de saúde relacionados, como por exemplo infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA), lesões musculoesqueléticas, distúrbios de sono. No entanto, as consequências da violência doméstica não são apenas físicas, interferindo com a saúde mental das mulheres e a sua qualidade de vida, havendo muitas mulheres que sofrem em silêncio (Alshammari, McGarry, & Higginbottom, 2018; Silva et al., 2015). As repercussões destes comportamentos abusivos vão muito além da mulher, tendo consequências sérias nos seus filhos e, de forma mais abrangente, nas famílias, pelo que o papel dos profissionais de saúde é determinante no rastreio, identificação e gestão destas situações nas famílias afetadas, assim como na capacitação de famílias e comunidade sobre os efeitos perniciosos da violência doméstica (Walker-Descartes, Mineo, Condado, & Agrawal, 2021).

Violência doméstica contra a mulher: conhecimentos e atitudes do enfermeiro da urgência

Em Portugal, a violência doméstica é considerada um crime público de acordo com o artigo nº152 do Código Penal (Lei nº19/2013, de 21 de Fevereiro). Dados relativos a Portugal apontam para uma média de 24 mulheres agredidas por dia, com especial relevo para a violência doméstica, que constituiu 75,4% de todos os crimes reportados à APAV em 2020 (APAV, 2021). Em 2020, a APAV apoiou 13 093 vítimas diretas, alvo de mais de 19000 crimes, dos quais 14854 por violência doméstica (APAV, 2021). Dentro desta problemática, foi implementado em Portugal um Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género que assenta essencialmente nos pressupostos da Convenção de Istambul, tendo por âmbito a aplicação do circunscrito à violência doméstica e até a outros tipos de violência. Este Plano procura divulgar uma cultura de igualdade e não violência, tendo como objetivo principal tornar Portugal um país livre de violência. Apresenta-se estruturado em cinco estratégias, que são: prevenir, sensibilizar e educar; proteger vítimas e promover a sua integração; intervir junto do agressor/agressores; formar e qualificar profissionais e, também, investigar e monitorizar (Conselho de Ministros n.º 102/2013, 2013). Esta é uma situação que coloca a mulher em situação de particular vulnerabilidade e, pela sua natureza, é expectável que muitas destas mulheres recorram aos serviços de urgência (Conselho de Ministros, 2013). “O serviço de urgência tem por objetivo a receção, diagnóstico e tratamento de doentes acidentados ou com doenças súbitas que necessitem de atendimento imediato em meio hospitalar” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2015, p. 9). Neste contexto, os enfermeiros destes serviços, “e integrados numa equipa multidisciplinar que presta cuidados

especializados a pessoas portadoras dessas problemáticas no âmbito do desenvolvimento de modalidades terapêuticas (...) dão também o seu contributo com vista a estabelecer uma relação de ajuda com estas pessoas” (Marques, 2017, p. 23).

A evidência sugere que os enfermeiros, ao longo da sua formação, não recebem treino suficiente para lidar com estes casos, bem como saber reconhecer e identificar os mesmos. Os enfermeiros não sentem a confiança necessária para dar resposta a casos desta natureza, principalmente devido à pouca formação na área, medo de ofender e falta de habilidades comunicacionais (Alshammari, McGarry, & Higginbottom, 2018).

Resultados de uma revisão integrativa (Oliveira, Pereira, Almeida, Bastos, & Augusto, 2020), apontam no sentido de ser escassa a produção científica na área da violência doméstica em Portugal, principalmente no que toca à atuação dos enfermeiros dos serviços de urgência. A evidência disponível deixa claro que esta é uma problemática que necessita de maior aprofundamento e investigação. Assim, levantou-se a questão: “Quais os conhecimentos, atitudes e barreiras do enfermeiro do serviço de urgência perante a mulher vítima de violência doméstica?”

METODOLOGIA

Para responder à questão de investigação, foi desenvolvido um estudo exploratório descritivo, transversal, inserido num paradigma de pesquisa quantitativa.

A população alvo deste estudo numa primeira fase foram os enfermeiros dos serviços de urgência. Inicialmente para a recolha de dados foram selecionadas duas instituições de saúde de grandes

Violência doméstica contra a mulher: conhecimentos e atitudes do enfermeiro da urgência

dimensões, com serviços de urgência. No entanto, apenas uma das instituições autorizou a realização do estudo. Os participantes que constituíram a amostra inicial, não probabilística de conveniência, foram aqueles que aceitaram colaborar no estudo de forma livre, informada e esclarecida. Num total de 60 enfermeiros do serviço participaram 21. Uma vez que apenas foi possível obter autorização de uma instituição e, no sentido de aumentar o número de participantes procurando reduzir dentro do possível o enviesamento dos resultados, foi posteriormente utilizada uma técnica não probabilística de amostragem em bola de neve, de modo a ser possível o acesso a mais participantes, através da rede de contactos de uma instituição de ensino superior. Os critérios de inclusão definidos foram consentirem explicitamente à participação no estudo e estarem a exercer funções no serviço de urgência há pelo menos um ano. Pretendeu-se assim, garantir que o profissional tivesse sido já confrontado com situações reais, de forma a poder contribuir de forma significativa para o estudo. Com esta técnica foram incluídos mais 38 participantes no estudo.

Para a recolha de dados foi utilizado um questionário de autopreenchimento *online* intitulado “Violência contra a mulher por parte do seu parceiro: opinião dos enfermeiros dos serviços de urgência”, adaptado do questionário “Violência Doméstica contra as mulheres: conhecimentos, atitudes e barreiras do enfermeiro de família” (Oliveira, Oliveira, Carvalho, Santos, & Torres, 2020), com a devida autorização dos seus autores.

O questionário apresenta 6 secções. Na secção 1 encontram-se as questões relativas aos dados sociodemográficos dos participantes, sendo constituída por questões de escolha múltipla e

algumas questões de resposta aberta. Na secção 2, questiona-se os participantes quanto à formação na área da violência contra a mulher e utilizam-se questões de escolha múltipla. A secção 3 reporta-se a questões sobre o conhecimento relativo ao tema da violência contra a mulher e, para isso, os participantes têm de responder a questões de escolha múltipla e algumas de resposta aberta. A secção 4 é composta por questões acerca das barreiras para lidar com estes casos, identificadas numa lista e a serem numeradas por ordem de relevância para o mesmo. Na secção 5 é pedido ao participante que manifeste a sua opinião relativamente às afirmações colocadas referentes ao tema da violência contra a mulher e respetivos cuidados de enfermagem, utilizando uma escala tipo Likert de 1 (completamente de acordo) a 4 (completamente em desacordo). Na secção 6, são apresentadas questões de escolha múltipla e de resposta aberta relativamente às vivências a nível pessoal e profissional relativas a casos deste género. Para tratar os dados quantitativos recorreu-se ao programa informático SPSS, versão 25, e os dados qualitativos foram tratados através do QDA Miner 4 Lite.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética das instituições onde decorreu (CA-256/2020-0t_MP/CC).

RESULTADOS

A recolha de dados foi realizada entre outubro de 2020 a janeiro de 2021. Participaram neste estudo 59 enfermeiros, sendo 83,05% do sexo feminino (n=49), com uma idade média de $35,12 \pm 6,99$ (mínimo de 24 e máximo de 53 anos). Quanto ao estado civil, 30,5% (n=18) eram solteiros, 62,70% (n=37) eram casados ou a viver em união de facto, 5,1% (n=3) eram divorciados

Violência doméstica contra a mulher: conhecimentos e atitudes do enfermeiro da urgência

ou separados e apenas 1 participante era viúvo. Dos enfermeiros que participaram no estudo, 62,70% (n=37) eram enfermeiros de cuidados gerais e 37,3% (n=22) tinham título de enfermeiro especialista.

Formação prévia

Quanto à formação prévia, 74,6% (n=44) dos enfermeiros referem nunca ter recebido formação sobre violência doméstica. Não recebeu apoio por parte da instituição onde trabalha para realizar formação na área cerca de 83,1% (n=49), sendo que 34,7% (n=17) identificam como razão para a falta de apoio o facto de a instituição não solicitar formação nesta área. Os resultados apontam que 65,3% (n=32) dos enfermeiros não demonstra curiosidade no tema ou não parece haver interesse por este tema no serviço onde exercem funções.

Conhecimento dos enfermeiros

Quanto ao conhecimento que os enfermeiros do serviço de urgência têm acerca da violência doméstica,

74,6% (n=44) referem conhecer a definição de violência contra a mulher e 52,6% (n=31) desconhecem a percentagem aproximada de mulheres portuguesas que sofrem de violência doméstica. Contudo, 100% dos enfermeiros que participaram neste estudo referem que os maus-tratos de mulheres por parte dos seus parceiros podem ocorrer em qualquer setor social, económico e educativo. Dos enfermeiros que participaram, 66,1% (n=39) referem que o principal motivo do homem praticar violência contra a mulher deve-se ao facto de ter presenciado situações de violência durante a infância.

Em questão aberta, foi solicitado aos enfermeiros participantes que identificassem quais os danos físicos, características psicológicas/emocionais e danos sexuais que já viram ou pensam estar presentes em mulheres que sofrem violência por parte do seu parceiro (Tabela 1). A frequência dos dados apresentada sugere a relevância atribuída pelos participantes em cada uma dessas dimensões.

Tabela 1

Danos físicos, características psicológicas/emocionais e danos sexuais observados ou que os participantes pensam estar presentes em mulheres vítimas de violência doméstica:

Danos físicos	n	%
Hematomas/equimoses	59	45,4
Feridas	37	28,5
Fraturas	21	16,1
TCE	6	4,6
Queimaduras de ponta de cigarros	3	2,3
Outros	4	3,1
Total	130	100
Características psicológicas/emocionais		
Medo	30	23,6
Passividade/submissão	18	14,2

Violência doméstica contra a mulher: conhecimentos e atitudes do enfermeiro da urgência

Fragilidade	17	13,4
Baixa autoestima	15	11,8
Depressão	13	10,2
Tristeza	9	7,1
Ansiedade	6	4,7
Vergonha	6	4,7
Insegurança	5	3,9
Negação	4	3,2
Mutismo	2	1,6
Solidão	2	1,6
Total	127	100
Danos Sexuais		
Traumatismo/lesão genital	26	34,2
Traumatismo/lesão vaginal	13	17,1
Violação	13	17,1
Distúrbios sexuais	8	10,5
Traumatismos/lesões anais	4	5,3
Dor genital	4	5,3
Infeção sexualmente transmissível	3	4,0
Traumatismos/lesões mamárias	2	2,6
Gravidez	2	2,6
Infertilidade	1	1,3
Total	76	100

Dos enfermeiros que participaram no estudo, 45,8% (n=27) referem não saber se no serviço onde exercem funções existem protocolos ou procedimentos definidos para a orientação de casos de mulheres vítimas de violência. Apenas 18,6% (n=11) referem que no seu serviço existem protocolos ou procedimentos definidos para a orientação destes casos. Em contraste, 35,6% enfermeiros (n=21) referem que não existem protocolos de atuação para estes casos na instituição onde exercem funções.

Dos participantes, 66,1% (n=39) referiram conhecer alguma instituição para onde pudessem referenciar as vítimas de violência, sendo que as instituições mais mencionadas foram a APAV (n=32; 54,2%) e a PSP (n=3; 5,1%). Quanto ao conhecimento acerca de leis portuguesas que protejam as mulheres vítimas de violência por parte do seu parceiro, apenas 45,8% dos participantes (n=27) referiram conhecer essas leis, sendo que apenas 3,4 % (n=2) dos participantes identificaram corretamente quais.

Violência doméstica contra a mulher: conhecimentos e atitudes do enfermeiro da urgência

Atitudes e Barreiras

Quanto às barreiras que os enfermeiros referem para identificar estas vítimas, 57,6% (n=34) assinalam a falta de privacidade como o maior obstáculo e 49,2% (n=29) a não existência protocolos de deteção destes casos no serviço onde exercem funções como outra barreira significativa. Quanto às dificuldades para encaminhamento destas vítimas, 54,2% (n=32) referem a falta de conhecimento sobre o tema como sendo a principal dificuldade, seguido da dificuldade em identificar e tratar dos casos (n=30; 50,8%). Quando questionados relativamente aos fatores que dificultam a deteção dos casos, 55,9% (n=33) referem o carácter privado da violência como sendo a principal dificuldade/barreira.

Para 66,1% (n=39) dos enfermeiros participantes, o enfermeiro tem o papel de identificar e dar o devido encaminhamento sempre que deteta casos de mulheres maltratadas pelo seu parceiro. 32,2% (n=19) refere ainda que os enfermeiros se interessam pela deteção desses casos, mas continuam sem atuar perante os mesmos. Dos participantes, 39% (n=23) referem que quando se deparam com uma mulher maltratada encaminham o caso para instituições que lhe ofereçam apoio especializado, enquanto 20,4% (n=12) diz apenas conversar com estas mulheres.

A maioria dos participantes (94,9%, n=56) referem que a violência que o parceiro exerce contra a mulher se reflete de forma muito importante sobre a sua saúde e 98,3% (n=58) refere até que, em situações extremas, pode ocasionar a morte da vítima. Dos enfermeiros participantes, 93,2% (n=55) são da opinião que os casos de mulheres maltratadas pelo seu parceiro não dizem apenas respeito ao setor jurídico, mas também ao da saúde. Quanto à existência de protocolos, 96,6%

(n=57) dos enfermeiros consideraram que seria útil para os enfermeiros do serviço de urgência a existência dos mesmos para deteção de casos de mulheres vítimas de violência pelo seu parceiro e 96,6% (n=57) considera que seria útil a identificação destes casos aquando da sua admissão no serviço de urgência, enquanto que 56% (n=33) dos participantes no estudo admite ser difícil identificar estes casos no serviço de urgência. Quando questionados acerca do seu interesse em participar num curso/formação sobre violência contra a mulher, 93,2% (n=55) dos enfermeiros que participaram neste estudo referem que estariam interessados em participar, caso este evento existisse num futuro próximo.

Apesar de ser uma minoria, 5,1% (n=3) dos participantes no estudo considera que os maus-tratos às mulheres não são um problema sério por serem incidentes isolados e deles não resultarem consequências importantes, não achando por isso necessária a existência de formação sobre a violência durante a formação do enfermeiro.

Dos participantes, 72,9% (n=43) consideram que a deteção de casos de mulheres maltratadas pelo parceiro deve ser uma das tarefas do enfermeiro e 69,5% (n=41) consideram que as questões sobre a violência devem ser incluídas na avaliação inicial.

Quanto à identificação dos casos de mulheres maltratadas pelo parceiro, 74,6% (n=44) refere que realiza perguntas específicas apenas quando suspeita que se trata de um caso. Assim, 61% (n=36) refere que já identificou casos de mulheres maltratadas pelo seu parceiro, e estes relatam que nos últimos 3 meses detetaram uma média de 1,4 casos (mínimo de 0 e máximo de 6). Quando questionados quanto ao tipo de conduta que têm quando identificam algum caso de

Violência doméstica contra a mulher: conhecimentos e atitudes do enfermeiro da urgência

violência, 66,1% (n=39) dos enfermeiros referem encaminhar os casos para profissionais e instituições especializadas e, destes, 59,3% (n=35) referem encaminhar para autoridades policiais. Em contraste, 20,4% dos profissionais (n=12) não sabem o que fazer neste tipo de casos. Quanto ao interesse na capacitação sobre o tema da violência doméstica

contra a mulher, apenas 1 dos participantes (1,7%) referiu não ter interesse em participar. Neste âmbito, foi também pedido aos participantes, em questão aberta, que identificassem 3 temas que gostariam de ver incluídos nessa formação (tabela 2). A frequência dos dados apresentados sugere a importância atribuída pelos participantes a cada um dos temas.

Tabela 2

Temas que os enfermeiros gostariam de ver abordados em contexto de curso/formação sobre violência contra a mulher

Temas	n	%
Encaminhamento das vítimas	36	33,3
Abordagem à vítima (dimensão da comunicação)	26	24,1
Identificação/avaliação da vítima	21	19,4
Como apoiar psicologicamente a vítima no momento	13	12
Recolha de prova (forense)/procedimentos	6	5,6
Outros	6	5,6
Total	108	100

DISCUSSÃO

A maioria dos participantes relatam nunca ter recebido formação na área da violência doméstica contra a mulher, mas revelam interesse em aprofundar conhecimentos na área, e esta realidade é verificada também no estudo de Mendéz-Hernandez et al. (2003) e no estudo realizado por Oliveira et al., (2020), com enfermeiros de família em Portugal.

Num outro estudo realizado com enfermeiros que recebem mulheres vítimas de violência doméstica relata-se que a sua maior dificuldade é a abordagem comunicacional, já que para isso são necessários conhecimentos específicos na área (Giacomo, Cavallo, Bagnasco, Sartini, & Sasso, 2016). No estudo de

Marques (2017), os enfermeiros relataram a complexidade da prestação de cuidados às vítimas de violência por parte do seu parceiro, e identificaram a necessidade de maior investimento e/ou aprofundamento nesta área, resultados estes que vão ao encontro aos resultados deste estudo.

Os enfermeiros fizeram alusão a diferentes tipos de danos físicos, psicológicos e sexuais provocados às mulheres vítimas de violência, com grande similitude com os relatados pelos participantes do estudo realizado por Oliveira et al. (2020). Já anteriormente no estudo de Mendéz-Hernandez et al. (2003), onde este questionário foi utilizado pela primeira vez, os participantes concordaram que a violência afeta

Violência doméstica contra a mulher: conhecimentos e atitudes do enfermeiro da urgência

significativamente a saúde destas mulheres e que os profissionais de saúde têm um papel importante na atuação perante estes casos, embora , apenas uma pequena percentagem, tome alguma atitude diante destes casos, o mesmo foi verificado neste estudo. Num outro estudo também realizado em Portugal concluiu-se que o papel dos enfermeiros nestas situações deverá passar pela sinalização, acompanhamento e encaminhamento da vítima, estabelecendo uma relação de empatia, segurança e empoderamento da vítima no serviço de urgência (Marques, 2017). Os profissionais acreditam que o principal motivo que leva um homem a praticar violência contra a sua parceira é o facto de ter presenciado situações de violência durante a infância, o que vai ao encontro do que tinha já sido verificado no estudo de Oliveira et al. (2020) com enfermeiros de família. No entanto, a evidência sugere que, embora a violência doméstica possa ser transmitida de geração em geração, apenas uma pequena parte dos agressores já foi vítima no passado ou assistiu a situações de violência na sua infância (Centro de Estudos Judiciários, 2016).

Existem algumas leis em Portugal que, de alguma forma, protegem as vítimas de violência doméstica, como demonstra a Lei nº71/2015, que explicita medidas de proteção à vítima, tais como proibições/restrições ao agressor de entrar em contato sob qualquer forma, frequentar lugares públicos onde a vítima esteja ou até mesmo a sua própria residência, e ainda proibição de aproximação da vítima até uma determinada distância (Lei nº71/2015, de 20 de Julho), mas que a maior parte dos participantes desconhece. No entanto, neste estudo, os participantes revelam que embora saibam que devem encaminhar

devidamente estes casos, na maioria das vezes não o fazem devido ao carácter privado da violência e à falta de protocolos de atuação nos serviços onde exercem funções, referindo que estas são as principais barreiras no encaminhamento dos casos de violência doméstica contra a mulher, aliadas à falta de conhecimentos na área. À semelhança de um estudo realizado num hospital português com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre práticas forenses no intra-hospitalar, mais de metade dos participantes apontam a falta de protocolos de atuação para abordagem a vítimas de violência e que a sua existência facilitaria a intervenção eficaz dos enfermeiros (Ferreira, 2018). De salientar que as necessidades de formação identificadas pelos participantes como mais relevantes para a sua prática no contexto da violência doméstica corroboram as barreiras na identificação, encaminhamento e deteção de casos de mulheres vítimas de violência doméstica. Relativamente às entidades/instituições para encaminhamento das vítimas, mais de metade dos participantes identificaram a APAV como instituição de referência, reconhecendo assim o papel que esta associação tem desenvolvido junto da comunidade e organizações, incluindo órgãos de polícia criminal, cujas referências representam 20% do total de referências para esta associação (APAV, 2021). Os enfermeiros dos serviços de urgência que participaram neste estudo concordaram que existe necessidade de aprofundar conhecimentos no que diz respeito à atuação perante casos de violência contra a mulher por parte do seu parceiro, pelo que praticamente todos estes profissionais revelaram interesse em participar em cursos/formações nesta área, tal como foi também apurado em estudos

Violência doméstica contra a mulher: conhecimentos e atitudes do enfermeiro da urgência

anteriores, em que os enfermeiros confessaram ter falta de preparação para atuar perante estas situações (Alshammari, McGarry, & Higginbottom, 2018). No estudo realizado no ano passado com enfermeiros de família foi também salientada esta necessidade de formação dos enfermeiros para lidar com casos de violência contra a mulher, uma vez que a maioria dos profissionais não sabem como atuar perante situações deste tipo (Oliveira et al., 2020) .

CONCLUSÃO

Uma grande percentagem dos enfermeiros dos serviços de urgência que participaram no estudo referem que os profissionais de saúde têm um papel fundamental na identificação e encaminhamento das mulheres vítimas de violência pelo seu parceiro, no entanto, a maior parte deles nunca teve formação nesta área e salientam a falta de conhecimentos sobre o fenómeno como sendo uma barreira para a sua atuação, corroborando resultados de estudos já desenvolvidos, quer a nível nacional, quer internacional. Reconhecem também como barreiras para a identificação destes casos a falta de privacidade e a falta de protocolos de atuação nos serviços onde exercem funções. Os resultados sugerem que a maior parte dos participantes não sabe como atuar quando se deparam na sua prática clínica com casos de violência doméstica contra a mulher, referindo que deveriam existir protocolos específicos de atuação nos serviços.

Uma vez que a violência doméstica se constitui como um problema de saúde pública no nosso país e sobre o qual existe pouca evidencia que permita delinear estratégias apropriadas, será importante o aprofundamento de estudos nesta área, no contexto

dos serviços de urgência portuguesa, de modo a criar evidência e dimensionar adequadamente algumas das questões apontadas por este estudo. Este será um dos caminhos para promover a capacitação dos profissionais de saúde no que concerne a identificação e encaminhamento das mulheres vítimas de violência doméstica.

Este estudo tem limitações relacionadas com a dimensão da amostra, a técnica de amostragem e a predominância de género nos participantes, pelo que os resultados deverão ser interpretados tendo em consideração estas limitações.

Os resultados sugerem da necessidade de formação nesta área para os profissionais de saúde, bem como da necessidade de criação e implementação de protocolos específicos de atuação nos serviços de urgência, de modo a facilitar a intervenção dos enfermeiros nestes casos específicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. RT 11/2015. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf
- Alshammari, K. F., McGarry, J., & Higginbottom, G. (2018). Nurse education and understanding related to domestic violence and abuse against women: An integrative review of the literature. *Nursing open*, 5(3), 237–253. <https://doi.org/10.1002/nop2.133>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2021). Estatísticas APAV. *Relatório Anual 2021*. https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2020.pdf
- Centro de Estudos Judiciários. (2016). *Violência Doméstica: Implicações psicológicas, sociológicas e jurídicas do fenómeno*. Manual Pluri Disciplinar. http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/outros/Violencia-Domestica-CEJ_p02_rev2c-EBOOK_ver_final.pdf

Violência doméstica contra a mulher: conhecimentos e atitudes do enfermeiro da urgência

- Conselho de Ministros nº 102/2013. (2013). *Diário da República n.º 253 – I Série*. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal.
- Ferreira, C. (2018). *Conhecimento dos Enfermeiros sobre Práticas Forenses no Intra-hospitalar*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu. [https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5061/1/Cristina Maria Esteves Ferreira DM.pdf](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/5061/1/Cristina%20Maria%20Esteves%20Ferreira%20DM.pdf)
- Giacomo, P., Cavallo, A., Bagnasco, A., Sartini, M., & Sasso, L. (2017). Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2307–2316. <https://doi.org/10.1111/jocn.13625>
- Heron, R. L., & Eisma, M. C. (2021). Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: A systematic review of qualitative research. *Health & Social Care in the Community*, 29(3), 612–630. <https://doi.org/10.1111/hsc.13282>
- Lei nº 19/2013, de 21 de fevereiro (2013). *Diário da República nº 37 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Lei nº 71/2015, de 20 de julho (2015). *Diário da República nº 139 – I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Marques, P. A. (2017). *A Intervenção do Enfermeiro no Serviço de Urgência com a Pessoa Vítima de Violência Doméstica*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type\[\]=8&academic_programs\[\]=3](https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type[]=8&academic_programs[]=3)
- Méndez-Hernández, P. et al. (2003). Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Pública México*, 45(6), 472-482. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2003.v45n6/473-482>
- Oliveira, I., Oliveira, C., Carvalho, J., Santos, N., & Torres, A. (2020). Violência doméstica contra as mulheres: conhecimentos, atitudes e barreiras do enfermeiro de família. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 29–38. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.102>
- Oliveira, I., Pereira, F., Almeida, D., Bastos, L., & Augusto, C. (2020). Conhecimentos, Atitudes e Barreiras dos Enfermeiros dos Serviços de Urgência na Abordagem à Mulher Vítima de Violência Doméstica: Revisão Integrativa. *RevSalus*, (suppl 2), 300. <https://doi.org/10.51126/revsalus.vi2>
- Organização Mundial de Saúde. (2012). *Prevenção da violência sexual e da violência do parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44350/9789275716359_por.pdf?sequence=3
- Silva, S. A., Lucena, K. D., Deininger, L. C., Coelho, H. C., Vianna, R. T., & Anjos, U. U. (2015). Analysis of domestic violence on women's health. *Journal of Human Growth and Development*, 25(2), 182-186. <https://dx.doi.org/10.7322/JHGD.103009>
- Walker-Descartes, I., Mineo, M., Condado, L. V., & Agrawal, N. (2021). Domestic Violence and Its Effects on Women, Children, and Families. *Pediatric Clinics of North America*, 68(2), 455–464. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2020.12.011>

TUTORIA POR PARES NA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM: A VOZ DOS TUTORES

Peer tutoring in nursing education: the voice of tutors

Tutoría entre pares en educación en enfermería: la voz de los tutores

Cláudia Augusto*, Goretí Mendes**, Ermelinda Macedo***, Manuela Machado****, Analisa Candeias*****, Paula Encarnação*****, Teresa Freire*****, Odete Araújo*****

RESUMO

Enquadramento: as experiências pedagógicas que envolvem tutoria por pares têm sido cada vez mais diversificadas. No caso do ensino de enfermagem, a tutoria tem registado um aumento significativo. O presente estudo insere-se num Projeto de Inovação e Desenvolvimento do Ensino e da Aprendizagem - Tutorias por pares em contexto académico de Enfermagem (TutorParE). Tem como finalidade a promoção de estratégias pedagógicas inovadoras e promotoras do desenvolvimento de competências académicas e transversais nos estudantes do ensino superior. **Objetivos:** analisar a experiência dos tutores sobre a tutoria académica no ensino de enfermagem. **Metodologia:** o estudo desenvolvido, qualitativo, exploratório e descritivo, envolveu onze estudantes tutores do 4.º ano do curso de licenciatura em enfermagem, numa Unidade Curricular do 1.º ano do curso. **Resultados:** emergiram duas categorias: (1) desenvolvimento pessoal e; (2) aprendizagem colaborativa. A estratégia de tutoria por pares foi considerada útil na aquisição de conhecimentos e de competências nos estudantes, facilitando o desenvolvimento pessoal e a aprendizagem colaborativa. **Conclusão:** os achados reforçam a importância da adoção de práticas pedagógicas ativas e inovadoras, baseadas na tutoria por pares.

Palavras chave: tutoria; enfermagem; estudantes; aprendizagem

* PhD, School of Nursing of the University of Minho; Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), Nursing School of Coimbra (ESENFC) - <https://orcid.org/0000-0001-5450-7307>
- Contribuição no artigo: Study conception and design, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

** PhD, School of Nursing of the University of Minho; Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), Nursing School of Coimbra (ESENFC) - <https://orcid.org/0000-0003-4035-3743>
- Contribuição no artigo: Study conception and design, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

*** PhD, School of Nursing of the University of Minho; Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), Nursing School of Coimbra (ESENFC) - <https://orcid.org/0000-0003-4053-2864>
- Contribuição no artigo: Data collection,

**** PhD, School of Nursing of the University of Minho; Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), Nursing School of Coimbra (ESENFC) - <https://orcid.org/0000-0003-2867-435X>
- Contribuição no artigo: Study conception and design, Critical revision of the article

***** MSc, School of Nursing of the University of Minho; Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), Nursing School of Coimbra (ESENFC) - <https://orcid.org/0000-0001-9620-163X>
- Contribuição no artigo: Data collection

***** PhD, School of Nursing of the University of Minho; Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), Nursing School of Coimbra (ESENFC) - <https://orcid.org/0000-0002-7458-8105>
- Contribuição no artigo: Data collection

***** PhD, School of Psychology, University of Minho; Psychology Research Centre, university of Minho - <https://orcid.org/0000-0001-5773-381X>
- Contribuição no artigo: Study conception and design, Critical revision of the article

***** PhD, School of Nursing of the University of Minho; Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), Nursing School of Coimbra (ESENFC) - <https://orcid.org/0000-0001-9016-9528>
- Contribuição no artigo: Data analysis and interpretation, Drafting of the article

***** PhD, School of Nursing of the University of Minho; Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), Nursing School of Coimbra (ESENFC) - <https://orcid.org/0000-0001-9016-9528>
- Contribuição no artigo: Data analysis and interpretation, Drafting of the article

Augusto, C., Mendes, G., Ermelinda Macedo, E., Machado, M., Candeias, A., Encarnação, P., Freire, T., & Araújo, O. (2021). Tutoria por pares na educação em enfermagem: a voz dos tutores. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(2), 53-61. doi.org/10.37914/riis.v4i2.166

Recebido para publicação:23/07/2021
Aceite para publicação:15/11/2021

ABSTRACT

Background: pedagogical experiences involving peer tutoring have been increasingly diversified. In the case of nursing education, tutoring has registered a significant increase This study is integrated in Project for Innovation and Development of Teaching and Learning - Peer tutoring in the academic context of nursing (TutorParE). It aims to promote innovative pedagogical strategies in order to facilitate both the development of academic and transversal skills in nursing students. **Objectives:** analyze the experience of tutors on academic tutoring in nursing education. **Methodology:** this study, qualitative, exploratory and descriptive design enrolled eleven students from the 4th year of the nursing degree in one discipline of the 1st year. Results: two categories emerged from the **Results:** (1) personal development and; (2) collaborative learning. The strategy adopted in peer tutoring in nursing education was considered useful to enhance the acquisition of students' knowledge and skills, allowing personal development and collaborative learning. **Conclusion:** the findings achieved reinforce the importance of adopting active and innovative pedagogical practices, based on peer tutoring.

Keywords: tutoring; nursing; students; learning**RESUMEN**

Marco contextual: las experiencias pedagógicas que involucran la tutoría entre pares se han diversificado cada vez más. En el caso de la formación en enfermería, la tutoría ha registrado un aumento significativo. Este estudio es parte de un Proyecto de Innovación y Desarrollo para la Enseñanza y el Aprendizaje - Tutoría entre pares en el contexto académico de enfermería (TutorParE). Su propósito es promover estrategias pedagógicas innovadoras que promuevan el desarrollo de habilidades académicas y transversales en los estudiantes de Educación Superior. **Objetivo:** analizar la experiencia de los tutores en la tutoría académica en la educación en enfermería. **Metodología:** este estudio, cualitativo, exploratorio y descriptivo involucró a once estudiantes de cuarto año de la carrera de Enfermería en una materia de primero año. **Resultados:** surgieron dos categorías: (1) desarrollo personal y; (2) aprendizaje colaborativo. La estrategia de tutoría entre pares se consideró útil para mejorar la adquisición de conocimientos y habilidades de los estudiantes al permitir su desarrollo personal al tiempo que mejora el aprendizaje colaborativo. **Conclusión:** los hallazgos son pistas válidas que refuerzan la importancia de adoptar prácticas pedagógicas activas e innovadoras, basadas en la tutoría entre pares.

Palabras clave: tutoría; enfermería; estudiantes; aprendizaje

INTRODUÇÃO

A tutoria por pares, frequentemente utilizada no ensino de enfermagem, compreende uma relação entre dois estudantes em estádios de aprendizagem diferentes (Hawkins & Fontenot, 2010). Assenta na ideia de que um estudante num estadio mais inicial da sua formação sentir-se-á mais confortável e seguro ao abordar um colega (tutor), com idade e *status* aproximados, em contexto de aprendizagem, em detrimento do professor, cujo papel está frequentemente associado à figura de avaliador do processo de ensino aprendizagem (Bulut, Hisar, & Demir, 2010). Em contextos laboratoriais e de simulação o estudante tem oportunidade de executar procedimentos técnicos, sem receio de falhar, num ambiente de aprendizagem colaborativo, que o ajudará a adquirir progressivamente maior confiança nas suas capacidades, facilitando o desenvolvimento de competências práticas (Kim, Jillapali & Boyd, 2021). Promove uma aprendizagem mais significativa e a transferência de competências comunicacionais para as experiências clínicas (Svellingén, Røssland, & Røykenes, 2021).

A implementação de programas de tutoria por pares no ensino de enfermagem, focadas em abordagens centradas no estudante, são muito relevantes para o desenvolvimento da autonomia, do pensamento crítico e da responsabilidade profissional do futuro enfermeiro.

Com o propósito de analisar a experiência dos tutores que realizaram tutorias em contexto académico do ensino de enfermagem, foi desenvolvido o presente estudo de natureza qualitativa.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os programas de tutoria têm sido descritos como uma estratégia, centrada no estudante, que permite melhorar a sua aprendizagem e o seu desempenho académico, potencia o desenvolvimento de competências transversais, como o trabalho em equipa e as relações interpessoais, promove a motivação e o crescimento pessoal de todos os envolvidos no processo, tutores e tutorandos (Kim, Jillapali & Boyd, 2021). Têm sido amplamente adotados no ensino superior e configuram uma estratégia importante de facilitação da integração dos estudantes do primeiro ano, ajudando-os nessa transição. Constituem uma oportunidade de construção identitária, podendo os tutores ser um “modelo” para os seus tutorandos que, por sua vez, desenvolvem competências intelectuais e emocionais (Freire & Beiramar, 2017; Hall & Jaugietis, 2011). São facilitadoras de realização, em contextos gerais de vida, ao permitirem o contacto com experiências desenvolvimentais positivas, o desenvolvimento da auto complexidade, e que conferem um elevado sentido de autoeficácia (Freire & Beiramar, 2017).

Kim e colaboradores (2021) reportam a satisfação do tutor e do tutorando com as sessões de tutoria, a criação de um ambiente promotor da aprendizagem, o fornecimento de feedback útil, a comunicação efetiva tutor/tutorando e a melhoria da capacidade na resolução de problemas.

Tendo em conta as vantagens enunciadas, surge o projeto “Tutorias por pares em contexto académico de enfermagem” (TutorParE) desenvolvido na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

METODOLOGIA

O presente estudo, de carácter exploratório e descritivo, insere-se no paradigma de investigação qualitativa. Envolveu a participação de 11 estudantes do 4.º ano, finalistas do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), que assumiram o papel de tutores dos seus pares, estudantes do 1.º ano do mesmo curso, no âmbito do projeto TutorParE.

O projeto TutorParE, inovador no ensino de enfermagem, foi financiado por um Programa de Apoio a Projetos de Inovação e Desenvolvimento do Ensino e da Aprendizagem. Foi implementado no ano letivo 2018/2019. A tutoria decorreu ao longo de 20 horas de aulas de prática laboratorial no âmbito da Unidade Curricular (UC) Fundamentos de Enfermagem II, do 1º ano, 2º semestre do CLE e de uma UC do último semestre do mesmo curso (4º ano, 2º semestre), Estágio de Integração à Vida Profissional.

Integraram este projeto 85 estudantes do 1.º ano (tutorandos); 11 estudantes do 4.º ano, finalistas (tutores) e 4 docentes da equipa pedagógica da UC do 1.º ano.

Previamente a este projeto, havia já sido desenvolvida uma experiência piloto no ano letivo 2017/2018, experiência que motivou a continuidade de implementação da estratégia pedagógica e da qual emergiram contributos para o aprimoramento da mesma para o ano letivo subsequente. A avaliação feita dessa experiência, permitiu chegar a algumas conclusões qualitativas interessantes tendo sido, o número reduzido de tutores, um aspeto apreciado de forma menos favorável pelos tutorandos, o que desafiou a refletir sobre novas estratégias de captação de tutores, de forma a ampliar a iniciativa.

À data da realização da tutoria, os tutores, encontravam-se a realizar uma UC de estágio a qual, no projeto individual do estudante, valoriza o desenvolvimento de competências académicas e transversais (nomeadamente o trabalho em equipa, a relação interpessoal, capacidade de liderança, entre outras) decorrentes de várias experiências. Sendo este estágio a última UC do CLE, estas competências revestem-se de particular importância, uma vez que correspondem em parte às competências requeridas pelo órgão regulador da profissão de enfermagem em Portugal (Ordem dos Enfermeiros) no Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Aquando da realização do estágio, os estudantes tutores encontravam-se dispersos por diferentes instituições de saúde, algumas das quais distantes geograficamente do *campus* universitário onde decorreram as práticas laboratoriais do 1.º ano. O exercício do papel de tutor implica a deslocação destes estudantes ao *campus*, variável que influenciou a captação de tutores na experiência piloto desenvolvida.

O financiamento do projeto veio permitir colmatar o constrangimento identificado, ao possibilitar, pela via da gratificação, ou seja, ao suportar os custos acrescidos decorrentes das deslocações dos estudantes tutores ao *campus*, ampliar os benefícios da experiência, com maior expressão do número de tutores.

O exercício do papel de tutores obedeceu a critérios previamente estabelecidos pela equipa pedagógica e de investigação. Puderam candidatar-se de forma livre, os estudantes com manifesto interesse em ser tutor e a participar no projeto, com aproveitamento em 180

Tutoria por pares na educação em enfermagem: a voz dos tutores

ECTS e média de curso ≥ 14 valores. Estes estudantes frequentaram 6h de formação de preparação que versou, por um lado, a caracterização da UC onde decorreriam as sessões de tutoria e, por outro, orientações para o desempenho do papel de tutor, designadamente preparação teórica para as sessões, comunicação com o tutorando, responsabilidade com o planeamento, entre outros. Para melhor se enquadrarem nos conteúdos teóricos que estavam a ser lecionados na UC do 1.º ano, os estudantes tutores foram inscritos na mesma, na plataforma digital, com o perfil de estudante convidado.

A função de cada tutor foi mediada por um docente da equipa pedagógica da UC do 1.º ano. Aquando da abordagem dos conteúdos teóricos pelo docente, foi permitido ao tutor assistir à leção destes conteúdos para que, de uma forma concertada, pudesse posteriormente sustentar as aulas de prática laboratorial. Cada tutor realizou sessões de tutoria a grupos de 10 a 12 tutorandos, ao longo de 20 horas letivas da UC do 1.º ano. Nas aulas de prática-laboratorial, o tutor participou nas atividades de simulação, adequação e treino de procedimentos técnicos, bem como, esclarecimento de dúvidas. A participação dos tutores incluiu ainda, complementarmente, testemunhos de experiências de aprendizagem, de prática clínica e vivências académicas.

Os docentes envolvidos no projeto participaram também em sessões de formação sobre tutoria por pares e qual o papel do docente na promoção da aprendizagem de tutores e tutorandos. Cada tutor acompanhou um docente vinculado às aulas práticas laboratoriais dos estudantes do 1.º ano. Esta

experiência pedagógica decorreu entre fevereiro e maio de 2019.

No final das sessões de tutoria, foi solicitado que docentes, tutores e tutorandos efetuassem uma apreciação global qualitativa da participação na experiência. Os resultados deste estudo dizem respeito aos dados obtidos da avaliação qualitativa dos estudantes tutores.

Os tutores foram convidados a responder através da ferramenta formulário da plataforma *Google Forms*, à questão “De um modo geral, que apreciação faz da sua experiência como tutor?” Os tutores foram sensibilizados para a importância de integrar o estudo de forma voluntária, tendo sido assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados, bem como todos os princípios éticos previstos em estudos de investigação científica.

A informação foi analisada tendo por base os pressupostos da análise de conteúdo de Bardin (2018). Recorreu-se à utilização de dois códigos: (1) o código (...) significa um corte na narrativa sem significado relevante para a interpretação dos dados, ou seja, não compromete a interpretação e a compreensão dos mesmos; e, (2) recorreu-se à utilização de um código de dois dígitos composto por uma letra, letra E (de estudante) e um número decimal que corresponde à ordem pela qual foi obtida a resposta. Assim obteve-se E1, E2, E3, ...E11, que corresponde ao número total de estudantes participantes.

RESULTADOS

Recolheram-se respostas de 8 tutores participantes. A maioria é do género feminino (87,4%), com uma idade média de 22 anos.

Tutoria por pares na educação em enfermagem: a voz dos tutores

Da análise dos dados, relativamente à questão aberta “De um modo geral, que apreciação faz da sua experiência como tutor?” resultou um conjunto de linhas discursivas que foram agrupadas em duas categorias: (i) Desenvolvimento Pessoal e (ii) Aprendizagem colaborativa.

Toda a informação foi analisada tendo por base os pressupostos da análise de conteúdo de Bardin (2018) o que permite a explicitação e sistematização do conteúdo das respostas, a categorização dos dados, com base nas seguintes fases: i) a pré-análise; ii) a exploração do material; iii) o tratamento dos

resultados, a inferência e a interpretação. Nesta análise, o critério de categorização adotado foi o semântico, originando categorias temáticas que foram criadas à posteriori, ou seja, tomaram forma no curso da própria análise, respeitando as características específicas definidas por Bardin (2018): exclusão mútua; homogeneidade; objetividade, fidelidade e produtividade. De referir, ainda, que o processo de categorização teve por base a análise indutiva e pormenorizada levada a cabo por dois investigadores independentes. A evidência dos resultados é visível na Tabela 1.

Tabela 1

Categorias emergentes (“desenvolvimento pessoal” e “aprendizagem colaborativa”) e respetivas unidades de análise

Unidades de Análise	
Desenvolvimento Pessoal	Aprendizagem Colaborativa
<p>“proporcionou crescimento profissional e pessoal (...) um momento relevante de atualização e de estudo” (E1);</p> <p>“(…) permitiu-me aprimorar competências transversais (...) comunicação e cooperação (...) relações humanas, na própria mobilização de conhecimentos técnicos (...)” (E4; E5);</p> <p>“(…) ajudou bastante no desenvolvimento de competências comunicacionais” (...) (E1);</p> <p>“(…) colocarmo-nos no lugar de um aluno recém-chegado ao ensino superior (...) com tantas dúvidas para esclarecer, com muitos medos do que pode ser o seu percurso académico, é muito gratificante e um grande desafio pessoal para nós (...)” (E8);</p> <p>“(…) responsabilidade na transmissão de conhecimentos e estabelecimento interpessoal (...) uma experiência gratificante, promotora de desenvolvimento a todos os níveis (...)” (E10);</p> <p>“(…) uma verdadeira gratificação para os tutores nas relações humanas (...)” (E5);</p>	<p>“(…) uma mais valia para ambos os estudantes (...) oferece oportunidades de uma aprendizagem colaborativa (...) aprendemos todos juntos, tutores e tutorandos” (E1);</p> <p>“(…) há uma entrega de todos” (...)” (E7);</p> <p>“(…) há um envolvimento de todos os alunos (...)” (E10);</p> <p>“(…) tanto os tutores como os tutorandos beneficiam da experiência (...)” (E8);</p> <p>“(…) gostava que isto tivesse acontecido enquanto fui aluna no meu primeiro ano” (...) (E1);</p> <p>(...) fico muito feliz pelos nosso colegas (tutorandos) que tiveram a oportunidade que nunca tivemos (...)” (E2);</p> <p>(...) uma aprendizagem mais focada e interessada (...)” E3.</p>

Os resultados mostraram, que os estudantes tutores envolvidos nas atividades de tutoria experimentaram sentimentos de gratificação e realização, mas também de responsabilidade e autonomia, resultados que refletem o contributo no seu próprio desenvolvimento pessoal, mas também dos estudantes que acompanharam.

Os estudantes tutores reconheceram, na sua maioria, que da interação entre tutores e tutorandos resulta uma aprendizagem colaborativa sendo por meio da participação de todos os intervenientes que se realiza o processo de construção coletiva do conhecimento.

DISCUSSÃO

Em consonância com outras investigações, os estudantes tutores participantes deste estudo reconheceram que a tutoria por pares traz genericamente contributos para o seu desenvolvimento de competências (Bulut et al., 2010; Sim-Sim, Marques, Frade, & Chora, 2013).

Relativamente ao desenvolvimento pessoal, este pressupõe o crescimento de habilidades pessoais que potenciam o conhecimento humano. A par da gratificação monetária, a participação voluntária dos tutores determinou a motivação e o envolvimento na experiência pedagógica. Alguma da investigação desenvolvida sobre as experiências de tutoria sugere que os estudantes mais motivados e mais envolvidos nestas atividades, experimentam sentimentos de gratificação e realização, ajudando, por um lado, os tutorandos no processo de aprendizagem e, por outro, na atribuição de um maior sentido à sua vida profissional (Dennison, 2010).

A experiência de tutoria é compreendida pelos tutores como uma oportunidade de desenvolverem capacidades como a confiança, o sentido de responsabilidade e a liderança. Os estudos desenvolvidos por Dennison (2010); Ford (2015); Hall e Jaugietis (2011) e Rosenau e colaboradores (2015), suportam esta ideia ao afirmarem que o processo de tutoria traduz maior autoconfiança, sentido de responsabilidade e desenvolvimento intelectual nos tutores que participam em experiências desta natureza.

Tratando-se de tutoria académica, os tutores reportaram que esta prática pedagógica constituiu uma exigência pessoal, que gerou simultaneamente aprendizagem para o próprio tutor, nomeadamente ao nível da comunicação e da mobilização de conhecimentos técnicos. Alguma investigação desenvolvida sobre as experiências de tutoria por pares no ensino superior, demonstra o impacto das experiências de tutoria na melhoria generalizada do desempenho académico do tutor (Aponte et al., 2015; Rosenau et al., 2015; Tabloski, 2016).

Ao assumir o papel de tutores, os estudantes de enfermagem experimentam auto crescimento e desenvolvem competências de liderança, representando uma aproximação ao exercício do seu papel enquanto futuros enfermeiros (Ford, 2015; Rosenau et al., 2015). Estes dados são corroborados por James e colaboradores (2014) ao revelarem que os tutores expressam, frequentemente, sentido de crescimento e de maturidade pessoal, constituindo a vivência de tutoria em enfermagem uma verdadeira gratificação para os tutores, tal como os participantes deste estudo. James e colaboradores (2014)

Tutoria por pares na educação em enfermagem: a voz dos tutores

consideram o treino de competências comunicacionais como um dos principais benefícios deste tipo de programas, na medida em que envolve habilidades básicas de comunicação destacando o feedback, a capacidade de auscultar ou mesmo a capacidade de ouvir uma questão sem influenciar a resposta.

No que concerne à aprendizagem colaborativa, metodologia de ensino pautada pela interação, colaboração e participação ativa dos estudantes, é reconhecido o seu potencial de promover uma aprendizagem mais ativa por meio do estímulo, particularmente, ao nível do pensamento crítico (Pereira, 2017; Rosenau et al., 2015; Torres & Irala, 2014) e do desenvolvimento de competências de interação, de resolução de problemas e do desenvolvimento da capacidade de autorregulação do processo de ensino-aprendizagem (Torres & Irala, 2014). Numa visão mais ampla do que significa aprendizagem colaborativa, estes autores advogam que é esperado que a aprendizagem ocorra como efeito paralelo a uma interação entre os pares que trabalham num processo de interdependência na resolução de problemas ou na realização de tarefas propostas pelo tutor, conduzindo deste modo a uma aprendizagem mais eficiente, em vez de competitiva e isolada (Torres & Irala, 2014). A aprendizagem colaborativa é um processo partilhado entre os estudantes e mediado pelo docente que, além de fomentar a interação e a colaboração promove o desenvolvimento do grupo, o desenvolvimento da autonomia, da aprendizagem pelo processo de interação e o desenvolvimento da responsabilidade sobre a sua própria aprendizagem (Klein & Vosgerau, 2018). A aprendizagem colaborativa tem vindo a ser usada, há já algum tempo no ensino superior e os achados deste estudo revelaram que participação em

programas de tutoria por pares na educação em enfermagem traz benefícios e desafios para os estudantes tutores e tutorandos.

Os estudantes tutores, participantes neste estudo, reconheceram que todos os envolvidos são agentes ativos que contribuem para a construção do conhecimento mútuo. Também na perspetiva de Klein & Vosgerau (2018), a prática de aprendizagem colaborativa permite que docentes e estudantes construam em conjunto a aprendizagem e compartilhem conhecimentos e experiências. O professor assume também um papel fundamental em todo o processo, na medida em que deve proporcionar aos tutores o acesso ao maior conhecimento possível, é esperado que os estudantes compreendam bem o que estão a estudar, com o máximo de profundidade possível (Pereira, 2017).

Um dos tutores classificou esta experiência como focada, despertando o interesse por aprender com alguém que já enfrentou desafios semelhantes. O envolvimento dos participantes e a troca de experiências, na perspetiva de Brody e colaboradores (2016) será tão melhor conseguida se realizada por quem já passou pela experiência, ou seja, por quem está familiarizado com as exigências do curso e os desafios académicos do mesmo.

Da interação entre tutores e tutorandos resulta uma construção coletiva, sendo por meio da participação de todos os que interagem entre si que se realiza o processo de construção do conhecimento (Torres & Irala, 2014). Como referem Rosenau e colaboradores (2015), a tutoria por pares promove a maturidade e a responsabilidade dos tutores e, por conseguinte, competências de liderança, essenciais ao perfil profissional do enfermeiro.

Tutoria por pares na educação em enfermagem: a voz dos tutores

A aprendizagem colaborativa, frequentemente defendida no ensino superior e considerada uma forma de ensinar e aprender com inúmeros benefícios (Klein & Yosgerau, 2018), foi referida pelos participantes neste estudo como uma estratégia potenciadora da aprendizagem, uma vez que coloca todos os elementos envolvidos como agentes do seu próprio desenvolvimento. O estudo desenvolvido por Rosenau e colaboradores (2015), evidencia o impacto que estas estratégias de ensino e aprendizagem têm no desenvolvimento dos tutores, ao promoverem uma consciência aumentada das suas próprias crenças e valores e enquanto pessoas e profissionais. Além de promover a responsabilidade profissional, esta estratégia de ensino aprendizagem estimula os processos de pensamento reflexivo do estudante tutor, melhora a sua confiança e competência (Rosenau et al., 2015). A aprendizagem colaborativa possibilita a construção da aprendizagem e do conhecimento de forma compartilhada entre os estudantes, permanecendo como grandes desafios a compreensão do conceito pelos próprios docentes e a aceitação por parte dos estudantes (Klein & Vosgerau, 2018). Esta prática pedagógica consegue envolver os estudantes em um nível de problematização que as aulas expositivas tradicionais dificilmente conseguiriam. A capacidade de ouvir outros colegas sobre determinado assunto torna-se chave para aprendizagens mais profundas (Pereira, 2017).

CONCLUSÃO

A análise dos resultados demonstrou a importância da participação de estudantes de anos mais avançados na tutoria académica dos seus pares, no sentido em que melhora o conhecimento e as competências dos

estudantes, nomeadamente competências relacionais e comunicacionais promovendo o seu desenvolvimento pessoal, ao mesmo tempo que potencia a aprendizagem colaborativa.

Os contributos deste estudo constituem, assim, pistas válidas que reforçam a importância da adoção de práticas pedagógicas ativas e inovadoras, baseadas na tutoria por pares em contexto académico. A participação em atividades que desenvolvem as competências transversais no contexto da formação em enfermagem conduz a uma melhor performance académica, ao estabelecimento de relações interpessoais positivas, pela aprendizagem colaborativa que proporciona.

Ao discutir-se os benefícios e desafios da aprendizagem colaborativa no ensino superior, propõe-se contribuir para o fortalecimento e promoção do uso destas práticas pedagógicas. Sugere-se que estudos futuros enquadrem as experiências de tutoria por pares como estratégia pedagógica centradas nos estudantes potenciadora da qualidade ao nível dos diferentes ciclos de estudo. A implementação do projeto TutorParE apela à continuidade, pelo que se sugere que estudos futuros possam contemplar a perspetiva dos estudantes tutorandos e, ainda, o desenvolvimento de competências monitorizadas por instrumentos de avaliação das práticas laboratoriais e de simulação.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Centro IDEA UMinho, designadamente ao Programa de Apoio a Projetos de Inovação e Desenvolvimento do Ensino e da Aprendizagem, o financiamento do projeto TutorParE onde este estudo se insere.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aponte, J., Figueroa, B. N., Madera, M., Campos-Dominguez, G., Panora, E., & Jaramillo, D. (2015). Mentoring Hispanic Undergraduate and Graduate Research Assistants: Building Research Capacity in Nursing. *Journal of Nursing Education, 54*(6), 328-334. doi:10.3928/01484834-20150515-03
- Bardin, L. (2018). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Brody, A. A., Edelman, L., Siegel, E. O., Foster, V., Bailey, D. E., Jr., Bryant, A. L., & Bond, S. M. (2016). Evaluation of a peer mentoring program for early career gerontological nursing faculty and its potential for application to other fields in nursing and health sciences. *Nursing Outlook, 64*(4), 332-338. doi:10.1016/j.outlook.2016.03.004
- Bulut, H., Hisar, F., & Demir, S. G. (2010). Evaluation of mentorship programme in nursing education: A pilot study in Turkey. *Nurse Education Today, 30*(8), 756-762. doi:10.1016/j.nedt.2010.01.019
- De Backer, L., Van Keer, H., & Valcke, M. (2012). Exploring the potential impact of reciprocal peer tutoring on higher education students' metacognitive knowledge and regulation. *Instructional Science, 40*(3), 559-588. doi:10.1007/s11251-011-9190-5
- Dennison, S. (2010). Peer Mentoring: Untapped Potential. *Journal of Nursing Education, 49*(6), 340-342. doi:10.3928/01484834-20100217-04
- Ford, Y. (2015). Development of Nurse Self-Concept in Nursing Students: The Effects of a Peer-Mentoring Experience. *Journal of Nursing Education, 54*(9), S107-S111. doi:10.3928/01484834-20150814-20
- Freire, T., & Beiramar, A. (2017). Tutorias por pares: acolher, promover e potenciar os estudantes do ensino superior. In L. S. Almeida & R. V. Castro (Eds.), *Ser estudante do ensino superior: as respostas institucionais à diversidade de públicos*. Centro de Investigação em Educação.
- Hall, R., & Jaugietis, Z. (2011). Developing Peer Mentoring through Evaluation. *Innovative Higher Education, 36*(1), 41-52. doi:10.1007/s10755-010-9156-6
- Hawkins, J. W., & Fontenot, H. B. (2010). Mentorship: the heart and soul of health care leadership. *Journal of Healthcare Leadership, 2*, 31-34.
- James, A., Smith, P., & Radford, L. (2014). Becoming grown-ups: a qualitative study of the experiences of peer mentors. *Pastoral Care in Education, 32*(2), 104-115. doi:10.1080/02643944.2014.893008
- Kim, S., Jillapali, R. & Boyd, S. (2021). Impacts of peer tutoring on academic performance of first-year baccalaureate nursing students: A quasi-experimental study. *Nursing Education Today, 96*, 1046-58.
- Klein, E., & Vosgerau, D. (2018). Possibilidades e desafios da prática de aprendizagem colaborativa no ensino superior. *Educação (UFES)*, 4(43), 667-698.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, F. (2017). Aprendizagem por pares e os desafios da educação para o senso crítico. *Int. J. Activ. Learn., 2*(1), 6-12.
- Rosenau, P. A., Lisella, R. F., Clancy, T. L., & Nowell, L. S. (2015). Developing future nurse educators through peer mentoring. *Nursing-Research and Reviews, 5*, 13-21. doi:10.2147/nrr.s73432
- Sim-Sim, M.-M., Marques, M.-d.-C., Frade, M.-d.-A., & Chora, M.-A. (2013). Tutoria: perspectiva de estudantes e professores de enfermagem. *Revista Iberoamericana de Educación Superior, 4*(11), 45-59. doi:[https://doi.org/10.1016/S2007-2872\(13\)71932-2](https://doi.org/10.1016/S2007-2872(13)71932-2)
- Svellingen, A., Røssland, A. & Røykenes, K. (2021). Students as Facilitators: Experiences of Reciprocal Peer Tutoring in Simulation-Based Learning. *Clinical Simulation in Nursing, 54*, 10-16. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.01.008>.
- Tabloski, P. A. (2016). Setting the stage for success: mentoring and leadership development. *Journal of Professional Nursing, 32*(5), S54-S58. doi:10.1016/j.profnurs.2016.03.003
- Torres, P., & Irala, E. (2014). Aprendizagem colaborativa: teoria e prática. In P. Torres (Ed.), *Complexidade: Redes e Conexões na Produção do Conhecimento* (pp. 61-93). Curitiba: SENARP

ANSIEDADE ASSOCIADA AO DESEMPENHO DO PAPEL DE CUIDADOR FAMILIAR DE PESSOA DEPENDENTE

Anxiety associated with family caregiver role in caring for the dependent person

Ansiedad asociada al rol de cuidador familiar de persona dependiente

Marta Silva*, João Carvalho Duarte**, Ricardo Melo***, Inês Rua****, Magda Freitas*****, Patricia Morais*****, Marília Rua*****

RESUMO

Enquadramento: a maioria dos cuidados prestados a pessoas dependentes em contexto de domicílio é assegurada por um cuidador, familiar da pessoa cuidada, que presta cuidados de forma não remunerada. Atualmente emergem preocupações crescentes com a sua saúde mental e a ansiedade e sobrecarga surgem, muitas vezes, associadas ao desempenho deste papel. **Objetivo:** analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas, sobrecarga e ansiedade do cuidador. **Metodologia:** quantitativa, transversal, com amostra por redes, de 85 cuidadores. Utilizada a Escala de Sobrecarga do Cuidador e a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress e os testes *t* de Student, *Kruskal-Wallis* e *U Mann-Whitney*. **Resultados:** os cuidadores possuíam uma idade média de 51.97 anos, eram maioritariamente do sexo feminino, casados e apresentavam escolaridade até ao terceiro ciclo. Constatou-se que 38.8% dos cuidadores apresentavam ansiedade. Os que revelavam maior ansiedade tinham entre 50 e 60 anos ($p=0.023$) e como escolaridade o ensino superior ($p=0.009$). Não existem diferenças estatisticamente significativas entre outras variáveis. **Conclusão:** a idade e a escolaridade parecem ter influência na ansiedade do cuidador. Uma vez que a ansiedade do cuidador pode ter repercussões na pessoa cuidada é de extrema importância intervir no sentido da prevenção e promoção da sua saúde mental.

Palavras chave: ansiedade; cuidador familiar; saúde mental

*Msc, Centro Hospitalar Baixo Vouga / School of Health Sciences, University of Aveiro - <https://orcid.org/0000-0002-4264-7756>

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

**PhD, Escola Superior de Saúde de Viseu-UICISA:E – Pólo Viseu - <https://orcid.org/0000-0001-7082-8012>

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

***PhD, Prof. Adjunto na Escola Superior de Saúde Norte CVP - UICISA: E/ESEnFC na ESS/IPV - <https://orcid.org/0000-0002-1922-7315>

- Contribuição no artigo: Drafting of the article

****Msc, USF Santa Joana, Aces Baixo Vouga - <https://orcid.org/0000-0002-2353-3072>

- Contribuição no artigo: Critical revision of the article

*****Msc, Instituto Português de Oncologia do Porto, Serviço de Cuidados Paliativos – Contribuição no artigo: Critical revision of the article

*****Msc, Centro Hospitalar Baixo Vouga – Contribuição no artigo: Critical revision of the article

*****PhD, CIDTFF - Research Centre on Didactics and Technology in the Education of Trainers / School of Health Sciences, University of Aveiro - <https://orcid.org/0000-0003-2353-3072>

- Contribuição no artigo: Study conception and design, Data analysis and interpretation

Como referenciar:

Silva, M., Duarte, J., Melo, R. Rua, I., Freitas, M., Morais, P., & Rua, M. (2021). Ansiedade associada ao desempenho do papel de cuidador familiar de pessoa dependente. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 63-72. doi.org/10.37914/riis.v4i2.123

Recebido para publicação: 22/03/2021
Aceite para publicação: 03/11/2021

ABSTRACT

Background: most home care to dependent person is provided by a caregiver, family member of the person being cared for, who provides care in an unpaid manner. Nowadays, there are growing concerns about his mental health, and anxiety and burden are often associated with the caregiver role. **Objective:** to analyse the relation between sociodemographic variables and caregiver burden and anxiety. **Methodology:** quantitative, transversal study, with a snowball sample of 85 caregivers. The Zarit Burden Interview Scale and The Depression Anxiety Stress Scale and t Student, *Kruskal-Wallis* and *U Mann-Whitney* tests were used. **Results:** caregivers had a mean age of 51.97 years, were mostly female, married and had education up to ninth grade. It was found that 38.8% of caregivers had anxiety. Those who showed greater anxiety were between 50 and 60 years old ($p=0.023$) and had higher education ($p=0.009$). There are no statistically significant differences between other variables. **Conclusion:** age and education seem to have an influence on caregiver anxiety. Since the caregiver's anxiety can have repercussions on the person being cared for, it is extremely important to prevent and promote their mental health.

Keywords: anxiety; family caregiver; mental health**RESUMEN**

Marco Contextual: la mayor parte del cuidado proporcionado a personas dependientes en el contexto de su casa es de la responsabilidad de un cuidador, miembro de la familia de la persona que cuida de manera no remunerada. Hoy en día, existe una creciente preocupación sobre su salud mental y la ansiedad y la sobrecarga se asocian con el desempeño del rol de cuidador. **Objetivo:** analizar la relación entre variables sociodemográficas y sobrecarga y ansiedad del cuidador. **Metodología:** cuantitativa, transversal, con muestra por redes, de 85 cuidadores. Se utilizaron la Escala de Sobrecarga del Cuidador y la Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés y pruebas *t* de Student, *Kruskal-Wallis* y *U Mann-Whitney*. **Resultados:** os cuidadores tenían una edad media de 51,97 años, eran en su mayoría mujeres, casados y tenían escolaridad hasta el tercer ciclo. Se encontró que 38,8% de los cuidadores presentaban ansiedad. Los que mostraron mayor ansiedad tenían entre 50 y 60 años ($p=0.023$) y tenían educación superior ($p=0.009$). No existen diferencias estadísticamente significativas entre otras variables. **Conclusión:** la edad y la educación parecen influir en la ansiedad del cuidador. Dado que la ansiedad del cuidador puede repercutir en la persona cuidada, es de suma importancia intervenir para prevenir y promover su salud mental.

Palabras clave: ansiedad; cuidador familiar; salud mental

INTRODUÇÃO

A maioria dos cuidados prestados à pessoa dependente em contexto de domicílio é assegurada pelo cuidador, que presta cuidados de forma não remunerada e é na maioria das vezes familiar da pessoa cuidada (Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016; Sequeira, Lange, Sousa, & Llano, 2018). Muitos destes cuidadores familiares referem sobrecarga elevada e percebem negativamente o seu estado de saúde, sendo estes fatores de risco para desconforto emocional (Gratao et al., 2012).

Atualmente emergem preocupações crescentes com a saúde mental do cuidador familiar e a ansiedade que surge, em muitas situações, associada ao desempenho deste papel (Cottagiri & Sykes, 2019; Jácome, Figueiredo, Gabriel, Cruz, & Marques, 2014).

A evidência científica salienta o apoio psico-emocional como uma das necessidades do cuidador, assim como a aquisição de estratégias de *coping* eficazes, que permitam uma melhor integração do seu novo papel, sendo potenciadoras da resolução eficaz de problemas (Melo, 2020). Ao longo do tempo, a utilização de estratégias de *coping* bem-sucedidas, pode aumentar o sentido de resiliência e atenuar os efeitos negativos experienciados no papel de cuidador (Wilks, Little, Gough, & Spurlock, 2011). Atualmente, o Estatuto do Cuidador Informal, determinado pela Lei n.º 100/2019 de 9 de setembro, reconhece o direito do cuidador a cuidados de saúde mental, com vista ao seu bem-estar emocional.

A ansiedade dos cuidadores familiares parece estar associada às características quer dos cuidadores, quer da pessoa dependente (Cottagiri & Sykes, 2019; Jácome et al., 2014; Karabekiroğlu, Demir, Aker, Kocamanoglu, & Karabulut, 2018; Zhao et al., 2021).

Torna-se pertinente estudar fatores que podem estar relacionados com a ansiedade do cuidador familiar, no sentido de antecipar e prevenir possíveis alterações emocionais do cuidador e consequentemente da pessoa cuidada, melhorando o desempenho do papel de cuidador.

O objetivo definido para este estudo foi: analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas, sobrecarga e ansiedade do cuidador familiar da pessoa dependente.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Cuidar de uma pessoa com dependência é uma situação complexa e multidimensional e a transição para o papel de cuidador pode ser abrupta ou progressiva. Os cuidadores informais, de acordo com Martins et al. (2016) e com Sequeira et al. (2018), prestam cuidados de forma não remunerada, podendo executá-los na totalidade ou apenas parcialmente. No contexto do domicílio estes cuidados ficam habitualmente sob a responsabilidade de um familiar, sendo por isso usualmente designado de cuidador familiar.

O assumir deste papel e o desempenho das funções a este associado revela-se exigente, sendo possível que esta prestação de cuidados, ao longo do tempo, conduza a sobrecarga, tendo repercussões em várias esferas, quer ao nível da saúde, da vida social e familiar, da capacidade financeira, quer do dia-a-dia e da atividade profissional do cuidador. O impacto sentido por estes cuidadores conduz a inúmeros obstáculos e desafios, sendo frequente a emergência de um conjunto de exigências, que implicam a reorganização pessoal e familiar a diversos níveis, sentidos por vezes como uma sobrecarga (Martins et

Ansiedade associada ao desempenho do papel de cuidador familiar de pessoa dependente

al., 2016; Sequeira et al., 2018). A sobrecarga é elevada em cuidadores familiares e estes percebem negativamente o seu estado de saúde (Figueiredo & Sousa, 2008) e referem ainda desconforto emocional (Gratao et al., 2012), incluindo ansiedade (Delalibera, Presa, Barbosa, & Leal, 2015).

Os cuidadores têm, na opinião de Cottagiri e Sykes (2019), alto risco de desenvolver distúrbios psicológicos. Por sua vez, Cabral, Duarte, Ferreira, e Santo (2014) referem que associadas ao desempenho do papel de cuidador informal surgem, em algumas situações, perturbações mentais, nomeadamente a ansiedade.

Cuidadores de pessoas que sobreviveram a um acidente vascular cerebral mostraram taxas de prevalência de sintomas de ansiedade de 21.4% (Loh, Tan, Zhang, & Ho, 2017). Por sua vez, em cuidadores de pessoas com demência, a taxa de prevalência deste indicador é de 43.6% (Sallim, Sayampanathan, Cuttilan, & Chun-Man Ho, 2015).

As mulheres, comparativamente com os homens, apresentam níveis médios mais elevados de ansiedade (Apóstolo et al., 2011; Cottagiri & Sykes, 2019). Cuidadores com menor nível de inteligência emocional e mais velhos também demonstram maior ansiedade e stress (Cottagiri & Sykes, 2019). Relativamente à idade Apóstolo et al. (2011) e Min, Yu, Lee, e Chae (2013) referem que pessoas mais velhas apresentam maior ansiedade. Por sua vez, os sintomas que lhe são característicos não se parecem correlacionar com os anos de escolaridade (Min et al., 2013).

A ansiedade parece ser mais elevada quando os cuidadores residem com a pessoa cuidada, em comparação com aqueles que residem mais afastados, sendo esta menor em cuidadores que recebem

suporte de outras pessoas no desempenho do seu papel (Karabekiroğlu et al., 2018).

De acordo com Pristavec (2019), quando os cuidadores relatam, predominantemente, benefícios do papel que desempenham, as pessoas de quem cuidam são menos propensas a tornarem-se ansiosas. Nesta perspetiva, aprofundar o conhecimento acerca das variáveis que conduzem à ansiedade dos cuidadores familiares, de forma a perceber como se podem melhorar as suas condições, pode trazer benefícios para ambos os elementos da díade de cuidados (Pristavec, 2019).

METODOLOGIA

Para este estudo foi aplicada uma metodologia de investigação do tipo quantitativa, descritiva, correlacional e transversal, realizada com a população de cuidadores familiares de pessoa com dependência física e/ou declínio cognitivo no centro do país.

Para identificação e avaliação da dependência e/ou declínio cognitivo da pessoa cuidada foram utilizados o Índice de Barthel e o *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE). Como instrumentos de recolha de dados relativos ao cuidador foram utilizados um questionário de avaliação das características sociodemográficas, a Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira et al., 2018; Zarit & Zarit, 1983) e a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress-21 (EADS21) (Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

A Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2010; Zarit & Zarit, 1983) é constituída por 22 itens e avalia o grau de sobrecarga experimentada pelo cuidador. Cada item é pontuado de forma qualitativa e quantitativa: 1 – nunca; 2 – quase nunca; 3 – às vezes; 4 – muitas vezes; e 5 – quase sempre. A pontuação

Ansiedade associada ao desempenho do papel de cuidador familiar de pessoa dependente

global que varia entre 22 e 110 e um valor mais elevado corresponde uma maior percepção de sobrecarga.

A EADS21 (Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro et al., 2004) permite avaliar empiricamente a ansiedade, depressão e stress, em subescalas, segundo o modelo tripartido, em que os constructos são claramente distintos. A ansiedade reflete as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. A escala é constituída por 21 itens com quatro possibilidades de resposta, tipo *Likert*, que avaliam a presença de sintomas na última semana: 0 – não se aplicou nada a mim; 1 – aplicou-se a mim algumas vezes; 2 – aplicou-se a mim muitas vezes; e 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes. Os resultados da subescala de ansiedade são determinados pela soma dos sete itens que a compõem (2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20), multiplicando por dois, e valores mais elevados de pontuação revelam um estado mais negativo. Neste estudo, para efeitos de tratamento estatístico, a variável ansiedade foi recodificada em: normal (0 a 7); e com ansiedade (superior ou igual a 8, esta englobando os estados leve, moderado, severo e extremamente severo).

Ambas as escalas estão traduzidas e validadas para a população portuguesa, com boas propriedades psicométricas, um alfa de *Cronbach* de 0.93 para a Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira et al., 2018) e de 0.74 para a subescala de ansiedade da EADS21 (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Para a colheita de dados recorreu-se a uma amostra não probabilística, por redes ou “em bola de neve”, que incluiu 85 cuidadores familiares, inicialmente identificados em internamento hospitalar, onde eram prestados cuidados ao familiar dependente, que posteriormente referenciaram e contactaram outros

participantes da comunidade que aceitaram integrar no estudo. Os critérios de inclusão da amostra foram: ter idade igual ou superior a 18 anos; ser cuidador familiar da pessoa dependente, há pelo menos 6 meses e ser o cuidador principal ou primário da pessoa dependente. Foram igualmente definidos como critérios de seleção relativamente à pessoa dependente de cuidados: possuir dependência física e/ou declínio cognitivo, há pelo menos 6 meses; ter idade igual ou superior a 18 anos e não ser residente em instituição de apoio a pessoas dependentes.

No momento da realização da colheita de dados, foram explicados ao cuidador familiar, a natureza e os objetivos do estudo. Foi solicitada a participação e assinatura do consentimento informado legal, onde se referia a finalidade do estudo, salvaguardando o anonimato e a confidencialidade, dando-lhe a opção de desistir a qualquer momento de colaborar no estudo, sem prejuízo para os seus direitos. Foi ainda pedido parecer para a realização do estudo à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração de um hospital do centro do país.

Os dados recolhidos foram objeto de análise, utilizando o programa de tratamento estatístico *Statistical Package for Social Science*, versão 24, recorrendo à estatística descritiva e inferencial. Para a estatística inferencial foi usado o teste paramétrico *t* de *Student* e testes não paramétricos, como o *Kruskal-Wallis* e o *U Mann-Whitney*, sendo que estes últimos são testes menos potentes e foram utilizados quando os pressupostos para a aplicação dos testes paramétricos não estavam cumpridos (*Shapiro-Wilk* para testar a normalidade e *Levine* para testar a homogeneidade da variância). Os resultados foram considerados estatisticamente significativos se $p < 0.05$.

Ansiedade associada ao desempenho do papel de cuidador familiar de pessoa dependente

RESULTADOS

Através da análise dos dados obtidos verificou-se que a média de idade dos 85 cuidadores familiares foi de 51.97 anos, com um desvio padrão de 15.02 anos, variando entre a idade mínima de 19 ano e máxima de 75 anos.

A maioria dos participantes era do sexo feminino (92.9%), com idade entre 50 e 60 anos (36.5%), casado ou a residir em união de facto (64.7%) e apresentava escolaridade até ao terceiro ciclo (48.2%).

Em relação à situação profissional os participantes eram maioritariamente desempregados (58.8%) e, no que se refere ao agregado familiar, residiam essencialmente no seio de uma família alargada (69.4%), constituída por marido, esposa, filhos e pessoas com outro grau de parentesco (cf. Tabela 1).

Analisando a ansiedade dos cuidadores familiares (cf. Tabela 1) foi possível constatar que 38.8% dos cuidadores mostravam ansiedade, enquanto 61.2% não a apresentavam. Verificou-se ainda que 54.5% dos participantes com ansiedade tinham idade compreendida entre 50 e 60 anos e 46.2% dos participantes sem ansiedade tinham menos de 50 anos. Foi aplicado o teste de *Kruskal-Wallis* para analisar a ansiedade do cuidador familiar face à idade. Do resultado obtido ressaltou que os cuidadores que detinham entre 50 e 60 anos eram os que revelavam valores mais elevados de ansiedade e os cuidadores com menor ansiedade tinham menos de 50 anos, com diferenças entre os grupos estatisticamente significativas ($\chi^2=7.564$; $p=0.023$).

Relativamente ao sexo sobressaiu que, a maioria dos participantes que apresentava ansiedade (97.0%) era do sexo feminino (cf. Tabela 1). Procurando perceber em que medida o sexo discriminava a ansiedade foi

realizado o teste de *U Mann-Whitney*. Verificou-se assim que a ordenação média era maior, no sexo masculino, na ansiedade, sem significância estatística para os resultados encontrados ($U=225.5$; $p=0.841$).

Quanto ao estado civil, 75.8% dos cuidadores com ansiedade são casados ou em união de facto (cf. Tabela 1). Foi realizado um teste *t* de *Student*, para verificar se a ansiedade era discriminada pelo estado civil do cuidador familiar. Foi possível notar pelos resultados obtidos que os casados ou em união de facto apresentavam índice médio mais elevado de ansiedade, sem diferenças estatisticamente significativas ($t=-1.300$, $p=0.197$).

No que respeita à escolaridade constatou-se que 48.5% dos participantes com ansiedade têm até ao terceiro ciclo de escolaridade, 33.3% têm o ensino secundário e 18.2% o ensino superior. Relativamente aos participantes que não manifestaram ansiedade, 48.1% têm até ao terceiro ciclo de escolaridade, 50.0% o ensino secundário e 1.9% o ensino superior (cf. Tabela 1). Com o propósito de analisar a ansiedade face à escolaridade aplicou-se o teste de *Kruskal-Wallis*. Os resultados obtidos salientaram que os cuidadores com ensino superior apresentavam maior ansiedade e os cuidadores com ensino secundário eram os que revelavam valores inferiores. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ($\chi^2=9.471$; $p=0.009$).

Relativamente à situação profissional, 57.6% dos participantes com ansiedade eram desempregados e 42.4% empregados (cf. Tabela 1). Foi utilizado o teste *t* de *Student*, para verificar se a ansiedade era discriminada pela situação profissional do cuidador familiar. Observou-se pelos resultados obtidos que as pessoas empregadas apresentavam índice médio mais

Ansiedade associada ao desempenho do papel de cuidador familiar de pessoa dependente

alto de ansiedade. O teste t indica-nos que não há diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ($t=0.856$, $p=0.396$).

Analisando a variável agregado familiar verificou-se que 60.6% dos participantes com ansiedade pertencia a uma família alargada e 39.4% a uma família nuclear (cf. Tabela 1). Realizou-se o teste de *U Mann-Whitney* para analisar em que medida o agregado familiar discriminava a ansiedade e verificou-se que as ordenações médias eram maiores na família nuclear, não existindo significância estatística entre os grupos ($U=616.5$; $p=0.145$).

Examinando a sobrecarga em função da ansiedade, verificou-se que 63.6% dos participantes com ansiedade apresentavam sobrecarga intensa, 27.3% sobrecarga ligeira e 9.1% não apresentavam sobrecarga. Após aplicação do teste de *Kruskal-Wallis* para analisar a ansiedade do cuidador familiar face à sobrecarga, salienta-se que os cuidadores com sobrecarga intensa eram os que revelavam maior ansiedade e, em sentido inverso, os cuidadores com sobrecarga ligeira eram os que apresentam menor ansiedade. Contudo as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas ($X^2=0.868$; $p=0.282$).

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica do cuidador em função da ansiedade

Variáveis	Ansiedade Normal		Com Ansiedade		Total		Residuais Ajustados		Teste Qui-quadrado	
	Nº (52)	% (61.2)	Nº (33)	% (38.8)	Nº (85)	% (100.0)	Normal	Com Ansiedade	X ²	p
Idade										
< 50 anos	24	46.2	3	9.1	27	31.8	3.6	-3.6	13.922	0.001
50 a 60 anos	13	25.0	18	54.5	31	36.5	-2.8	2.8		
> 60 anos	15	28.8	12	36.4	27	31.8	-0.7	0.7		
Sexo										
Masculino	5	9.6	1	3.0	6	7.1	1.2	-1.2	1.334	0.248
Feminino	47	90.4	32	97.0	79	92.9	-1.2	1.2		
Estado Civil										
Solteiro/Viúvo/Divorciado	22	42.3	8	24.2	30	35.3	1.7	-1.7	2.885	0.089
Casado/União de facto	30	57.7	25	75.8	55	64.7	-1.7	1.7		
Escolaridade										
Até ao 3º ciclo	25	48.1	16	48.5	41	48.2	0.0	0.0	7.769	0.021
Secundário	26	50.0	11	33.3	37	43.5	1.5	-1.5		
Superior	1	1.9	6	18.2	7	8.2	-2.7	2.7		
Situação Profissional										
Empregado	21	40.4	14	42.4	35	41.2	-0.2	0.2	0.035	0.852
Desempregado	31	59.6	19	57.6	50	58.8	0.2	-0.2		
Agregado Familiar										
Família nuclear	13	25.0	13	39.4	26	30.6	-1.4	1.4	1.970	0.160
Família alargada	39	75.0	20	60.6	59	69.4	1.4	-1.4		

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo, embora limitados no que concerne à possibilidade da sua generalização, devido à dimensão e ao tipo de amostra utilizadas,

evidenciam que a ansiedade está presente num número significativo de cuidadores familiares.

Neste estudo a amostra foi constituída por 85 cuidadores familiares, maioritariamente do sexo

Ansiedade associada ao desempenho do papel de cuidador familiar de pessoa dependente

feminino, com idade média de 51.97 anos (desvio padrão de 15.02 anos) e na globalidade os cuidadores eram casados ou viviam em união de facto, tinham escolaridade até ao terceiro ciclo, características que se aproximam às de outras amostras estudadas (Cabral et al., 2014; Figueiredo & Sousa, 2008; Sequeira et al., 2018). Era, ainda, maioritariamente constituída por pessoas desempregadas, que residiam com família alargada, uma vez que habitualmente os cuidadores familiares se encontram sem atividade profissional o que é congruente com os trabalhos de Figueiredo e Sousa (2008) e Sequeira et al (2018).

A ansiedade encontrava-se presente em 38.8% dos cuidadores familiares deste estudo, enquanto 61.2% dos cuidadores não apresentavam ansiedade. Comparativamente com os resultados encontrados por Zhao et al. (2021) que, mais recentemente, verificaram que 36.2% dos cuidadores familiares principais apresentavam ansiedade, numa amostra de 1018 participantes.

Após análise inferencial, verificou-se que os cuidadores familiares que apresentaram maior ansiedade, com diferenças estatisticamente significativas, tinham idade entre os 50 e os 60 anos e como escolaridade o ensino superior. Estes resultados diferem dos resultados encontrados, por outros autores, nomeadamente Apóstolo et al. (2011) e Min et al. (2013) cujos estudos apontam que, pessoas mais velhas apresentem maior ansiedade, assim como alguns estudos realizados em amostras de cuidadores familiares, como os Cabral et al. (2014) e Cottagiri e Sykes (2019) que apontam para o aumento da ansiedade com o aumento da idade. Também não congruentes com os resultados deste estudo está o estudo de Cabral et al. (2014) que refere existirem

diferenças estatisticamente significativas entre cuidadores com menor escolaridade e que os que possuem ensino secundário e superior sendo que, os cuidadores com menos escolaridade apresentam maior nível de ansiedade. No entanto, outros autores verificaram que os anos de escolaridade não se correlacionam com sintomas de ansiedade (Min et al., 2013).

Os cuidadores familiares casados ou que residiam em união de facto apresentavam índices mais elevados de ansiedade e este resultado, embora sem significância estatística, poderá ser justificado pelo facto de a grande maioria dos cuidadores serem mulheres, que, para além dos cuidados informais que prestam, também têm de assumir funções domésticas e/ou cuidados aos filhos.

Relativamente ao sexo, situação profissional e agregado familiar, os cuidadores com maior ansiedade eram do sexo masculino, empregados e pertenciam a uma família nuclear, mas estes resultados não se revelaram estatisticamente significativos. No que se refere ao sexo, os diferentes estudos apontam para resultados distintos dos nossos, uma vez que afirmam que pessoas do sexo feminino apresentam maior nível de ansiedade, alguns com diferenças significativas (Apóstolo et al., 2011; Cabral et al., 2014; Cottagiri & Sykes, 2019), outros sem diferenças significativas (Min et al., 2013). De forma diferente ao que acontece em relação ao sexo, relativamente ao estado civil, há alguma discordância entre resultados de outros estudos, nomeadamente o estudo de Cabral et al. (2014) que aponta para que a ansiedade seja maior em cuidadores solteiros, divorciados ou viúvos, enquanto o estudo de Min et al. (2013) refere que, a ansiedade é maior em pessoas casadas, ambos sem diferenças

Ansiedade associada ao desempenho do papel de cuidador familiar de pessoa dependente

estatísticas significativas. Também não corroborando os resultados deste estudo, Cabral et al. (2014) referem que cuidadores desempregados e reformados tem maior ansiedade, mas também sem diferenças estatisticamente significativas

Analisando a ansiedade em função da sobrecarga, verificou-se, que os cuidadores familiares que apresentavam sobrecarga intensa foram os que revelam maior ansiedade e, os cuidadores com sobrecarga ligeira apresentaram menor ansiedade. As diferenças entre os grupos não foram, no entanto, estatisticamente significativas. Estes resultados são congruentes com estudos que evidenciaram que quanto maior a sobrecarga percebida, maiores os níveis de ansiedade manifestados, com significância estatística (Cabral et al., 2014). Por outro lado, o nível de sobrecarga em conjunto com outros fatores é preditor dos níveis de ansiedade dos cuidadores (Karabekiroğlu et al., 2018), mostrando a importância da redução da sobrecarga, associada a outros fatores, para a manutenção da saúde mental dos cuidadores familiares.

CONCLUSÃO

Na amostra analisada, a idade e a escolaridade do cuidador familiar da pessoa dependente parecem estar relacionadas com a sua ansiedade. Por sua vez o sexo, estado civil, situação profissional, agregado familiar e sobrecarga não parecem relacionar-se com a ansiedade do cuidador familiar. Estes resultados carecem da realização de estudos com amostras mais robustas para a sua verificação.

Dado as limitações encontradas com a amostra utilizada neste estudo, em investigações futuras seria pertinente ampliar a dimensão da amostra estudada,

para além de se considerar a integração de cuidadores familiares com experiência inferior a 6 meses, pois os níveis de ansiedade poderão ser diferentes, no sentido de se poderem efetuar generalizações mais sustentadas. Em estudos futuros, seria pertinente verificar a existência de um cuidador secundário, o que dará para perceber se existe algum apoio mais efetivo ao cuidador familiar, ao invés de considerar apenas a análise da variável "dimensão do agregado familiar". Seria igualmente importante estudar grupos de cuidadores familiares em particular, por exemplo, de pessoas com demência ou em situação paliativa, para se conhecer esta população de forma mais detalhada e sustentar intervenções específicas em função das diferentes alterações encontradas.

Como implicação para a prática, dado que a ansiedade do cuidador também pode ter repercussões na pessoa dependente, estes dados podem contribuir para que os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros pela proximidade que estabelecem com a população, estejam mais atentos, monitorizando os cuidadores que têm maior probabilidade de desenvolver ansiedade, e intervindo precocemente no sentido da prevenção e promoção da saúde mental dos cuidadores familiares, cuidando também de quem cuida, por exemplo promovendo a aquisição de estratégias de *coping* e a capacidade de gestão de emoções, e identificando e fortalecendo fatores de proteção/resiliência.

Os enfermeiros, ao aprofundarem os seus conhecimentos acerca dos fatores que estão relacionados com a ansiedade do cuidador familiar da pessoa dependente conseguem, mais facilmente, atuar no exercício das suas funções, no sentido da promoção da saúde mental e prevenção de

Ansiedade associada ao desempenho do papel de cuidador familiar de pessoa dependente

transtornos emocionais que decorrem do desempenho do papel inerente à prestação de cuidados. Assim torna-se fundamental desenvolver projetos que sensibilizem os enfermeiros e restantes profissionais de saúde para o problema da ansiedade do cuidador familiar e para a importância da sua monitorização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J., Mendes, A., Antunes, M. T. C., Rodrigues, M. A., Figueiredo, M. H., & Lopes, M. C. F. da G. (2011). Perturbações afectivo-emocionais em contexto de cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(3), 67–74.
- Cabral, L., Duarte, J., Ferreira, M., & Santos, C. (2014). Anxiety, stress and depression in family caregivers of the mentally ill. *Atencion Primaria, 46*(Espec Cong 1), 176–179. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(14\)70087-3](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70087-3)
- Cottagiri, S. A., & Sykes, P. (2019). Key health impacts and support systems for informal carers in the UK: A thematic review. *Journal of Health and Social Sciences Advance Online Publication, 4*(2), 173–198. <https://doi.org/doi10.19204/2019/kyh11>
- Delalibera, M., Presa, J., Barbosa, A., & Leal, I. (2015). Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(9), 2731–2747. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.09562014>
- Figueiredo, D., & Sousa, L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 26*(1), 15–24.
- Gratao, A. C. M., Vendruscolo, T. R. P., Talmelli, L. F. da S., Figueiredo, L. C., Santos, J. L. F., & Rodrigues, R. A. P. (2012). Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto e Contexto Enfermagem, 21*(2), 304–312. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000200007>
- Jácome, C., Figueiredo, D., Gabriel, R., Cruz, J., & Marques, A. (2014). Predicting anxiety and depression among family carers of people with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *International Psychogeriatrics, 26*(7), 1191–1199. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000337>
- Karabekiroğlu, A., Demir, E. Y., Aker, S., Kocamanoglu, B., & Karabulut, G. S. (2018). Predictors of depression and anxiety among caregivers of hospitalised advanced cancer patients. *Singapore Med J, 59*(11), 572–577.
- Loh, A. Z., Tan, J. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2017). The Global Prevalence of Anxiety and Depressive Symptoms Among Caregivers of Stroke Survivors. *Journal of the American Medical Directors Association, 18*(2), 111–116. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.08.014>
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335–343.
- Martins, T., Araújo, M. F., Peixoto, M. J., & Machado, P. P. (2016). *A Pessoa Dependente e o Familiar Dependente* (1ª ed.). Lusodidacta
- Melo, R. (2020). *A Transição para o Papel de Cuidador Familiar: A Família, o Cuidador Familiar e a Pessoa Dependente* (1ª ed.). Novas Edições Académicas.
- Min, J. A., Yu, J. J., Lee, C. U., & Chae, J. H. (2013). Cognitive emotion regulation strategies contributing to resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry, 54*, 1190–1197. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.05.008>
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5*(2), 229–239.
- Pristavec, T. (2019). The caregiving dyad: Do caregivers' appraisals of caregiving matter for care recipients' health? *Archives of Gerontology and Geriatrics, 82*, 50–60. <https://doi.org/10.1016/J.ARCHGER.2019.01.020>
- Sallim, A. Bin, Sayampanathan, A. A., Cuttitan, A., & Chun-Man Ho, R. (2015). Prevalence of Mental Health Disorders Among Caregivers of Patients With Alzheimer Disease. *Journal of the American Medical Directors Association, 16*(12), 1034–1041. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.09.007>
- Sequeira, C., Lange, C., Sousa, L., & Llano, P. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2ª ed.). Lidel.

Ansiedade associada ao desempenho do papel de cuidador familiar de pessoa dependente

Wilks, S. E., Little, K. G., Gough, H. R., & Spurlock, W. J. (2011). Alzheimer's aggression: Influences on caregiver coping and resilience. *Journal of Gerontological Social Work*, 54(3), 260–275. <https://doi.org/10.1080/01634372.2010.544531>

Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (1983). *The memory and behaviour problems checklist - and the burden interview*. Technical report. Pennsylvania State University

Zhao, J., Zeng, Z., Yu, J., Xu, J., Chen, P., Chen, Y., ... Ma, Y. (2021). Effect of main family caregiver's anxiety and depression on mortality of patients with moderate-severe stroke. *Scientific Reports*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81596-8>

A FAMÍLIA DA CRIANÇA COM DOENÇA CRÓNICA NO DOMICÍLIO: EMOÇÕES NO CUIDAR

The family of a chronically ill child at home: emotions in care

La familia de los niños con enfermedades crónicas en el hogar: emociones en el cuidado

Ana Florêncio*, Manuela Cerqueira**

RESUMO

Enquadramento: a doença crónica na criança desencadeia uma série de exigências nas famílias cuidadoras com repercussões emocionais na dinâmica familiar. **Objetivo:** identificar a experiência emocional do familiar cuidador da criança com doença crónica no domicílio. **Metodologia:** estudo qualitativo, exploratório descritivo, recurso a entrevista semiestruturada dirigida a 16 famílias cuidadoras de crianças com doença crónica de uma unidade de cuidados de saúde primários do Alto Minho. Os dados foram analisados com o recurso à técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2011). O estudo respeitou os princípios ético-morais. **Resultados:** as famílias da criança com doença crónica no domicílio experienciam uma variabilidade de emoções e sentimentos: revolta; frustração; incerteza, stress, sofrimento que advém da fragilidade emocional, como culpa, choro e revolta. Pelas narrativas dos familiares pudemos verificar que a sua experiência enquanto cuidador é envolta de vários eventos marcantes, que realçam a importância das experiências anteriores e da abordagem terapêutica dos profissionais de saúde. **Conclusão:** cuidar da criança com doença crónica no domicílio exige aos profissionais de saúde, nomeadamente ao enfermeiro, um enfoque na dimensão emocional dos familiares, reforçando assim, a sua importância na implementação de intervenções multidimensionais promotoras da literacia e da sua autogestão emocional.

Palavras chave: familiar cuidador; criança; doença crónica; emoções

*MsC, Enfermagem Comunitária, Enfermeira na Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal - <https://orcid.org/0000-0003-2584-9222>

- Contribuição para o artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

** PhD, Enfermagem, Área de Especialidade Cuidados Paliativos, Investigadora da Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E) Coimbra – Portugal e Professora Adjunta na ESS/IPVC School of Health of the Polytechnic Institute of Viana do Castelo - <https://orcid.org/0000-0001-8118-5366>

Contribuição para o artigo: Drafting of the article, Critical revision of the article

Como referenciar:

Florêncio, A., & Cerqueira, M., (2021). A família da criança com doença crónica no domicílio: emoções no cuidar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(2), 73-87. doi.org/10.37914/riis.v4i2.109

Recebido para publicação: 03/12/2020
Aceite para publicação: 03/11/2021

ABSTRACT

Background: chronic illness in children triggers a series of demands on caregiver families with emotional repercussions on family dynamics. **Objectives:** to identify the emotional experience of family caregivers of children with chronic illnesses at home. **Methodology:** qualitative, descriptive exploratory study, using a semi-structured interview directed at 16 families who care for children with chronic illness in a primary care unit in Alto Minho. Data was analyzed using the technique of content according analysis to Bardin (2011). The study respected the ethical-moral principles. **Results:** families of children with chronic illnesses at home experience a range of emotions and feelings: anger; frustration; uncertainty, stress, suffering that comes from emotional fragility, such as guilt, crying and anger. Through the family members' narratives, we could verify that their experience as a caregiver is surrounded by several remarkable events, which highlight the importance of previous experiences and the therapeutic approach of health professionals. **Conclusion:** taking care of a chronically ill child at home requires health professionals, namely nurses, to focus on the emotional dimension of family members, thus reinforcing their importance in the implementation of multidimensional interventions that promote literacy and their emotional self-management.

Keywords: family caregiver; child; chronic illness; emotions

RESUMEN

Marco contextual: la enfermedad crónica en los niños desencadena una serie de exigencias en las familias cuidadoras con repercusiones emocionales en la dinámica familiar. **Objetivo:** identificar la experiencia emocional de los cuidadores familiares de niños con enfermedades crónicas en el hogar.

Metodología: estudio exploratorio, cualitativo, descriptivo, mediante entrevista semiestructurada dirigida a 16 familias que atienden a niños con enfermedades crónicas en una unidad de atención primaria en Alto Minho. Los datos se analizaron mediante la técnica de análisis de contenido según Bardin (2011). El estudio respetó los principios ético-morales. **Resultados.** las familias de niños con enfermedades crónicas en el hogar experimentan una variedad de emociones y sentimientos: ira; frustración; incertidumbre; estrés, sufrimiento que proviene de la fragilidad emocional, como la culpa, el llanto y la ira. A través de las narrativas de los familiares, pudimos constatar que su experiencia como cuidador está rodeada de varios hechos destacables, que resaltan la importancia de las experiencias previas y el abordaje terapéutico de los profesionales de la salud. **Conclusión:** el cuidado de un niño con enfermedad crónica en el hogar requiere que los profesionales de la salud, es decir, enfermeras, se enfoquen en la dimensión emocional de los familiares, reforzando así su importancia en la implementación de intervenciones multidimensionales que promuevan la alfabetización y su autogestión emocional.

Palabras clave: cuidador familiar; niño; enfermedad crónica; emociones

INTRODUÇÃO

A incidência de doença crónica na idade pediátrica tem vindo aumentar nos últimos anos, com o consequente aumento de incapacidades, fruto dos avanços científicos e tecnológicos que permitiram o aumento da esperança de vida e o diagnóstico precoce das crianças com doença crónica (Santos & Barros, 2015).

De acordo, com Santos (2010) a doença crónica é toda e qualquer patologia de longa duração, evolutiva que determina uma alteração orgânica ou funcional irreversível, potencialmente incapacitante, sem perspectiva de remissão completa e que altera a qualidade de vida da pessoa a nível físico, mental, emocional, social e/ou económico. Algumas crianças com doença crónica podem viver sem restrições, outras têm um prognóstico reservado a curto ou médio prazo. Muitas vezes, o viver é permeado por momentos de hospitalização, tentativas de manter as atividades no domicílio, escola, consultas (Gomes, Mota, Moreira, Jung, Xavier, & Silva, 2017).

É aos familiares cuidadores (pais) que cabe a socialização, a proteção dos filhos e, em situação de doença crónica, a prestação de cuidados. Nesta situação, a dinâmica familiar sofre alterações, exigindo grande parte das vezes, necessidade de alterar rotinas de vida e em simultâneo, realizar a autogestão emocional. Para Damásio (2010), as emoções são desencadeadas após um processo mental de avaliação, o qual é voluntário, determinado por processos fisiológicos ou no decorrer de interações do organismo com o meio ambiente, causando as emoções de fundo. Por sua vez, o sentimento é algo reservado que decorre da experiência mental de uma emoção. Neste sentido, o sentimento é a experiência mental que nós temos do

que se passa no corpo. É o mundo que se segue (à emoção).

A evidência científica, vem demonstrando que cuidar de uma criança com doença crónica no domicílio é para os familiares cuidadores uma tarefa complexa e, envolvendo desgaste emocional, pois deparam-se no seu quotidiano de vida com a irreversibilidade da doença e com o que isso representa. Cada família, irá lidar com a nova situação de maneira diferente e isso dependerá das experiências prévias, das crenças, dos valores de cada membro familiar, além da influência e do espaço que desenvolvem e ocupam na sua rede organizacional (Milbrath, Motta, Gabatz, & Freitag, 2017).

Efetivamente, a presença de doença crónica na criança, desencadeia nos cuidadores níveis de morbidade emocional que derivam não só da exigência da prática de cuidados, como da possibilidade de enfrentar a perda iminente da criança, para os quais não estão muitas vezes preparados. O medo, a ansiedade, a frustração e o stress são frequentemente descritos como presentes nas vivências, podendo conduzir a uma crise na dinâmica familiar. Os familiares cuidadores destas crianças são confrontados com novas exigências, com alterações nas rotinas e readaptações diversas (Silva, Oliveira, Ferreira, Marques, Silva, & Silva, 2020).

Ao longo de todo este percurso de doença, o familiar cuidador, entendendo-o como aquele “que acompanha e cuida a pessoa cuidada de forma permanente que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (Portaria n.º 64/2020 de 10 de março, p. 6), desafia os profissionais de saúde, em especial os

A família da criança com doença crónica no domicílio: emoções no cuidar

enfermeiros dos cuidados de saúde primários, a desenvolver conjuntamente com estes, estratégias personalizadas que os ajudem a capacitar para a continuidade dos cuidados no domicílio e para a promoção da saúde da criança. Tal como salienta Lopes (2015), é fundamental conhecer as necessidades quer físicas, quer emocionais, avaliar as suas forças e fragilidades, de forma a possibilitar intervenções apropriadas capazes de mobilizar as competências parentais existentes e sustentar a aquisição de outras, contribuindo para uma maior autonomia.

Aprender a viver com uma doença crónica é um processo contínuo que envolve comprometimento para com as constantes transições complexas e multidimensionais do processo de doença, que implicam movimento e mudanças nos padrões de vida, ou seja, a passagem de um estado estável para outro estado estável (Meleis, 2010). O grau de comprometimento da criança e família com o processo de transição, pode ser alterado de acordo com as exigências e complexidade do tratamento, pela exposição a situações de dor e sofrimento, aumentando a confusão e diminuindo a confiança e mecanismos de *coping* até então adotados (Meleis, 2010).

Também, o estudo de natureza quantitativo realizado no âmbito do estágio de enfermagem de saúde pública do mestrado em enfermagem comunitária, subordinado ao tema “Necessidades de saúde especiais num Agrupamento de Escola”, no Alto Minho, Portugal, evidenciou que numa população de 1258 alunos, existiam 460 crianças/jovens que apresentavam um ou mais problemas de saúde crónicos com repercussões na vida emocional da família.

Face ao exposto, levantamos a seguinte questão de investigação: *quais as emoções e sentimentos do familiar cuidador da criança com doença crónica no domicílio?* com o objetivo de identificar a experiência emocional do familiar cuidador da criança com doença crónica no domicílio, tendo por finalidade contribuir para a gestão emocional do familiar cuidador e para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem comunitária de âmbito multidimensional.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Cuidar da criança com doença crónica no domicílio, leva a que o familiar cuidador redefina e reorganize os seus papéis e funções, bem como, a integração de novas aprendizagens, de incorporação de novos comportamentos e atitudes, requerendo muitas vezes, a reorientação interna para aprenderem a integrar as necessidades decorrentes do processo de doença da criança. Tudo isto, obriga a um enorme esforço no processo de adaptação à sua nova condição (Ribeiro, 2017).

As evidências científicas, vêm demonstrando que os familiares cuidadores experienciam também alterações nas atividades de descanso e lazer, na organização do quotidiano de vida, na relação conjugal e parental, na situação laboral e económica e, na necessidade de recurso a apoio formal e informal (Pfrimer, Afonso, Lima, & Abe, 2018, Gomes et al., 2017).

Reisinho (2019), realça que os pais dos adolescentes com doença crónica, experienciam várias sensações, tais como: o choque do diagnóstico, a aprendizagem de competências para gerir a doença do seu filho e o sentimento de culpa e impotência por não poderem defender o seu filho deste acontecimento crítico.

A família da criança com doença crónica no domicílio: emoções no cuidar

Na ótica de Santos e Barros (2015), a perspetiva atual da adaptação à doença é um processo dinâmico e multideterminado com fases de maior equilíbrio e aceitação e outras de crise e de instabilidade. Também Medeiros, Bezerra, & Sousa (2020), concluíram no seu estudo relativo a expectativas, sentimentos e vivências de pais cuidadores de crianças com problemas hematológicos severos, que a doença crónica da criança tem repercussões em toda a família sobrecarregando a mãe no processo de cuidados, afastando-a desse modo de outras funções, para além de originar momentos dolorosos, mas impulsionadores de novas aprendizagens, contribuindo para uma nova valorização da vida.

Abdicar da sua vida pessoal e profissional, passando a viver o seu quotidiano de vida em função da criança com doença crónica torna o familiar cuidador mais vulnerável, tal como referia Silva, Collet, Silva, & Moura (2010), ao identificar fatores de vulnerabilidade nessas famílias, tais como: sentimentos de insegurança; medo de perder o filho; carência de espaços de diálogo e de escuta; dúvidas quanto ao diagnóstico; fragilização dos vínculos familiares; sensação de desamparo e solidão. O reconhecimento destas situações, deve conduzir a uma reflexão e intervenção da equipa de saúde mais oportuna, visando a criação de vínculos para a melhoria do cuidado. Referem Freitag, Milbrath, & Motta (2020), que o profissional de saúde deve desenvolver estratégias que minimizem as situações de vulnerabilidade e prepare as famílias para lidar com a nova situação. Nesse sentido, é fundamental o estabelecimento de uma comunicação efetiva entre a tríade de cuidados (familiar cuidador, criança e profissional de saúde), de forma a contribuir para a

construção de uma relação empática e para a satisfação do familiar cuidador.

Possuir uma rede de apoio formal e informal a nível domiciliário, podendo ser constituída por profissionais de saúde, outros familiares, a escola, amigos, vizinhos poderá minimizar o sofrimento presente e facilitar a adaptação das famílias aos novos papéis, promovendo novas competências, com destaque para intervenções de enfermagem e numa perspetiva transdisciplinar com envolvimento, participação, negociação e capacitação da criança/família, na construção dos seus projetos de vida (Ribeiro, 2017). Pretende-se, que adquirem mais autonomia quer na prestação de cuidados à criança como nas suas próprias tomadas de decisão e desenvolvimento de fatores promotores.

Estar em contacto diariamente com a criança que enfrenta a incurabilidade da doença, defronta o familiar cuidador com sentimentos de perda, envolvendo uma variabilidade de sentimentos e emoções, pensamentos e até reações que o conduz à vivência de um luto antecipatório. O estudo de Smeha, Lieberknecht, Saibt, Sorensen, Machado, & Castagna (2017), evidenciava que as mães experienciavam sentimento de perda do filho idealizado, vivendo um luto permanente pelo filho que ela não tem, confrontando-a com o seu sonho de ter o seu filho saudável. Também Milbrath et al. (2017), referiam que a doença crónica confronta os pais com o luto pela perda do filho ideal e o encontro com o filho real, que possui limitações e necessidade de tratamentos.

Considera-se que a angústia sentida pelo familiar cuidador, pode ter efeitos prejudiciais significativos, não só para a sua saúde física e mental, mas também, sobre a potencial eficácia de intervenções precoces oferecidas a estas crianças. Silva, Macedo, Silva,

A família da criança com doença crónica no domicílio: emoções no cuidar

Aparício, & André (2017), verificaram no seu estudo, que os pais vivenciavam sentimentos de tristeza, angústia, revolta, culpa e essencialmente medo, no seu quotidiano de vida.

Reisinho (2019), elucida, que com o decorrer do tempo, há um crescendo de sentimentos mais positivos associado ao aumento do conhecimento dos pais e ao fato das manifestações clínicas da doença do filho estarem mais controladas. Para isso, destaca como fundamental o acompanhamento por parte dos profissionais de saúde destas famílias.

Hoje é altamente reconhecido a necessidade dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários, do seu papel fundamental para ajudar na adaptação ao processo de doença, bem como, na gestão da dimensão emocional.

METODOLOGIA

Face ao objetivo traçado para este estudo, “identificar a experiência emocional do familiar cuidador da criança com doença crónica no domicílio”, este insere-se no paradigma qualitativo, de carácter exploratório – descritivo. É do tipo descritivo pois aspira conhecer e interpretar os factos sem interferir nos mesmos. É igualmente exploratório, pois visa proporcionar maior familiaridade com o problema, através da descoberta e explicitação de realidades, com recurso a entrevistas a pessoas que vivenciaram a situação em análise.

Selecionou-se uma amostra não probabilística e por conveniência, constituída por familiares cuidadores de criança com doença crónica no domicílio. Foram definidos como critérios de inclusão: familiar (cuidadores) da criança com doença crónica no domicílio e que aceite de forma voluntária participar

no estudo; familiares de crianças com doença crónica que estivessem inscritos em unidades de saúde familiar da região do Alto Minho. Como critério de exclusão definiu-se familiares que não cuidavam diretamente da criança com doença crónica no domicílio e familiares que não estavam inscritos em unidades de saúde familiar da região do Alto Minho. O período de recolha de dados decorreu durante os meses de janeiro e fevereiro de 2020, após autorização da coordenadora da Unidade Saúde Familiar, autorização da Comissão de Ética da ULSAM, EPE, com obtenção de parecer favorável.

Para recolha de dados, foi utilizado um questionário sociodemográfico com dados biográficos da família, alguns dados biográficos e clínicos da criança e a entrevista semiestruturada com questões semiabertas. Realizámos o pré teste a dois familiares não participantes do estudo de investigação, não tendo sido necessário realizar ajustes ao guião de entrevista.

Estes dados, foram recolhidos por uma das investigadoras num gabinete reservado, de forma a preservar a intimidade dos participantes. Cada entrevista, decorreu num tempo médio de 28 minutos e com marcação prévia. Os dados sociodemográficos foram submetidos a técnica estatística descritiva. Foi solicitado aos participantes o seu consentimento, assim como, a sua autorização para a gravação das entrevistas. 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, hora e duração.

Para o tratamento dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo Bardin (2011). Este método, segundo o autor, permite através de um conjunto de

A família da criança com doença crónica no domicílio: emoções no cuidar

técnicas de análise pormenorizada, obter conhecimentos relativos ao assunto investigado. Os conteúdos das entrevistas foram transformados em unidades de registo com respetivas categorias. Foi efetuada uma leitura cuidadosa, de forma a eliminar informação não relevante e construir as categorias. Após esta codificação dos achados, esta foi submetida a validação de peritos, tendo sido dada como concluída.

RESULTADOS

Analizando os dados obtidos através do preenchimento do questionário sociodemográfico constatou-se que das 16 famílias participantes do estudo, 15 são mães de crianças com doença crónica, apresentando-se como cuidadora principal desta e

uma família apresenta como cuidador principal, o avô materno da criança, sendo este também, o tutor legal da mesma. No que diz respeito à residência, a grande maioria reside na área urbana do Concelho (52,5%).

Os familiares cuidadores apresentam idades compreendidas entre os 31 e os 66 anos (média de idades 42,66 anos). Apresentam habilitações literárias diversas, 6 familiares cuidadores (37,5%) possui o ensino secundário, 5 (31,3%) com formação académica superior.

Relativamente ao tempo de prestação de cuidados à criança com doença crónica no domicílio, situa-se entre 1 e 15 anos. Salienta-se que 5 (31,25%) das famílias cuidadoras cuidam da criança entre 1 e 3 anos, 4 (25%) entre 8 e 12 anos e 3 (18,75%) entre 4 -7 anos e 13 -15 anos respetivamente (ver tabela 1).

Tabela 1

Dados sociodemográficos dos familiares cuidadores

		n	%
Grau de Parentesco	Mãe	15	94
	Avô	1	6
Estado Civil	Casada (o)	10	62,5
	Separada(o)	1	6,3
	Viúva(o)	1	6,3
	União de facto	4	25
Idade	31 Anos	1	6,3
	32-35 Anos	1	6,3
	36- 38 Anos	3	18,8
	39-41 Anos	4	25
	42-45 Anos	3	18,8
	46-49 Anos	3	18,8
	66 Anos	1	1
Habilitações literárias	Ensino Básico (2.º e 3.º ciclo)	4	25
	Ensino Básico (1.º ciclo)	1	6,3
	Ensino Secundário	6	37,5
	Ensino Superior	5	31,3
Situação perante o emprego	Empregados	14	87,5
	Desempregados	2	12,5
Local de Residência	Área Urbana	10	62,5
	Área Rural	6	37,5
Composição agregado familiar	2 Elementos	1	6,3

A família da criança com doença crónica no domicílio: emoções no cuidar

Tempo que cuidam da criança	3 Elementos	5	31,3
	4 Elementos	8	50
	5 Elementos	2	12,5
	<1 ano	1	6,25
	01 - 03 anos	5	31,25
	04 - 07 anos	3	18,75
	08 - 12 anos	4	25
	13 - 15 anos	3	18,75

No que se refere à criança com doença crónica, os familiares cuidadores identificaram 24 patologias do foro crónico. Contudo as mais predominantes relacionam-se com situações do foro respiratório, nomeadamente asma (16,6%). Ressalva-se, que os

familiares cuidadores consideram como doença crónica, os problemas resultantes da prematuridade do seu filho, assim como, o atraso global do desenvolvimento psicomotor (ver tabela 2).

Tabela 2

Dados sociodemográficos da criança com doença crónica

		n	%
Idade	< 1 ano	1	6,3
	1-3 anos	3	18,8
	4-6 anos	1	6,3
	7-9 anos	1	6,3
	10-12 anos	3	18,8
	13-15 anos	5	31,3
	16-18 anos	2	12,5
Sexo	Masculino	9	56,3
	Feminino	7	43,8
Problema de saúde/diagnóstico identificado pelo familiar cuidador	Patologia Respiratória (Asma, Rinite, Alergias)	4	16,66
	Atraso desenvolvimento	2	8,33
	Défice de atenção	2	8,33
	Deficit cofactor molibdeno	1	4,17
	Diabetes tipo I	1	4,17
	Displasia broncopulmonar	1	4,17
	Obesidade	1	4,17
	Paralisia Cerebral - Espástico	1	4,17
	Perturbação do luto	1	4,17
	Síndrome da triploidia do x	1	4,17
	Síndrome de Asperger	1	4,17
	Síndrome Down	1	4,17
	Transtorno do Espectro Autista	1	4,17
	Traqueostomia	1	4,17
	Doença metabólica	1	4,17
	Hiperatividade	1	4,17
Prematuro	2	8,33	
Epilepsia	1	4,17	

A família da criança com doença crónica no domicílio: emoções no cuidar

Através da análise de conteúdo efetuada aos discursos dos participantes relativo à sua dimensão emocional, identificou-se conceitos centrais e respetivas categorias. Não foram identificadas subcategorias (ver tabela 3).

Tabela 3

Área temática, categorias e unidades de registo

Área temática	Categoria	Unidades de registo
Sentimentos e emoções vivenciados pelo familiar cuidador da criança com doença crónica no domicílio	Aceitação	“(…) Neste momento aceito o problema do meu filho, agora já não há problema, desde que mudaram a medicação, sei que é uma doença para a vida toda, já estou habituada(…) temos que aceitar(…)”F1; “ (….) Consigo lidar com as situações (….) Eu vou ter de cuidar dela a vida toda (….) Já consigo conviver com a situação e manter a minha vida(…)” F3.
	Resignação	“(…) Nós passamos fases do diabo. É viver o dia-a-dia (….) ”F4; “ (….) Sim, ter um filho muda em tudo, este dá bocadinho mais trabalho (riso) e precisa mais do nosso apoio, da nossa atenção né (….) Mas ultrapassar isto é uma questão de tempo (riso) (….) temos que aceitar o que Deus nos da (….) ” F7.
	Sufrimento	“(…) foi e continua a ser, como eu digo, foi muito difícil (….) Sei que vai morrer, é muita dor (….)”F6.
	Revolta	(…) ao seu ritmo, que é uma criança capaz e que se as pessoas apostarem nela, ela tem muitas capacidades. E a minha revolta era essa, porque é que eu estava lá sempre (….) F8; “(…) às vezes fico com uma revolta em mim, porque eu digo assim, porque é que não fiz como as outras mães (….)” F11.
	Ambivalência de sentimentos	“(…) não é mau, não, não é mau. Era pior se ele não tivesse progressos, mas ele tem tido bastantes progressos, já melhorou bastante e isso, claro, deixa-me mais (pausa) incentivada para podê-lo ajuda-lo mais, em casa. (….) Às vezes fico assim um bocadinho revoltada, mesmo quando ele está no cantinho dele, se alguém for dizer alguma coisa, que ele não goste, ele então explode mesmo, é nervoso e isto cria em mim às vezes revolta, mas ao mesmo tempo um amor enorme pelo meu filho(…)” F9.
	Incerteza do futuro	“ (….) Daí nós estarmos a levar isto um bocado no dia a dia, não é, de forma descontraída, não é uma questão que está, neste momento também não se manifesta (….) Ela está presente e de tempos a tempos, vamos nos lembrando dela, não nos podemos esquecer, é mesmo isso. E estando consciente que ela existe, estamos mais preparados para atuar, se as situações, se os sintomas se começarem a manifestar (….)”F10.
	tristeza	“(…) fico um bocadinho triste quando olho para ele, poderia eu dizer assim, não és como o teu irmão (….)” F11.
	Culpa	“(…) é por isso que fiquei assim um bocadinho, prontos, que deixei-os um bocadinho para trás (….) porque é que num, só olhei para a doença do meu marido e fui com aquela coisa do meu marido e dos pais, por vezes culpo-me por não ter dados mais atenção ao meu filho (….) ”F11.
	Frustração	“ (….) Às vezes frustração (….) Porque às vezes vemos o nosso filho a ser discriminado porque vemos o nosso filho chegar a casa e dizer: (lágrimas e fica com a voz embargada), que é diferente dos outros, que gozam com ele, uma vez que lhe chamaram de tolo, é frustrante porquê, porque uma das coisas que eu disse ao meu marido, quando resolvemos ser pais, é que queria que os meus filhos

A família da criança com doença crónica no domicílio: emoções no cuidar

	tivessem uma infância feliz. E há coisas que nós não conseguimos, ter sob controlo (...) "F13.
Alegria	"(...) mas também há alegria (...) não há muitos pais que se calhar ele tenha necessidade de dizer que ama os pais, dizer mamã eu gosto muito de ti, eu amo-te muito e isso aquece-nos o coração (...) " F13.
Choro	"(...) quando tivemos o diagnóstico, temos de ser honesto que doeu. Doeu, choramos, se lá, tivemos de fazer vamos há quem lhe chame de um luto, chamem o que quiser, nós tivemos de o fazer (...) F14.
Stress	"(...) Houve alturas em que eu notava que estava mais stressada, sim, gritar, não ter paciência nenhuma para os miúdos e ficar sempre aflita, muito stress (...) "F15.

Durante o relato da família cuidadora no processo de doença crónica da criança no domicílio, para além dos sentimentos e emoções evocados, também foram relatando situações que de algum modo as marcaram na sua dimensão emocional. Após a análise de

conteúdo efetuada aos discursos emergiu a área temática " Situações marcantes experienciadas pelo familiar cuidador da criança com doença crónica no domicílio" com nove categorias, tal como é representado na tabela 4.

Tabela 4

Área temática, categorias e unidades de registo

Área Temática	Categoria	Unidades de registos
Situações marcantes experienciadas pelo familiar cuidador da criança com doença crónica no domicílio	Abordagem terapêutica eficiente dos profissionais de saúde	(...) Mas as coisas foram todas muito bem, ele, foi tudo muito bem muito bem desencadeado desde o início. Nós tivemos sempre, nunca estivemos sozinhos e o (...) veio para casa com os cuidados paliativos. Nós viemos para casa no dia a seguir, as coisas ele apareceram-me lá, a enfermeira (...), daqui também, nunca me deixaram sozinha, estão sempre comigo desde o início (...) E qualquer coisa que eu preciso o meu pilar também aqui no centro de saúde a enfermeira , isto para mim tem sido uma grande ajuda, porque eu posso falar com eles, desabafar e venho mais aliviada, o que ajuda a lidar melhor com a doença do meu filho(...) F6
	Inclusão da criança nas atividades escolares	"(...) Até este ano surgiu uma situação muito engraçada. A (...) fez o nono ano, aqui na (...) usa-se fazer a festa de finalista. A festa costuma ser à noite, num jantar da escola, e eu não ia levar a (...) à festa. Eu achei que ela não ia estar bem integrada naquele ambiente e fui chamada à escola, dias antes de acontecer a situação em si (...) A diretora de turma disse-me que eu tinha de a deixar vir (...) eu não sei o que os colegas estão a preparar, só sei que eles vieram perguntar se a (...) vinha à festa, eles disseram arranje forma de a (...) vir, porque nós estamos a preparar uma surpresa para a (...) Ela juntou com a turma e no fim, a (...) gosta muito de uma música chamada (...), os amigos cantaram com ela, deram-se ao trabalho de aprender a música, a coreografia e dançaram com ela no palco. Acabou por ser muito engraçado e toda a gente acabou por ser muito bom para ela, isto para mim foi um momento de muita alegria e ajuda-me a viver os problemas de forma diferente (...) " F3
	Conquista da criança da	"(...) Depois passou por outra situação, ele nasceu no dia 25 de outubro só no dia 25 de dezembro é que fez o primeiro cocó, neste período já tinha três

A família da criança com doença crónica no domicílio: emoções no cuidar

autonomia a nível intestinal	cirurgias. E, e foi uma alegria quando ele fez o primeiro cocó, eram às enfermeiras, os pais, até tiramos fotografia, assim coisas parvas. Mas engraçado, uma médica, que ele fez a primeira cirurgia ao canal do coração, a segunda foi ao intestino, em que ficou com o saquinho, porque ele não fazer cocó, só estimulado e depois a terceira, eu acho que ele continuava sem fazer cocó, nem para o saquinho nem para lado nenhum. E a terceira eu acho que eles fecharam, o meu filho só para fechar e ver o que acontecia, nunca ninguém me disse nada (...) no dia 25 o meu filhote faz um cocó, queria muito um presente de Natal o primeiro cocó, isto aconteceu, foi uma alegria enorme, ainda hoje recordo esse momento (...)” F7.
Experiências anteriores	“(…) eu já tive, já tenho um historial anterior, com um sobrinho, com paralisia cerebral, que me ajudou muito a lidar com o (...), era uma criança que não andava, não falava, não se mexia, não pegava nada nas mãos, era completamente dependente e isso foi logo um passo, para poder ajudar o meu filho e também conseguir acreditar que é possível ultrapassar as dificuldades(...)” F9
Confronto com o equipamento técnico de suporte de vida	“(…) no início foi complicado (...) porque ele veio com oxigênio para casa, todos aqueles equipamentos, o pulso oxímetro, sempre a apitar pipipi, (...), é tudo muito complicado, nada que não estivéssemos habituados na neonatologia mas em casa é casa, tínhamos muito medo. E pronto, e todo aquele equipamento, era complicado, (...). Mas agora, neste momento, ele teve alta em fevereiro, em julho já ficou sem oxigênio e o medo tem diminuído (...)” F7.
Enfrentar a sintomatologia da doença	“(…) Agora já é mais fácil, porque eu ao princípio não sabia se estava constipado, se estava com reação, porque os sintomas parecia a mesma coisa: tosse, nariz pinguçó e eu ficava naquela, dava-lhe um anti alérgico, se no outro dia já estivesse melhor não vinha, se não estivesse trazia-o cá, era muito difícil, dáva muitas vezes vontade de chorar(...)” F2.
Hospitalização	“(…) Esteve lá um mês, esteve quinze dias em coma induzido. Depois recuperou, esteve com o pulmão esquerdo colapsou (...) esteve internada lá o dia 27 de Fevereiro a 6 de março porque meteu-se ela a aspirar (...) quando deu por ela tinha sangue vivo por volta da cânula, depois falamos com a Dr.ª (...) ela atende o telefone e mandou chamar o INEM e ir de urgência para o Porto, tudo isto nos causou muita dor, muita incerteza (...)” F4.
A superação do mau prognóstico	“(…) os médicos (...) em Viana diziam três meses, acontece que ela agora tem catorze anos, vai fazer quinze (...) reagiu a tudo e disseram que isto foi milagre, foi milagre não havia ninguém que lhe desse vida (...)” F4
Confronto com a má notícia	“(…) E a professora achou estranho, telefonou-me pronto, para que eu fosse á escola e ela disse-me. O (...) em casa também é assim calminho, não gosta de brincar com outras coisas sem ser, brincar com objetos. E eu disse não, que eu tivesse reparado, em casa não, é normal entre dois filhos, o irmão brinca com carrinhos e ele claro também brincava mas, não era aquele interesse, brincar com carrinhos, gostava de brincar mais com molas ou então brincar com lápis ou então brincar com outras coisas. Por exemplo, se eu estivesse a pegar em feijão, ele gostava de brincar com as mãos com o feijão, mas nunca achei estranho. E a professora mandou-me marcar uma consulta de rastreio gratuito (...) E eu vim e realmente confirmou-se que ele tinha um atraso de desenvolvimento, em relação aos meninos da idade dele. Pronto começou a ser encaminhado para esse gabinete, isto tudo foi muito difícil (...)” F9.

DISCUSSÃO

Para o familiar cuidador da criança com doença crónica, cuidar no domicílio é uma situação complexa

que gera uma panóplia de sentimentos e emoções. No presente estudo, a maioria dos familiares cuidadores menciona aceitar a doença como forma de se ir adaptando à nova realidade que enfrenta no seu

A família da criança com doença crónica no domicílio: emoções no cuidar

quotidiano de vida. Aceitar a doença é para o cuidador uma forma de diminuir o sofrimento experienciado. Reinho (2019), explica que quando as famílias expressam: “como já estou habituada, já não tenho problemas...” é porque estes pais tiveram tempo para se habituar às necessidades dos seus filhos, pelo que consideram que a normalização vem com o hábito.

Também, alguns familiares cuidadores referem que ao resignar-se estão a cumprir a vontade de Deus e ao mesmo tempo sentem-se úteis para cuidar da criança. Medeiros et al. (2020) explicam que o recurso na fé, a fé em Deus, proporciona esperança, o que fortalece os familiares para continuar a cuidar da criança com doença crónica e não entrar em desespero.

Um familiar cuidador do presente estudo, também evidenciou o sofrimento como presente no seu quotidiano de vida. Machado, Dahdah, & Kebbe (2018), explicam que as vivências dos familiares cuidadores podem ser influenciadas por vários aspetos do cuidar, tais como as características do cuidador, características e necessidades do doente e da sua doença, dos recursos pessoais e sociais disponíveis, dos aspetos culturais e relacionais, do número de horas diárias despendidas e do tempo que o cuidador exerce esta função.

Um fator por vezes dificultador da vida do cuidador, é a revolta e a frustração que sentem relativamente à discriminação que a criança enfrenta na comunidade onde está inserido. Lyra, Souza, Alexandre, Santos, Silva, & Amorim (2016), no seu estudo verificou que as famílias experienciam situações de preconceito e discriminação por parte dos docentes, pelos pares das crianças relacionada com o “bullying”, e pela comunidade em geral.

Verificou-se também, que cuidar da criança com doença crónica no domicílio despoleta tristeza, choro e *stress*, tal como referem Moral-Fernández, Frías-Osuna, Moreno-Cámara., Palomino-Moral, Pino-Casado (2018), pode desencadear no cuidador sentimentos de tristeza, impotência, desespero e medo do futuro.

Para os familiares cuidadores apoiar e assistir a criança na gestão da sua doença crónica gera *stress*, tal como refere Machado et al, (2018), que a presença ou ausência de *stress* é influenciada pelo vínculo e relação que estabelece com a pessoa cuidada. Nesse sentido, também o *stress* sentido pelo familiar cuidador do estudo se relaciona com o vínculo que estabelece com a criança e com o tempo de prestação de cuidados. Mais se verificou, que o familiar cuidador da criança do nosso estudo recorre aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros dos cuidados de saúde primários, para obterem apoio emocional. Freitag et al. (2020), Gomes et al. (2017); Lyra et al. (2016), também verificaram, que os profissionais de saúde são a âncora para o apoio emocional dos familiares cuidadores da criança no domicílio.

Os discursos dos familiares cuidadores revelaram também, possuir uma ambivalência de sentimentos que se estendem desde sentir alegria até á incerteza quanto ao futuro. A atribuição de um significado mais positivo ou negativo à experiência prende-se com as experiências do indivíduo, e da sua capacidade de adaptação a uma nova situação estável, primeiro pelo reconhecimento da necessidade de transição e posteriormente, pelo seu comprometimento à mudança (Meleis, 2010). O sentimento de alegria vivenciado por alguns familiares cuidadores prende-se

A família da criança com doença crónica no domicílio: emoções no cuidar

com o facto de poder dar amor a quem cuida e por considerar que a casa é o lar da criança.

Um familiar cuidador referiu sentir culpa que se relacionava com o facto de entender que não cuidou devidamente da criança por exigência do cuidar de outro familiar adulto, culpabilizando-se por ter abdicado do seu acompanhamento. Este sentimento também é vivido no estudo de Medeiros et al. (2020).

Conforme referem os familiares cuidadores do nosso estudo, a presença da doença crónica na criança é para eles um fator stressante na medida em que exige deles um processo de adaptação à doença, saber lidar com as emoções que vão surgindo, para além de terem que alterar os seus projetos de vida. Neste sentido, os familiares cuidadores referiram que a abordagem terapêutica dos profissionais de saúde foi para eles marcante, na medida em que os ajudaram no processo de transição, deram suporte e os apoiaram a gerir melhor as emoções que emergem ao cuidar da criança com doença crónica. O estudo de Silva et al. (2017), demonstrou que os pais da criança com diabetes tipo 1 necessitam de desenvolver competências para minimizar os receios e sentimentos mais negativos que esta situação envolve. Salientam ainda, que os profissionais de saúde têm um papel importante na ajuda ao desenvolvimento das suas competências.

A inclusão da criança nas atividades escolares, foi outra das situações marcantes que emergiu dos discursos dos familiares cuidadores. Para estes, esta inclusão foi extremamente marcante, na medida em que, na escola o seu filho foi considerado como uma criança em vez de doente. Os pares da criança ao aceitá-la, esta sente-se integrada e feliz, influenciando de forma positiva a sua autoestima e, conseqüentemente o bem-estar da família.

A conquista da criança da autonomia a nível intestinal foi considerada pela família como uma experiência ímpar, na medida em que não acreditavam nesta conquista. Também, as experiências anteriores dos familiares cuidadores têm um peso marcante para as famílias, pois segundo elas, estas experiências influenciam a forma como enfrentam a situação de doença crónica presente.

Efetivamente, as famílias experienciam momentos de fragilidade, mas também, procuram não perder a “força”, manter a motivação e acreditar que a criança embora não possa vencer a doença, pode viver a vida com a máxima qualidade de vida.

A hospitalização da criança com doença crónica é um fator que potencializa, segundo estes familiares cuidadores, o seu stress. A sua dinâmica familiar fica alterada, surgem segundo estes familiares, sentimentos de culpa, de tristeza, de incerteza quanto à necessidade de nova hospitalização. Silva et al. (2010), explicam que quem acompanha a criança hospitalizada encontra-se perante um conflito emocional, motivado pelas necessidades decorrentes da hospitalização da criança e que não substituem as pré-existentes, ou seja, a mãe sente-se dividida entre as preocupações com o lar, os outros filhos, o marido, a alimentação dos membros, a escola, e, ao mesmo tempo, com a criança doente

A superação do mau prognóstico foi um evento marcante para as famílias. Salientam, que desde que foi comunicada a má notícia de mau prognóstico, têm vivido momentos difíceis, mas também de superação. Uma família aponta que embora saiba que o desfecho da doença é a morte do seu filho, ela não desiste em conquistar a vida. Na opinião de Jorge, Carrondo, & Lopes (2016), as famílias das crianças com condições

A família da criança com doença crónica no domicílio: emoções no cuidar

que limitam a vida ou são potencialmente fatais têm necessidades específicas múltiplas, diversas e mutáveis, que incluem a dimensão física, psicológica, social e espiritual, exigindo uma abordagem orientada para a preservação da qualidade de vida e não se centra exclusivamente na cura/recuperação da doença.

O confronto com a má notícia de doença crónica é para os familiares um momento perturbador, tendo-lhes gerado sentimentos de dor, ansiedades, medos, angústias.

Os resultados, a sua discussão e interpretação reforçam a importância do papel do enfermeiro dos cuidados de saúde primários no apoio/acompanhamento das famílias na gestão da sua dimensão emocional, bem como, no aumento da sua literacia em saúde. É fundamental, através de parcerias e atividades de educação para a saúde, dar a conhecer a doença crónica, desmistificá-la e assim, integrar a doença da criança no seu projeto de vida.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo parecem-nos indicar que as emoções e os sentimentos são parte integrante do processo de cuidar do familiar cuidador da criança com doença crónica.

Efetivamente, a prestação de cuidados à criança com doença crónica no domicílio representa para o familiar cuidador uma sobrecarga não só física, mas também emocional, com impacto na sua qualidade de vida e bem-estar, tendo sido relatados sentimentos de aceitação, resignação, frustração, culpa, revolta, tristeza, stress, e incerteza do futuro.

Perante a complexidade da dimensão emocional torna-se fundamental a sua abordagem e integração na prestação de cuidados à criança e familiar cuidador, na medida em que está implícita nos processos de aprendizagem e capacitação, adaptação, tomada de decisão e resolução de problemas, tão essenciais para o desempenho do papel de cuidador e de todos os aspetos inerentes ao processo de cuidar.

Parece pertinente apresentar algumas sugestões de trabalho a desenvolver futuramente: Promover um maior envolvimento dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários no processo de acompanhamento do familiar cuidador da criança com doença crónica de forma a promover a sua integração social e na desmistificação de mitos existentes à volta da doença crónica; Desenvolver espaços de reflexão, de partilha, com o objetivo de favorecer a expressão de sentimentos e emoções e assim, promover o fortalecimento de uma relação de confiança entre a equipa de saúde e o familiar cuidador.

Para finalizar, consideramos que este pequeno estudo poderá levantar outras questões de investigação, nomeadamente conhecer a perceção dos profissionais de saúde relativo às intervenções efetuadas na gestão da dimensão emocional do familiar cuidador da criança com doença crónica no domicílio. Outro estudo que consideramos pertinente, seria um estudo comparativo entre os familiares cuidadores aquando do internamento da criança e os familiares cuidadores com a criança com doença crónica no domicílio, em que o objeto do estudo fosse analisar a relação entre profissional de saúde/familiar cuidador, relativamente à gestão emocional.

REREFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Damásio, A. (2010). Sentimento de Si – o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência. Publicações Europa-América.
- Moral-Fernández, L., Frías-Osuna, A., Moreno-Cámara, S., Palomino-Moral P.A., Pino-Casado, R. (2018). Primeros momentos del cuidado: el proceso de convertirse en cuidador de un familiar mayor dependiente. *Atención Primaria*, 50 (5), p. 282-290.
- Freitag, V. L., Milbrath, V. M., & Motta, M. G. C. (2020). Tornar-se mãe de uma criança com paralisia cerebral: sentimentos vivenciados. *Psicologia Em Estudo*, 25. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.41608>
- Gomes, G. C., Mota, M. S., Moreira, M. A.J., Jung, B. C., Xavier, D. M., & Silva C. D. (2017). (Des)preparo do familiar para o cuidado à criança com doença crônica. *Revista de Enfermagem UFPI*. 6(1), 47-53. <https://doi.org/10.26694/reufpi.v6i1.5737>
- Jorge, A. M., Carrondo, E., & Lopes, F. (2016). Cuidados Paliativos Pediátricos Domiciliários Centrados na Família: Contributos para uma Orientação Salutogénica. *Egitania Scientia*, 75-87. http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/3933/1/ezequiel_112_a.pdf.
- Lopes, V. C. R. (2015). Informação/formação necessária aos pais no cuidar da criança com necessidades especiais de saúde no domicílio (Tese de mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermage/mrevista/article/view/16333/12431>
- Lyra, P. F., Souza, A., Alexandre, A., Sá B. S., Bezerra, S. & Amorim, L. (2016). Enfrentamento familiar: convivendo com a criança acometida por doença crônica. *Revista de Enfermagem UFPE* 10(8), 2790-2800. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i8a11345p2790-2800-2016>
- Machado, B., Dahdah, D., & Kebbe, L. (2018). Cuidadores de familiares com doenças crônicas: estratégias de enfrentamento utilizadas no cotidiano. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 26 (2), 299-313. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1188>
- Medeiros, J. O., Bezerra, A. L. D., & Sousa, M. N. A. (2020). Expectativas, sentimentos e vivências de pais cuidadores de crianças com problemas hematológicos severos. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 9 (1), 2. DOI:10.26694/2238-7234.9127-34.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Milbrath, V.M., Motta, M.G. C., Gabatz, R. I. B., & Freitag, V. L. (2017). O nascimento de um filho com paralisia cerebral: um tempo presente inesperado. *Revista Interdisciplinar em Cultura e Sociedade* 3 (Número Especial), 47-56. http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/ri_cultsociedade/issue/view/389/showToc. ISSN: 2447-6498.
- Pfimer, E. O. D., Afonso, E. T., Lima, F. H. A., & Abe, A. (2018, junho). O adolescente com doença crônica. *Sociedade Goiana de Pediatria*. Artigos 13. <https://www.sbp.com.br/filiada/goias/artigos/artigo/pid/o-adolescente-com-doenca-cronica/>.
- PORTARIA nº 64/2020 de 10 de março (2020). Diário da República n.º 49/2020. Série I. Ministério das Finanças, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde.
- Reisinho, M. (2019). *Adolescer com fibrose quística: a perspetiva dos jovens e dos seus pais* (Tese doutoramento). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. <https://hdl.handle.net/10216/121006>.
- Ribeiro, C. (2017). *Preparação e acompanhamento da criança e jovem a vivenciar as transições associadas a um transplante renal: um Programa de Intervenção de Enfermagem* (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19131/1/Relat%C3%B3rio.pdf>
- Santos, M (2010). *Vivência Parental da Doença Crónica. Estudo sobre a experiência subjectiva da doença em mães de crianças com fibrose quística e com diabetes*. Edições Colibri/ Instituto Politécnico de Lisboa.
- Santos, M., & Barros, L. (2015). Intervenção com Pais de Crianças com Doença Crónica. In Pereira, A. I., Goes, A. R., & Barros, L. (coord.) - *Promoção da parentalidade positiva: intervenções psicológicas com pais de crianças e adolescentes* (pp.157-209). Coisas de Ler Edições, Lda.
- Silva, E., Macedo, M., Silva, D., Aparício, G., & André, S. (2017). *Vivências dos pais sobre a diabetes tipo 1 dos seus filhos: Investigação Qualitativa em Saúde*. Qualitativa em Saúde/Investigación Cualitativa en Salud//Vol. 2: Atas CIAIQ2017, 176-184.

A família da criança com doença crônica no domicílio: emoções no cuidar

<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1564>.

Silva, M.A.S., Collet, Neusa, Silva, K. L., & Moura, F. M. (2010). Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23 (3), 359-365. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000300008>. ISSN 0103-2100.

Silva V.L., Oliveira V.M., Ferreira C.S.B., Marques T.C.S., Silva C.S., & Silva C.M. (2020). As dificuldades enfrentadas pelas mães no cuidado à criança com microcefalia. *REVISA*, 9 (3), 394-404. <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n3.p394a404>.

Smeha, L. N., Abaid, J. L. W., Martins J. S., Weber, A. S., Fontoura, N. M., & Castagna, L. (2017). Cuidando de um filho com diagnóstico de paralisia cerebral: sentimentos e expectativas. *Psicologia Em Estudo*, 22(2), 231-242. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v22i2.32584>

A HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA COMO FATOR FACILITADOR NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO SAÚDE/DOENÇA

Home Hospitalization as a facilitating factor in the health/disease transition process

Hospitalización Domiciliaria como factor facilitador en el proceso de transición salud/enfermedad

Júlia Santos*, Alexandre Miguel Silva**, Licínio Pereira***, Mónica Silva****, Paula Fonseca*****, Fernanda Príncipe*****, Liliana Mota*****

RESUMO

Enquadramento: a Hospitalização Domiciliária (HD) foi criada como alternativa ao internamento convencional e pretende-se que seja um modelo de prestação de cuidados tendo por missão contribuir para o melhor nível de saúde e bem-estar da pessoa doente, que necessitem transitoriamente de cuidados de nível hospitalar, com enfoque na promoção da autonomia e recuperação funcional da pessoa. **Objetivos:** compreender o processo de transição saúde/doença da pessoa em HD. **Metodologia:** estudo qualitativo e descritivo. A amostra foi selecionada por conveniência e de forma intencional. A recolha de dados foi efetuada através da realização de um focus group, composto por cinco enfermeiros especialistas a exercer funções em unidades de hospitalização domiciliária distintas da região norte e centro do país. **Resultados:** emergiram quatro categorias: Critérios de admissão, Benefícios da HD, Dificuldades na implementação de HD e Intervenções de Enfermagem. **Conclusão:** como terapêuticas de enfermagem à pessoa em HD salienta-se a capacitação da pessoa/cuidador através do ensino personalizado, a eficácia na gestão do regime terapêutico, a prevenção de quedas e a promoção do autocuidado. Com a implementação destas terapêuticas facilita-se os processos de transição saúde/doença, com impacto significativo na melhoria da qualidade de vida das pessoas alvo de HD.

Palavras chave: cuidados de enfermagem; enfermagem domiciliar; serviços hospitalares de assistência domiciliar

*RN, Enfermeira do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga - <https://orcid.org/0000-0002-5808-3633> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

** RN, Enfermeiro do Centro Hospitalar Universitário São João - <https://orcid.org/0000-0002-7838-2219> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

***RN, Enfermeiro do Centro Hospitalar Baixo Vouga - <https://orcid.org/0000-0002-4314-0121> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

****RN, Enfermeira do Centro Hospitalar Universitário São João - <https://orcid.org/0000-0002-4586-086X> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

*****RN, Enfermeira do Centro Hospitalar Universitário São João - <https://orcid.org/0000-0001-7578-6149> - Contribuição no artigo: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

***** PhD, Professora Coordenadora na 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 collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

***** PhD, Professora Adjunta na 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

Como referenciar:

Santos, J., Silva, A.M., Pereira, L. Silva, M., Fonseca, P., Príncipe, F., & Mota, L. (2021). A hospitalização domiciliária como fator facilitador no processo de transição saúde/doença. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(2), 89-98. doi.org/10.37914/riis.v4i2.116

Recebido para publicação: 15/02/2021
Aceite para publicação: 30/10/2021

ABSTRACT

Background: home Hospitalization (HD) was created as an alternative to conventional hospitalization and it is intended to be a model of care at home with the mission of contributing to the best level of health and well-being of the sick person, who are in temporary need of care hospital level, with a focus on promoting the person's autonomy and functional recovery.

Objectives: understand the health/illness transition process of people on HD. **Methodology:** qualitative and descriptive study. The sample was selected for convenience and intentionally. Data collection was carried out through a focus group, composed of five specialist nurses performing functions in home hospitalization units distinct from the north and center of the country. **Results:** four categories emerged: Admission criteria, Benefits of home hospitalization, Difficulties in implementation and Nursing interventions. **Conclusion:** as nursing therapies for the person undergoing home hospitalization, the training of the person/caregiver through personalized teaching, the effectiveness in the management of the therapeutic regime, the prevention of falls and the promotion of self-care are highlighted. With the implementation of these therapies, nurses facilitate health/illness transition processes, with a significant impact on improving the quality of life of people targeted by home hospitalization.

Keywords: nursing care; home health nursing; home care services, hospital-based

RESUMEN

Marco contextual: la Hospitalización Domiciliaria (HD) se creó como una alternativa a la hospitalización convencional y se pretende que sea un modelo de prestación de cuidados cuya misión es contribuir al mejor nivel de salud y bienestar del enfermo, con foco en promover la autonomía y recuperación funcional de la persona. **Objetivos:** comprender el proceso de transición salud / enfermedad para personas en HD. **Metodología:** estudio cualitativo y descriptivo. La muestra fue seleccionada por conveniencia e intencionalmente. La recolección de datos se realizó a través de un grupo focal, integrado por cinco enfermeras especializadas que laboran en diferentes unidades de hospitalización domiciliaria en las regiones norte y centro del país. **Resultados:** surgieron cuatro categorías: Criterios de admisión, Beneficios de la HD, Dificultades en la implementación de la HD e Intervenciones de Enfermería. **Conclusión:** como terapias de enfermería para personas en HD, se destaca la formación de la persona / cuidador a través de la enseñanza personalizada, la efectividad en el manejo del régimen terapéutico, la prevención de caídas y la promoción del autocuidado. Esta implementación facilita los procesos de transición salud / enfermedad, con un impacto significativo en la mejora de la calidad de vida.

Palabra clave: atención de enfermería; cuidados de enfermería en el hogar; servicios de atención a domicilio provisto por hospital

INTRODUÇÃO

Atualmente com o aumento da esperança média de vida, devido à melhoria das condições de higiene e dos cuidados de saúde prestados no último século, assiste-se ao envelhecimento da população, que se associa a um acréscimo da prevalência das doenças crónicas, conduzindo a uma sobrelotação dos serviços de urgência e à solicitação crescente do número de camas hospitalares (Delerue & Correia, 2018).

A Hospitalização Domiciliária (HD) centra-se no doente, procurando ganhos em eficiência e em qualidade, redução de complicações e obtendo níveis de maior humanização e satisfação dos utentes e seus familiares (DGS, 2018).

Sendo a HD composta por uma equipa multidisciplinar, pretendemos descortinar o papel do enfermeiro na HD, explorando as terapêuticas de enfermagem à pessoa em HD, percebendo de que forma estas intervenções são facilitadoras do processo de transição/doença. Assim sendo, é objetivo deste estudo compreender o processo de transição saúde/doença da pessoa em HD.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Durante o percurso de vida as pessoas deparam-se com diversas alterações, com impacto individual e familiar, iniciando processos de transição (Meleis, Sawyer, Messias, & Schumacher, 2000). As transições de saúde/doença estão associadas a alteração e incerteza do processo de vida e a sua resposta terapêutica, devido a imprevisibilidade dos factos e dos acontecimentos, interferindo na vivência quotidiana da família (Mendes, 2020).

A transição é assumida como área de atenção dos enfermeiros quando interfere com a saúde, ou quando

as respostas à transição são manifestadas através de comportamentos relacionados com a saúde. Neste sentido, o enfermeiro assiste as pessoas nos processos de transições que ocorrem ao longo do ciclo vital (Meleis, 2007), ajudando a pessoa a desenvolver competências e habilidades para que a transição ocorra com sucesso (Meleis, Sawyer, Messias, & Schumacher, 2000).

“Devido às melhorias das condições de higiene e sanitárias, e dos cuidados de saúde prestados no último século, assiste-se a um aumento da esperança média de vida. Consequentemente assiste-se igualmente ao envelhecimento da população, que se associa também a um acréscimo da prevalência das doenças crónicas, o que representa neste momento um problema transversal aos sistemas de saúde do mundo ocidental, conduzindo a uma sobrelotação dos serviços de urgência e a solicitação crescente do número de camas hospitalares” (Delerue & Correia, 2018).

As Unidades de Hospitalização Domiciliária foram criadas como modelo de assistência hospitalar praticado no domicílio por um período transitório em alternativa ao internamento hospitalar convencional (Voudris & Silver, 2018). Em Portugal o início das UHD foi em 2015 no Hospital Garcia da Horta (Cunha, Escarigo, Correia, Nortadas, Azevedo, & Beirão, 2017). A HD permite que o doente receba cuidados na sua própria casa, iguais em qualidade e quantidade aos prestados no hospital, reunindo assim os critérios clínicos, sociais e geográficos, e sempre de acordo com a vontade do doente e da sua família (Cotta, Suárez-Varela, González, Filho, Real, & Ricós, 2001).

Este tipo de modelo de assistência hospitalar apresenta algumas vantagens que são transversais ao doente, à sua família e ao hospital (Fernández-Miera, 2009). Desta forma, proporciona aos doentes,

A hospitalização domiciliária como fator facilitador no processo de transição saúde/doença

familiares ou cuidadores melhor atenção, participação e responsabilidade; melhor qualidade de vida e bem-estar, assistência personalizada, oportunidade de educação para saúde e menor risco de iatrogenia. A nível hospitalar, maior rentabilidade dos recursos disponíveis, maior rotação e disponibilidades de camas, redução do período de internamento; no sistema nacional de saúde, aumenta a eficácia e eficiência mediante assistência mais humanizada e uso mais eficaz dos recursos (Mariano, et al., 2021).

METODOLOGIA

Estudo de investigação qualitativo e descritivo, com recurso à realização de um focus group como estratégia de recolha de dados. Os participantes foram selecionados através de uma técnica de amostragem de conveniência e de forma intencional, composta por cinco enfermeiros especialistas a exercer funções em unidades de HD distintas da região norte e centro de Portugal. Na seleção dos participantes foi considerado como critério de inclusão ser enfermeiro especialista a exercer funções numa unidade de HD. A recolha de dados decorreu em setembro de 2020. O guião do focus group foi constituído por questões abertas de forma a facilitar a expressão livre dos participantes. Foi realizada gravação áudio de 50 minutos do focus group, posteriormente transcrito verbatim num documento de texto com recurso ao software MicrosoftWord e realizada uma codificação dos participantes (sujeito E1, sujeito E2...) de forma a garantir o anonimato. Foi realizada análise de conteúdo com categorização à posteriori de acordo com Bardin (2015).

Os enfermeiros não apresentaram objeções às questões abordadas e a condução do guião traduziu

flexibilidade, criatividade, fluindo naturalmente entre os intervenientes. Os procedimentos éticos foram garantidos, sendo previamente fornecida toda a informação acerca do estudo. Foi também garantida a confidencialidade da informação e o anonimato dos participantes sendo fornecido um termo de consentimento informado, assegurando-se a participação livre e esclarecida a cada participante. O estudo teve parecer favorável da Comissão de ética (Parecer 019/2020).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes no focus group são cinco enfermeiros, sendo que três (60%) são do género feminino. A idade dos participantes varia entre os 36 e 52 anos, com uma média de idades de 44,6 ($\pm 7,08$) anos. O tempo de exercício da atividade profissional varia entre os 12 e os 30 anos, com uma média de 22,6 ($\pm 7,89$) anos. Todos os participantes exercem funções em HD, e integraram as equipas instaladoras destas unidades nas instituições onde exercem funções, sendo que três (60%) dos enfermeiros que participaram no estudo exercem funções de enfermeiro coordenador. Todos possuem o título de enfermeiro especialista, dois (40%) em enfermagem médico-cirúrgica, dois (40%) em enfermagem de reabilitação e um (20%) em enfermagem comunitária. Três (60%) dos participantes possuem o grau de mestre e um (20%) dos participantes encontra-se a frequentar o doutoramento.

Da análise dos resultados obtidos, emergiram quatro categorias baseadas na temática das intervenções de enfermagem em clientes hospitalizados no seu domicílio: Critérios de admissão na HD, Benefícios da

A hospitalização domiciliária como fator facilitador no processo de transição saúde/doença

HD, Dificuldades na implementação de HD e Intervenções de Enfermagem.

Relativamente aos critérios de admissão na HD estes dividem-se claramente em duas subcategorias, a área médica e a área cirúrgica. Embora a DGS (2018) tenha já definido a tipologia de clientes bem como as patologias elegíveis para a HD, foi de salientar, que do foro médico os participantes referem:

“temos tido desde insuficiências cardíacas” (E2).

“pneumonias, insuficiências respiratórias”(E4).

“pielonefrites, as celulites, erisipelas” (E5).

Os doentes do foro cirúrgico têm uma casuística cada vez maior.

“doentes com colangites e colecistites” (E1).

“área da urologia, pielonefrites e prostatites” (E3).

“ortopédicos também temos tido” (E2).

“osteomielites, espondilodiscites” (E1).

Todas estas situações vêm de acordo com as patologias elegíveis para a HD: patologia infecciosa aguda que requeira tratamento antibiótico parentérico ou patologia crónica agudizada controlável no domicílio (DGS, 2018).

No que concerne aos benefícios da HD, durante a realização do focus group os participantes referiram como relevante a gestão de camas disponíveis, a proximidade com as reais necessidades do cliente e um cuidado personalizado, potenciando a eficácia da gestão do regime terapêutico e a qualidade de cuidados, que se traduz na satisfação do cliente.

A HD implica o consentimento esclarecido por parte do cliente e pode realizar-se por duas vertentes. Uma consiste em direcionar os clientes do serviço de urgência/comunidade diretamente para a HD, e outra visa diminuir o tempo de internamento convencional após a estabilização clínica. O intuito é prestar cuidados de saúde com rigor clínico a quem necessitar

de cuidados hospitalares e possa prescindir do espaço físico hospitalar.

“doentes só vão para casa com o seu consentimento livre e esclarecido” (E5).

“nem sequer chegam a ficar internados, vão logo diretamente para casa connosco” (E5).

“ora referenciados pelos médicos de família ora referenciados também pela consulta que nós temos de cardiologia” (E4).

“saímos da cabeceira para passar a andar realmente no domicílio do doente” (E5).

De acordo com as diretrizes do SNS, a HD torna mais eficientes os meios disponíveis e aumenta o bem-estar do cliente e da família. Aponta para o aumento de disponibilidade de camas em internamento convencional e ainda para a redução das complicações associadas a este como a infeção cruzada, quedas e delirium.

“acabamos por ir diminuindo a lotação a nível do internamento convencional” (E5).

“no fundo retirar doentes e permitir que essas camas sejam ocupadas por doentes que necessitem mesmo de ficar no hospital” (E3).

“vantagens que nós estávamos à espera, diminuição dos riscos de queda, diminuição das úlceras de pressão” (E5).

“doentes que ficam confusos em meio hospitalar e que nas suas casas, no seu meio acabam por estar muito mais orientados, muito mais colaborantes” (E5).

“a melhoria do estado confusional dos doentes após irem para o seu domicílio. O facto de terem menos ruído, menos luminosidade, conhecerem o espaço circundante” (E1).

A hospitalização domiciliária como fator facilitador no processo de transição saúde/doença

“tudo nos leva a querer que em termos de infecções adquiridas no meio hospitalar diminuem também drasticamente” (E3).

A doença condiciona a forma como cada indivíduo e a sua família se comporta, é o seu foco de atenção e preocupação (Mendes, 2020). A atuação de enfermagem passa por observar e avaliar as várias individualidades, no intuito de estabelecer diagnósticos e respetivo plano de atuação.

“é muito mais fácil compreendermos no seu meio” (E5).

“porque nós estamos junto do doente, nós conseguimos perceber coisas tão simples” (E2,) *“as modificações são ali naquele momento junto da pessoa dos seus e daqueles que vão prestando os cuidados e das condições que eles têm”* (E5).

A relação entre a família e os profissionais de saúde é o núcleo dos cuidados centrados no binómio doente/família, considerando a família como parceira no fornecimento de cuidados de saúde. Por este motivo, é importante perceber as reais necessidades do doente e família a viver este processo de transição (Mendes, 2020).

“a responsabilização que se dá à família, ao cuidador” (E2).

“trabalhar com a família de forma a habilitar o doente para as suas atividades de vida diária” (E3).

“fazemos sempre o ajuste com a família” (E1).

“nós sabemos que esta família vai colaborar” (E5).

A HD permite a observação do cliente e família no seu ambiente, a identificação das efetivas necessidades. O plano de atuação é dirigido e atende à realidade deste binómio, potenciando o seu bem-estar. Desta forma, facilita a reformulação de identidade e mudança de comportamentos, podendo evitar recidivas da doença. É um cuidar personalizado, promovendo um processo

dinâmico, um projeto de saúde individualizado, onde os vetores de ação são quer o indivíduo no seu todo como um ser biopsicossocial, quer a sua família.

“ali os dados estão em toda a casa” (E5).

“quando a equipe se desloca ao local, acaba por ter uma realidade muitas vezes diferente daquilo que nós estávamos a espera” (E3).

“a diferença que existe entre o internamento convencional e a hospitalização domiciliária, é sermos o mais ajustados à realidade dos nossos doentes.” (E2).

“estarmos presentes e de percebermos a envolvimento até percebemos se o cuidador é capaz de o fazer ou se pelo menos existe um cuidador” (E1).

A satisfação é um conceito essencialmente subjetivo, influenciado por fatores psicossociais como as expectativas e a interação com os profissionais (Esperidião & Trad, 2006). O cliente e a família são o centro do processo, desta forma é relevante a sua satisfação. Um processo terapêutico positivo é facilitador para o alcance dos resultados esperados. A qualidade de cuidados relaciona-se de forma direta com a satisfação do doente e família (Mendes, Mantovani, Gemito, & Lopes, 2013).

“grande satisfação que os doentes demonstram e os seus familiares” (E5).

“nós notamos pelos agradecimentos que nos fazem por todo o reconhecimento” (E5).

“conseguimos perceber a diferença que fazemos na vida das pessoas” (E5).

A norma 020/2018 da DGS (2018) refere que as visitas ao domicílio devem ser programadas de acordo com a individualidade do cliente e referencia que nas primeiras 24 horas e na data da alta a visita deve ser multidisciplinar. Os enfermeiros deixam claro que os ensinamentos efetuados na primeira visita são de extrema

A hospitalização domiciliária como fator facilitador no processo de transição saúde/doença

relevância para que o cliente se mantenha em cuidados domiciliários e que nas primeiras 24 horas são necessárias pelo menos duas visitas ao domicílio.

“de manhã temos uma visita com médico e enfermeiro, e à tarde estamos sozinhos” (E2).
“na admissão do doente, precisamos de normalmente quase de hora e meia.

A equipe de tarde volta lá para reforçar todos os ensinamentos que iniciamos de manhã porque é muita informação” (E3).

“as visitas efetuadas no turno da tarde são de extrema importância” (E1).

“no dia da entrada, independentemente da hora, nem que seja às dez, onze da noite o enfermeiro faz acolhimento nesse dia” (E1).

“poderá refletir na diminuição do número de ativações e número de retornos dos doentes para o hospital” (E1).

As instituições são responsáveis por providenciar os meios e recursos necessários aos profissionais de modo a permitir o exercício de funções de forma eficiente e efetiva (Ribeiro, 2013).

“Nós damos uma hora para cada doente, ou seja, dessa hora 45 minutos é para avaliar o doente, 15 minutos é para fazer a deslocação” (E3).

“temos uma equipa de seis enfermeiros no terreno” (E3).

O número de horas de cuidados necessários é referenciado pelos enfermeiros como o tempo. A gestão dirigida para os cuidados prende-se com o estabelecer de uma correta atribuição de enfermeiros dirigida a melhores resultados para os doentes (ICN, 2007). Ao analisar o discurso dos enfermeiros percebe-se que os cuidados prestados no domicílio, rentabilizam o número de minutos disponibilizados a cada cliente. A interação ocorre num espaço físico

dedicado exclusivamente ao cliente, a atenção do profissional é dirigida de forma individualizada e não existem interrupções neste processo. Emerge o conceito atual de tempo de qualidade.

“temos que fazer uma gestão muito apertada, digamos assim, de todo o tempo para tornar esse tempo efetivo e de qualidade” (E3).

“o tempo que se passa é efetivamente um tempo melhor, um tempo em que o doente ganha mais” (E5).

“nós estamos 100% disponíveis para esse doente” (E2).

“o mais importante é a qualidade desse tempo” (E2).

A Organização Mundial de Saúde refere que a toma de medicação, o cumprimento da dieta e a alteração de hábitos e estilos de vida, de acordo com as recomendações dos profissionais de saúde, definem a adesão ao regime terapêutico (WHO, 2003).

A confiança nos enfermeiros prestadores de cuidados, o ajuste à realidade do cliente, o esclarecer de dúvidas e a compreensão dos processos de transição são parâmetros facilitadores para a gestão do regime terapêutico e para o alcance dos resultados esperados (Mota, 2011). Os enfermeiros referem ter eficácia na gestão do regime terapêutico.

“aspectos que é transversal a quase todos os doentes e é muito importante na hora da alta que é a reconciliação da medicação” (E2).

“reconciliação terapêutica, que é feita logo no momento da entrada pela equipa médica e/ou pelo enfermeiro” (E1).

“nós fazemos a gestão e eles fazem a administração” (E2).

No que se refere às dificuldades na implementação de HD, estas podem ser de natureza organizacional ou associadas à prática clínica. Quanto a aspetos da prática clínica, a complexidade do regime

A hospitalização domiciliária como fator facilitador no processo de transição saúde/doença

medicamentoso é um fator essencial no processo da continuidade dos cuidados.

“vancomicina penso que também que é o calcanhar de Aquiles de quase todos por a agressividade em cateter venoso periférico” (E2).

“flebitis porque realmente são extremamente agressivos e por norma de fazem tratamentos prolongados” (E2).

Um estudo efetuado no Canadá apresenta a continuidade de cuidados como o principal valor da medicina de família, aumentando a satisfação do enfermeiro bem como a relação médico/doente (Delva, Kerr, & Schultz, 2011). Desta forma foi referido que a necessidade de estabelecer um elo de ligação protocolar na relação da equipa interdisciplinar.

“mas ainda são áreas (...) que vamos avançar porque é necessário protocolar com a dita especialidade (...)” (E1).

“estamos a tentar os cirúrgicos (...) numa fase de tentar aumentar a nossa unidade com maior número de camas e fazer protocolos com a cirurgia (...) mas ainda não há uma cultura, muito, até porque, existe um bocadinho de resistência por parte de médicos” (E2).

Neste estudo, as intervenções de enfermagem dividem-se em duas subcategorias, autónomas e interdependentes. As intervenções autónomas de enfermagem, englobam as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, assentando em contributos da investigação em enfermagem.

“nós temos seis focos de enfermagem (...) autónomos. É a gestão do regime terapêutico, a queda, a úlcera de pressão, infeção, prestador de cuidados e o autocuidado” (E3).

As intervenções autónomas de enfermagem identificadas direcionam-se para o autocuidado, capacitação da pessoa e literacia em saúde. O Internacional Council of Nurses (ICN, 2011) define autocuidado como uma atividade executada pelo próprio. Tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária. Por sua vez, quando a condição humana ou o ambiente envolvente se alteram, particularmente em situações de doença crónica, a capacidade de autocuidado do indivíduo encontra-se comprometida e este torna-se incapaz de cuidar de si próprio, necessitando de agentes de autocuidado (Queirós, Vidinha, & Fialho, 2014).

“estamos com um projeto que é perceber quais são as condicionantes que os doentes têm em casa ao nível do sanitário para o autocuidado do uso sanitário para perceber aqui o que é que nós podemos modificar” (E5).

“conseguimos retirar tapetes, perceber se é preciso colocar algum tipo de dispositivo nas casas de banhos e nos corredores para evitar essas mesmas quedas” (E2).

“estamos em casa e está o familiar a cozinhar e conseguimos de uma forma muito efetiva e assertiva (...) conseguir orientar e instruir relativamente por exemplo (...) à alimentação (...) os alimentos que devem ser utilizados, ter a perceção real do que o doente faz” (E2).

O enfermeiro deve respeitar o princípio de que o cliente é responsável pela sua saúde e pela execução de atividades que respondam às suas necessidades de autocuidado, só assim promove a sua autonomia e independência.

A hospitalização domiciliária como fator facilitador no processo de transição saúde/doença

“conseguimos com pequenas coisas modificar esse meio e torná-los assim, às vezes com pequenas modificações mais independentes dentro das suas dependências” (E5).

De acordo com Queirós, Vidinha, & Fialho (2014) torna-se fundamental a intervenção de enfermagem quando as dificuldades são maiores que a capacidade que a pessoa tem para as realizar.

“eles nunca tinham manuseado a PEG. Ou seja, eu tive (...) a tentar instruir aquela senhora, a ensinar e a treinar, aquela e a tentar envolver o cuidador (...) ele era um jovem tinha 40 anos. Ao final do segundo dia ele já conseguia segurar, na PEG para se alimentar, e ao fim de menos de uma semana já ele fazia a autoadministração da alimentação” (E2).

A promoção do autocuidado engloba todo um conjunto de intervenções que permitem a capacitação da pessoa para desempenhar, autonomamente, as atividades fundamentais à manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.

“a capacitação quer do doente quer do familiar em todas as vertentes” (E2).

“o empoderamento quer da pessoa quer do seu familiar cuidador” (E5).

“capacitarmos o doente para no desenvolvimento do seu processo de doença, estamos a promover uma transição para a sua saúde” (E1).

A capacitação para a máxima autonomia da pessoa nos seus autocuidados torna-se fulcral, pelo que as intervenções de enfermagem devem centrar-se na informação e treino da capacidade da pessoa dependente no sentido da execução das atividades de autocuidado (Ribeiro, Pinto, & Regadas, 2014).

“as intervenções entram sobretudo (...) no educar e instruir (...) no treinar, de forma a que nós possamos

dar conhecimento e dar capacitação para (...) a resolução destes” (E3).

“doentes que vêm com intervenções do tipo executar e observar passa para o ensinar, treinar, o instruir (...) é uma área de enfermagem onde nós mais queremos desenvolver” (E5).

A promoção da literacia em saúde está relacionada com o desenvolvimento das capacidades pessoais do cliente e seu cuidador. Esta área constitui, uma estratégia que permite aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, bem como a sua capacidade para procurarem informação e assumirem responsabilidades (DGS, 2019).

“conseguimos promover, a literacia em saúde não só do doente, mas também do cuidador, sobretudo do cuidador” (E3).

A intervenção dos enfermeiros na capacitação dos clientes para a determinação do seu projeto de saúde, deve tomar em consideração os processos informais de aprendizagem de competências de literacia em saúde.

Melhorar a literacia em saúde, permite habilitar as pessoas para assumirem responsabilidades pelos seus comportamentos e pela autogestão da sua saúde para uma melhor qualidade de vida e aquisição de ganhos em saúde (Costa, Reis, Souza, & Luengo, 2014).

“eu digo sempre aos meus colegas que temos que deixar um paradigma que é o de executar para passar ao paradigma de ensino e treino do cuidador, para promover esta literacia, para promover o máximo de conhecimento nessa na área da saúde” (E3, setembro, 2020).

As intervenções interdependentes de enfermagem são realizadas pelos enfermeiros em articulação com outros profissionais da equipa multidisciplinar de

A hospitalização domiciliária como fator facilitador no processo de transição saúde/doença

acordo com planos de ação previamente definidos com o objetivo principal de melhorar o bem-estar do cliente.

“as intervenções independentes são tão ou mais importantes” (E5, setembro, 2020)

“é importante referir a interdisciplinaridade que existe entre todos nós. Médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista a própria assistente técnica ou administrativa” (E3, setembro, 2020).

Existe ainda uma complementaridade com outras profissões, sendo o enfermeiro quem está mais vezes na presença da realidade do doente e quem notifica as necessidades detetadas, procurando uma solução em conjunto.

“temos muita colaboração da farmácia, dos nossos farmacêuticos (...) das infecciosas e, portanto, também nos dão muitas vezes alternativas ao antibiótico que estando o doente a fazer não pode ir para casa e mudando este antibiótico ele pode ir para casa, acaba por ser realmente uma parceria muito próxima e que tem resultado muito bem” (E5, setembro, 2020).

CONCLUSÃO

Da análise dos resultados foram identificadas quatro categorias: Critérios de admissão na HD, Benefícios da HD, Dificuldades na implementação da HD e Intervenções de Enfermagem que ilustram a visão dos participantes no estudo.

Aos enfermeiros cabe o papel de ajudar a desenvolver respostas adequadas à pessoa e seu cuidador. Desta forma, as terapêuticas de enfermagem centradas na promoção do autocuidado, na capacitação da pessoa/cuidador com recurso ao ensino personalizado, na eficácia da gestão do regime

terapêutico, na prevenção de quedas e na formação/literacia em saúde, têm um papel facilitador na transição no processo saúde/doença.

No final deste percurso, pensamos ter dado resposta aos nossos objetivos. Identificamos as terapêuticas de enfermagem em HD e de que forma são facilitadoras do processo de transição saúde/doença.

Embora seja de fácil perceção todas as vantagens proporcionadas pela HD, podemos perceber ainda que existem algumas dificuldades de implementação de projetos nesta área, como a complexidade do regime medicamentoso e sua implementação na continuidade dos cuidados, ligado também à falta de protocolos de atuação principalmente com algumas especialidades cirúrgicas.

Existem ainda algumas limitações referentes a este estudo. Idealmente o focus group deveria ser realizado pelo menos por seis participantes. Tal não foi possível, pois houve algumas equipas de Instituições que por diversas razões não conseguiram participar. Mas o fato dos participantes serem enfermeiros com muita experiência e membros fundadores das unidades de hospitalização domiciliária das suas instituições forneceu-nos informação bastante adequada.

Tendo em conta que a realidade da HD a nível nacional se encontra em crescimento, torna-se benéfica a realização de estudos com vista à produção de conhecimento científico nesta área, pois só assim a enfermagem crescerá enquanto disciplina de conhecimento. Sugerimos um estudo mais aprofundado apenas sobre as intervenções autónomas de Enfermagem, de forma a servir de base a estudos que desenvolvam o perfil de competências do enfermeiro em HD.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Costa, A., Reis, L., Souza, F., & Luengo, R. (2014). *O desenvolvimento de competências de literacia em saúde em contextos informais. Potencialidades da utilização da narrativa autobiográfica na educação para a saúde*. 3º Congresso Ibero-Americano em Investgación Cualitativa (pp. 139-143). Ludomedia.
- Cotta, R., Suárez-Varela, M., González, A., Filho, J., Real, E., & Ricós, J. (2001). La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual e perspectivas. *Rev Panam Salud Publica*, 45-55.
- Cunha, V., Escarigo, M., Correia, J., Nortadas, R., Azevedo, P., & Beirão, P. (2017). Hospitalização Domiciliária: balanço de um ano da primeira unidade portuguesa. *Revista de Medicina Interna*, 290-295.
- Delerue, F., & Correia, J. (2018). Hospitalização Domiciliária mais um Desafio para a Medicina Interna. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 25(4),15-17. doi:10.24950/rspmi/Op/1/2018
- Delva, D., Kerr, J., & Schultz, K. (2011). Continuity of care. Differing conceptions and values. *Can Fam Physician*, 57(8), 915-921.
- DGS. (2018). Norma 020/2018. *Hospitalização Domiciliária em idade adulta*. DGS.
- DGS. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Direcção-Geral da Saúde.
- Esperidião, M., & Trad, L. (2006). Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad. Saúde Pública*, 22(6), 1267-1276. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600016.
- Fernández-Miera, M. (2009). Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 39-50.
- ICN. (2007). *Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho = cuidados de qualidade*. Genebra: International Council of Nurses.
- ICN. (2011). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Mariano, P., Silva, S., Leitão, F., Carvalho, J., Calmeiro, M., Antunes, I., & André, M. (2021). Insuficiência Cardíaca Crónica em Hospitalização Domiciliária. *Gazeta Médica*, 5-10.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. *Advances in Nursing Science*. 23, 12-28
- Mendes, A. P. (2020). A incerteza na doença crítica e o imprevisto: mediadores importantes no processo de comunicação enfermeiro-família. *Escola Anna Nery*, 24(1), e20190056. http://www.scielo.br/pdf/ean/v24n1/pt_1414-8145-ean-24-01-e20190056.pdf
- Mendes, F., Mantovani, M. d., Gemito, M. L., & Lopes, M. (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, III(9), 17-25. doi:http://dx.doi.org/10.12707/RIII1281
- Mota, L. A. (2011). *O perfil de autocuidado dos clientes: exploração da sua influência no sucesso após transplante hepático*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Queirós, P., Vidinha, T., & Fialho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(3), 157-164.
- Ribeiro, O. (2013). *Custos e Benefícios do Ensino Clínico em Enfermagem para as Instituições Hospitalares*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde: Universidade Católica Portuguesa do Porto.
- Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(1),25-36.
- Voudris, K., & Silver, M. (28 de Março de 2018). Home Hospitalization for Acute Decompensated Heart Failure: Opportunities and Strategies for Improved Health Outcomes. *Healthcare*, pp. 6-31. doi:10.3390/healthcare6020031
- WHO. (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. World Health Organization.

A GESTÃO DO CONHECIMENTO EM CONTEXTO HOSPITALAR: UMA SCOPING REVIEW

Knowledge management in the hospital context: a scoping review knowle

Gestión del conocimiento en el contexto hospitalario: una *scoping review*

Andreia Conceição*, Diana Santos**, Vitor Raposo***

RESUMO

Enquadramento: a implementação da gestão do conhecimento nas organizações hospitalares é considerada um elemento essencial de uma boa governação, que permite dar resposta aos desafios que surgem diariamente com maior facilidade, efetividade e eficiência. Contudo, existem inúmeros fatores influenciadores da implementação deste conceito de interesse nas organizações hospitalares, sendo pertinente identificá-los. **Objetivo:** mapear os fatores que influenciam a implementação da gestão do conhecimento no contexto hospitalar pelos clínicos e pelos gestores em saúde. **Metodologia:** *scoping review* realizada segundo: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews*. Foi realizada uma pesquisa em bases de dados científicas sem restrição ao espaço temporal e nos idiomas português, inglês e espanhol. O processo de seleção de estudos, extração de dados e síntese da informação foi concretizado apenas por um autor. **Resultados:** através dos quatro estudos incluídos nesta revisão, foi possível identificar 16 fatores influenciadores da implementação da gestão do conhecimento em contexto hospitalar pelos clínicos e gestores em saúde. **Conclusão:** o mapeamento dos fatores influenciadores permite o desenvolvimento de estratégias organizacionais para potenciar ou colmatar os mesmos, tendo em vista ganhos em saúde e uma boa governação hospitalar. Também serão necessários mais estudos primários, essencialmente em contexto português.

Palavras Chave: gestão do conhecimento; hospital; profissionais de saúde; gestores de saúde

*RN, Irmandade da Misericórdia de Albergaria-a-Velha - <https://orcid.org/0000-0002-1940-414X>

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

**RN, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - <https://orcid.org/0000-0001-8412-6556>

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

***PhD in Business Management and Organization, Centre for Business and Economics Research (CeBER), Centre of Health Studies and Research of the University of Coimbra (CEISUC) - <https://orcid.org/0000-0002-9328-8415>

- Contribuição no artigo: Critical revision of the article

Como referenciar:

Conceição, A., Santos, D., & Raposo, V. (2021). A gestão do conhecimento em contexto hospitalar: uma *scoping review*. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(2), 99-110. doi.org/10.37914/riis.v4i2.172

Recebido para publicação: 21/09/2021
Aceite para publicação: 15/11/2021

ABSTRACT

Background: the implementation of knowledge management in hospital organisations is considered an essential element of good governance, which allows responding to the challenges that arise daily with greater ease, effectiveness and efficiency. However, there are numerous factors influencing the implementation of this concept of interest in hospital organizations, and it is pertinent to identify them. **Objective:** to map the factors that influence the implementation of knowledge management in hospital settings by clinicians and health managers. **Methodology:** scoping review conducted according to: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews. A search was conducted in scientific databases with no restriction on time space and in Portuguese, English and Spanish. The process of study selection, data extraction and information synthesis was carried out by only one author. **Results:** through the four studies included in this review, it was possible to identify 16 factors influencing the implementation of knowledge management in hospital settings by clinicians and managers in healthcare. **Conclusion:** the mapping of the influencing factors allows for the development of organizational strategies to enhance or overcome them, with a view to health gains and good hospital governance. Further primary studies will also be needed, mainly in the Portuguese context.

Keywords: knowledge management; hospitals; health personnel; health manager

RESUMEN

Marco contextual: la implantación de la gestión del conocimiento en las organizaciones hospitalarias se considera un elemento esencial de la buena gobernanza, que permite responder a los retos que se plantean a diario con mayor facilidad, eficacia y eficiencia. Sin embargo, hay numerosos factores que influyen en la aplicación de este concepto de interés en las organizaciones hospitalarias, y es pertinente identificarlos. **Objetivo:** mapear los factores que influyen en la implementación de la gestión del conocimiento en el contexto hospitalario por parte de los clínicos y los gestores en salud. **Metodología:** revisión de alcance realizada de acuerdo con: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews. Se realizó una búsqueda en bases de datos científicas sin restricción de espacio temporal y en portugués, inglés y español. El proceso de selección de los estudios, la extracción de los datos y la síntesis de la información fue realizado por un solo autor. **Resultados:** a través de los cuatro estudios incluidos en esta revisión, fue posible identificar 16 factores que influyen en la implementación de la gestión del conocimiento en entornos hospitalarios por parte de los clínicos y los gestores sanitarios. **Conclusión:** el mapeo de los factores de influencia permite desarrollar estrategias organizativas para potenciarlos o superarlos, con vistas a obtener beneficios sanitarios y una buena gobernanza hospitalaria. También serán necesarios más estudios primarios, fundamentalmente en el contexto portugués.

Palabras Clave: gestión del conocimiento; hospitales; personal de salud; gestor de salud

INTRODUÇÃO

O contexto hospitalar é considerado, pela *World Health Organization* (WHO, 2020), uma organização complexa que permite complementar e aumentar a efetividade de outras partes constituintes do sistema de saúde, fornecendo disponibilidade contínua para a prestação de cuidados ao nível de condições agudas e complexas, centrando-se nas necessidades das pessoas.

Os hospitais constituem-se como uma parte integrante do desenvolvimento do sistema de saúde. Atualmente, derivado do avanço contínuo da ciência e da tecnologia, os gestores em saúde e os clínicos apresentam um papel primordial na promoção de estratégias efetivas e eficientes para dar resposta aos inúmeros desafios que surgem diariamente no âmbito da saúde (WHO, 2020).

A governação hospitalar é caracterizada por um conjunto complexo de processos que determinam a tomada de decisão, através da definição da missão, da visão, dos valores e dos objetivos da organização específica, da monitorização do desenvolvimento das atividades e da avaliação das metas inicialmente definidas. Tendo assim, em vista o funcionamento global e o desempenho efetivo de todos os profissionais que constituem a organização hospitalar (Eeckloo et al., 2004).

Como princípios de uma boa governação hospitalar, estão descritos na literatura, por diferentes autores: a legitimidade e a voz, onde se refere que todas as partes integrantes sejam incluídas no processo de desenvolvimento e tomada de decisão de uma organização; a visão, a missão, o processo e os resultados a mensurar devem ser definidos de forma

clarificada; todos os setores da organização devem ser responsáveis por objetivos compartilhados/conjuntos; e por fim, os processos devem ser equitativos e reguláveis por legislações (Dzulkifli et al., 2020; Sakellarides, 2003). Segundo os mesmos autores, os processos contínuos de aprendizagem integram também os princípios de uma boa governação hospitalar, onde se incorpora a gestão da informação e do conhecimento. Esta característica, gestão do conhecimento em contexto hospitalar, intensifica a promoção da investigação nos diferentes setores, bem como o aumento do conhecimento e da inovação em saúde, produzindo-se assim uma prática clínica baseada na melhor evidência disponível, e consequentemente melhores políticas em saúde e melhores resultados para cada indivíduo.

A gestão do conhecimento apresenta-se definida por diferentes autores, nomeadamente segundo a *American Productivity e QualityCenter* (2021), este fenómeno de interesse diz respeito ao esforço sistemático que permite o fluxo contínuo do conhecimento com o objetivo de atingir as metas organizacionais. Bem como, poderá tratar-se da forma como se desenvolvem processos para obter conhecimentos, com vista a melhorar o desempenho organizacional.

Alguns autores referem que o desempenho organizacional encontra-se correlacionado com a implementação da gestão do conhecimento nas organizações, uma vez que permite dar resposta aos desafios que surgem diariamente com maior facilidade, efetividade e eficiência. Também a implementação deste fenómeno poderá apresentar-se como estratégica no âmbito das reformas em saúde e

A gestão do conhecimento em contexto hospitalar: uma *scoping review*

da economia em saúde (Cruz, & Ferreira, 2015; Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2009). Posto isto, indo ao encontro ao pressuposto anterior, o processo de implementação da gestão de conhecimento, apresenta inúmeras vantagens nas organizações de saúde, nomeadamente a promoção de uma prática baseada na evidência, da tomada de decisão informada, efetiva e eficiente, da qualidade dos cuidados, de melhores práticas, da inovação em saúde; da cooperação entre os diferentes profissionais e do desempenho organizacional; a prevenção de erros clínicos e a redução dos custos hospitalares (El Morr & Subercaze, 2010). Também segundo Davenport & Glaser (2002), a adoção da gestão do conhecimento permite melhorar a qualidade dos cuidados prestados, bem como a efetividade e a eficiência neste âmbito. Contudo, a implementação da gestão de conhecimento nas organizações hospitalares apresenta inúmeros fatores influenciadores, sendo pertinente identificá-los. A identificação destes fatores permite aos gestores em saúde e aos clínicos a adoção de estratégias que facilitem o processo de implementação da gestão do conhecimento e, consequentemente que promovam as vantagens inerentes.

Através de uma pesquisa de revisões em bases de dados de literatura sintetizada e outras (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* [MEDLINE] via *Pubmed*, *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* [CINAHL] via *EBSCO*, *JBI ConNECT+* e *Cochrane Library*) no dia 22 de novembro, não foi identificada nenhuma revisão que mapeasse os

fatores influenciadores da implementação da gestão do conhecimento apenas em contexto hospitalar. Desta forma, foi realizada uma *scoping review* com o objetivo de mapear os fatores que influenciam a implementação da gestão do conhecimento no contexto hospitalar pelos clínicos e pelos gestores em saúde.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE REVISÃO

A metodologia desta revisão foi baseada no *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis: Extension for Scoping Reviews*. Este tipo de síntese do conhecimento, as *scoping review*, segue à semelhança de outras revisões sistemáticas, uma abordagem rigorosa e sistemática, no entanto, tem em vista o mapeamento da evidência disponível sobre um determinado conceito de interesse (Tricco et al., 2018). A presente revisão da literatura apresenta como objetivo o mapeamento dos fatores que influenciam a implementação da gestão do conhecimento no contexto hospitalar pelos clínicos e pelos gestores em saúde.

Questão de revisão

A questão de revisão foi formulada segundo a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto), mnemónica específica para este tipo de revisões: Quais são os fatores que influenciam a implementação da gestão do conhecimento em contexto hospitalar pelos clínicos e pelos gestores em saúde? (Tabela 1).

Tabela 1

Componentes da questão de revisão segundo a mnemónica PCC

Acrónimo	Significado	Componentes da questão de revisão em estudo
P	Population (População)	Clínicos e Gestores em Saúde
C	Concept (Conceito)	Fatores que influenciam a implementação da gestão do conhecimento
C	Context (Contexto)	Contexto hospitalar

Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram também definidos através da mnemónica PCC, dos desenhos de estudo, do espaço temporal, e dos idiomas a incluir. Relativamente à população, foram considerados os clínicos e os gestores em saúde. Referente ao conceito, esta revisão considerou todos os estudos que abordassem os fatores que influenciam a implementação da gestão do conhecimento. Em relação ao contexto, foi considerado o contexto hospitalar. Os estudos primários quantitativos/qualitativos (estudos publicados e não publicados [literatura cinzenta]), foram os desenhos de estudo considerados. Não foi colocado nenhum limite no espaço temporal e foram considerados os idiomas português, inglês e espanhol.

Estratégia de pesquisa

Inicialmente, procedeu-se a uma pesquisa limitada às bases de dados MEDLINE via *Pubmed* e CINAHL via *EBSCO*, com as palavras-chave *knowledge management* e *hospital*, e o operador booleano *AND*, de forma a analisar os termos de linguagem natural presentes no título e resumo, e a promover

posteriormente uma pesquisa sensível. Numa segunda fase, foi desenvolvida a pesquisa final no dia 20 de novembro de 2020, nas bases de dados científicas MEDLINE via *Pubmed*, CINAHL via *EBSCO*, *Business Source Complete* via *EBSCO*, *Regional Business News* via *EBSCO* e *MedicLatina* via *EBSCO*. De modo a identificar a literatura não publicada (literatura cinzenta), foi procedida também à pesquisa no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Os termos/ expressões “*knowledge management*”, “*information management*”, “*hospital*”, “*factor*”, “*cause*”, “*influence*” foram a linguagem natural utilizada na pesquisa. No entanto, as estratégias de pesquisa foram adaptadas para cada base de dados, nomeadamente a utilização de descritores específicos. Na Tabela 2 encontra-se a estratégia de pesquisa adotada na MEDLINE via *Pubmed*. Não foram definidos limites referentes ao espaço temporal, e consideraram-se apenas os idiomas Português, Inglês e Espanhol. Por fim, numa terceira fase, foram analisadas as referências bibliográficas dos estudos incluídos.

Tabela 2

Estratégia de Pesquisa – MEDLINE *via Pubmed*- data: 20/11/2020

#	Estratégia de pesquisa	Resultados
-	((("knowledge management"[Title/Abstract] OR "information management"[Title/Abstract]) OR ("Knowledge Management"[Mesh])) AND (("Hospitals"[Mesh]) OR (hospital*[Title/Abstract]))) AND (factor*[Title/Abstract] OR caus*[Title/Abstract] OR influenc*[Title/Abstract]) Filters: English, Portuguese, Spanish	215

Processo de seleção de estudos

Os estudos identificados nas bases de dados foram analisados pelo título e resumo, primeiramente. Sequentemente, foi analisado o texto completo daqueles que cumpriram os critérios de inclusão segundo o título e resumo. Este processo foi concretizado apenas por dois revisores de forma independente, através do gestor bibliográfico *Mendeley*.

Extração e Síntese de dados

A extração de dados foi orientada por um instrumento desenvolvido pelos autores. Os dados foram extraídos por dois autores de forma independente. A síntese dos dados foi concretizada de forma narrativa e através da esquematização da informação em tabelas.

RESULTADOS

Através da pesquisa nas bases de dados, obteve-se um resultado total de 397 registos (215 na MEDLINE *via*

Pubmed, 124 na CINAHL *via EBSCO*, 39 na *Business Source Complete via EBSCO*, 11 na *Regional Business News via EBSCO*, 3 *MedicLatina via EBSCO* e 5 no RCAAP). Adicionalmente, três registos foram identificados através da análise das referências bibliográficas dos estudos incluídos. Após a eliminação dos duplicados, foram identificados 267 registos. Através da leitura e análise dos títulos e dos resumos, foram excluídos 252 registos. Após a recuperação do texto completo, os 15 estudos foram analisados de modo integral, tendo sido excluídos 11 estudos por não apresentarem os critérios de inclusão referentes ao conceito (três estudos) e ao contexto (oito estudos) de interesse da presente revisão. Desta forma, foram incluídos quatro estudos nesta *scoping review*. Na Figura 1 encontra-se o Fluxograma do processo de seleção e inclusão dos estudos, segundo os *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (Trinco et al., 2018).

A gestão do conhecimento em contexto hospitalar: uma *scoping review*

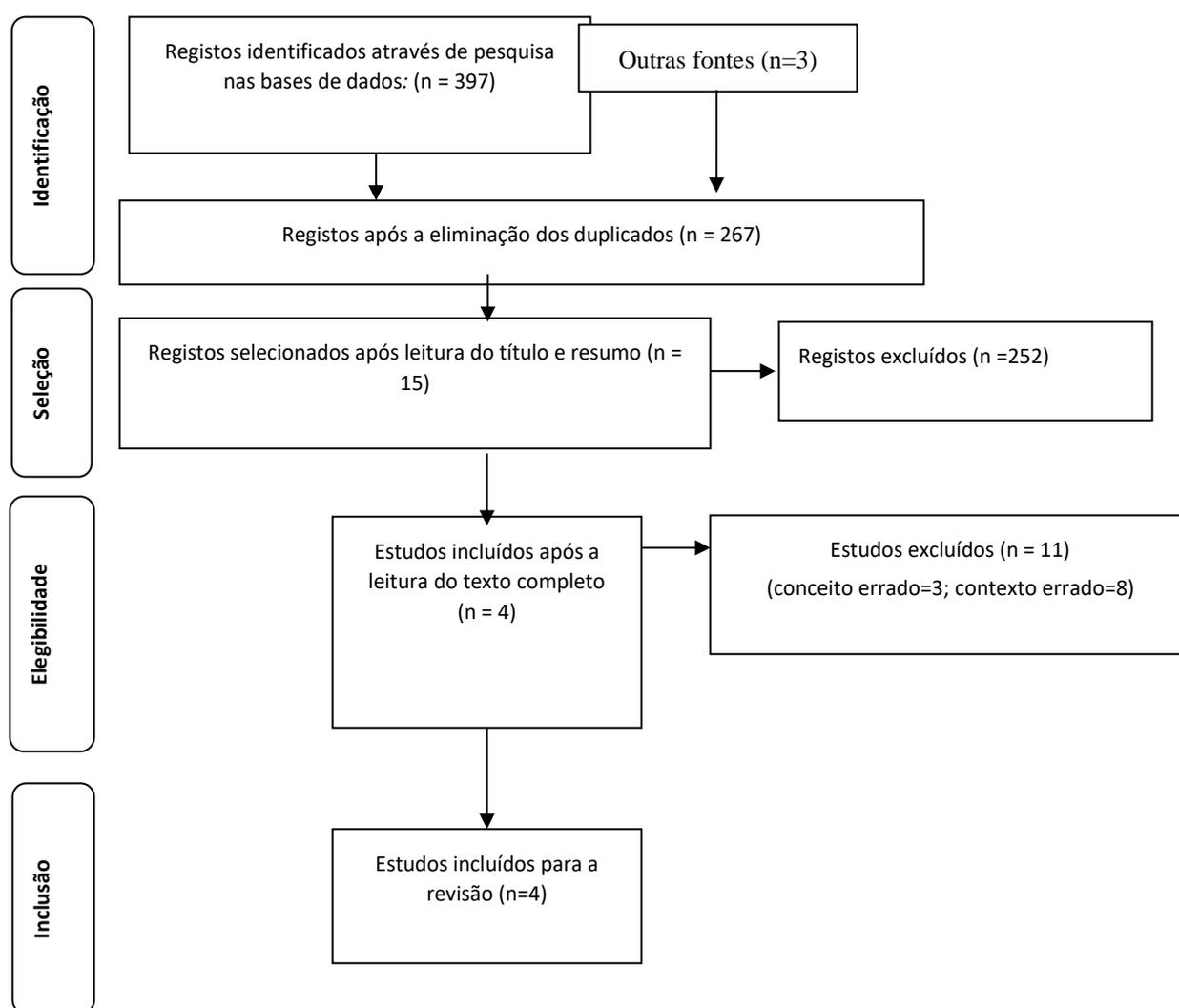


Figura 1

Fluxograma do processo de seleção e inclusão dos estudos

Seguidamente encontram-se as características dos estudos incluídos, nomeadamente os autores e o respetivo ano de publicação, o título do estudo, o idioma de publicação, o país relatado no estudo, o desenho de estudo, a população e o contexto de interesse de cada estudo incluído.

Autores e Ano

Os autores dos estudos incluídos nesta revisão foram: Chen, Liu, & Hwang (2011); Cruz & Ferreira (2015); Lee (2017); Lee, Kim, & Kim (2014). Os estudos foram publicados entre o ano 2011e 2017.

Títulos dos estudos

Os títulos dos estudos incluídos na presente revisão foram: *Key factors affecting healthcare professionals to adopt knowledge management: The case of infection control departments of Taiwanese hospitals* (Chen et al., 2011); *Perceção de cultura organizacional e de gestão do conhecimento em hospitais com diferentes modelos* (Cruz & Ferreira, 2015); *Knowledge Management Enablers and Process in Hospital Organizations* (Lee, 2017); e *Relationships between core factors of knowledge management in*

A gestão do conhecimento em contexto hospitalar: uma *scoping review*

hospital nursing organisations and outcomes of nursing (Lee et al., 2014).

Idioma dos estudos incluídos

Três estudos foram publicados na língua inglesa (Chen et al., 2011; Lee, 2017; Lee et al., 2014). Apenas um estudo foi publicado no idioma português (Cruz & Ferreira, 2015).

Países relatados no estudo

Os estudos desta revisão foram desenvolvidos em diferentes países do continente Asiático, nomeadamente Taiwan (Chen et al., 2011) e Coreia do Sul (Lee, 2017; Lee et al., 2014). Apenas um estudo foi realizado no continente Europeu, especificamente em Portugal (Cruz & Ferreira, 2015).

Desenho dos estudos incluídos

Todos os estudos incluídos são de abordagem quantitativa (Chen et al., 2011; Cruz & Ferreira, 2015; Lee, 2017; Lee et al., 2014).

População de interesse dos estudos incluídos

Todos os estudos abordaram os clínicos (Chen et al., 2011; Cruz & Ferreira, 2015; Lee, 2017; Lee et al., 2014). Apenas os estudos desenvolvidos por Cruz & Ferreira (2015) Lee (2017) consideram adicionalmente os gestores em saúde.

Contexto de interesse dos estudos incluídos

Todos os estudos incluídos consideram o contexto hospitalar (Chen et al., 2011; Cruz & Ferreira, 2015; Lee, 2017; Lee et al., 2014).

Fatores que influenciam a implementação da gestão do conhecimento em contexto hospitalar pelos clínicos e pelos gestores em saúde

Os quatro estudos incluídos nesta *scoping review* foram analisados segundo a população, conceito e contexto de interesse: Fatores que influenciam a implementação da gestão do conhecimento em contexto hospitalar pelos clínicos e pelos gestores em saúde (Tabela 3).

Tabela 3

Fatores que influenciam a implementação da gestão do conhecimento em contexto hospitalar pelos clínicos e pelos gestores em saúde

Autores/Ano	Fatores que influenciam a implementação da gestão do conhecimento em contexto hospitalar pelos clínicos e pelos gestores em saúde
Chen et al., 2011	Cultura organizacional
	Recursos económicos
	Perceção da importância da gestão do conhecimento pelos líderes
	Atitudes dos colegas
	Competências digitais
	Perceção de necessidades
Cruz e Ferreira, 2015	Cultura organizacional
Lee, 2017	Cultura organizacional
	Competências de liderança
	Existência de sistemas de informação tecnológica

A gestão do conhecimento em contexto hospitalar: uma *scoping review*

	Motivação para aprender
	Confiança entre profissionais
	Colaboração/ Cooperação entre profissionais
Lee et al., 2014	Cultura de partilha de conhecimento
	Sistema de gestão de enfermagem (tecnologia, acesso a base de dados)
	Atitudes do líder perante a gestão do conhecimento
	Aprendizagem organizacional
	Recompensas (remuneração/avaliação de desempenho mais justa)

Desta forma, através da análise e interpretação dos resultados dos estudos incluídos foi possível mapear 16 fatores diferentes que influenciam a implementação da gestão do conhecimento em contexto hospitalar pelos clínicos e pelos gestores em saúde.

No estudo desenvolvido pelos autores Chen et al. (2011) foram identificados os seguintes fatores influenciadores da implementação da gestão do conhecimento em contexto hospitalar pelos clínicos: a cultura organizacional; os recursos económicos; a perceção da importância da gestão do conhecimento pelos líderes; as atitudes dos colegas; as competências digitais de cada profissional de saúde; e por fim, a perceção de necessidades, nomeadamente a perceção da necessidade de mudança.

A cultura organizacional foi o único fator influenciador da implementação da gestão do conhecimento em contexto hospitalar pelos clínicos e pelos gestores em saúde abordado no estudo desenvolvido pelos autores Cruz & Ferreira (2015).

O terceiro estudo incluído nesta revisão mencionou seis fatores influenciadores deste fenómeno de interesse em contexto hospitalar pelos clínicos e pelos gestores em saúde, nomeadamente a cultura organizacional, as competências de liderança, a

existência de sistemas de informação tecnológica, a motivação para aprender, a confiança e a colaboração/cooperação entre profissionais (Lee, 2017).

Por fim, a cultura de partilha de conhecimento, o sistema de gestão de enfermagem, nomeadamente a tecnologia existente na área de enfermagem e o acesso a bases de dados, as atitudes do líder perante a gestão do conhecimento, a aprendizagem organizacional e as recompensas, especificamente as remunerações ou uma avaliação individual de desempenho mais justa, foram os fatores influenciadores da implementação da gestão do conhecimento em contexto hospitalar pelos clínicos, especificamente pelos enfermeiros, mencionados no estudo concretizado pelos autores Lee et al. (2014).

DISCUSSÃO

A análise dos estudos incluídos permitiu identificar os fatores que influenciam a implementação da gestão do conhecimento em contexto hospitalar pelos clínicos e pelos gestores em saúde. Através da aplicação dos critérios de inclusão predefinidos, quatro estudos foram incluídos, bem como analisados de forma integral, pelo que neste capítulo se objetiva interpretar os resultados apresentados no capítulo anterior, bem

A gestão do conhecimento em contexto hospitalar: uma *scoping review*

como confrontar os mesmos com outras evidências científicas.

A evidência científica disponível até ao dia da pesquisa concretizada nas bases de dados científicas (dia 20 de novembro de 2020) permitiu, como anteriormente referido, mapear 16 fatores influenciadores deste fenómeno de interesse em contexto hospitalar, pelos clínicos e gestores em saúde. A cultura organizacional (Chen et al., 2011; Cruz e Ferreira, 2015; Lee, 2017); os recursos económicos, a perceção da importância da gestão do conhecimento pelos líderes, as atitudes dos colegas, as competências digitais, a perceção de necessidades (Chen et al., 2011); as competências de liderança, a existência de sistemas de informação tecnológica, a motivação para aprender, a confiança, colaboração/ cooperação entre profissionais (Lee, 2017); a cultura de partilha de conhecimento, o sistema de gestão de enfermagem, as atitudes do líder perante a gestão do conhecimento, a aprendizagem organizacional e as recompensas (Lee et al., 2014), foram os fatores influenciadores da implementação da gestão do conhecimento pelos clínicos e/ou gestores em saúde identificados na literatura, tal como exposto na Tabela 3.

A cultura organizacional foi identificada por três estudos como um fator que influenciava a implementação da gestão do conhecimento em contexto hospitalar (Chen et al., 2011; Cruz & Ferreira, 2015; Lee, 2017). Este fator é caracterizado pelo conjunto de valores, missões e regulamentos de uma organização, que influenciam a interação entre os membros internos e externos (Davenport, DeLong, & Beers, 1998). A cultura orientada para o conhecimento é um fator essencial para a implementação do mesmo, segundo os autores supramencionados. Também, tal

como corroboram os estudos de Maier (2005), a cultura organizacional influencia como os clínicos e gestores em saúde lidam com o conhecimento, podendo influenciar a sua implementação.

A existência de recursos económicos (Chen et al., 2011), de sistemas de informação tecnológica (Lee, 2017) e do sistema de gestão em enfermagem (tecnologia, acesso a base de dados) (Lee et al., 2014) foram também considerados fatores influenciadores da implementação da gestão de conhecimento em contexto hospitalar. O estudo desenvolvido por Ein-Dor & Segev (1978) analisa que a presença de recursos se encontra diretamente correlacionada com a implementação da gestão do conhecimento em contexto hospitalar. No entanto, tal como refere Marion (1999), não se torna suficiente apenas a existência de recursos, é essencial a capacitação dos profissionais no âmbito das competências digitais, colmatando assim este fator influenciador da implementação da gestão do conhecimento (competências digitais dos clínicos) referenciado por Chen et al. (2011).

A perceção da importância da gestão do conhecimento pelos líderes (Chen et al., 2011) e as atitudes do líder perante a gestão do conhecimento (Lee et al., 2014) foram também identificados como fatores influenciadores da implementação da gestão do conhecimento em contexto hospitalar pelos clínicos. Estes estudos demonstraram que quando os líderes/gestores em saúde/administradores apresentam atitudes desvaloradas da gestão do conhecimento torna-se dificultador a sua implementação. Estes resultados apresentam-se corroborados no estudo desenvolvido por Besen, Tecchio, & Fialho (2017), onde também mencionam

A gestão do conhecimento em contexto hospitalar: uma *scoping review*

que as competências de líder são consideradas essenciais para a implementação da gestão do conhecimento, uma vez que a liderança apresenta um papel fundamental na inovação e no planeamento de estratégias para implementação da gestão do conhecimento. Tendo em consideração que a implementação deste conceito de interesse pelos gestores em saúde é vista como estratégica e promotora do desenvolvimento organizacional, tal como também refere o estudo incluído do autor Lee (2017) e outros estudos na literatura desenvolvidos por Ramachandran et al. (2013), e Wong & Aspinwall (2005).

As atitudes dos colegas (Chen et al., 2011), a confiança, colaboração/ cooperação entre profissionais (Lee, 2017), a cultura de partilha de conhecimento e a aprendizagem organizacional (Lee et al., 2014) foram também fatores identificados na literatura através desta *scoping review*. Estes estudos demonstram que a partilha de conhecimento entre colegas e as atitudes de colaboração/cooperação entre os mesmo promovem a implementação da gestão do conhecimento em contexto hospitalar e, conseqüentemente a sua efetividade. Também a motivação que cada indivíduo apresenta para aprender poderá influenciar a implementação da gestão de conhecimento, tornando-se assim uma barreira, segundo o estudo desenvolvido pelos autores Lee et al. (2014). A perceção das necessidades influencia também a motivação para aprender e, conseqüentemente a implementação da gestão do conhecimento nas organizações hospitalares, uma vez que aquando um indivíduo não sente a necessidade de mudança, não apresenta motivação para aprender no

âmbito da inovação e das novas investigações realizadas (Chen et al., 2011)

As recompensas mencionadas pelos autores Lee et al. (2014) verificaram-se como fatores influenciadores da gestão do conhecimento, uma vez que os indivíduos apresentavam perceção sobre os ganhos pessoais e profissionais. Também o estudo desenvolvido por Ajmal, Helo, & Kekäle (2010) apresenta este fator como vantajoso para a implementação da gestão do conhecimento.

Torna-se importante também refletir que apenas foi identificado na literatura um estudo desenvolvido em contexto português, onde mencionava a influência da cultura organizacional na implementação da gestão do conhecimento em organizações hospitalares. Este estudo menciona também que os modelos de gestão influenciam a implementação deste conceito de interesse, nomeadamente uma cultura clã é considerada facilitadora desta implementação, em comparação com uma cultura de hierarquia (Cruz & Ferreira, 2015). No entanto, não foram encontrados outros estudos para corroborar estes resultados.

Por fim, referente às limitações presentes nesta revisão, é possível destacar que na pesquisa desenvolvida nas bases de dados, apenas foram considerados três idiomas, pelo que estudos em outras línguas também poderiam ter sido benéficos para analisar esta problemática. Também, uma vez que se trata de uma *scoping review*, onde se objetiva o mapeamento da evidência, tal como refere os autores Tricco et al. (2018) a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos não é realizada, no entanto, as implicações para a prática e para investigação concretizadas no capítulo seguinte poderão apresentar limitações.

CONCLUSÃO

A gestão do conhecimento é considerada como uma patente essencial nas organizações de saúde, evidenciando-se a sua importância na sobrevivência das mesmas, na exigência contínua para a manutenção da qualidade em saúde, tornando-se assim num recurso obrigatório no âmbito da saúde.

Este conceito de interesse tem vindo a ser reconhecida como uma estratégia organizacional para a inovação, para a tomada de decisão, e primordialmente para o desenvolvimento organizacional. Através desta *scoping review* foi possível dar resposta à questão de revisão: Quais são os fatores que influenciam a implementação da gestão do conhecimento em contexto hospitalar pelos clínicos e pelos gestores em saúde?, tendo sido identificados os seguintes fatores influenciadores: a cultura organizacional; os recursos económicos; a perceção da importância da gestão do conhecimento pelos líderes; as atitudes dos colegas; as competências digitais; a perceção de necessidades; as competências de liderança; a existência de sistemas de informação tecnológica; a motivação para aprender; a confiança, colaboração/ cooperação entre profissionais; a cultura de partilha de conhecimento; o sistema de gestão de enfermagem; as atitudes do líder perante a gestão do conhecimento; a aprendizagem organizacional; e as recompensas.

Perante a análise dos estudos incluídos e dos estudos utilizados para corroborar os resultados foi possível definir implicações para a prática dos profissionais de saúde e gestores em saúde, bem como implicações para a concretização de investigações futuras sobre este conceito de interesse em organizações hospitalares. Referente às implicações para a prática, é essencial referir que a definição de estratégias

organizacionais para potenciar ou colmatar os fatores influenciadores mapeados torna-se uma prioridade organizacional, com vista à implementação da gestão do conhecimento nas organizações hospitalares e, conseqüentemente à aquisição das suas vantagens, boa governação em saúde e ganhos em saúde para o indivíduo.

Em relação às implicações para a investigação, são necessários mais estudos primários sobre este conceito de interesse, essencialmente em contexto português. Bem como, perante esta *scoping review* e após o conhecimento sobre quais os fatores influenciadores, é pertinente o desenvolvimento de estudos primários sobre estratégias de implementação da gestão do conhecimento, bem como sobre a sua efetividade.

Por fim, é possível concluir que esta revisão torna-se útil para informar os clínicos, os gestores em saúde, bem como os investigadores desta área de interesse, podendo apresentar um impacto positivo tanto no âmbito clínico como na investigação em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajmal, M., Helo, P., & Kekäle, T. (2010). Critical factors for knowledge management in project business. *Journal of Knowledge Management*, 14(1), 156-168. <http://dx.doi.org/10.1108/13673271011015633>.
- American Productivity & Quality Center. (2021). *Knowledge Management* <https://www.apqc.org/expertise/knowledge-management>
- Besen, F., Tecchio, E., & Fialho, F. A. P. (2017). Liderança autêntica e a gestão do conhecimento. *Gestão & Produção*, 24(1), 2-14. doi: 10.1590/0104-530X898-13
- Chen, Y. H., Liu, C. F., & Hwang, H. G. (2011). Key factors affecting healthcare professionals to adopt knowledge management: The case of infection control departments of Taiwanese hospitals. *Expert Systems*

- with *Applications*, 38(1), 450-457. doi: 10.1016/j.eswa.2010.06.085
- Clare, M., & Detore, A. W. (2000). *Knowledge assets: Professional's guide to valuation and financial management*. Harcourt Legal & Professional Publications, Incorporated.
- Cruz, S. G., & Ferreira, M. M. F. (2015). Percepção de cultura organizacional e de gestão do conhecimento em hospitais com diferentes modelos de gestão. *Revista de Enfermagem Referência*, (5), 75-83. doi: 10.12707/RIV14065
- Davenport, T. H., & Glaser, J. (2002). Just-in-time delivery comes to knowledge management. *Harvard business review*, 80(7), 107-111.
- Davenport, T. H., DeLong, D. W., & Beers, M. C. (1998). Successful knowledge management projects. *Sloan Management Review*, 39(2), 43-57. https://www.researchgate.net/profile/Thomas_Davenport2/publication/200045855_Building_Successful_Knowledge_Management_Projects/links/53db93a40cf216e4210bf847.pdf
- Dzulkipli, A. M., Arifin, M. A., & Salmah, A. U. (2020). Effect of the principles of good corporate governance on satisfaction of inpatients at Bahagia type c hospital, Makassar City. *Enfermería Clínica*, 30, 257-260. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.10.079
- Eeckloo, K., Van Herck, G., Van Hulle, C., & Vleugels, A. (2004). From Corporate Governance To Hospital Governance.: Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. *Health Policy*, 68(1), 1-15. doi: 10.1016/j.healthpol.2003.07.009
- Ein-Dor, P., & Segev, E. (1978). Organizational context and the success of management information system. *Management Science*, 24(10), 1064-1077. doi: 10.1287/mnsc.24.10.1064
- El Morr, C., & Subercaze, J. (2010). Knowledge management in health care. In Cunha, M. M. C., Tavares, A. J., & Simões, R. (Eds.), *Handbook of research on developments in e-health and telemedicine: Technological and social perspectives*. (pp. 490-510). USA: IGI Global.
- Lee, E. J., Kim, H. S., & Kim, H. Y. (2014). Relationships between core factors of knowledge management in hospital nursing organisations and outcomes of nursing performance. *Journal of clinical nursing*, 23(23-24), 3513-3524. doi: 10.1111/jocn.12603
- Lee, H. S. (2017). Knowledge management enablers and process in hospital organizations. *Osong public health and research perspectives*, 8(1), 26. doi: 10.24171/j.phrp.2017.8.1.04
- Maier, R. (2005). Knowledge management systems: information and communication technologies for knowledge management. *Computing Reviews*, 46(1), 24.
- Marion, G. (1999). Barriers to the adoption of computerized technology in health care systems. *Topic in Health Information Management*, 19(4), 1-19.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009). *10/30Anos: Razões para continuar. Relatório de Primavera 2009*. Escola Nacional de Saúde Pública
- Ramachandran, S. D., Chong, S. C., & Wong, K. Y. (2013). Knowledge management practices and enablers in public universities: A gap analysis. *Campus-Wide Information Systems*, 30(2), 76-94. doi: 10.1108/10650741311306273.
- Sakellarides, C. T. (2003). El valor de la salud y su "gobierno" en un mundo globalizado posmoderno: el encuentro de la bella y la bestia. *Humanitas, Humanidades Médicas*, 1(3), 255-264.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., ... & Hempel, S. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467-473. doi: 10.7326/M18-0850
- Wong, K. Y., & Aspinwall, E. (2005). An empirical study of the important factors for knowledge-management adoption in the SME sector. *Journal of Knowledge Management*, 9(3), 64-82. doi: 10.1108/1367327051060277
- World Health Organization. (2020). *Hospitals*. <https://www.who.int/health-topics/hospitals>

INFLUÊNCIA DO RÁCIO ENFERMEIRO-UTENTE NA CONTENÇÃO FÍSICA EM PSIQUIATRIA: REVISÃO SISTEMÁTICA

Influence of the nurse-patient ratio on physical restraint in psychiatry: systematic review

Influencia de la proporción enfermero-usuario en la contención física en psiquiatría: revision sistemática

Ricardo C. Matos*, Ana Cruz**, Bruna Ferreira***, Carla Gonçalves****, Diana Correia*****, Emanuel Almeida*****, António Ferreira*****, Ana Quesado*****

RESUMO

Enquadramento: a contenção física em serviços de psiquiatria é uma prática comum, que pode comprometer a liberdade, a autodeterminação, a dignidade e a vida da pessoa. Associado aos esforços para minimizar o recurso a esta medida, o fator rácio enfermeiro-utente tem sido pouco estudado. **Objetivo:** analisar a influência do rácio enfermeiro-utente em serviços de psiquiatria, no recurso à contenção física e isolamento. **Metodologia:** revisão sistemática da literatura, segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI). Incluíram-se estudos em utentes internados em serviços de psiquiatria, publicados até 10/12/2020. **Resultados:** triaram-se 1208 estudos, incluindo 4 observacionais. Um analisou o rácio, enquanto os outros analisaram o número de enfermeiros/profissionais. Dois analisaram a taxa e duração do isolamento, enquanto os restantes analisaram também a contenção física. Dois estudos concluíram que o aumento do número/rácio de enfermeiros diminui o uso e duração de medidas restritivas, enquanto nos outros dois se concluiu o inverso. No estudo em que se analisou o rácio enfermeiro-utente, observou-se a redução destas medidas. **Conclusão:** não foi possível determinar uma clara associação entre melhoria do rácio enfermeiro-utente em serviços de psiquiatria e redução do recurso à contenção física e isolamento. Contudo, recomenda-se o reforço da investigação para que se possam identificar resultados robustos.

Palavras chave: psiquiatria; contenção física; dotação de enfermagem; rácio de enfermagem

*RN, Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar do Baixo Vouga EPE, Aveiro, Portugal; Ordem dos Enfermeiros, Secção Regional do Centro (SRCOE), Coimbra, - <https://orcid.org/0000-0001-8186-2697>

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 de Saúde Mental e Psiquiatria, Serviço Consulta Externa, Polo HG, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal - Contribuição no artigo: Data analysis and interpretation, Critical revision of the article

***RN, Enfermeira Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria, Serviço de Pedopsiquiatria – Internamento, Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra - Contribuição no artigo: Data analysis and interpretation, Critical revision of the article

****RN, Enfermeira Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria, Serviço de Pedopsiquiatria – Internamento, Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra - Contribuição no artigo: Data analysis and interpretation, Critical revision of the article

***** RN, Enfermeira Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria Serviço Médico Cirúrgico, Hospital Prisional de São João de Deus - Contribuição no artigo: Data analysis and interpretation, Critical revision of the article

***** RN, Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria, Serviço de Internamento e Crise da Unidade Autónoma de Gestão de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto - Contribuição no artigo: Data collection, Data analysis and interpretation, Critical revision of the article

*****MsC, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa - <https://orcid.org/0000-0001-5008-3746>

- Contribuição no artigo: Critical revision of the article
 *****PhD, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa - <https://orcid.org/0000-0003-2234-4720>

- Contribuição no artigo: Critical revision of the article

Como referenciar:

Matos, C.R, Cruz, A., Ferreira, B., Gonçalves, C. Correia, D., Almeida, E., Ferreira A., & Quesado, A. (2021). Influência do rácio enfermeiro: utente na contenção física em psiquiatria: revisão sistemática. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(2) 111-123. doi.org/10.37914/riis.v4i2.137

Recebido para publicação: 20/04/2021
 Aceite para publicação: 19/12/2021

ABSTRACT

Background: physical restraint in psychiatric services is a common practice, which can compromise a person's freedom, self-determination, dignity and life. Associated with efforts to minimize the use of this measure, the nurse-patient ratio factor has been little studied. **Objective:** to analyze the influence of the nurse-patient ratio in psychiatric services on the use of physical restraint and isolation. **Methodology:** systematic literature review, according to the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology. Studies in patients admitted to psychiatric services, published until 12/10/2020, were included. **Results:** 1208 studies screened, including 4 observational. One analyzed ratio, while others, the number of nurses/professionals. Two observed rate and duration of isolation, while the rest also looked at physical restraint. Two studies concluded that the increase in the number/ratio of nurses decreases the use and duration of restrictive measures, while the other two concluded the opposite. In the study that analyzed the nurse-user ratio, a reduction in these measures was observed. **Conclusions:** it was not possible to determine a clear association between an improvement in the nurse-patient ratio in psychiatric services and a reduction in the use of physical restraint and isolation. However, it is recommended that research be strengthened so that robust results can be identified.

Keywords: psychiatry; physical restraint; nursing endowment; nursing ratio

RESUMEN

Marco contextual: la restricción física en servicios psiquiátricos es una práctica común que puede comprometer la libertad, la autodeterminación, la dignidad y vida de una persona. Asociado con los esfuerzos para minimizar su uso, el factor de proporción enfermera-usuario há sido poco estudiado. **Objetivo:** analizar la influencia de la relación enfermero-usuario en los servicios psiquiátricos sobre el uso de contención física y aislamiento. **Metodología:** revisión sistemática de literatura, según metodología del Instituto Joanna Briggs (JBI). Se incluyeron estudios sobre servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados publicados hasta el 12/10/2020. **Resultados:** se seleccionaron 1208 estudios, incluidos 4 observacionales. Uno analizó la proporción y otros el número de enfermeras / profesionales. Dos observaron el índice y duración del aislamiento, y otros también observaron la restricción física. Dos concluyeron que el aumento en el número / proporción de enfermeras disminuye el uso y la duración de las medidas restrictivas, y otros dos lo contrario. En el estudio que se analizó la relación enfermeras-usuarios se observó una reducción de estas medidas. **Conclusión:** no fue posible determinar clara asociación entre la mejora en la proporción enfermera-usuario en servicios psiquiátricos y la reducción en el uso de medidas restrictivas. Se recomienda realizar más investigaciones para identificar resultados sólidos.

Palabras clave: psiquiatría; restricción física; dotación de enfermería; proporción de enfermería

INTRODUÇÃO

A contenção física define-se pela “restrição dos movimentos da pessoa doente, em situações de agitação psicomotora, confusão mental ou agressividade/violência em relação a si próprio e/ou a outros” (Direção Geral de Saúde (DGS), 2007, p. 2), sendo utilizada nos serviços de psiquiatria, sobretudo com vista à contenção de comportamentos auto ou heteroagressivos. Apesar de ser uma prática controversa, é aplicada um pouco por todo o mundo industrializado, com taxas de prevalência muito variáveis, que se estimam entre os 3 e os 50%, acreditando-se que estes números possam ser ainda superiores (Huf, Coutinho, Ferreira, Ferreira, Mello & Adams, 2011).

Em Portugal não se encontram estudos de prevalência desta prática, mas sabe-se que o recurso à técnica de contenção física comporta importantes riscos, nomeadamente físicos e psicológicos (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2015). No que diz respeito aos primeiros, de acordo com Mohr, Peti e Mohr (2003), pessoas contidas podem apresentar lesões físicas decorrentes do processo de contenção, podendo também apresentar risco aumentado de desidratação, asfixia, aspiração, depressão respiratória, trombose, hipertensão arterial, arritmias, incontinência, agressão por outros utentes e até mesmo morte. Já em termos psicológicos, não de menor importância, destacam-se sentimentos de medo, raiva e ansiedade, bem como pensamentos intrusivos, pesadelos recorrentes, comportamentos de evitamento e respostas de sobressalto e desconfiança relativamente a profissionais de saúde, que foram observados anos depois, em pessoas submetidas a este procedimento

(Steinert, Birk, Flammer & Bergk, 2013; Mohr, Peti & Mohr, 2003).

Em 2007, foi emitida uma circular normativa pela DGS, que permitiu enquadrar, pela primeira vez em Portugal, o procedimento técnico de contenção física de um utente e o mesmo foi revogado pela orientação n.º 021/2011 da DGS, tendo este último, um carácter orientador.

Estes documentos referem que, a utilização de medidas de contenção deve ser entendida pelos profissionais de saúde como um procedimento incidente para a segurança do utente, uma vez que tem um impacto importante na liberdade, autodeterminação e dignidade de cada utente, devendo ser considerada como último recurso, depois de esgotadas as medidas alternativas.

Esta orientação estabelece que os doentes são elegíveis para a colocação de medidas de contenção quando manifestem comportamentos que o coloquem a si ou à sua envolvente em risco de sofrer danos; recusem tratamento compulsivo, nos termos legais; ou recusem tratamento vital, urgente; devendo o profissional de saúde desencadear as medidas de contenção necessárias durante a prestação de cuidados e comunicar a situação à equipa de saúde (DGS, 2011).

Em todas as circunstâncias deve prevalecer o princípio de cuidar do doente com a menor restrição possível, e pelo menor tempo possível, salvaguardando-se sempre as especificidades de cada doente sujeito à técnica (DGS, 2011).

Importa ainda que todos os profissionais recebam formação, tanto na sua admissão como, no máximo, a cada 3 anos, sobre técnicas de prevenção da contenção, técnicas de contenção, aplicação correta

Influência do rácio enfermeiro–utente na contenção física em psiquiatria: revisão sistemática

de instrumentos de contenção e como cuidar do doente que se encontra em contenção (DGS, 2011). No que se refere às medidas alternativas ou de prevenção, a DGS (2011), destaca alguns exemplos, não excluindo outras opções. Entre estes, realça a importância da presença e acompanhamento individual por profissionais de saúde, que proporcionem ao doente a libertação de tensões e hostilidade, recorrendo à palavra ou outras formas de expressão, consoante o contexto. Menciona ainda a contenção verbal, com sinceridade, calma e firmeza; a modificação do contexto, procurando oferecer ao doente um ambiente calmo e seguro; o recurso à inclusão ou exclusão de alguma pessoa significativa para o doente; o convite e organização de atividades e tarefas minimamente compatíveis com a condição do doente; e o tratamento farmacológico. Depreende-se que para a aplicabilidade destas medidas seja necessária a existência de profissionais em número adequado.

Contudo, apesar das orientações emitidas, prevê-se em Portugal, tendo por base a experiência profissional dos investigadores, taxas ainda elevadas de contenção física, à semelhança do que acontece em outros países, como o Reino Unido (Perkins, Prosser, Riley & Whittington, 2012), ou Austrália (Muir-Cochrane, Baird & MacCann, 2015). De acordo com os estudos realizados nesses países, o principal motivo para a relutância na eliminação destas práticas prende-se com a perceção por parte das equipas de enfermagem, de índices de eficácia baixos das medidas alternativas. A hipótese em estudo é que se os serviços de psiquiatria fossem reforçados com elementos da equipa de enfermagem, tornar-se-ia possível um acompanhamento mais próximo da pessoa doente e, conseqüentemente, mais eficaz na redução do recurso

às medidas de contenção física. Num estudo realizado por Magnowski e Cleveland (2019), que teve por objetivo identificar o impacto da intervenção “*milieu nurse-client*” nas taxas mensais de contenção física numa unidade psiquiátrica, comparativamente aos procedimentos e gestão tradicional dessa mesma unidade (Magnowski & Cleveland, 2019), constatou-se que a permanência contínua de um enfermeiro junto ao utente em contenção, intervindo psicoeducativamente, leva a uma redução muito significativa do tempo de contenção. Contudo, existem também alguns estudos, ainda que antigos (Saloff & Turner, 1981; Phillips & Nasr, 1983 citados por Morrison & Lehane, 1995), que reportam que um maior número de profissionais podem levar à hiperestimulação dos utentes e a maior taxas de isolamento e contenção física.

Sem dúvida que o fenómeno estudado apresenta um carácter multifatorial, sendo que para além do número de enfermeiros, importa considerar o rácio enfermeiro/enfermeira, a formação e experiência dos mesmos. Ainda assim, o rácio enfermeiro-utente é o fator mais difícil de estudar. Deste modo, a presente revisão sistemática teve como objetivo analisar a influência do rácio enfermeiro-utente, em unidades de cuidados de psiquiatria, no recurso à contenção física e isolamento dos utentes.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE REVISÃO

Realizou-se uma revisão sistemática de acordo com as orientações do Joanna Brigs Institute (Aromataris & Munn, 2020). Foram definidos e aplicados critérios de seleção segundo a metodologia PICOD. Participantes: Doentes internados em serviços de psiquiatria; Intervenção: rácio enfermeiro-doente (associado ou

Influência do rácio enfermeiro–utente na contenção física em psiquiatria: revisão sistemática

não a outra intervenção); Comparações: cuidados *standard* (isto é, sem ou antes da intervenção); *Outcomes*: taxa de recurso à contenção física (*outcome* primário, já que acarreta mais riscos para a pessoa) e de recurso ao isolamento (*outcome* secundário, para o qual parece existir mais informação); desenho: estudos observacionais e pré pós intervenção. Dado o tópico em estudo, a existência de estudos experimentais é pouco plausível.

A estratégia de pesquisa apenas incluiu estudos publicados. Foi utilizada uma estratégia de pesquisa em três passos. Inicialmente foi realizada uma pesquisa naturalista limitada à base de dados PubMed, seguindo-se uma análise de palavras de texto nos títulos, resumos e dos descritores indexados (*Medical Subject Heading*). Houve então necessidade de aprimorar a estratégia de pesquisa para reduzir o imenso número de artigos indicados. Entre as principais mudanças, restringiu-se o aparecimento das

palavras-chave ao título e resumo, e foram incluídos apenas três componentes do PICOD, designadamente os Participantes, a Intervenção, e o *Outcome*. Utilizaram-se os operadores booleanos “OR” e “AND, bem como o filtro [*Title/Abstract*] e a truncatura “*” em alguns termos. Posteriormente foi realizada uma segunda pesquisa usando todas as palavras-chave e descritores identificados, em todas as bases de dados incluídas (Tabela 1). Por fim, foram analisadas as referências bibliográficas de todos os artigos identificados para identificar estudos adicionais. Foram considerados para inclusão nesta revisão estudos escritos em inglês, espanhol, francês e português. A estratégia de pesquisa por base de dados abrangeu o período até 10 de Dezembro de 2020. Na tabela 1, são apresentadas as estratégias de pesquisa utilizadas nas bases de dados, bem como o número de artigos identificado.

Tabela 1

Fórmula e filtros de pesquisa aplicados por base de dados e os respetivos resultados.

Base de dados (resultados)	Fórmula Booleana
PubMed (14)	((("Mental health" OR Psychiatr*)) AND (Restraint[Title] OR seclusion[Title])) AND (((((((("nurse staffing" OR "Personnel staffing"[Title/Abstract]) OR "staff composition"[Title/Abstract]) OR "staff shortages"[Title/Abstract]) OR "nurs* ratio"[Title/Abstract]) OR "nurs* endowment"[Title/Abstract]) OR "Workload"[Mesh]) OR "Workforce"[Mesh]) OR workload[Title/Abstract])
EBSCO ^a (9)	("Mental health" OR Psychiatr*) AND TI (Restraint OR seclusion) AND AB ("nurse staffing" OR "Personnel staffing" OR "staff composition" OR "staff shortages" OR "nurs* ratio" OR "nurs* endowment" OR "Workload" OR "Workforce")
Embase (93)	('mental health'/exp OR 'mental health' OR 'mental disease'/exp OR psychiatr*) AND ('nursing staff'/exp OR 'personnel staffing' OR 'nurse staffing' OR 'staff composition':ti,ab OR 'staff shortages':ti,ab OR 'nurs* ratio':ti,ab OR 'nurs* endowment':ti,ab OR 'workload'/exp OR

Influência do rácio enfermeiro–utente na contenção física em psiquiatria: revisão sistemática

	workload:ti,ab OR 'workforce'/exp) AND (restraint:ti OR 'physical restraint'/exp OR 'seclusion'/exp OR seclusion:ti) Filtor: Excluindo Medline: 9
BVS (1265)	("Mental health" OR Psychiatr*) AND (Restraint OR seclusion) AND (staff* OR ratio) Filtros: RCTs, português/inglês/espanhol/francês; “restrição física” e “isolamento de pacientes” como assunto principal: 25
PMC (3)	((("Mental health" OR Psychiatr*)) AND (Restraint[Title] OR seclusion[Title])) AND (((((((("nurse staffing") OR "Personnel staffing"[Title/Abstract]) OR "staff composition"[Title/Abstract]) OR "staff shortages"[Title/Abstract]) OR "nurs* ratio"[Title/Abstract]) OR "nurs* endowment"[Title/Abstract]) OR "Workload"[Mesh]) OR "Workforce"[Mesh]) OR workload[Title/Abstract])
Scielo (8)	(ab:("Mental health" OR Psychiatr*)) AND (ti:(Restraint OR Seclusion))

a. Inclui: CINAHL 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, MediciLatina; Excluiu-se a “MEDLINE Complete” por já ter sido pesquisada na PubMed.

A seleção de artigos foi efetuada por dois investigadores, de forma independente, começando pela seriação através do título, seguido de resumo e posteriormente do artigo integral. Foram registados os motivos de exclusão, com esquematização por Fluxo PRISMA-P (Moher et al., 2015). Os artigos selecionados foram submetidos a avaliação da qualidade metodológica por dois autores independentes, usando a grelha proposta pela colaboração JBI para estudos transversais (uma vez que os estudos incluídos se compõem por observações transversais em análises sequenciais no tempo) (Moola et al, 2020). Definiu-se previamente que os artigos que não obedecessem a pelo menos 50% dos critérios, seriam excluídos da meta-análise, mas seriam incluídos na síntese narrativa.

A extração de dados foi realizada por dois autores, de forma independente, utilizando uma grelha pré-definida. Foram recolhidos os seguintes dados: autores, ano de publicação, país, tipo de estudo, características da amostra (número de observações e de doentes), contexto (tipo e dimensão da unidade de

cuidados/hospital), período do estudo, objetivo principal e secundários do estudo e características da intervenção (quando aplicável), síntese dos resultados e conclusões. O presente artigo inclui uma tabela resumo dos estudos, com os dados acima descritos e uma descrição narrativa/sumária/descritiva de cada estudo. Não foi possível realizar meta-análise. Como se trata de um estudo de cariz secundário, que usa dados já publicados, e realizado em contexto de formação, não foi realizado nenhum pedido de autorização a comissão de ética de nenhuma instituição hospitalar/ de prestação de cuidados.

RESULTADOS

Tal como apresentado na Figura 1, a pesquisa identificou 1392 estudos potencialmente relevantes através de bases de dados e 5 adicionais, identificados através da bibliografia de artigos incluídos. Após a remoção de duplicados ficaram 1208 artigos que foram rastreados por título e resumo, o que permitiu reduzir para 9 artigos. Estes 9 artigos, em texto completo,

Influência do rácio enfermeiro–utente na contenção física em psiquiatria: revisão sistemática

foram analisados detalhadamente, excluindo-se 5 devido aos critérios de exclusão: 1 qualitativo (McKeown et al., 2019), 1 em alemão (Nienaber et al., 2018), 1 por publicação duplicada (Morrison, 1995) e dois por não analisarem influência do rácio (Allen, Fetzer & Cummings, 2020; Magnowski & Cleveland, 2019). Assim, incluíram-se 4 artigos na revisão

qualitativa. Devido à disparidade dos métodos e *outcomes* utilizados, não foi possível realizar meta-análise. Os resultados do consenso da qualidade metodológica podem ser observados na figura 1. Obteve-se uma concordância de 87,75% entre os dois revisores na apreciação da qualidade.

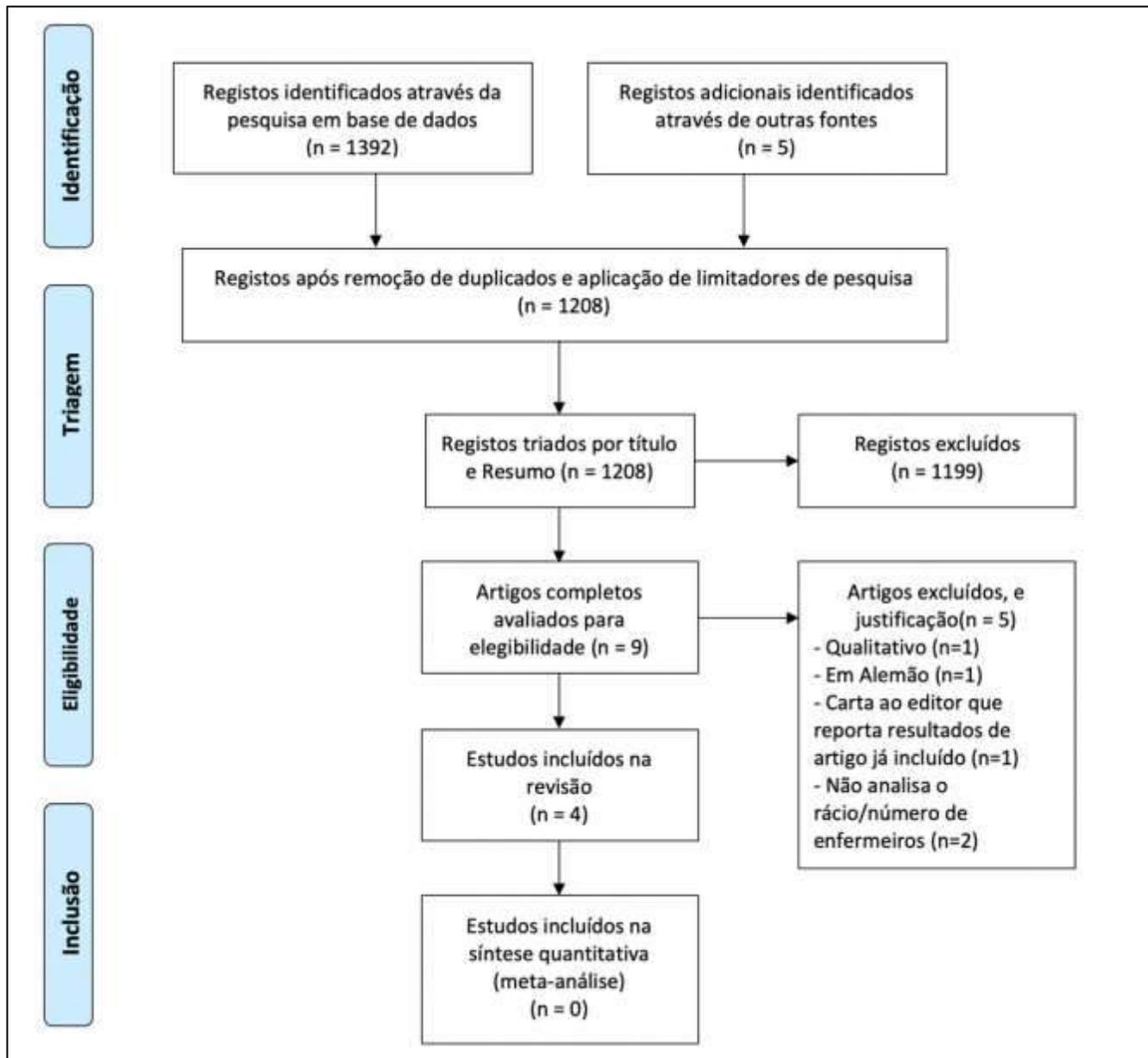


Figura 1

Número de resultados obtidos

Influência do rácio enfermeiro–utente na contenção física em psiquiatria: revisão sistemática

Os estudos incluídos foram publicados entre 1990 e 2012. Dois estudos incluíram apenas uma única unidade de cuidados (de agudos), um estudo incluiu um hospital psiquiátrico (e todas as suas unidades de cuidados) como contexto de intervenção, e um artigo foi multicêntrico (32 unidades de agudos). Dois estudos colheram os dados de forma retrospectiva e dois de forma prospetiva (embora num deles esse facto não seja claramente identificado (Donat, 2002), com períodos de observação entre 18 (n=1) e 24 meses (n=3). Num dos estudos (Donat, 2002), foi implementada uma melhoria progressiva dos rácios enfermeiro-utente na unidade hospitalar, tendo sido também este o único estudo em que o rácio foi considerado, e não apenas o número de enfermeiros/profissionais, como foi feito nos restantes.

O tamanho das amostras incluídas nesta revisão não é reportado de forma uniforme, com estudos a reportar o número de contenções/isolamentos e número de turnos observados. Dois estudos reportam apenas o isolamento dos doentes e mais recentes reportam quer o isolamento quer a contenção física.

Da avaliação crítica dos estudos, apresenta-se na Tabela 2 o resumo dos principais resultados. Os

estudos de Morrison (1990), e de Morrison e Lehane (1995), foram realizados há mais de um quarto de século, pela mesma equipa de investigadores e com apenas uma unidade de cuidados como amostra. Em ambos os estudos as análises realizadas foram univariadas, apesar de terem estudado a influência de outros fatores para além do número de enfermeiros. Os estudos apresentam conclusões díspares, sendo que o segundo estudo, mais robusto em termos metodológicos e de mais fácil compreensão, aponta no sentido de que um maior número de enfermeiros conduz a um menor número de isolamentos (Tabela 2). O Estudo de Donat (2002), realizado num Hospital Psiquiátrico Público na Virgínia, Estados Unidos da América, na sequência da implementação de programa gradual de melhoria dos rácios (diminuição do número de camas e aumento de número de profissionais) é o que de forma mais fácil e gráfica traduz o efeito desta melhoria de rácio (ver Figura 2 do respetivo artigo). Por fim, o estudo mais recente (Boewers & Crowder, 2012), é o mais robusto em termos metodológicos e de análises estatísticas, que possui maior amostra (multicêntrica), sendo também aquele que analisa mais fatores e mais *outcomes*.

Tabela 2

Características dos estudos incluídos.

Autores, Ano, (País)	Tipo de Estudo	Amostra Contexto Período de observação	Objetivo (Intervenção)	Resultados	Conclusões
Morrison, 1990 (Escócia)	Observacional, retrospectivo, com análises transversais.	- 109 situações de isolamento (n=52 doentes). - 1 serviço de agudos de psiquiatria (adultos).	Objetivo: Explorar se a número de doentes colocados em isolamento se associa ao número de enfermeiros no turno.	Quando a equipa (<i>staffing</i>) era inferior a 5 os doentes eram isolados 1 ou 2 vezes; quando a equipa tinha 5 ou mais elementos os	Taxas mais elevadas de isolamento associaram-se a taxas mais elevadas de enfermeiros.

Influência do rácio enfermeiro–utente na contenção física em psiquiatria: revisão sistemática

		- 18 meses (anos não especificados).	Analizou-se ainda a associação entre: i) O tempo de isolamento e as características do doente ii) O sexo dos utentes isolados e o número de profissionais que autorizam o isolamento.	doentes forma isolados 3 ou mais vezes. i) Doença mais severa associou-se a mais tempo em isolamento. ii) O isolamento de doentes homens foi autorizado por 1 ou 2 profissionais diferentes, enquanto isolamento de mulheres foi autorizado por 3 ou mais profissionais diferentes.	
Morrison & Lehane, 1995 (Escócia) ^a	Observacional, retrospectivo, com análises transversais	- 225 situações de isolamento (número de doentes não referido). - 1 serviço de agudos de psiquiatria, com 17 camas (10 homens e 7 mulheres). - 24 meses (1989-1991).	Objetivo: explorar se: se o número de doentes colocados em isolamento se associa ao número de enfermeiros no turno. Analizou-se ainda a associação entre a taxa de doentes isolados e: i) O rácio enfermeiros/enfermeiras ii) O nível de formação dos enfermeiros. iii) A graduação do enfermeiro responsável no turno.	n de enfermeiros: n (%) isolamentos: 3-4: 122 (54.2%) 5-6: 86 (38.2%) 7-9: 17 (7.6%). i) Maior rácio de enfermeiras associou-se a menor taxa de isolamento. ii) Maior taxa de "registered nurses" associou-se a menor taxa de isolamento.	O aumento do número de enfermeiros diminui marcadamente o número de isolamento.
Donat, 2002 (USA)	Observacional, prospetivo (?), com análises transversais..	- Número total de situações de isolamento/contenção e de número de doentes não referido; apenas que entre 10% e 20% dos doentes internados em cada mês foram isolados ou contidos. - 1 hospital psiquiátrico com 319 camas. - 24 meses (anos não referidos).	"Intervenção": o número de camas reduziu-se de 319 para 245 (-23%) enquanto o número de profissionais aumentos de 782 para 834 (+6.3%). Objetivo: analisar a associação entre o aumento gradual no número de profissionais e as taxas de isolamento/contenção. Analizou-se ainda o tempo médio de isolamento/contenção e a diferença entre doentes crónicos e agudos.	- o rácio de enfermeiro-utente variou, no período dos 2 anos, entre 2,4:1 até 3,6:1. - Verificou-se uma associação estatisticamente significativa, negativa e moderada ($r=-0,51$, $p<0.01$) entre o rácio enfermeiro-utente e o número de isolamentos/contenções. - A média mensal de horas em isolamento/contenção foi muito variável, mas com clara diminuição ao longo dos 2 anos - os doentes agudos representaram 1/3 dos censos mas 2/3 dos casos de isolamento/contenção.	O aumento do rácio enfermeiros-utente diminui o número de isolamentos e contenção física e a sua duração.
Bowers & Crowder, 2012 (Inglaterra)	Observacional, prospetivo, com análises transversais.	- 15,449 relatórios de turno; número médio (DP) de camas por serviço = 22.2 (3.7). - 32 serviço de agudos de psiquiatria.	Objetivo: avaliar se o aumento no número de profissionais precede ou sucede ao aumento do número de eventos adversos ocorridos, incluindo o número de	O aumento de profissionais qualificados (enfermeiros) associou-se positivamente ao aumento do número de contenções, com uma variação no <i>incident rate</i>	O aumento do número de enfermeiros precede um ligeiro aumento do número de

Influência do rácio enfermeiro–utente na contenção física em psiquiatria: revisão sistemática

		- 24 meses (2004-2005).	isolamentos e contenções. Analisou-se ainda a influência do: i) turno. ii) dia da semana.	<i>ratio</i> (IRR) de 1.05 no próprio turno e 1.03 até nove turnos atrás. Isto significa que por cada elemento a mais no turno aumenta o risco em cerca de 5% e 3%, respetivamente. A mesma análise foi realizada para pessoal auxiliar, enfermeiros e auxiliares subcontratados e estudantes de enfermagem, mas as relações não foram tão significativas. O número total de contenções variou significativamente ($p=0.021$) por turno, sendo mais elevado na tarde (média de 3.4 eventos) e mais baixo na manhã e na noite (média de 3.2 em ambos); sendo significativamente influenciado pela existência de novas admissões ($p<0.001$) mas não variando de acordo com os dias da semana.	eventos de isolamento e contenção.
--	--	-------------------------	--	---	------------------------------------

a. Este estudo teve ainda a publicação de uma carta ao editor, cujos dados complementam a informação facultada no artigo principal, (Morrison, 1995).

DISCUSSÃO

Com este estudo pretendeu-se analisar a relação entre o rácio enfermeiro-utente e o recurso à contenção física e isolamento em unidades de cuidados de psiquiatria, prática que se visa diminuir, com consequente impacto positivo nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados. Na revisão sistemática realizada identificaram-se quatro estudos, sendo que em dois deles a associação foi positiva e nos outros dois foi negativa, o que sublinha a complexidade do fenómeno em estudo.

Por outro lado, todos os estudos incluídos nesta revisão analisam outros fatores que podem influenciar o maior ou menor recurso a estas medidas de

proteção, destacando-se a sua interligação. É razoável esperar que apenas aumentar o rácio enfermeiro-utente não é suficiente para mudar de forma sistemática esta prática. Independentemente das conclusões dos estudos relativamente ao rácio/número de enfermeiros, todos os autores sublinham que esta é uma condição essencial e a promover, mas que de forma isolada não bastará. Já no estudo de 1990, Morrison considerou que olhar apenas para a relação entre rácio e taxas de isolamento é uma sobresimplificação do fenómeno. Este autor identificou outros dois grandes fatores independentes deste: a severidade da doença do utente, e a fase do dia/noite. Em relação a este último aspeto, este e outros autores observaram que a maior

Influência do rácio enfermeiro–utente na contenção física em psiquiatria: revisão sistemática

taxa de isolamento e contenção física ocorre quando o número de enfermeiros é mais elevado ou coincidem com os períodos em que os enfermeiros possuem mais rotinas a realizar, como as rondas de medicação, mudanças de turno, preparação e distribuição das refeições. Os níveis de ruído e estimulação sensorial nas enfermarias parecem ser um fator desencadeante, nomeadamente em horários de visitas ou após as mesmas, ou quando os utentes regressam às enfermarias após atividades ocupacionais (Lan et al., 2017).

Outra explicação para a associação positiva entre estas medidas e número de enfermeiros “qualificados” (relembrem-se as diferentes categorias profissionais) é o facto de estes últimos terem maior probabilidade de procurar estabelecer uma relação de maior interação com utentes mais agitados ou descompensados. São estes enfermeiros mais experientes ou mais especializados que têm maior probabilidade de recusar pedidos de utentes (provocando assim raiva), ou que são mais propensos a instruí-los a cumprir as regras da enfermaria ou a prestar assistência relacionada com o autocuidado. Finalmente, auxiliares de enfermagem ou profissionais menos habilitados (por exemplo subcontratados), quando confrontados com um utente agitado, exigente e ameaçador, irão com maior probabilidade encaminhar a disputa para um enfermeiro mais qualificado/experiente, em vez de confrontar o utente ou estabelecer ele próprio os limites (Bowers & Crowder, 2012). Esta interpretação é consentânea com as observações verificadas para outros *outcomes*. Por exemplo, verificou-se que com enfermeiros mais qualificados se registaram taxas mais baixas de auflagelação, recusa de medicamentos, intoxicação alcoólica, e de administração de

medicamentos *pro re nata*. Estes quatro itens podem sugerir que os enfermeiros qualificados são eficazes na redução de certos tipos de angústia dos pacientes através da sua disponibilidade (Bowers & Crowder, 2012). Assim, os resultados de estudos com associação negativa, de forma alguma podem servir de base para reduções nos níveis de pessoal de enfermagem qualificado, já que esta seguramente afetaria negativamente a avaliação, a prestação de informação, a atividade terapêutica e os cuidados físicos, nenhum dos quais foi medido nos estudos incluídos na revisão. Além disso, é necessário que haja um número suficiente de enfermeiros disponíveis para supervisionar os utentes em segurança, ministrar os tratamentos prescritos e tratar e melhorar incidentes mais graves quando estes ocorrem (Bowers & Crowder, 2012). Estes resultados são suportados por outros estudos, nomeadamente qualitativos (McKeown et al., 2019) e revisões de eficácia de intervenções educacionais (Lan et al., 2017).

Importa salientar, neste âmbito, dois estudos recentes que, embora tendo sido excluídos da revisão, pelo facto de não estudarem o aumento ou diminuição do número de enfermeiros, tornam claro o valor da disponibilidade dos mesmos. Nestes dois estudos (Allen, Fetzer & Cummings, 2020; Magnowski & Cleveland, 2019), o fator estudado foi a frequência da vigilância ao utente em restrição, sem alterar o número de enfermeiros habitualmente escalados por turno. Allen, Fetzer e Cummings (2020), desenvolveram um estudo num hospital americano, com 168 camas de agudos (6 serviços de adultos, 1 de crianças, e 1 de adolescentes), durante 4 anos, dividido em 3 partes. Os autores testaram a redução do tempo de vigilância presencial dos utentes em contenção

Influência do rácio enfermeiro–utente na contenção física em psiquiatria: revisão sistemática

protocolarizado: de a cada 1 hora, para a cada 30 minutos, e posteriormente para presença constante de 1 enfermeiro junto ao utente. Os resultados globais evidenciaram uma redução estatisticamente significativa de 30% na duração média dos episódios de contenção física, que foi muito mais pronunciada em crianças e adolescentes, com uma redução média de 67%.

No outro estudo, realizado por *Magnowski & Cleveland* (2019), também nos Estados Unidos, mas numa unidade de 20 camas de crianças e adolescentes, os resultados foram semelhantes. A intervenção, designada por “*milieu nurse-client*”, consistiu na exigência de alocação de 3 enfermeiros quando a ocupação da enfermaria era de 17 ou mais utentes, sendo que dois desses deveriam ser “*registered nurses*” para cumprir o papel de “*milieu nurse*”. Este enfermeiro “*milieu*” ficava em permanência com a criança/adolescente em contenção, enquanto os outros ficavam a desempenhar as restantes tarefas necessárias aos outros utentes. O enfermeiro “*milieu*” colocava em prática terapia cognitiva e através da presença procurava assegurar um ambiente estruturado, seguro, consistente, e empático. Verificou-se uma redução estatisticamente significativa das taxas de utentes contidos (de 15.3% para 2.1%) e do número de episódios de contenção (de 211 para 19) face ao período de controlo. Para além disso, nas situações em que o recurso à contenção física foi necessário, verificou-se uma importante redução do tempo em que os utentes permaneciam nessas condições, com uma redução total de 2482 minutos para 151 (*Magnowski & Cleveland*, 2019).

Os autores de ambos os estudos supramencionados referem que o maior desafio à implementação das

mudanças práticas foi a preocupação dos profissionais pelo não aumento do rácio e a não existência de um número suficiente de “*registered nurses*” para apoiar a exigência de permanência de 1:1 com todos os utentes contidos. No entanto, estes aprenderam rapidamente a ajustar o seu volume de trabalho e a colaborar uns com os outros durante situações de emergência que exigiam o uso de contenção. Aliás, numa comparação ao número de horas que os enfermeiros passavam em média junto aos utentes, antes e nos dois anos após o estudo de *Allen, Fetzer e Cummings* (2019), verificou-se que permaneceram essencialmente inalteradas (-0,01%).

CONCLUSÃO

Esta revisão possui pontos fortes e limitações. Incluíram-se as principais bases de dados internacionais na área médica, mas outras poderiam ter sido incluídas. Além do referido, não foi incorporada a análise aos resumos submetidos ao “*WPA World Congress of Psychiatry*” (i.e. literatura cinzenta), tal como tinha sido planeado. Não foi possível realizar uma síntese quantitativa dos resultados dadas as diferenças metodológicas, nomeadamente na forma de avaliar os *outcomes*. Salienta-se ainda o facto de dois estudos já terem sido publicados há vários anos e referentes a apenas uma unidade de cuidados, num mesmo país. Atente-se também às especificidades contextuais, nomeadamente às características profissionais dos enfermeiros, que em outros países incluem, por exemplo, os assistentes de enfermagem.

A interpretação dos resultados de cada estudo e sua generalização deve por isso ser cautelosamente realizada. Torna-se evidente que são necessários mais

Influência do rácio enfermeiro–utente na contenção física em psiquiatria: revisão sistemática

estudo neste âmbito. No nosso país, concretamente, tem-se verificado que a dotação de enfermagem na área da psiquiatria tem merecido bastante menos atenção do que as outras áreas, uma secundarização com paralelo na atenção à saúde mental em geral, na nossa sociedade.

Apesar de as conclusões dos estudos identificados serem díspares, o aumento do rácio enfermeiro-utente parece estar associado a uma diminuição da taxa e duração da contenção física e isolamento em serviços de psiquiatria, sobretudo quando considerados outros fatores associados. São necessários mais estudos para possibilitar conclusões mais claras. Para tal, seria útil a consensualização, por parte das instituições competentes, de um conjunto mínimo de dados a reportar de forma homogênea neste tipo de estudos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, E., Fetzer, J., & Cummings, S. (2020). Decreasing Duration of Mechanical Restraint Episodes by Increasing Registered Nurse Assessment and Surveillance in an Acute Psychiatric Hospital. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26 (3), 245–249. <https://doi.org/10.1177/1078390319878776>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds). (2020). *JBIManual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Bowers, L., & Crowder, M. (2012). Nursing staff numbers and their relationship to conflict and containment rates on psychiatric wards—a cross sectional time series poisson regression study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(1), 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.07.005>
- Direção Geral de Saúde. (2011). Orientação nº 021/2011. *Orientação da DGS*. DGS.
- Direção Geral de Saúde. (2007). Circular Normativa. *Medidas preventivas de comportamentos agressivos / violentos de donetes - contenção física*. DGS.
- Donat, C. (2002). Impact of improved staffing on seclusion/restraint reliance in a public psychiatric hospital. *Psychiatric rehabilitation journal*, 25(4), 413–416. <https://doi.org/10.1037/h0094994>
- Entidade Reguladora de Saúde. (2015). *Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental*. ERS.
- Huf, G., Coutinho, E., Ferreira, M., Ferreira, S., Mello, F., & Adams, C. (2011). TREC-SAVE: a randomised trial comparing mechanical restraints with use of seclusion for aggressive or violent seriously mentally ill people: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials Journal*, 12(180), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-180>
- Joanna Briggs Institute. (2019). *JBIManual Reviewer's Manual*. Australia.
- Lan, H., Lu, C., Lan, J., Chen, C., Wu, J., Chang, P., & Lin, L. Y. (2017). Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities - Systematic review and meta-analysis. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 33(8), 411–421. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2017.05.012>
- Magnowski, S., & Cleveland, S. (2019). The impact of milieu nurse-client shift assignments on monthly restraint rates on an inpatient child/adolescent psychiatric unit. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 1–6.
- McKeown, M., Thomson, G., Scholes, A., Jones, F., Baker, J., Downe, S. ... Duxbury, J. (2019). "Catching your tail and firefighting": The impact of staffing levels on restraint minimization efforts. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 26(5–6), 131–141. <https://doi.org/10.1111/jpm.12532>
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M. ... Stewart, L. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews Journal*, 4(1), 1–9.
- Mohr, W., Petti, T., & Mohr, B. (2003). Adverse effects associated with physical restraint. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(5), 330–337.
- Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu R... Mu, P. (2020). *Systematic reviews of etiology and risk*. In: Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds). *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-08>
- Morrison, P. (1990). A multidimensional scalogram analysis of the use of seclusion in acute psychiatric

Influência do rácio enfermeiro–utente na contenção física em psiquiatria: revisão sistemática

settings. *Journal of advanced nursing*, 15(1), 59–66. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01673.x>

Morrison, P., & Lehane, M. (1995). The effect of staffing levels on the use of seclusion. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 2(6), 365–366. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.1995.tb00107.x>

Muir-Cochrane, E., Baird, J., & MacCann, T. (2015). Nurses' experiences of restraint and seclusion use in short-stay acute old age psychiatry inpatient units: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(2), 109-115.

Nienaber, A., Heinz, A., Rapp, A., Bermpohl, F., Schulz, M., Behrens, J., & Löhr, M. (2018). Einfluss der Personalbesetzung auf Konflikte auf psychiatrischen Stationen [Influence of staffing levels on conflicts in inpatient psychiatric care]. *Der Nervenarzt*, 89(7), 821–827. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0521-5>

Perkins, E., Prosser, H., Riley, D., & Whittington, R. (2012). Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil?. *International journal of law and psychiatry*, 35(1), 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2011.11.008>

Steinert, T., Birk, M., Flammer, E., & Bergk, J. (2013). Subjective distress after seclusion or mechanical restraint: one-year follow-up of a randomized controlled study. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 64(10), 1012–1017. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200315>



RI|S

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde

Normas de publicação da revista RIIS

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

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

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

A RIIS tem uma periodicidade de publicação semestral.

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

ARTIGOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metodologia:

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

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

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

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

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

CHECKLIST DE AUTOVERIFICAÇÃO

1. ESTRUTURA DO ARTIGO Tipo

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

Informação dos autores

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

Título

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

Resumo

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

Palavras-chave

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

Formatação do texto

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

Tabelas e figuras

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

Citações

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

Referências

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

2. PROCEDIMENTOS DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

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

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

(Exemplos para a elaboração das Referências bibliográficas)

ESPECIFICAÇÃO DE AUTOR

Com 1 Autores

Bolander, V. (1998)

Com 2 a 7 Autores:

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

Com mais de 7 autores:

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

Editor como Autor:

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

Autor Coletivo:

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

Sem Autor Expresso:

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

PUBLICAÇÃO SEM ANO

Autor (s.d.).

LIVROS

Um autor

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

Dois a sete autores

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

Oito ou mais autores, coloque os seis primeiros nomes dos autores, seguido de reticências e o último autor

Benavente, A., Silva, R., Gomes, P., Aníbal, A., Guerra, B., Santos, P., ... Simões, C. (1987). *Do outro lado da escola*. Lisboa. Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.

Akai, K., Hayashi, M., & Nishimatsu, Y. (Eds). (1981). *Weak rock: soft fractured and weathered rock: proceedings of the international symposium Tokyo, 1981*. Rotterdam: A. A. Balkema,

Capítulo de livros

Napolitano, J. (2013). Development, sustainability and international politics. In L. Meuleman (Ed.), *Transgovernance: Advancing sustainability governance* (pp. 163-211). Berlin: Springer

Coletividade autor:

Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Direção Geral da Saúde

Teses, dissertações e outras provas académicas

Ferreira, P. (2004). *Melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde ao doente diabético tipo 2* (Tese de Mestrado). Instituto de Higiene e Medicina Social da Faculdade de Medicina

Atas de congressos

Congresso Nacional de bibliotecários, arquivística e documentalista (1987). *Integração europeia: um desafio à informação: atas de conferência*. Coimbra: Minerva, 1987.

ARTIGOS DE PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS

(Nota: A nível de autores segue as regras do livro)

Gomes, R. M. (2012, janeiro). Serra da Estrela. *Revista Fugas*, 152, (4), 20-21.

DOCUMENTOS LEGISLATIVOS E JUDICIAIS

Decreto-Lei nº 192/89 de 08 de junho (1989). *Diário da República nº 131/89. I Série*. Ministério, da agricultura pescas e alimentação. Lisboa, Portugal.

PORTARIA nº 1111/89 de 29 de dezembro (1989) *Diário da República nº 298. I Série*. Ministérios das Finanças e da Indústria e Energia. Lisboa, Portugal.

DOCUMENTOS ELETRÓNICOS

Livros

Almodovar, A., & Cardoso, J. L. (1998). *A history of portuguese economic thought* London: Routledge. Retirado de URL:<http://www.ebrary.com/lib/mctbrasil>

Artigos de publicações periódicas

Nono, M. A. & Mizukami, N. (2002). Casos de ensino e processos de aprendizagem profissional docente. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 83 (203), 172. retirado de <http://site.ebrary.com/lib/mctbrasil/Doc?id=10055894&ppg=172>>. ISSN 0034-71803.

Corpo Editorial | Editorial | Consejo Editorial

Editor

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
Unidade de Investigação e Desenvolvimento

Editor Chefe

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

Editor Adjunto

Fernanda Príncipe, PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Secretariado Editorial

Odete Silva
Manuela Castro

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 Otília 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

