

RIIS

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde

Revista de Investigação & Inovação em Saúde

Vol. 5 N. 1 | Junho 2022

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

Ficha Técnica | Technical Sheet | Ficha Técnica

Propriedade

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

Editor Chefe

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

Ficha Catalográfica

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

Título da Revista

Revista de Investigação & Inovação em Saúde (RIIS)

Projeto gráfico e maquetização:

Unidade de Investigação e Desenvolvimento

ISSN

2184-1578

ISSNe

2184-3791

Registo de Marca Nacional

INPI – 592211

Periodicidade

Semestral

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

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


Indexada em:





R|I|S

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde



Editorial

Segurança Perioperatória: uma preocupação mundial

Nos últimos vinte anos, a segurança do paciente tornou-se uma preocupação constante para o seguimento saúde em todas as suas dimensões. O marco inicial dos estudos sobre segurança do paciente foi a partir da publicação do relatório *To err is human: building a safer health system* (1999), no qual trouxe fortes críticas e revelou dados expressivos de eventos adversos com danos graves na assistência em saúde, revelando que entre 44.000 e 98.000 estadunidenses morriam a cada ano, vítimas de erros médicos (Donaldson, Corrigan, & Kohn, 2000).

Entende-se por segurança do paciente “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”, em outras palavras, diminuição dos danos da assistência em saúde considerando o conhecimento existente e os recursos disponíveis em contraposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo (Direção Geral da Saúde de Portugal, 2011).

Para auxiliar as instituições de saúde na promoção do cuidado seguro, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente que, por meio dos desafios globais, que norteiam o trabalho dos Estados-Membros da OMS para uma área de risco constatado como prioridade, abrangendo aspectos sistêmicos e técnicos para melhoria da segurança do paciente pelo mundo (OMS, 2021).

Considerando a complexidade da assistência, sobretudo, no âmbito perioperatório, a OMS (2021)

lançou o segundo desafio global “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” que dirige a atenção para os fundamentos e práticas conectadas com a segurança perioperatória (WHO, 2021). Neste contexto, tem-se o centro cirúrgico (CC) considerado uma unidade complexa, técnica, atuação com equipe multiprofissional e diferenciada destinado a realização de procedimentos anestésico-cirúrgicos de variadas complexidades. Neste sentido, que a OMS tem como propósito diminuir os índices da morbimortalidade cirúrgica e recomendar medidas que possam promover a segurança perioperatória, tornando indispensável para oferecer um cuidado cirúrgico mais seguro.

O conceito de segurança perioperatória envolve medidas adotadas para redução do risco de eventos adversos que podem acontecer antes, durante e depois das cirurgias, nomeadamente pré-operatório imediato, intraoperatório e pós-operatório imediato (OMS, 2021; Castellanos & Jouclas, 1990). As etapas perioperatória exigem um conjunto de ações que garantem a segurança do paciente em cada momento cirúrgico.

A primeira, denominada de pré-operatório imediato, foca-se nas confirmações de itens importantes, pois partindo da compreensão que é uma atividade realizada por membros da equipe multiprofissional, ou seja, envolvendo o fator humano, os mesmos são passíveis de falhas humanas, desta forma, com a aplicação de protocolos de verificação evita-se a

realização de procedimentos equivocados, problemas na identificação, troca de paciente, ausência de exames laboratoriais e imagens e dentre outros.

Já no período transoperatório inicia-se no momento da admissão do paciente no CC, abrangendo o intraoperatório, ou seja, o momento anestésico-cirúrgico propriamente dito e, finaliza com a saída do paciente da sala operatória (SO). Nesta etapa, recomenda-se a utilização da lista de verificação cirúrgica proposta pela OMS, dividido em três etapas fundamentais antes da anestesia (*sign in*), antes da incisão cirúrgica (*time out*) e antes da saída do paciente da sala cirúrgica (*sign out*). Cada momento contempla itens essenciais que auxiliam na redução de danos evitáveis e na promoção de segurança perioperatório. A lista de verificação cirúrgica foi elaborada por um comitê técnico que estudou as causas de morbimortalidade cirúrgica e identificou itens essenciais que reduziria os danos cirúrgicos evitáveis, como evidenciado em um estudo na melhora na comunicação e redução de incidentes (WHO, 2021). Essa lista é uma ferramenta simples, eficaz e eficiente que auxilia a equipe multiprofissional e a instituição na prestação do cuidado seguro perioperatório.

Finalizando o processo de segurança perioperatória, têm-se as recomendações para o momento de recuperação pós-anestésica e pós-operatório imediato, no qual se realiza uma monitorização e vigilância constante do paciente e verifica os resultados dos cuidados prestados para a sua recuperação, a fim de prevenir complicações agudas oriundas do procedimento anestésico-cirúrgico.

Ao estudar segurança perioperatória, percebe-se que há junção de fatores humanos e não humanos, ou seja, aplicação de ferramentas e protocolos de boas práticas capazes de reduzir a incidência de danos cirúrgicos

evitáveis que, para isso é imprescindível o envolvimento e competência dos profissionais na adoção das diretrizes de práticas em segurança perioperatória, específica para cada etapa do período perioperatório, com intuito de promover uma assistência cirúrgica segura (Sobecc, 2021; Wasielewski, 2017). A responsabilidade de garantir a segurança do paciente no cuidado cirúrgico é compartilhada em cada etapa perioperatória, quebrando a premissa que o único responsável pelo paciente é o cirurgião. Portanto, todos os membros da equipe cirúrgica são responsáveis pelo cuidado seguro: enfermagem, cirurgiões, anestesiólogos, gestores, paciente e família.

Frente a problemática em tela, recentemente a *Joint Commission* (2021) publicou um relatório revelando que, entre os dez eventos sentinelas mais frequentes em 2021, os dois mais prevalentes foram no intraoperatório, sítio cirúrgico errado e retenção não intencional de objetos.

Este dado reforça que a segurança cirúrgica é reconhecida como um problema mundial e encontra-se como medida prioritária de investimento, como é o caso do *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*, da OMS (2021) que possui como meta alcançar a redução máxima possível de danos evitáveis devido a cuidados de saúde inseguros em todo o mundo, no qual a segurança perioperatória encontra-se inserida como uma preocupação global, contemplando a necessidade de investimento em ensino, pesquisa, gestão, recursos humanos qualificados e cultura organizacional para garantir a segurança perioperatória (Cardoso, Fassarella, Silva, & Luna 2021).

Diante do exposto, a segurança do paciente é temática de destaque no campo da saúde, sobretudo, em

ambientes de cuidados perioperatórios, visto que quatorze anos após o segundo desafio global “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, a segurança perioperatória permanece como pauta de preocupação mundial, evidenciando a necessidade de investimento na segurança perioperatória, com vista, a proporcionar a redução de incidentes resultantes da assistência cirúrgica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Donaldson, M. S., Corrigan, J. M., & Kohn, L. T. (Eds.). (2000). *To err is human: building a safer health system*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>
- Direção Geral da Saúde de Portugal. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. *Relatório técnico Final*. <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Estrutura%20Conceitual%20da%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20Int%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2021). Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgias_seguras_salvam_vidas.pdf
- Castellanos, B. E. P., & Jouclas, V. M. G. (1990). Assistência de enfermagem perioperatória—um modelo conceptual. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 24, 359-370. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/DX3FYK89SqpWHXw445j6Drd/abstract/?lang=pt>
- SOBECC. (2021). *Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde* (8th ed.).
- Wasielwski, A. (2017). Guideline implementation: minimally invasive surgery, part 1. *AORN journal*, 106(1), 50-59. <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.aorn.2017.04.017>
- The Joint Commission. (2021). General Information & 2021 Update. <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-top>
- World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- Cardoso, R. B., Fassarella, C. S., Silva, C. P. R., & Luna, A. A. (2021). Segurança do paciente na assistência de enfermagem perioperatória e as taxonomias de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, 29, 62528; doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.62528>

Profª Doutora Cintia Silva Fassarella *

Enfª Rosilene Alves Ferreira **

*PhD, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica; Professora Permanente e Coordenadora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, na Faculdade de Enfermagem, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

**RN, Discente do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, na Faculdade de Enfermagem, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Sumário | Summary | Resúmen

Editorial

ARTIGOS DE INVESTIGAÇÃO

- 9 Reabilitação da pessoa com amputação major de etiologia vascular: estudo exploratório
Isabel Santos, Pedro Sousa
- 23 Students' knowledge of cervical posture while using the smartphone
Sofia Lopes, Bruna Silva, Fábio Araújo
- 33 Cuidar de uma família alargada numa abordagem colaborativa
Fátima Rodrigues, Graciete Cardoso
- 47 Do internamento para a comunidade – o cuidador informal na transição
Teresa Lima, Odete Amaral, Pureza de Almeida, Paula Carvalho, Tânia Marques, Ana Raquel Pinto, Tânia Coimbra
- 59 A satisfação sexual do homem na transição para a parentalidade
Patrícia Pinto, Rita MF Leal, Ilídia Costa, Ana Rita Tavares
- 69 (Re)educação funcional respiratória pré-operatória em pessoas com patologia colorretal: estudo observacional
Nuno Correia, Luis Mendes, Sandra Areias, Maria Queiroz Vaz Pereira, Rafael Bernardes
- 81 Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente
Fernanda Bastos, Inês Cruz, Joana Campos, Alice Brito, Paulo Parente, Ernesto Morais
- 97 Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga
Laura Viegas, Fátima Rodrigues
- 113 Alterações do metabolismo numa gravidez gemelar: relato de caso
Ana Marta Batuca, Otília Zangão, Cláudia Caeias
- 125 Consultas de enfermagem à distância em Portugal: recomendações de peritos
Georgina Pimentel, João Neves, Rita Ana Loureiro, Filipa Ventura, Ana Vieira, Ana Morais, Valter Amorim, Pedro Lopes, Ricardo Correia de Matos, Andréa Marques, Ricardo J. O. Ferreira

ARTIGOS DE REVISÃO

- 139 Impacto da revelação da homossexualidade na família: revisão integrativa da literatura
Dora Machado, Manuel Brás, Assunção Almeida, Rui Cordeiro

REABILITAÇÃO DA PESSOA COM AMPUTAÇÃO MAJOR DE ETIOLOGIA VASCULAR: ESTUDO EXPLORATÓRIO

Rehabilitation of person with major amputation of vascular etiology: exploratory study

Rehabilitación de persona con amputación mayor de etiología vascular: estudio exploratorio

Isabel Santos*, Pedro Sousa**

RESUMO

Enquadramento: a reabilitação precoce é essencial na recuperação da pessoa com amputação major de etiologia vascular, mas o seu processo de reabilitação pós-operatório não está suficientemente estudado. **Objetivo:** caracterizar o processo de reabilitação pós-amputação major do membro inferior, por etiologia vascular. **Metodologia:** estudo exploratório e retrospectivo, com 40 pessoas com amputação major de etiologia vascular num hospital central português, entre 1 a 36 meses de pós-operatório. Foi aplicado um questionário para avaliar dados sociodemográficos, clínicos, reabilitação, adaptação ao domicílio, protetização e independência funcional. Os dados foram analisados através de estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** constatou-se que 92,5% realizaram reabilitação pós-operatória, 65% regressaram ao domicílio e 72,5% realizaram alterações no domicílio. A taxa de protetização foi de 15%, com uma média de espera de 16,33 meses (DP=9,50). Na alta, o Índice de Barthel foi de 42,88, aumentando gradualmente no pós-operatório ([1-5 meses]: M=62,50; [6-11 meses]: M=77,35; [12-23 meses]: M=78,75). **Conclusão:** a maioria realizou reabilitação e houve uma evolução positiva da independência funcional. As principais dificuldades sentidas e as alterações realizadas no domicílio prendem-se com os autocuidados de higiene, transferências e uso do sanitário. Evidenciou-se a importância do envolvimento da família no processo de reabilitação e na preparação do regresso a casa.

Palavras-chave: amputação; extremidade inferior; estado funcional; enfermagem em reabilitação

*McS, em Psicologia Pedagógica - McS em Enfermagem de Reabilitação - CHUC - HUC - <https://orcid.org/0000-0001-8963-1949> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article
**PhD, em Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra <https://orcid.org/0000-0002-6313-532X> - Author contribution: drafting of the article, critical revision of the article

Autor de correspondência:
Isabel Santos
E-mail: imscsantos@gmail.com

Como referenciar:

Santos, I., & Sousa, P. (2022). Reabilitação da pessoa com amputação major de etiologia vascular: estudo exploratório. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 9-22. doi:10.37914/riis.v5i1.173

Recebido para publicação: 18/11/2021
Aceite para publicação: 28/02/2022

ABSTRACT

Background: early rehabilitation is essential in the recovery of a person with a major amputation of vascular etiology, but their postoperative rehabilitation process is not sufficiently studied. **Objective:** to characterize the recovery process after major lower limb amputation by vascular etiology. **Methodology:** exploratory and retrospective study, with 40 people with major amputation of vascular etiology in a Portuguese central hospital, between 1 to 36 months postoperative. A questionnaire was requested to assess sociodemographic and clinical data, rehabilitation, adaptation to the home, prosthetic fitting and functional independence. Data were analyzed through descriptive and inferential statistics. **Results:** it was found that 92.5% performed postoperative rehabilitation, 65% returned home and 72.5% performed changes at home. A 15% prosthetization rate, with an average waiting time of 16.33 months (SD = 9.50). At discharge, the Barthel Index was 42.88, gradually increasing during postoperative ([1-5 months]: M=62.50; [6-11 months]: M=77.35; [12-23 months]: M=78.75). **Conclusion:** most underwent rehabilitation and there was a positive evolution of functional independence. The main felt difficulties and the changes made at home are related to self-care in hygiene, transfers and use of the toilet. The importance of family involvement in the rehabilitation process and preparation for returning home was highlighted.

Keywords: amputation; lower extremity; functional status; rehabilitation nursing

RESUMEN

Marco Contextual: la rehabilitación temprana es fundamental en la recuperación de una persona tras una amputación mayor, pero este proceso no está suficientemente estudiado. **Objetivo:** caracterizar el proceso de recuperación tras una amputación mayor de miembro inferior por etiología vascular. **Metodología:** estudio exploratorio y retrospectivo, con 40 personas con amputación mayor de etiología vascular en un hospital portugués, entre 1-36 meses después de cirugía. Se aplicó un cuestionario para evaluar datos sociodemográficos, clínicos, rehabilitación, adaptación al hogar, ajuste de prótesis e independencia funcional. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** el 92,5% realizó rehabilitación postoperatoria, 65% regresó a su domicilio y 72,5% realizó cambios en el domicilio. La tasa de adaptación fue 15% (tiempo medio de espera de 16,33 meses). Al alta, el índice de Barthel fue 42,88, aumentando gradualmente en el postoperatorio ([1-5 meses]: M=62,50; [6-11 meses]: M=77,35; [12-23 meses]: M=78,75). **Conclusión:** la mayoría fue rehabilitada y hubo una evolución positiva de la independencia funcional. Las principales dificultades sentidas y los cambios realizados en el hogar están relacionados con el autocuidado de la higiene, los traslados y el uso del baño. Se destacó la importancia de la participación de la familia y la preparación para el regreso a casa.

Palabras clave: amputación; extremidad inferior; estado funcional; enfermería en rehabilitación

INTRODUÇÃO

A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) está relacionada com a aterosclerose sistémica nas artérias distais ao arco da aorta e estas lesões ateroscleróticas conduzem a um risco acrescido de desenvolvimento de múltiplas alterações patológicas como rutura focal, ulceração ou erosão, hemorragia, trombose ou dilatação aneurismática (Morbi & Shearman, 2015).

O impacto desta patologia em Portugal foi analisado entre 2009 e 2014 (Moutinho et al., 2016) verificando-se que a DAOP foi responsável por 27.684 internamentos em pessoas adultas e por 26,7% do total de internamentos por patologia vascular (exclui patologia cardíaca e cerebral). Além destes aspetos, os autores constataram que cerca de 97,6% correspondiam a doença aórtica e dos membros inferiores e as comorbilidades associadas mais frequentes foram a hipertensão arterial e a diabetes.

Uma das principais complicações da DAOP é oclusão arterial que afeta maioritariamente os membros inferiores. Guest, Marshall & Stansby (2018) acrescentam também que 80% das amputações estão relacionadas com o tratamento de complicações associadas à DAOP. Também Spyrou & Lowe (2021) acrescentam que no Reino Unido a DAOP afeta mais de 20% dos adultos com mais de 70 anos e que anualmente conduzem a cerca de 5000 amputações major. Portanto, apesar de a cirurgia de revascularização apresentar uma vasta oferta materiais protésicos e tenha inovadas técnicas de bypass para restabelecer a circulação, sobretudo nos membros inferiores, o número de pessoas com DAOP sujeitas a amputação continua a representar uma realidade preocupante.

Também Steinberg, Gottlieb, Siev-Ner & Plotnik (2018)

apontam que a incidência das amputações na Europa, América do Norte e no Este da Ásia está relacionada com a idade superior aos 65 anos e, a causa dessas amputações está relacionada com eventos traumáticos, complicações resultantes de doenças progressivas onde se inclui a DAOP e diabetes, e a tratamentos para salvar a vida da pessoa. Acrescentam também que as amputações transfemorais e transtibiais são as que apresentam taxas de morbilidade e de mortalidade mais altas.

O próprio processo de amputação pode acarretar outras complicações e conduzir a novas amputações no mesmo membro ou no membro contralateral. Uma das estratégias que contribui severamente para a prevenção destas complicações prende-se com a reabilitação precoce da pessoa e do envolvimento da equipe multidisciplinar (Santos et al., 2018), onde os enfermeiros de reabilitação representam um papel importante.

Entre as intervenções de enfermagem mais comumente descritas no pós-operatório imediato destas pessoas, salienta-se a mobilização precoce do coto, o controlo do edema, o controlo da dor fantasma, o trabalho de fortalecimento da musculatura do membro residual e, sobretudo dos restantes membros para promover a mobilidade e a independência funcional, a capacidade de marcha o mais rapidamente possível, bem como a aplicação precoce de ligadura (Spyrou & Lowe, 2021; Attalla & El- Sayad, 2020; Falso et al., 2019; Webster et al., 2019; Smith et al., 2016). No entanto, a reabilitação da pessoa com amputação tem início na fase pré-operatória, tem continuidade na fase pós-operatória imediata e, posteriormente encontram-se as fases de reabilitação pré-protésica e pós-protésica (Webster et al., 2019; Santos et al., 2018; Neves, 2017).

Reabilitação da pessoa com amputação major de etiologia vascular: estudo exploratório

Muitos dos trabalhos recentes procuram encontrar guidelines que promovam um conjunto de intervenções de reabilitação mais uniformizada junto destas pessoas e que contemplem os aspetos essenciais para garantir que a recuperação seja o mais eficaz possível. No entanto, a evidência mostra que estas pessoas que foram submetidas a amputação major por DAOP, apresentam um conjunto de comorbilidade e de limitações que não se identificam em pessoas com amputação traumática, além de que as taxas de independência funcional que são exetáveis, são inferiores, comparativamente às outras pessoas sem DAOP (Spyrou & Lowe, 2021; Smith et al., 2016). Também é comum constatar que muitas das pessoas com DAOP quando são amputadas já possuem muitas patologias associadas que prejudicam o processo de reabilitação nomeadamente a diabetes, a doença renal crónica (em processo de diálise), a presença de DPOC (doença pulmonar obstrutiva crónica) e de patologia cardíaca (André, 2018). Fatos estes que podem levar a que o fisiatra considere que a pessoa não reúna critérios de protetização. O que para o trabalho de um enfermeiro de reabilitação não só não limita a sua intervenção como acrescem desafios que implicam um maior investimento, sobretudo se essa pessoa já se encontra biamputada (Carvalho, 2003).

Tendo em consideração a importância do contributo da enfermagem de reabilitação no cuidado da pessoa com amputação e face à inexistência de uma caracterização detalhada das necessidades e cuidados de enfermagem de reabilitação prestados às pessoas com amputação de etiologia vascular, definiu-se como objetivo principal para este estudo: caracterizar o processo de reabilitação pós-cirúrgicos e avaliar os seus determinantes, em pessoas com amputação

major do membro inferior, de etiologia vascular. Para tal, desconstruiu-se este objetivo principal em objetivos mais específicos: conhecer quais os dados sociodemográficos predominantes neste grupo de pessoas, analisar quais os diagnósticos médicos que se encontram mais frequentemente associados à presença de DAOP, conhecer o número de pessoas que regressam a casa e quais os aspetos que facilitam ou dificultam processo de adaptação ao domicílio, conhecer o número de pessoas que realiza reabilitação pós-operatória no internamento e após a alta; quais os níveis de independência funcional atingidos em diferentes momentos do pós-operatório, identificar o número de pessoas que atingiu o processo de protetização.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A ocorrência de amputações de etiologia vascular parece ser mais elevada em homens com idade superior a 65 anos com DAOP, embora esta faixa etária possa oscilar mais ou menos 5 anos dependendo dos países em que é analisada (Jodie & Lowe, 2021; Webster et al., 2019; Steinberg et al., 2018). A gravidade desta patologia manifesta-se através de um aumento da morbilidade e mortalidade cardiovascular destes indivíduos em relação à restante população (Steinberg et al., 2018; Morbi & Shearman, 2015).

Além da elevada incidência da DAOP e da elevada prevalência de pessoas com DAOP que anteriormente foram referidas, as singularidades desta população não se encontram bem estudadas em Portugal. Entre os poucos estudos que foram desenvolvidos junto das pessoas com amputação de etiologia vascular destaca-se o estudo de André (2016) que analisou a capacidade funcional e o perfil de autocuidado. Este autor

Reabilitação da pessoa com amputação major de etiologia vascular: estudo exploratório

verificou que os indivíduos eram majoritariamente do gênero masculino (64%) com idade média de 66,6 anos, com antecedentes pessoais de DAOP (76%), diabetes (74%) e hipertensão (70%). Cerca de 86% desses sujeitos possuíam necessidade de recorrer ao cônjuge ou aos filhos na satisfação do seu autocuidado. André (2016) constatou que em 42% dos casos foram realizadas amputações de dedos, 20% transmetatársicas, 14% infracondilianas e 24% supracondilianas. Também concluiu que os intervenientes apresentaram melhoria da sua capacidade funcional um mês após a alta. As atividades básicas de vida diária identificadas com maior nível de comprometimento na fase da alta hospitalar foram: tomar banho, vestir-se, subir e descer escadas, deslocar-se e ir à casa de banho. Na avaliação que decorreu um mês após a alta, atividades como tomar banho, andar/marcha ou deslocar-se e subir e descer escadas foram as que evidenciaram um nível mais elevado de dependência.

Quanto aos estudos da eficácia da reabilitação junto das pessoas com amputação, existem vários estudos que apresentam resultados ao nível da melhoria da independência, da prevenção de complicações e da qualidade de vida da pessoa, mas não diferenciam a etiologia da amputação (Attalla & El-Sayad, 2020; Falso et al., 2019; Webster et al., 2019; Santos et al., 2018; Branco, Santos & Luz, 2017; Neves, 2017;).

Nesta área do conhecimento, identificam-se alguns estudos que apontam alguns fatores que condicionam o nível de independência funcional, como o estudo de Manickum, Ramklassa & Madiba (2019), que concluíram que as pessoas com amputação do membro inferior, com amputação transtibial, alcançam um resultado funcional melhor após a reabilitação, em comparação com as amputações

transfemorais. Outro estudo, aponta para a condicionante da mortalidade elevada nas pessoas com mais de 80 anos (20%), com amputação de etiologia diversa (onde se incluem pessoas com DAOP), num grupo de 557 pessoas octogenárias, evidenciando aspetos relativos ao regresso a casa, em que 50% dos sobreviventes regressaram a casa, sendo 40% encaminhados para a reabilitação hospitalar e 10% para instituições (Varino et al., 2017).

Um estudo randomizado com o objetivo de estabelecer um programa de exercícios e de educação a pessoas com amputação de membros inferiores, por DAOP, no domicílio, provou ser mais eficaz do que o normal tratamento na melhoria da função, mobilidade e qualidade de vida (Godlwan, Stewart & Musenge, 2020).

Outros trabalhos têm vindo a desenvolver diretrizes de modo a estabelecer guidelines para recolher as melhores evidências acerca da reabilitação da pessoa amputada, para que os profissionais de saúde os implementem de forma a fomentar o potencial máximo de recuperação destes indivíduos (Spyrou & Lowe, 2021; Falso et al., 2019; Webster et al., 2019; Steinberg et al., 2018; Santos et al., 2018; Smith et al., 2016).

Apesar das particularidades que se possam identificar nas intervenções de reabilitação junto da pessoa com etiologia vascular serem de extrema importância, os estudos evidenciam que na generalidade dos casos das pessoas com amputação a inclusão precoce (pós-operatório imediato) num programa de reabilitação evidenciam um aumento nas taxas de sucesso da protetização destas pessoas como Neves (2017) demonstra na sua revisão de literatura. Concluiu também que os programas de reabilitação contribuem para a melhoria da função física, sendo que as pessoas

Reabilitação da pessoa com amputação major de etiologia vascular: estudo exploratório

submetidas a reabilitação no pós-operatório imediato apresentaram maior taxa de sobrevivência e maior probabilidade de adquirir prótese do membro inferior, durante o primeiro ano após a amputação.

Também ALSofyani, AlHarthi, Farahat & Abuznadah (2016), concluíram que a dependência total e o desempenho funcional foram significativamente melhores após a implementação de um programa de reabilitação física para pessoas com grandes amputações dos membros inferiores, entre 2007 e 2012. Apenas um terço das pessoas amputadas (32,2%) beneficiou de programas de reabilitação, sendo que 20,7% completaram menos de 50% das sessões planeadas e 62,1% estiveram presentes em mais de 80% das sessões.

As diretrizes que ressaltam destes estudos focam um processo de reabilitação que deve ser multidisciplinar, compreende diferentes etapas: fase pré-operatória, pós-operatória, fase pré-protésica e fase pós-protésica. As fases iniciais possuem os cuidados acrescidos das prevenções de complicações associadas à cirurgia de amputação, como a prevenção da anquilose na articulação próxima do coto, diminuição do edema, controlo da dor fantasma, prevenção e redução de contraturas, entre outras possíveis complicações (Gailey et al. 2020; Falso et al., 2019; Webster et al., 2019; Smith et al., 2016).

Existem alguns dados acerca da população portuguesa publicados, contudo ainda permanece uma grande lacuna no conhecimento relativamente às pessoas com amputação de etiologia vascular, nomeadamente, acerca: das comorbilidades que possuem e que afetam diretamente a reabilitação, o tempo de internamento até à alta, a taxa de pessoas que realiza reabilitação no internamento e após a alta, a taxa de complicações decorrentes da amputação, que muitas vezes limitam

o processo de reabilitação. Conhecer como se processa o regresso a casa e quem dá suporte e estes indivíduos, que alterações necessitam fazer no domicílio e qual a dificuldade percebida no processo de adaptação à sua nova condição física, é importante para se promover um regresso a casa seguro. Compreender a evolução do processo de independência funcional, as taxas de protetização que atingem, são outros aspetos que não se encontram descritos e que ajudam a estabelecer metas alcançáveis. Assim, face à importância do contributo da enfermagem de reabilitação no cuidado da pessoa com amputação e face à inexistência da caracterização desta população e do processo de reabilitação, emerge como ponto de partida a preocupação com a realidade dos cuidados de reabilitação prestados às pessoas com amputação de etiologia vascular.

METODOLOGIA

Este estudo possui um desenho de investigação quantitativo, exploratório, descritivo e retrospectivo.

A amostra foi constituída a partir da população de pessoas amputadas num serviço de cirurgia vascular de um hospital central de Portugal entre 26/03/2019 e 31/08/2019, acompanhadas em ambulatório (com um follow-up mínimo de um mês após a amputação até 36 meses de pós-operatório). Como critérios de inclusão foi estabelecido que seriam incluídas todas as pessoas com mais de 18 anos, amputadas, de etiologia vascular, que tivessem capacidade de ler e escrever, ou que tivessem acompanhamento de alguma pessoa que tivesse estado presente em todo o processo de doença e pudesse colaborar no processo de preenchimento do questionário. Foram excluídas as pessoas com amputação sem DAOP, com limitações

Reabilitação da pessoa com amputação major de etiologia vascular: estudo exploratório

cognitivas que impedissem de responder ao questionário ou que não consentissem a realização do mesmo. A recolha da amostra foi efetuada através da identificação presencial das pessoas, tratando-se de uma amostragem não probabilística, accidental (estando condicionada aos momentos em que os utentes de deslocavam aos hospitais de referência no contexto de acompanhamento médico por fisiatras).

Foi realizado um questionário que incluía a avaliação de dados sociodemográficos (idade, género, habilitações literárias, situação laboral e o rendimento mensal), clínicos (antecedentes pessoais, diagnóstico que levou à amputação, nível da amputação, existência de amputações prévias, complicações após a amputação, tempo de internamento), o processo de adaptação ao domicílio (cuidadores informais, destino após alta, necessidade de adaptações no domicílio, dificuldades no regresso a casa) e a análise do processo de reabilitação (sessões de reabilitação durante e após o internamento, estratégias de deslocação no momento da alta, aos 6, 12 e 24 meses) das pessoas com amputação major de um serviço de cirurgia vascular e o Índice de Independência Funcional (Índice de Barthel) das pessoas com amputação major desse serviço (na alta e no momento em que realizaram o questionário que foi bastante variável ao longo do tempo).

O Índice de Barthel encontra-se validado para a população portuguesa, este instrumento permite que seja preenchido através da observação direta, de registos clínicos ou ainda ser auto ministrada. O estudo das propriedades psicométricas demonstrou que o instrumento apresenta um nível de fidelidade elevado (alfa de Cronbach de 0,96) (Araújo et al., 2007 cit. in Apóstolo, 2012). O Índice de Barthel varia entre 0-100 (com intervalos de 5 pontos), sendo a pontuação

mínima de 0 e que representa o nível de máxima dependência para todas as atividades de vida diárias, enquanto a pontuação máxima de 100 caracteriza a independência total em todas as atividades de vida diárias da pessoa que forma avaliadas.

Relativamente à estatística descritiva utilizaram-se frequências absolutas, medidas de tendência central e de dispersão. Na estatística inferencial foram utilizados testes não paramétricos (teste Qui-quadrado; correlação de Spearmann; teste U de Mann-Whitney), através do *Internacional Business Machines Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS Statistics), versão 23. Todas as análises foram efetuadas recorrendo a níveis de significância de 0,05. A amostra foi analisada no seu conjunto e através da formação de vários grupos em função do que se pretendeu analisar. Índice de Barthel foi relacionado com alguns dos dados mais relevantes como a idade, os dados clínicos (nível de amputação e principais complicações) e os dados de reabilitação (número de sessões após a alta).

Na realização desta investigação foi respeitada a confidencialidade dos dados colhidos, bem como a privacidade dos mesmos, após o consentimento informado e esclarecido dos participantes. O estudo obteve autorização das Comissões de Ética e Conselhos de Administração dos hospitais da região centro envolvidos (249-PCA).

RESULTADOS

Dos 40 elementos da amostra, 80% eram indivíduos do sexo masculino, com uma idade média de 70 anos, apresentando reduzidas habilitações literárias e baixos rendimentos e 8 pessoas desenvolviam atividade laboral. Após a amputação, 5% das pessoas voltaram a trabalhar na mesma profissão.

Reabilitação da pessoa com amputação major de etiologia vascular: estudo exploratório

Relativamente aos dados clínicos, além da DAOP as pessoas apresentavam várias patologias, nomeadamente: a hipertensão arterial (HTA), a doença cardíaca, a diabetes, a dislipidemia, os antecedentes

de hábitos tabágicos e isquémia. Como diagnósticos que conduziram à amputação, é comum que mais do que um esteja presente e destaca-se a isquémia e a infeção (Tabela 1).

Tabela 1

Distribuição da amostra segundo os antecedentes pessoais e diagnósticos

	n	%
Antecedentes Pessoais*		
DAOP	40	100,0
HTA	34	85,0
Doença Cardíaca	25	62,5
Diabetes	24	60,0
Dislipidemia	24	60,0
Cessaçã o Tabágica	21	52,5
Isquémia	15	37,5
IRC	9	22,5
DPOC	8	20,0
Fumador	4	10,0
Neoplasia	4	10,0
AVC	4	10,0
Diagnóstico relacionado com amputaçã o*		
Isquémia dos Membros Inferiores	29	72,5
Infeçã o	18	45,0
Necrose	7	17,5
Oclusã o de <i>Bypass</i>	4	10,0

* Variável com múltipla escolha

O nível da última amputaçã o major, em 60% dos casos foi realizado a nível supracondiliano. Para 47,5% dos elementos da amostra já tinha sido realizada uma amputaçã o prévia no mesmo membro inferior. O internamento pós-operatório durou cerca de 8,98 dias (DP=7,46).

Quanto ao processo de reabilitaçã o pós-operatória, os dados permitiram constatar que 92,5% dos participantes realizaram reabilitaçã o após cirurgia com os enfermeiros de reabilitaçã o. Verificou-se ainda que 76,9% dos indivíduos realizaram reabilitaçã o após a

alta, maioritariamente com fisioterapeutas (58,6%).

Relativamente aos dados sobre protetizaçã o, 15% (n=6) possuíam prótese. Contudo, 62,5% do total dos indivíduos (n=40) estavam a aguardar a entrega da mesma. Como um dos elementos recebeu a prótese no dia do questionário, foi comparado o início do uso da prótese após a intervençã o cirúrgica, apenas em 5 pessoas, o qual oscilou entre os 6 e os 26 meses, com uma média de 16,33 meses (DP=9,50), com o tempo médio efetivo do uso da prótese de 1,67 meses (DP=2,16) (Tabela 2).

Tabela 2

Distribuição da amostra em função das estratégias de deslocação

	Alta (n=40)		[6 meses] (n=28)		[12 meses] (n=12)		[24 meses] (n=4)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cadeira de rodas	35	87,5	27	96,4	11	91,7	3	75,0
Apoio na Mobilidade	1	2,5	0	0,0	1	8,3	2	50,0
Canadianas	0	0,0	4	14,3	2	16,7	1	25,0
Acamado	5	12,5	1	3,4	0	0,0	0	0,0
Prótese	0	0,0	2	7,1	1	8,3	2	50,0
Andarilho / Barras Paralelas	0	0,0	5	17,9	3	25,0	2	50,0

Acerca dos dados relacionados com a independência funcional, a avaliação do Índice de Barthel entre o momento da alta e o primeiro ano após a data da cirurgia, passou de um valor médio de 42,88 (n=40; DP=21,89) para 71,67 (n=15; DP=22,73). Também se verificou que o índice de Barthel aumentou gradualmente com o passar do tempo após a cirurgia (entre 1 e 5 meses: M=62,50; DP=23,40; entre 6 e 11 meses: M=77,35; DP=15,62; entre 12 e 23 meses: M=78,75; DP=15,53). A dimensão da mobilidade apresentou um aumento gradual contínuo na independência funcional, com um índice médio de 6,67 (DP= 4,44) no primeiro grupo (1-5 meses) e terminando com 13,33 (DP= 2,89) no grupo entre 12 e 23 meses.

Acerca do processo de adaptação ao domicílio, verificou-se que as pessoas com amputação necessitaram de cuidadores após o internamento, sendo os cônjuges (60%) e os filhos (52,5%), os cuidadores mais referidos. Após alta, 65% das pessoas regressaram ao seu próprio domicílio, destas cerca de 72,5% tiveram de proceder a adaptações no domicílio. As dificuldades percebidas pelas pessoas no

regresso a casa foram avaliadas numa escala tipo *Likert*¹, apresentaram um valor médio de 3,48. Estas tiveram mais impacto nos cuidados de higiene (75%), nas transferências (57,5%) e no uso do sanitário (45%). Para ultrapassar essas dificuldades, os familiares ou os cônjuges (70%), os enfermeiros do centro de saúde (25%), os enfermeiros de reabilitação (10%), ou os enfermeiros do hospital (10%) foram os principais sujeitos a quem estas pessoas solicitaram ajuda.

Em questão aberta, os inquiridos puderam expressar as suas sugestões de melhoria, relativamente aos cuidados de reabilitação para diminuir as dificuldades no regresso a casa e fomentar a sua adaptação. As sugestões de melhoria foram então categorizadas em: treinos do uso do sanitário (35%) e das transferências (27,5%), realização de visitas domiciliárias para orientação (12,5%), entrega de folhetos (10%) e treino dos familiares nos autocuidados (32,5%).

Quanto aos fatores determinantes do processo de reabilitação, pesquisou-se a relação entre o rendimento mensal e a realização de adaptações no domicílio, verificando-se que as pessoas com rendimento superior a 500€ foram as que realizaram

Reabilitação da pessoa com amputação major de etiologia vascular: estudo exploratório

mais alterações nas bases do chuveiro ($p=0,019$).

A análise da relação entre a independência funcional, os dados sociodemográficos, a evolução clínica, o processo de reabilitação e de adaptação permitiu perceber que quanto maior foi a idade, menor foi a independência nos autocuidados, tanto no momento da alta ($r_s=-0,45$; $p=0,004$), como no momento em que foi realizado o questionário ($r_s=-0,32$; $p=0,046$). Por

outro lado, constatou-se que quanto maior foi o tempo de internamento após a cirurgia, maior foi o Índice de Barthel atingido no momento da alta ($r_s=0,36$; $p=0,023$). Verificou-se ainda que quanto maior foi o tempo decorrido desde a realização da cirurgia, maior foi a independência funcional atingida pela pessoa ($r_s=0,32$; $p=0,044$) (Tabela 3).

Tabela 3

Relação entre o índice Barthel e os dados relevantes do pós-operatório da pessoa com amputação

	Índice de Barthel			
	Na alta		No momento do questionário	
	r_s	p	r_s	p
Idade	-0,45*	0,004	-0,32*	0,046
Evolução Clínica				
Tempo após a cirurgia	-0,06	0,726	0,32*	0,044
Tempo pós-operatório no internamento	0,36*	0,023	0,17	0,298
Nível de dificuldades no regresso a casa	-0,34*	0,032	-0,17	0,308
Reabilitação				
Nº sessões após a alta	0,17	0,373	0,02	0,903
	M (DP)	U (p)	M (DP)	U (p)
Nível da amputação				
Infracondiliana	40,31 (20,93)	176,00	78,75 (12,18)	148,50 (0,230)
Supracondiliana	44,58 (22,79)	(0,660)	68,75 (21,93)	
Dor Fantasma				
Sim	42,84 (21,85)	54,50	71,89 (19,56)	37,50 (0,353)
Não	43,33 (27,54)	(0,959)	83,33 (7,64)	
Sensação Fantasma				
Sim	42,69 (22,42)	180,50	74,42 (17,63)	167,50 (0,679)
Não	43,21 (21,72)	(0,966)	69,64 (21,97)	
Deiscência				
Sim	45,71 (18,59)	166,50	71,43 (22,05)	179,50 (0,943)
Não	41,35 (23,69)	(0,659)	73,46 (17,76)	
Adaptações no domicílio				
Sim	41,72 (23,54)	142,00	71,38 (21,04)	151,50 (0,810)
Não	45,91 (17,44)	(0,600)	76,36 (12,86)	

r_s – índice de correlação de Spearman; U – índice do teste U de Mann-Whitney * $p < 0,05$

É também de salientar que quanto maior foi o nível de independência funcional no momento da alta, menor foi o nível de dificuldade sentido no regresso ao domicílio ($r_s=-0,339$; $p=0,032$). Relativamente à existência de amputações prévias, a ocorrência de

complicações operatórias e a realização de adaptações no domicílio, não se verificaram relações estatisticamente significativas com o índice de Barthel ($p > 0,05$).

DISCUSSÃO

Neste estudo além dos dados sociodemográficos que vão de encontro a outros estudos realizados na população portuguesa, salienta-se a baixo nível de rendimentos que condiciona a adoção de adaptações e recurso a ajudas técnicas que facilitem a adaptação destes indivíduos ao domicílio (André, 2018; Neves, 2017). Compreender estes aspetos e compreender as características da pessoa que se cuida, leva o enfermeiro de reabilitação a sugerir medidas e estratégias que estejam ao alcance da pessoa ou, no caso de limitações que justifiquem, solicitar a intervenção outros profissionais para colaborar na identificação de instituições que facultem estes meios. Ao analisar a relação entre a independência funcional, a idade, a dificuldade no regresso a casa, o nível de amputação e a adaptação do domicílio, verificou-se que quanto maior foi a idade da pessoa no momento da alta, menor foi o nível de independência atingido nos autocuidados, tanto no momento da alta, como no momento em que foi realizado o questionário. Esta relação era previsível na medida em que as pessoas que constituíram esta amostra eram maioritariamente idosas e o processo de envelhecimento associado às várias comorbidades e patologias associadas à DAOP, terão reduzido a sua capacidade para atingir níveis mais elevados na sua independência funcional (André, 2016; Smith et al., 2016; Carvalho, 2003).

As diretrizes clínicas para reabilitação no pré e pós-operatório de adultos com amputação de membros inferiores apresentadas por Smith et al. (2016), consideram através da evidência de vários estudos que é importante para o profissional de reabilitação ter conhecimento dos fatores que influenciam o resultado da reabilitação, entre estes aspetos salientam: o

aumento da idade como prognóstica de um baixo nível de função, o estado geral de saúde, a função cognitiva e psicomotora, a função cardíaca, as pessoas com doença renal em programa de diálise, as pessoas com DAOP, diabetes, presença de comportamentos aditivos que prejudiquem a cicatrização do coto (ex.: tabagismo), a amputação transtibial que apresenta maior sucesso de protetização face à amputação transfemoral, a capacidade da pessoa em usar os auxiliares de marcha, entre outros fatores. Estes aspetos são identificados no processo de reabilitação e sugerem um manancial de recomendações que vão de encontro à adaptação da reabilitação a cada uma destas particularidades da pessoa e que tornam o planeamento da sua reabilitação tão personalizado, apesar das orientações gerais para todas as pessoas amputadas.

No processo de regresso a casa, os cuidadores informais foram os cônjuges (60%) e os filhos (52,5%), de forma isolada ou em conjunto. Estes foram os principais envolvidos no processo de assegurar o regresso a casa das pessoas amputadas, bem como no apoio nos autocuidados e na adaptação das mesmas à sua nova condição física. André (2016) também constatou que cerca de 86% destes sujeitos com amputação possuem necessidade de recorrer ao cônjuge ou aos filhos na satisfação do seu autocuidado. No processo de reabilitação a inclusão da família ou das pessoas significativas reduzem o stress do prestador de cuidados informal e permite que este consiga dar o suporte que a pessoa necessita potenciando a sua autonomia e não a sua dependência (Smith et al., 2016). Esta foi uma das sugestões de melhoria apresentadas pelas pessoas apresentadas neste estudo e que outros trabalhos também focam a

importância. Também na revisão sistemática desenvolvida por Steinberg et al. (2018) concluíram que a implementação de programas de reabilitação em pessoas com amputação e o envolvimento dos seus cuidadores, constituem estratégias para diminuir o elevado risco de queda destes indivíduos.

As pessoas com amputação evidenciaram que as dificuldades sentidas se prendem essencialmente com os autocuidados relativos à marcha e aos cuidados de higiene e de uso do sanitário. As dificuldades percebidas pela pessoa em relação ao regresso a casa estiveram, na sua maioria, relacionadas com os autocuidados, o que se compreende face às principais alterações que foram desenvolvidas no domicílio. De igual modo, André (2016) verificou que as AVD's que se encontravam mais comprometidas na pessoa amputada, no momento da alta, foram: tomar banho, vestir-se, transferir-se da cama para a cadeira, subir e descer as escadas, deambular ou realizar marcha e o uso da casa de banho.

Alguns dos pontos de boa prática apresentados por Smith et al. (2016) para minimizar o impacto do regresso ao domicílio indicavam o recurso a folhetos com informação para as pessoas e cuidadores como complemento aos ensinamentos no internamento e a existência de um plano de exercícios para a pessoa realizar no domicílio após alta, bem como um resumo do processo de reabilitação para que este possa ter continuidade, o reforço dos ensinamentos acerca da prevenção da queda e do risco de edema do coto, além de outras orientações específicas que sejam consideradas pertinentes para a pessoa. Neste trabalho, os utentes também evidenciaram a necessidade de informação em suporte de papel para ajudar a interiorizar os ensinamentos de reabilitação

realizados que deve ser estendida à família para atempadamente compreenderem as necessidades que a pessoa amputada irá sentir quando regressar a casa. Nesta amostra, a dimensão relacionada com a mobilidade, apresentou um aumento gradual e crescente na independência funcional (de 3,1 para 13,3). Este desenvolvimento da mobilidade é um dos objetivos desejados pela reabilitação e traduz a melhoria da autonomia física da pessoa no processo de mobilização e a expressão da capacitação destas pessoas. Manickum et al. (2019), no estudo com pessoas com amputação do membro inferior, concluíram que a diminuição da mobilidade afeta negativamente o desempenho das suas atividades da vida diária e, portanto, a reintegração na sociedade, além de verificarem que as pessoas com amputação transtibial através da reabilitação obtiveram um melhor resultado funcional comparativamente com as pessoas com as pessoas com amputações transfemorais.

O início precoce da reabilitação, se possível ainda no pré-operatório, através da realização de cinesioterapia respiratória e da mobilização e fortalecimento muscular dos restantes membros, traz grandes benefícios na recuperação da capacidade da marcha (Falso et al., 2019; Webster et al., 2019). Do mesmo modo, a existência de planos de intervenção de reabilitação nas equipas e os projetos de melhoria e formação contínua entre os enfermeiros de reabilitação potenciam o conhecimento sobre as melhores práticas baseadas na evidência e suportam a tomada da decisão no momento da proposta do plano de exercícios e de intervenções que serão negociados com a pessoa, após a amputação (Falso et al., 2019; Smith et al., 2016).

Também se verificou que quanto maior foi o tempo pós-operatório, maior foi a independência funcional da pessoa. Por outro lado, quanto maior foi o nível de independência funcional no momento da alta, menor foi o nível de dificuldade assinalado no regresso ao domicílio. Contudo, não se verificaram relações estatisticamente significativas entre o Índice de Barthel e a realização de adaptações no domicílio, ao contrário do que seria esperado, já que as pessoas que realizaram as alterações no seu domicílio pretendiam promover a sua independência. Este aspeto pode ser explicado pelo facto de muitas das alterações realizadas não se encontrarem concluídas no momento em que a pessoa chegou ao domicílio, e os dados recolhidos implicaram a descrição de factos longínquos, e as respostas poderem ter sido enviesadas.

CONCLUSÃO

Neste estudo surgiram algumas limitações que dificultaram a análise dos dados, como a heterogeneidade da amostra, com grande disparidade entre os períodos pós-operatórios; o tamanho reduzido da amostra face à grande quantidade de dados que foram reunidos; e, a análise dos dados através da construção de subgrupos da amostra. Como estratégia para superar estas limitações, sugere-se o acompanhamento de um conjunto mais vasto de pessoas num período de tempo mais controlado, evitando análises retrospectivas e permitindo realizar outras avaliações em etapas programadas do pós-operatório.

Através deste trabalho pretende-se evidenciar que a pessoa com amputação de etiologia vascular possui normalmente um conjunto de comorbilidades e um

potencial de recuperação diferente das pessoas com amputação de outra origem. Deste modo, o processo de reabilitação destas pessoas deve ser iniciado o mais precoce possível, preferencialmente no pré-operatório. No pós-operatório, os enfermeiros de reabilitação devem estar capacitados com conhecimentos que permitam o ajuste de um plano de intervenção para a pessoa amputada ou a construção de um planeamento de objetivos e intervenções realista que foque os principais autocuidados aqui salientados: os autocuidados de higiene, as transferências e o uso do sanitário. Face ao que foi referido, sugere-se a formação contínua destes profissionais de modo a desenvolverem protocolos de intervenção com o intuito de construírem uma linha de pensamento que foque os principais aspetos a trabalhar junto destas pessoas, usando as técnicas baseadas na evidência do conhecimento científico e assim potenciar os resultados. Contudo, o recurso a todos estes protocolos e feixes de intervenções implicam que o enfermeiro de reabilitação esteja bem ciente da complexidade dos fatores que envolvem a pessoa, a família em que está inserida e o meio em que vive para dar uma resposta eficaz, ajustando todo o conhecimento que possui.

O envolvimento da família ou das pessoas significativas no processo de reabilitação ainda durante o internamento revelou ser de extrema importância para facilitar o regresso a casa da pessoa, já que são estes os cuidadores informais a que a pessoa mais recorre aquando do seu regresso a casa. A existência de informação em papel para incrementar os ensinamentos também foi uma orientação que emergiu através deste estudo. As estratégias para as dificuldades e o hiato de informação que possa existir nas primeiras

semanas após o regresso a casa, merecem ser objeto de investigação por parte dos enfermeiros de reabilitação. Uma das possibilidades passa pela existência de um contacto telefónico que permita o esclarecimento de dúvidas no período próximo ao regresso a casa, pelo que seria interessante analisar se as consultas de enfermagem de reabilitação por telefone nesta situação são eficientes, à semelhança do que já se faz com sucesso noutros contextos dos cuidados de enfermagem.

As orientações sobre a correção de barreiras arquitetónicas nos domicílios e os conhecimentos sobre as ajudas técnicas são outro aspeto importante que os enfermeiros devem desenvolver para ajustar os recursos e as estratégias às necessidades da pessoa.

Com este artigo, pretendeu-se evidenciar algumas das características dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com amputação de etiologia vascular que difere do processo de reabilitação de pessoas com amputação associada a outra etiologia. Os desafios das limitações associadas à idade, às patologias associadas, à frequente presença de outras amputações do membro contralateral, implicam que o enfermeiro de reabilitação compreenda e ajude a pessoa a estabelecer metas realistas, onde a protetização pode não ser o objetivo final. Este aspeto não só não minimiza o trabalho do enfermeiro de reabilitação, como acresce nos desafios para tornar a pessoa o mais independente possível e capaz de regressar ao domicílio e à sua comunidade.

AGRADECIMENTOS: Ao Professor Doutor António Morais, docente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pela orientação da Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Ao Doutor Ricardo

Ferreira, pelo contributo e Coorientação da Tese do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AlSofyani, M. A., AlHarthi, A. S., Farahat, F. M., & Abuznadah, W. T. (2016). Impact of rehabilitation programs on dependency and functional performance of patients with major lower limb amputations. A retrospective chart review in western Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 37(10), 1109–1113. doi: 10.15537/smj.2016.10.16033

André, A. C. S. A. (2016). *A capacidade funcional e o perfil do autocuidado da pessoa com amputação do membro inferior* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos de avaliação em geriatria (geriatric instruments)*. Documentos de Apoio, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. https://www.researchgate.net/publication/291332357_Instrumentos_de_Avaliacao_Geriatria.

Attalla, H. R., & El-Sayad, H. E. (2020). Effectiveness of Rehabilitation Nursing Protocol on Phantom Pain and Lifestyle Modification Among Patients with Lower Limb Amputation. *Biomedicine and Nursing*, 6(3), 20-34. doi:10.7537/marsbnj060320.03.

Carvalho, J. A. (2003). *Amputações de membros inferiores: em busca da plena reabilitação* (2ª ed.). São Paulo: Editora Manole.

Falso, M., Zani, S., Cattaneo, E., Zucchini, M., & Zucchini, F. (2019). TRIA-MF protocol as an innovative tool in the comprehensive treatment and outcome evaluation of lower limb amputees before and after prosthesis use. *Journal of Novel Physiotherapy Rehabilitation*, 3(1), 1-24. DOI: 10.29328/journal.jnpr.1001024

Gailey, R., Gaunard, I., Raya, M., Kirk-Sanchez, N., Prieto-Sanchez, L. M., & Roach, K. (2020). Effectiveness of an Evidence-Based Amputee Rehabilitation Program: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Physical therapy*, 100(5), 773–787. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa008>

Godlwana, L., Stewart, A., & Musenge, E. (2020). The effect of a home exercise intervention on persons with lower limb amputations: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 34(1), 99–110. <https://doi.org/10.1177/0269215519880295>

- Guest, F., Marshall, C., & Stansby, G. (2019). Amputation and rehabilitation. *Surgery (Oxford)*, 37(2), 102-5.
- Manickum, P., Ramklass, S., & Madiba, T. (2019). A five-year audit of lower limb amputations below the knee and rehabilitation outcomes: the Durban experience. *Journal of Endocrinology, Metabolism and Diabetes of South Africa*, 24(2), 41-45. <https://doi.org/10.1080/16089677.2018.1553378>
- Moutinho, M., Silva, E., Simões, I., Dimitrovová, K., Sousa, P., & Fernandes e Fernandes, J. (2016). Impacto global da doença arterial obstrutiva periférica em Portugal num período de 6 anos. *XVI Congresso Da SPACV Figueira Da Foz*, 122-146.
- Neves, M. F. A. (2017). *Eficácia da implementação precoce de um programa de reabilitação nos utentes submetidos a amputação do membro inferior no sucesso da protetização* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Instituto Politécnico de Viseu, Escola superior de Enfermagem de Viseu, Portugal.
- Santos, B., Luz, S., Santos, K., Honório, G., & Farias, G. (2018). Atuação de equipe multiprofissional no atendimento à pessoa amputada: contextualizando serviços e protocolos hospitalares. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(3), 527-537. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1193>
- Smith, S., Pursey, H., Jones, A., Baker, H., Springate, G., Randell, T., Moloney, C., Hancock, A., Newcombe, L., Shaw, C., Rose, A., Slack, H., & Norman, C. [British Association of Chartered Physiotherapists in Amputee Rehabilitation] (2016). Clinical guidelines for the pre and post operative physiotherapy management of adults with lower limb amputations (2nd edition). BACPAR clinical guideline: Amputee rehabilitation.
- Spyrou, J. M., & Minns Lowe, C. (2021). An exploration of specialist clinicians' experiences and beliefs about inpatient amputee rehabilitation as a pathway option for adult primary amputees. *Disability and rehabilitation*, 1-12. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1970830>
- Steinberg, N., Gottlieb, A., Siev-Ner, I., & Plotnik, M. (2019). Fall incidence and associated risk factors among people with a lower limb amputation during various stages of recovery - a systematic review. *Disability and rehabilitation*, 41(15), 1778-1787. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1449258>
- Varino, J., Mendes, C., Marinho, A., Rodrigues, R., Pereira, B., Moreira, M., Correia, M., Antunes, L., Gonçalves, A., Gonçalves, O., Matos, A., & Marques, M. (2017). Mortalidade a curto e longo prazo após amputação major do membro inferior numa população octagenária. *Angiologia e Cirurgia Vascular*, 13, 15-25.
- Vieira, R. I, Luz, S, C, T., Santos, K. P. B., Junior, E. G., & Campos, P. V. C. (2017). Intervenções fisioterapêuticas utilizadas em pessoas amputadas de membros inferiores pré e pós-protetização: uma revisão sistemática. *Acta Fisiátrica*, 24(2), 98-104. [doi:10.5935/0104-7795.20170019](https://doi.org/10.5935/0104-7795.20170019)
- Webster, J. B., Crunkhorn, M. D. A., Sall, J., Highsmith, M. J., Pruziner, A., & Randolph, B. J. (2019). Clinical Practice Guidelines for the Rehabilitation of Lower Limb Amputation an Update from the Department of Veterans Affairs and Department of Defense. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 98(9), 820-829.

STUDENTS' KNOWLEDGE OF CERVICAL POSTURE WHILE USING THE SMARTPHONE

Conhecimento de estudantes sobre a postura da cervical durante o uso do smartphone

Conocimientos de los estudiantes sobre la postura cervical al utilizar un smartphone

Sofia Lopes*, Bruna Silva**, Fábio Araújo***

ABSTRACT

Background: in today's world, we are facing a society dependent on smartphones. The repeated movements and the bad posture alongside its excessive usage promote musculoskeletal malfunctions. **Objective:** evaluate the individual's knowledge about the cervical posture when using the smartphone, understand if there is any association between posture and the discomfort felt within the users and, understand the self-awareness of the individuals regarding the posture they use. **Methodology:** analytical study conceived among 318 students, and it was applied a questionnaire to characterize. A significance level of 0.05 was used. **Results:** 52 individuals had knowledge about the best cervical posture to adopt, and they indeed adopt it. There was an association of having knowledge and adopting good cervical posture with having less discomfort. This prior association was statistically significant when adjusted for age, BMI and schooling. The students who knew the correct posture, having the first smartphone between the ages of 8 and 10 was a risk factor (OR=3.77), and using the smartphone less than 3 hours was a protective factor (OR=0.44). **Conclusion:** the individuals with the knowledge about good posture and who indeed adopt it while using their phones, revealed a tendency to have less discomfort.

Keywords: neck pain; information; self perception; digital technology

*PhD, Departamento de Tecnologias de Diagnóstico e Terapêutica, Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, Instituto Politécnico de Saúde do Norte (IPSN), CESPU, Gandra, Portugal - ESS|PPorto – Departamento de Fisioterapia, Escola Superior de Saúde, Politécnico do Porto, Portugal - CIR - Centro de Investigação e Reabilitação, ESS|PPorto, Portugal - <https://orcid.org/0000-0002-3306-7557> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

** Licenciada em Fisioterapia, Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, Instituto Politécnico de Saúde do Norte (IPSN), CESPU, Gandra, Portugal - Fisijade – Fisioterapia, Saúde e Bem Estar - <https://orcid.org/0000-0002-8871-9911> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article

***PhD, Departamento de Tecnologias de Diagnóstico e Terapêutica, Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, Instituto Politécnico de Saúde do Norte (IPSN), CESPU, Gandra, Portugal <https://orcid.org/0000-0003-4246-4367> - Author contribution: data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

Autor de correspondência:

Sofia Lopes

E-mail: sofiaochalopes@gmail.com

Como referenciar:

Lopes, S., Silva, B., & Araújo F. (2022). Students' knowledge of cervical posture while using the smartphone. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 23-32. doi:10.37914/riis.v5i1.174

Recebido para publicação: 27/09/2021

Aceite para publicação: 12/05/2022

RESUMO

Enquadramento: atualmente, estamos perante uma sociedade dependente dos smartphones. Os movimentos repetidos, a má postura e o uso excessivo, podem provocar disfunções músculo-esqueléticas. **Objetivo:** avaliar o conhecimento dos indivíduos sobre a postura da cervical na utilização do smartphone, determinar se existe associação entre a postura e o desconforto, e perceber a autoperceção dos indivíduos em relação à postura que utilizam. **Metodologia:** estudo analítico, em 318 estudantes, onde foi aplicado um questionário de caracterização. Utilizou-se um nível de significância 0,05. **Resultados:** 52 indivíduos possuíam conhecimento sobre a melhor postura da cervical na utilização do smartphone e adotam-na. Houve associação entre ter conhecimento e adotar uma boa postura da cervical. Esta associação é estatisticamente significativa quando ajustada para a idade, IMC e escolaridade. Os estudantes que detinham conhecimento da postura cervical, ter tido o primeiro telemóvel entre os 8 e 10 anos foi fator de risco (OR=3,77), e utilizar o smartphone menos de 3 horas um fator protetor (OR=0,44). **Conclusão:** os indivíduos com conhecimento acerca de uma boa postura e a adoção da mesma aquando da utilização do telemóvel, revelam uma tendência para apresentar menos desconforto.

Palavras-chave: dor cervical; informação; auto percepção; tecnologia digital

RESUMEN

Marco contextual: actualmente nos encontramos ante una sociedad dependiente de los smartphones. Los movimientos repetitivos y las malas posturas y lo uso excesivo pueden causar disfunciones musculoesqueléticas. **Objetivo:** Evaluar el conocimiento de los individuos sobre la postura cervical al utilizar un smartphone, determinar si existe una asociación entre la postura y la incomodidad, y comprender la autopercepción de los individuos respecto a la postura que utilizan. **Metodología:** estudio analítico sobre 318 estudiantes, y se aplicó un cuestionario para caracterizar. Se utilizó un nivel de significación de 0,05. **Resultados:** 52 personas tienen conocimiento sobre la mejor postura del cuello para adotar y adoptam-na. Há una asociación entre tener conocimientos y adoptar una buena postura del cuello con menos molestias. Esta asociación, está estadísticamente significativa cuando se ajustó por edad, IMC y escolaridad. Los estudiantes que tenían conocimientos sobre la postura cervical, haber tenido su primer smartphone entre 8 y 10 años fue un factor de riesgo (OR=3,77), y usar el smartphone menos de 3 horas un factor protector (OR=0,44). **Conclusión:** Los individuos que tienen conocimientos sobre la buena postura y que la adoptan mientras utilizan sus teléfonos, revelan una tendencia a tener menos molestias.

Palabras clave: dolor de cervicales; información; autopercepción; tecnología digital

INTRODUCTION

Smartphone means “smart cellphone”. It contains the basic features of a mobile phone, as text messaging and calling. Additionally, it includes advanced features such as touch screen, Internet connection and many different applications (Xie, Szeto, Dai, & Madeleine, 2016). The technological revolution set by these “pocket computers” is considered to be one of the greatest ever. The easy handling and the versatility of *smartphones* are two of the great attributes that have led to their massive impact in contemporary society (Panova & Carbonell, 2018). For example, in Europe, about 46% of the children between 9 and 16 years old already own a *smartphone* (Mascheroni & Ólafsson 2015), and that tendency, which grows with age, seems to be actually connected to the features of the smart cellphone. However, young adults are called “digital natives”, because they are the most frequent users of *smartphones*. This generation even depends on the resources of this device for their everyday life (Lopez-fernandez, Kuss, Romo, Morvan, & Kern, 2017). Thus, the *smartphone* is an essential part of the daily routine of young adults (Panova & Carbonell, 2018). They spend an average 2-4 hours a day using the device, which accounts to 700-1400 hours of cumulative use per year (Hansraj, 2014). Excessive use of *smartphones* originates static, long postures with flexion of the cervical spine (Ahmed & Abdel-aziem, 2016). The strong effort of this position, combined with a set of repetitive movements, can perhaps cause long-term musculoskeletal issues (Ahmed & Abdel-aziem, 2016; Damasceno et al., 2018; Lee, Kang, & Shin, 2015). The anterior posture of the head may cause shortening of the muscle fibres and stresses the muscles surrounding the atlanto-occipital joint. The

incorrect cervical posture is for some believed to be one of the main causes of cervicgia, which in the worst cases can even decrease the quality of life (Ahmed & Abdel-aziem, 2016; Damasceno et al., 2018; Lee, Kang, & Shin, 2015). All of this pathophysiological process can be explained by the excessive use of the *smartphone*, because it makes the user look below the central viewing angle of the body, that is, moving the head forward to watch the screen of the smart cellphone (Damasceno et al., 2018; Santos, et al., 2017). The literature has designated the concept of *Text Neck* when referring to cervical pain that can extend to shoulders and upper limbs, caused by the constant use of *smartphones*. However, there is a gap between the knowledge of how young adults should use the *smartphone* correctly and the fast technological development of these mobile devices (Lopez-fernandez et al., 2017). Understanding the risk factors of the excessive use of *smartphones*, knowing about a good cervical posture when using the equipment and being able to apply that knowledge is essential for enjoying the benefits of using such equipment without putting the health at risk (Chow & Ma, 2017; Monteiro, 2009). It is critical to alert users for a greater knowledge about a correct cervical posture while using the *smartphone*, and to raise awareness among students about the fact that this behaviour can cause symptoms and even musculoskeletal syndromes on the cervical spine and upper limbs. Therefore, the purposes of this study aimed to evaluate the individual’s knowledge about the cervical posture when using the smartphone, secondly, understand if there is any association between posture and the discomfort felt within the users and, finally, understand the self-awareness of

Students' knowledge of cervical posture while using the smartphone

the individuals regarding the posture they use, and what do they consider as correct.

METHODOLOGY

Analytical cross-sectional study, where participation was voluntary, using a non-probability convenience sampling technique. Of the 320 potentially eligible students, two participants were excluded from the sample because they didn't own a *smartphone* and they failed to complete the assessment tools used correctly, namely the socio-demographic questionnaire. The final sample consisted of 318 students enrolled and attending higher education in the school year 2018/2019 at Escola Superior de Saúde Vale do Sousa – CESPU. Firstly, we have asked for permission to carry out the study from the Ethics Committee of the Institution. Such permission was granted under the number 25/CE-IUCS/2018. All the

volunteers received an informed consent under the Helsinki model, and the anonymity and confidentiality of data was guaranteed. The survey conducted for this study consisted of multiple choice and short answer questions, with the purpose of characterizing the sample. Thus, the survey was divided into three groups, (1) sociodemographic characteristics, (2) psychosocial and physical factors on the use of *smartphone*, (3) questions about musculoskeletal symptoms. For the purpose of the study, it was necessary to understand the knowledge and self-awareness of the cervical posture adopted when using the *smartphone*. Therefore, based on the article published by Hansraj, (2014) e Damasceno et al. (2018), we have captured images for this very purpose. The images captured portray four different cervical postures during the use of the *smartphone*:



Figure 1 - A



Figure 2 - B



Figure 3 - C



Figure 4 - D

In this study, the perception of each student regarding cervical posture while using the *smartphone* was assessed through a question. In the four response options, Figure A, depicting 0° of cervical flexion, was considered to be the correct posture while using the *smartphone* (Hansraj, 2014). Figure B, with 15°, Figure C with 30° and finally, Figure D, with 45° of flexion, were all considered incorrect (Hansraj, 2014). Initially, we have made a descriptive analysis of the descriptive variables extracted from the sociodemographic

questionnaire. For quantitative variables, we have used measures of dispersion and central tendency after testing their normality and, for qualitative variables, we have computed absolute and relative frequencies. We have performed an inferential analysis to evaluate the association between exposure variables and outcomes, specifically the knowledge about a correct cervical posture while using the *smartphone*, the discomfort associated to such use and the perception of each student about the posture he

Students' knowledge of cervical posture while using the smartphone

uses during the use of the *smartphone*. We have used the chi-square test. We have also resorted to binomial logistic regression models to quantify association measures (*Odds Ratio*) between the participants that have shown discomfort while using the *smartphone*, the knowledge about a good posture or lack thereof, and the adoption of such a good posture or not. Additionally, we have noted the risk factors that prevent students from adopting a good posture, even when they know about it. A significance level of 0.05 was adopted.

RESULTS

Of the 318 students, 205 (64.50%) individuals were female. The age of participants ranged from 15 to 47

years, with a median of 21 (IQR: 3). In terms of Body mass index (BMI), participants have shown a median of 21.87 (IQR: 3.56). At the same time, we have evaluated the use of the smart cellphone: 303 (95.30%) of the students use it in their spare time, whilst 271 (85.20%) individuals consider that this device is essential for their daily routine. Table 1 shows the characterization of the sample regarding the number of hours of *smartphone* use, as well as the age in which the participant has first owned a smart cellphone. It was found that 152 (47.80%) of the participants use the smartphone between 3h to 6h per day and 126 (39.60%) individuals, had their first smartphone between 10 and 12 years of age.

Table 1

Characterization of individuals regarding the number of hours of smartphone use and age of the first smartphone

	Frequency (n)	Percentage (%)
Using the <i>smartphone</i> <3 hours a day	98	30.80%
Using the <i>smartphone</i> ≥3 and ≤6 hours a day	152	47.80%
Using the <i>smartphone</i> ≥6 hours a day	68	21.40%
Owning the first <i>smartphone</i> <8 years old	25	7.90%
Owning the first <i>smartphone</i> ≥8 and <10 years old	92	28.90%
Owning the first <i>smartphone</i> ≥10 and <12 years old	126	39.60%
Owning the first <i>smartphone</i> ≥12 years old	75	23.60%

n: sample number; %: percentage; <: less than; >: greater than; ≤ less than or equal to; ≥ greater than or equal to. We have found that, of the 318 students, only 52 had knowledge about a correct cervical posture and adopted that posture while using the *smartphone*. On the other hand, 120 individuals had no knowledge on the perception of the correct posture and revealed no interest in acquiring it. Table 2 shows that there is a relationship between discomfort, knowledge about the correct posture and adoption of said posture while using the *smartphone*. Students who have knowledge and adopt the correct cervical posture feel less discomfort (23.1%), even if the numbers are not statistically significant ($p=0.079$).

Students' knowledge of cervical posture while using the smartphone

Table 2

Association between knowledge, adopting the correct posture and discomfort while using the *smartphone*.

	With discomfort while using the <i>smartphone</i> n(%)	Without discomfort while using the <i>smartphone</i> n(%)	<i>P</i>
Group 1 - Individuals have knowledge and adopt a correct posture	12 (23.1%)	40 (76.9%)	<i>p</i> =0.079
Group 2 - Individuals have knowledge but do not adopt a correct posture	42 (38.5%)	67 (61.5%)	
Group 3 - Individuals do not have knowledge but they try to obtain it	18 (48.6%)	19 (51.4%)	
Group 4 - Individuals do not have knowledge and they don't try to obtain it	47 (39.2%)	73 (60.8%)	

In the analysis of Table 3, after adjusting the variables age, BMI and education of students, the participants who have knowledge on the correct posture and adopt it have statistically relevant less discomfort when they

use the smart cellphone (OR=0.47; CI 95%: 0.22-0.97) when compared to individuals who have no knowledge and don't try to obtain it.

Table 3

Assessment of discomfort on the 4 groups mentioned in the table, gross and adjusted for age, BMI and Education of Students (n = 119)

		Gross		Adjusted*	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Group 1 - Participants have knowledge and adopt a correct posture		0.47	(0.22-0.96)	0.47	(0.22-0.97)
Group 2 - Participants have knowledge and do not adopt a correct posture		0.99	(0.58-1.69)	0.95	(0.55-1.63)
Group 3 - Participants do not have knowledge but they try to obtain it		1.47	(0.70-3.10)	1.51	(0.71-3.19)
Group 4 - Participants do not have knowledge and they don't try to obtain it		1	1	1	1
Age		1.03	(0.95-1.10)	1.03	(0.97-1.10)
BMI		1.02	(0.94-1.10)	1.02	(0.95-1.10)
Education	Higher Education	1.25	(0.64-2.50)	1.33	(0.70-2.60)
	Learning course	1	1	1	1

*Adjusted for Age, BLI and Education of individuals; OR: *Odds Ratio*; %: percentage; CI: confidence interval; BMI: Body Mass Index;

We have found that 142 participants consider that the most correct posture is A and, actually, only 4 of them affirmed to adopt that posture. We have also noticed

that most of the students in this sample use posture C more frequently.

While assessing table 4, after adjustment for age, BMI and education of students, we have found that having

Students' knowledge of cervical posture while using the smartphone

a *smartphone* between 8 and 10 years old was associated OR= 3.77; CI 95%: 1.32-11.54) with not adopting a correct cervical posture. Regarding the number of hours a day that individuals use the *smartphone*, we have noticed that, the higher the number of hours, the lower the *odds* for adopting a

posture known to be correct (for example: OR=0.44; CI 95%: 0.14-1.25 for not adopting a correct posture in the lowest category of time for smartphone use). However, none of the associations quantified in the categories of hours per day demonstrate statistical significance.

Table 4

Relationship between the age of ownership of the first *smartphone* and time of use and the absence of a correct posture, among students who consider to have knowledge about correct posture (n=161).

		Gross		Adjusted*	
		OR	95% CI	OR	95% CI
Owning the first <i>smartphone</i> at <8 years old		1.04	(0.28-4.03)	1.09	(0.27-4.65)
Owning the first <i>smartphone</i> at ≥8 and <10 years old		3.33	(1.27-9.34)	3.77	(1.32-11.54)
Owning the first <i>smartphone</i> at ≥10 <12 years old		1.41	(0.62-3.12)	1.82	(0.72-4.68)
Owning the first <i>smartphone</i> at >12 years old		1	1	1	1
Using the <i>smartphone</i> <3 hours a day		0.53	(0.19-1.38)	0.44	(0.14-1.25)
Using the <i>smartphone</i> ≥3 and ≤6 hours a day		0.72	(0.27-1.78)	0.66	(0.24-1.68)
Using the <i>smartphone</i> ≥6 hours a day		1	1	1	1
Age		1.01	(0.95-1.10)	0.97	(0.90-1.05)
BMI		1.17	(1.04-1.33)	1.16	(1.03-1.33)
Education	Higher Education	2.47	(1.07-5.73)	2.51	(0.99-6.37)
	Learning course	1	1	1	1

*Adjusted for Age, BMI and Education; OR: *Odds Ratio*; %: percentage; CI: confidence interval; BMI: Body Mass Index; <: Less than; >: Greater than; ≤ Less than or equal to; ≥ Greater than or equal to;

DISCUSSION

After presenting these results, it is evident that the duration and frequency of *smartphone* use among students is high, and the knowledge on the correct cervical posture regarding the use of *smartphone* and subsequent adoption do not follow the profile characteristics. In the sample of this study, the age of the participants ranged from 15 to 47 years old. These

data are consistent with a study conducted by Velthoven and colleagues (2018), who found that young adults are the most frequent smartphone users, since they depend on the functionalities of the equipment for their daily lives (Velthoven, Powell, & Powell, 2018). Effectively, with the new models of smartphones increasingly appealing, functional and with more versatile features young adults feel a greater need to use the mobile device (Ahmed &

Students' knowledge of cervical posture while using the smartphone

Abdel-aziem, 2016). Concerning the use of the smart cellphone, this study has found that 95.3% of students use it in their spare time, whereas 85.2% consider that this device is essential for their daily routine. These results are consistent with a study by Roberts et al (2014), that has concluded that about 60% of students are dependent of *smartphones*, and that they are also the population who uses this mobile device more frequently. Students consider this equipment to be an important part of their life, and they admit that they cannot spend a day without a smart cellphone (Roberts et al., 2014). Regarding the knowledge on the correct cervical posture while using the *smartphone*, we have noticed that 161 students claim to have such knowledge, against 157 participants who admit not having it. Among the students who have knowledge, only 52 reveal that they apply it when they use the mobile device. However, of the individuals who lack knowledge, 120 have no interest on searching for information on the correct cervical posture for the use of *smartphones*. The truth is that, nowadays, there is lack of knowledge about adopting a good cervical posture for the use of *smartphones* (Lopez-fernandez et al., 2017). While relating students with knowledge on the cervical posture for *smartphone* use and those who feel discomfort on that task, we have noticed that there is a link between discomfort, knowledge about a correct posture and adopting such posture while using the *smartphone*. Students who have knowledge and adopt the correct cervical posture feel less discomfort (23.1%) than other individuals. Additionally, we have realised that the link between discomfort, knowledge about a correct posture and adoption of such posture while using the *smartphone* remained after the adjustment for age, BMI and education of the sample.

Grimby-ekman et al., (2017) found, in a study, that there is a link between excessive exposure to *smartphones* and discomfort in the cervical spine, shoulders and tingling of upper limbs (Grimby-ekman, Hagberg, Gustafsson, & Thom, 2017). The increased frequency and duration of the exposure to smart cellphones cause concerns regarding the impact on the biomechanics of the cervical spine (Ahmed & Abdel-aziem, 2016; Chany, Marras, & Burr, 2007). During the exposure to a *smartphone*, the user frequently keeps it below the eye level; therefore, the cervical becomes anteriorly positioned and flexed. Maintaining this posture may originate musculoskeletal discomfort in this area and, consequently, in the upper limbs (Lee et al., 2015). This brings up the need for a synergy between understanding risk factors of using a *smartphone* excessively, knowing about a good use of the equipment and having the ability to apply such knowledge to prevent discomfort and a possible musculoskeletal syndrome (Chow & Ma, 2017; Monteiro, 2009). In this study, the Figure A, depicting 0° of cervical flexion, was chosen by 142 students as the correct posture. However, only 4 individuals used it frequently while exposed to *smartphones*. Most of them, 198 students, admit adopting the posture depicted in figure C, in which the cervical shows a 30° flexion. According to Hansraj (2014), the weight of an adult head is about 5 to 6 kilograms (kg). The head exerts a weight on the spine that increases proportionally to the flexion of the cervical. When the head is flexed at 15°, the weight increases to 12 kg, at 30° the weight rises to 18 kg. At 45° of cervical flexion, the head weighs 22 kg. While using the *smartphone*, keeping the cervical spine flexed and the shoulders in an anterior position recurrently and for long periods of

Students' knowledge of cervical posture while using the smartphone

time originates a loss of the natural curvature of the cervical that, later, causes muscular tension and deterioration of that region. Although it is difficult to avoid using the *smartphone*, users can make an effort and adopt a more correct cervical posture while exposed to the device. The correct posture is defined by the alignment of the ears with the shoulders and coapted scapulae. In this position, the *stress* on the column is reduced. For this position to be maintained, students must look at their smart cellphones with the cervical spine in a neutral position, to avoid spending so many hours a day with a flexed cervical (Hansraj, 2014). The posture depicted in Figure C, with 30° of cervical flexion, may cause the *text neck* syndrome if adopted recurrently, because the user watches the *smartphone* below the central viewing angle of the body, that is, moving the head anteriorly. This syndrome is common in students due to the excessive use of the smart cellphone (Damasceno et al., 2018; Santos, C. et al., 2017). Concerning the prevention of discomfort and the presence of musculoskeletal dysfunctions, it becomes necessary to actively intervene in the population that, in part, even admits having knowledge about the subject, but, however, does not adopt it. Thus, we have concluded that having the first cellphone between 8 and 10 years old (OR=3.77; IC 95%: 1.32-11.54) may be a risk factor for not adopting a good cervical posture, adjusted to age, BMI and education of students. These data are consistent with a study by Mascheroni & Ólafsson (2015), where it was found that, in Europe, children have cellphones increasingly earlier; from 9 to 16 years old, 46% already have their own mobile device (Mascheroni & Ólafsson 2015). On the other hand, it has been found that spending less hours a day using

the *smartphone* helps to prevent the adoption of an incorrect cervical posture, although it isn't statistically relevant (OR=0,44; CI 95%: 0.14-1.25). According to Ahmed & Abdel-aziem (2016), it is necessary to educate students about the importance of a correct postural alignment of the cervical spine while using *smartphones*. It is also necessary to raise awareness through postural re-education from the first exposure (Ahmed & Abdel-aziem, 2016). In order to approach individuals who feel discomfort while using *smartphones*, with the purpose of achieving a recovery of cervical pain and, possibly, a reduction of relapses, it is advised to recommend exercises for stretching and strengthening of deep muscles of the cervical and shoulders (Harvard Medical School, 2014). We have come across some limitations, such as the lack of studies that relate the importance of knowing a correct cervical posture to the exposure to *smartphones*. Additionally, the fact that scientific evidence is scarce about the correct cervical position when using a smartphone. The results obtained can provide useful information to substantiate future suggestions, such as the implementation of preventive programs to improve the way students use their *smartphones*. These programs, specifically regarding cervical posture, must be implemented in very young ages, considering the first exposure to the device. For those who already feel discomfort in using the *smartphone*, creating intervention programs for relieving such discomfort is also fundamental. Considering the several areas of expertise of physical therapy, it is relevant to increase health literacy on this matter.

CONCLUSION

In relation to having knowledge about the correct posture of the neck when using a smartphone, it was

found that more students said to have knowledge than those who said they did not. We conclude that individuals who had knowledge on a good posture and adopted it during the use of *smartphones* reveal a tendency for less discomfort. This association remained regardless of age, BMI and education of individuals. Regarding the group that had the knowledge but didn't use it, we have noticed that owning the first *smartphone* between 8 and 10 years old was a risk for not adopting a good cervical posture and using the smartphone less than 3 hours a day prevents the adoption of an incorrect cervical posture while using the smart cellphone.

BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

- Ahmed, A., & Abdel-aziem, A. A. (2016). ScienceDirect Exercise training and postural correction improve upper extremity symptoms among touchscreen smartphone users. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 35, 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.hkpj.2016.06.001>
- Damasceno, G.M., Ferreira, A.S., Nogueira, C., Reis, F.J.J., Andrade, I.C.S., & Meziat-Filho, N. (2018). Text neck and neck pain in 18-21-year-old young adults. *Eur Spine J.*, 27(6),1249-1254. doi: 10.1007/s00586-017-5444-5.
- Chany, A., Marras, W. S., & Burr, D. L. (2007). The Effect of Phone Design on Upper Extremity Discomfort and Muscle Fatigue. *Human Factors*. 49(4), 602–618. <https://doi.org/10.1518/001872007X215683>.
- Chow, T. C., & Ma, W. W. K. (2017). Do We Really Know What People are Using Their Smartphone for?. *International Symposium on Educational Technology* 1–5. <https://doi.org/10.1109/ISET.2017.16>
- Monteiro, M. (2009). *A literacia em saúde* (Tese de Mestrado). Universidade Lusófona de humanidade e Tecnologias
- Grimby-ekman, A., Hagberg, M., Gustafsson, E., & Thom, S. (2017). Texting on mobile phones and musculoskeletal disorders in young adults : A fi ve-year cohort study. *Applied Ergonomics*, 58, 208–214. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2016.06.012>
- Hansraj, K. K. (2014). Assessment of Stresses in the Cervical Spine Caused by Posture and Position of the Head. *Surgical Technology International XXV*, 1–3.
- Harvard Medical School. (2014). *How to soothe a sore neck*. https://community.alumni.harvard.edu/give/50398038?appealcode=M1931%20&utm_source=appeal&utm_medium=website&utm_campaign=hms_appeal_flagship&utm_content=aad_all_users_2021-11-09
- Kapandji, I.A. (2000). *Fisiologia articular: esquemas comentados de mecânica vertebral: tronco e coluna vertebral*. Pan-Americana
- Lee, S., Kang, H., & Shin, G. (2015). Head flexion angle while using a smartphone. *Ergonomics*, 58(2), 220-226 <https://doi.org/10.1080/00140139.2014.967311>
- Lopez-fernandez, O., Kuss, D. J., Romo, L., Morvan, Y., & Kern, L. (2017). Self-reported dependence on mobile phones in young adults: A European cross-cultural empirical survey. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(2), 168-177 <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.020>
- Mascheroni, G., & Ólafsson, K. (2016) The mobile Internet: Access, use, opportunities and divides among European children. *New Media & Society*. 18(8),1657-1679. doi:[10.1177/1461444814567986](https://doi.org/10.1177/1461444814567986)
- Panova, T., & Carbonell, X. (2018). Is smartphone addiction really an addiction?. *Journal of Behavioral Addictions* 7(2), 252–259. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.49>
- Richards, K. V, Beales, D. J., Smith, A. J., Sullivan, P. B. O., & Straker, L. M. (2016). Neck Posture Clusters and Their Association With Biopsychosocial Factors and Neck Pain in Australian Adolescents. *Physical Therapy*, 96(10), 1576–1587. <https://doi.org/10.2522/ptj.20150660>
- Roberts, J. A., Honore, L. U. C., Yaya, P., & Manolis, C. (2014). The invisible addiction: Cell-phone activities and addiction among male and female college students. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(4), 254–265. <https://doi.org/10.1556/JBA.3.2014.015>
- Santos, C., et al. (2017). Correlações Clínicas entre variações anatómicas sensitivas no plexo nervoso cervical com quadros de cervicálgia da síndrome do text neck (pescoço de texto) por uso indevido de smartphones. *Semana De Pesquisa E Extensão Da Universidade Tiradentes - SEMPESq-SEMEX*, (19). <https://eventos.set.edu.br/sempesq/article/view/8022>

Students' knowledge of cervical posture while using the smartphone

- Velthoven, M.H.V., Powell, J., & Powell, G. (2018). Problematic smartphone use: Digital approaches to an emerging public health problem. *Journal of Marketing* 4, 1-9. <https://doi.org/10.1177/2055207618759167>
- smartphonem among young people with and without chronic neck – shoulder pain. *Ergonomics*, 59(1), 61-72 doi: 10.1080/00140139.2015.1056237
- Xie, Y., Szeto, G.P.Y., Dai, J., & Madeleine, P. (2016). A coparison of muscle activity in using touchscreen

CUIDAR DE UMA FAMÍLIA ALARGADA NUMA ABORDAGEM COLABORATIVA

Caring for an extended family in a collaborative approach

Cuidando a una familia extensa en un enfoque colaborativo

Fátima Rodrigues*, Graciete Cardoso**

RESUMO

Enquadramento: o estudo de caso centrou-se numa família alargada trigeracional cabo-verdiana. Foi solicitado o apoio da equipa de enfermagem, porque um membro adolescente abandonou a escola por gravidez não desejada nem planeada. A família não estava preparada para viver a etapa que marca o início da quarta geração no agregado familiar. **Objetivo:** analisar o processo de cuidar centrado numa família, com uma abordagem colaborativa, tendo por referencial o modelo de avaliação e intervenção familiar de Calgary. **Metodologia:** qualitativa, com recolha de informação elaborada através de entrevistas semiestruturadas realizadas nas consultas e visitas domiciliárias que a equipa de enfermagem organizou para capacitar a família a lidar com a transição para a maternidade e nascimento. **Resultados:** a apreciação da família nas categorias estrutura, desenvolvimento e funcionamento, facilitou a elaboração de diagnósticos de enfermagem, para planear as intervenções que contribuíram para desenvolver competências para gerir as transições familiares. **Conclusão:** no final da gestação a família mostrou-se mais empoderada, capaz de se focar nas soluções e não nos problemas, apoiou a gestante e envolveu-se no acolhimento da criança, ajudou o membro mais dependente nas atividades de vida diária e mobilizou recursos comunitários.

Palavras-chave: enfermagem familiar; assistência domiciliar; estudo de caso único; modelo calgary

*PhD, em Formação de adultos e MSc, em saúde pública - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa. Portugal - <https://orcid.org/0000-0003-1686-7293> - Author contribution: study conception and design, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

**Msc, em Saúde Comunitária. Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária - Enfermeira chefe do Centro de Saúde de Fonte Inês. Mindelo - <https://orcid.org/0000-0001-6777-835X> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, critical revision of the article

Autor de correspondência:
Fátima Rodrigues
E-mail: mrodrigues@esel.pt

Como referenciar:

Rodrigues, F., & Cardoso G. (2022). Cuidar de uma família alargada numa abordagem colaborativa. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 33-46. doi:10.37914/riis.v5i1.185

Recebido para publicação: 15/11/2021
Aceite para publicação: 06/04/2022

ABSTRACT

Background: the case study focused on a fifteen-member Cape Verdean trigerational extended family. Support from the nursing team was requested because an adolescent member dropped out of school due to unwanted or unplanned pregnancy. The family was not prepared to live the stage that marks the beginning of the fourth generation in the household. **Objective:** to analyze the process of care centered on a family, with a collaborative approach, using the Calgary family assessment and intervention model as a reference. **Methodology:** qualitative, the collection of information was elaborated through semi-structured interviews, carried out in the consultations and home visits that the team organized to help the family to deal with the transition to motherhood and birth. **Results:** the appreciation of the family in the categories structure, development, and functioning, facilitated the elaboration of nursing diagnoses, to plan interventions that contributed to develop skills to manage family transitions. **Conclusion:** at the end of pregnancy, the family was more empowered, able to focus on solutions rather than problems, supported the teenager to continue with the pregnancy, became involved in childcare, supported the most dependent family member in activities of daily living and mobilized community resources.

Keywords: family nursing; home nursing; single-case studies; calgary model

RESUMEN

Marco contextual: el estudio de caso se centró en una familia extensa trigeracional caboverdiana. Se solicitó el apoyo del equipo de enfermería porque un miembro adolescente abandonó la escuela debido a un embarazo no deseado o no planificado. La familia no estaba preparada para vivir la etapa que marca el inicio del ingreso de la cuarta generación en el agregado familiar. **Objetivo:** analizar el proceso de cuidado centrado en la familia, con un enfoque colaborativo, tomando como referencia el modelo de evaluación e intervención familiar de Calgary. **Metodología:** cualitativa, la recolección de información se elaboró a través de entrevistas semiestruturadas, realizadas en las consultas y visitas domiciliarias que el equipo organizó para ayudar a la familia a enfrentar la transición a la maternidad e el nacimiento. **Resultados:** la apreciación de la familia en la estructura de categorías, desarrollo y funcionamiento, facilitó la elaboración de diagnósticos de enfermería, para planificar intervenciones de enfermería, con el fin de desarrollar habilidades para enfrentar las transiciones familiares. **Conclusión:** al final del embarazo, la familia estaba más empoderada, capaz de enfocarse en soluciones que en problemas, apoyó a la adolescente para continuar con el embarazo, se involucró en el cuidado de los niños, apoyó al miembro más dependiente en las actividades de la vida diaria y se movilizó los recursos comunitarios.

Palabras clave: enfermería de la familia; atención domiciliar de salud; estudios de casos únicos; modelo calgary

INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde tendem a focar os cuidados no cliente indivíduo, contudo as pessoas pertencem a uma família que é um sistema mais abrangente, pelo que os cuidados poderão ter a família como contexto ou como cliente (Hanson, 2005). Quando a enfermagem dirige os cuidados para o cliente família permite, como refere Figueiredo (2012, p. 3), progredir para “uma matriz sistémica, holística e globalizante, em que a família é representada como uma organização de relações dinâmicas, contextuais e complexas em interação com o meio”. A análise do processo de cuidar da família selecionada pretende descolar de uma abordagem centrada na pessoa que procura os cuidados de enfermagem, para se centrar inicialmente na família como contexto dos cuidados e posteriormente evoluir para a perspectiva de cuidar da família como cliente.

O relato do estudo de uma família cabo-verdiana, tem como objetivo analisar o processo de cuidar centrado numa família, com uma abordagem colaborativa, tendo por referencial o modelo de avaliação e intervenção familiar de Calgary.

O interesse por estudar uma família alargada surgiu, porque a equipa de enfermagem considera que esta representa uma tipologia significativa das famílias cabo-verdianas, pelo que, ao longo da apreciação familiar os problemas de saúde são enquadrados nos indicadores epidemiológicos para esta população, de acordo com os dados do Ministério da Saúde e da Segurança Social (2017; 2020; 2021).

A recolha de informação sobre a família foi ocorrendo ao longo do ciclo de vida familiar, tendo em consideração que é uma família trigeracional, a equipa de saúde tem feito o seu acompanhamento ao

longo dos eixos sincrónico e diacrónico, isto é, um atendimento no espaço e no tempo, porque diferentes membros solicitaram ajuda aos profissionais de saúde para obter cuidados nos vários níveis de prevenção. As últimas interações com a família decorreram em 2020-21 nas consultas de saúde materna a um membro adolescente de 15 anos, que solicitou apoio por gravidez não desejada nem planeada. Nesta fase a equipa de saúde pretendeu capacitar a família para cuidar da gestante adolescente, mas ao longo das 24 semanas de acompanhamento outros desígnios foram surgindo como: desenvolver competências para assegurar a maternidade saudável; promover o aleitamento materno, cuidar do membro mais idoso com dependência em algumas atividades de vida diária, agravadas pela senectude e comorbilidades.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO

Cuidar da família, como refere Hanson (2005), baseia-se em modelos científicos de saúde familiar, que ajudam a enfermagem a identificar os pontos fortes da família, fomentam a promoção da saúde e minimizam os fatores que impedem o bem-estar.

Apesar da exiguidade de estudos em enfermagem de saúde familiar em Cabo Verde, que nos permita contextualizar os fatores que influenciam a saúde das famílias, a literatura indica algumas características da sua estrutura e organização, o que poderá facilitar a compreensão deste cliente de cuidados. De acordo com Silva & Oliveira (2019), estas caracterizam-se por serem extensas, privilegiado na sua formação os laços de consanguinidade, tendo como unidade básica a mulher e baseiam-se nas discrepâncias de papéis de

Cuidar de uma família alargada numa abordagem colaborativa

género dada a mobilidade do homem, sendo a organização familiar pautada pela sua ausência na educação, suporte financeiro e quotidiano da vida dos filhos. Face a esta realidade cabe às mulheres o papel educativo, afetivo e de provedoras. Assumir estas responsabilidades é socialmente esperado, não sendo exigindo o mesmo aos homens. Este panorama referido pelas autoras é perceptível em todo o arquipélago embora não abranja toda a complexidade da realidade das famílias que se vem alterando com o desenvolvimento educativo e urbano, a emigração e mudanças na sociedade e nas políticas. Coexistem diversas tipologias, porém continua a ser expressivo o número de famílias alargadas e monoparentais femininas, especialmente no meio rural e nas periferias urbanas. Contudo as famílias alargadas tendem a diminuir e a aumentar o número de agregados familiares, que tiveram um acréscimo de 40% entre 2010 e 2018, com redução da dimensão média de 4,2 para 3,5 pessoas. Entre 2000 e 2015 registou-se uma diversificação das tipologias familiares, contudo a figura materna continua a revelar-se o polo agregador da família como característica histórica e social cabo-verdiana (Ministério da Saúde e da Segurança Social, 2021).

As características do povoamento do arquipélago decorrente da história escravocrata vivida durante séculos poderão ter impacto na génese da formação da família cabo-verdiana, conferindo-lhe alguns traços que perduram e que advém de relações marcadas pelo concubinato entre colonos e escravas que persistem na forma de poligamia de facto, mas não de direito, o que traz repercussões na vida familiar. Como salientam Silva & Oliveira (2019) a demografia aponta para a predominância de famílias formadas

por união de facto (39%) em detrimento das constituídas por matrimónio (21%) em 2010, verificando-se que apenas 35,8% dos menores de 14 anos coabitam com ambos os progenitores, enquanto 37,5% vive só com a mãe, isto é, cerca de 61% dos adolescentes desenvolve-se sem ter a figura paterna como referencial.

Face a este enquadramento sociocultural e demográfico das famílias em Cabo Verde elaborou-se um estudo que começou por analisar a vivência de uma família alargada face à gravidez não desejada na adolescência e o modo como foi evoluindo para apoiar a gestante e integrar um novo membro, de acordo com as crenças, valores e modos de funcionamento familiar. Para cuidar da família nos percursos de transição seguiu-se a metodologia do processo de enfermagem, ancorado no Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary (MAIFC) de (Wright & Leahey, 2019) e a teoria das transições de Meleis (2010).

METODOLOGIA

A metodologia da pesquisa é qualitativa, baseada no estudo de caso, que de acordo com Tormes, Monteiro & Moura (2018), é predominantemente descritivo e analítico contribuindo para compreender problemáticas relacionadas com indivíduos, famílias, grupos, programas ou políticas, porque permite realizar análises amplas e significativas sobre o objeto de pesquisa e investigar fenómenos contemporâneos em profundidade e no contexto do mundo real. A realidade descrita aborda o estudo de caso único de uma família cabo-verdiana.

Nos estudos de caso emergem frequentemente as questões de como e porquê, o que permite avaliar

Cuidar de uma família alargada numa abordagem colaborativa

intervenções (Tormes et al., 2018). A pergunta inicial foi: como elaborar o processo de cuidar de uma família alargada, tendo por referencial o modelo de avaliação e intervenção familiar de Calgary?

Consideraram-se os procedimentos éticos de acordo com as recomendações internacionais sobre investigação clínica descritos na Declaração de Helsínquia. A publicação do estudo para fins académicos teve a autorização da Direção do Centro de Saúde do Mindelo onde a família estava inscrita. Foi pedido o consentimento informado à família para divulgar o estudo. Esta concedeu autorização por escrito, porém na condição de manter o anonimato dos seus membros, que concordaram com a sugestão de atribuir nomes de flores, e o sobrenome de Jardim, tendo escolhido as designações de acordo com o sintetizado na tabela 1. Os instrumentos utilizados para a recolha de informação foram entrevistas semiestruturadas, os registos existentes nos ficheiros clínicos da família e as notas da observação participante. Utilizam-se índices e escalas para avaliar variáveis das dimensões familiares e para comparar os resultados no início e após as intervenções, como o APGAR familiar de Smilkstein, a Escala de Graffar e a Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, versão Faces II (Figueiredo, 2012). Os instrumentos estão validados para a população portuguesa, o que não foi impeditivo de os mobilizar nesta família.

Foi avaliado o risco de queda pela escala de Morse (Direção Geral de Saúde, 2019) e o risco de dependência funcional das atividades básicas de vida diária (ABVD) e das atividades instrumentais de vida diária (AIVD), respetivamente pelos índices de Katz, de Lawton e Brody e o grau de autonomia na marcha na escala de Holden, para o membro da família mais

idoso e em situação de dependência, sendo os instrumentos validados para a população geriátrica (Duque, Gruner, Clara, Ermida & Verissimo, 2010).

A gestante foi avaliada pela escala de satisfação com a vida (Reppold, Kaiser, Zanon, Hutz, Casanova & Almeida 2019). Formularam-se perguntas lineares e circulares para perceber não só a opinião da grávida, mas a representação que tinha sobre as opiniões e atitudes dos restantes membros. Do material recolhido foi possível preencher os instrumentos de avaliação estrutural da família como o genograma, ecomapa, círculo familiar de Thrower e psicofigura de Mitchell, que foram elaborados na ótica da gestante e da tia que habitualmente a acompanha, pois seria incomportável entrevistar todos os membros da família. Como estratégia para promover o cuidar envolvendo a família recorreu-se à visita domiciliária, usando a conferência familiar para facilitar o diálogo, a participação e o envolvimento da família na promoção da saúde da adolescente, no acolhimento do recém-nascido e no suporte e manutenção das atividades de vida diária à pessoa em situação de dependência.

RESULTADOS

Para compreender a família e identificar as suas características e necessidades de saúde, fez-se a apreciação de acordo com o referencial do MAIFC considerando as três categorias: estrutural, desenvolvimento e funcional, ajustando a caracterização das subcategorias às especificidades socioculturais da família.

Estrutura da família

Avaliar a estrutura da família é apreciar o modo como foi constituída. Três aspetos da estrutura familiar

Cuidar de uma família alargada numa abordagem colaborativa

podem ser analisados: estrutura interna, estrutura externa e o contexto (Wright & Leahey, 2019).

Estrutura Interna

Ao avaliar a família é necessário apreciar a sua estrutura, ou seja, quem a integra, qual o tipo de vínculos entre os membros em comparação com indivíduos fora do sistema e em que contexto vivem (Wright & Leahey, 2019).

A família Jardim é ampliada, alargada ou extensa, de acordo com Martins, Sarmento & Alves (2019), coabitam ascendentes (avós e pais), descendentes (filhos e netos) e colaterais (irmãos, tios e primos) num total de 15 membros unidos por laços de afetividade, de consanguinidade, de coabitação, de partilha de bens e serviços comuns. A família agrega três ciclos geracionais de avós, filhos e netos e prepara-se para incluir bisnetos.

De acordo com o pedido de ajuda da gestante, a família é descrita a partir da atual pessoa de referência, a Margarida de 15 anos, que coabita com

os restantes membros: a mãe Rosa de 36 anos, o irmão Cravo de 13 anos e a irmã Acácia de 7 anos. A tia Magnólia de 46 anos, com 3 filhos, a Dália de 24 anos, a Íris de 19 e o Gerânio de 12 anos. O tio Jacinto de 44 anos com o filho Jasmim de 12 anos. O tio Narciso de 40 anos (sem filhos). A tia mais jovem Camélia de 32 anos com 2 filhas, a Dália e Violeta respetivamente de 17 e de 10 anos. A D. Perpétua de 78 anos, viúva desde 2003, é avó materna da gestante, dos primos e mãe dos tios. A estrutura familiar está de acordo com os indicadores demográficos do país, em 2018 a esperança média de vida para os homens foi de 72,6 anos e para as mulheres de 80,4 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

Os membros têm forte sentido de pertença ao sistema, os limites entre os subsistemas são ténues, porque o mesmo elemento pertence a vários subsistemas. A estrutura interna está sintetizada na tabela 1.

Tabela 1

Estrutura interna da família Jardim

Nome	Parentesco em relação à pessoa índice	sexo	Idade (anos)	Nível de escolaridade	observações
Margarida	Pessoa índice	feminino	15	9º ano	Adolescente, gravidez não planeada nem desejada
Rosa	Mãe de Margarida	feminino	36	6º ano	Empregada doméstica
Cravo	Irmão de Margarida	masculino	13	8º ano	Estudante
Acácia	Irmã de Margarida	feminino	7	2º ano	Estudante
Magnólia	Tia materna	feminino	46	6ª ano	Empregada doméstica
Dália	Prima, filha de Magnólia	feminino	24	12º ano	Balconista numa loja
Íris	Prima, filha de Magnólia	feminino	19	12º ano	Estudante
Gerânio	Primo, filho de Magnólia	masculino	12	7º ano	Estudante
Jacinto	Tio materno	masculino	44	licenciado	Professor do ensino básico
Jasmim	Primo, filho de Jacinto	masculino	12	7º ano	Estudante
Narciso	Tio Materno	masculino	40	9º ano	Operário da construção civil. Diagnóstico de esquizofrenia, sem filhos.
Camélia	Tia materna	feminino	32	6º ano	Doméstica. Gestão da vida doméstica da família
Hortense	Prima, filha de Camélia	feminino	17	11º ano	Estudante
Violeta	Prima, filha de Camélia	feminino	10	4º ano	Estudante
Perpétua	Avó materna	feminino	78	analfabeta	Doméstica, com comorbilidades

Cuidar de uma família alargada numa abordagem colaborativa

Todas as famílias são únicas e têm aspetos peculiares. Na família Jardim os adultos referem ter papéis de género de acordo com o sexo biológico. O padrão de parentalidade tem características monoparentais, nenhum dos adultos vive ou partilha tarefas com os progenitores dos filhos ou mantém relações de conjugalidade, conforme representado na figura 1. As relações de parentalidade estão assinaladas com a mesma cor no genograma.

Na representação gráfica do genograma, os filhos da

D. Perpétua estão distribuídos na segunda linha da árvore familiar e enumerados da esquerda para a direita por ordem de nascimento na fratria, seguindo o mesmo critério para ordenar os netos. A família teve dificuldade em assinalar os «excluídos do sistema», isto é, em representar os ausentes por uma conjugalidade interrompida nos vários subsistemas, na figura 1 estão assinalados a vermelho e fora da linha que delimita o agregado.

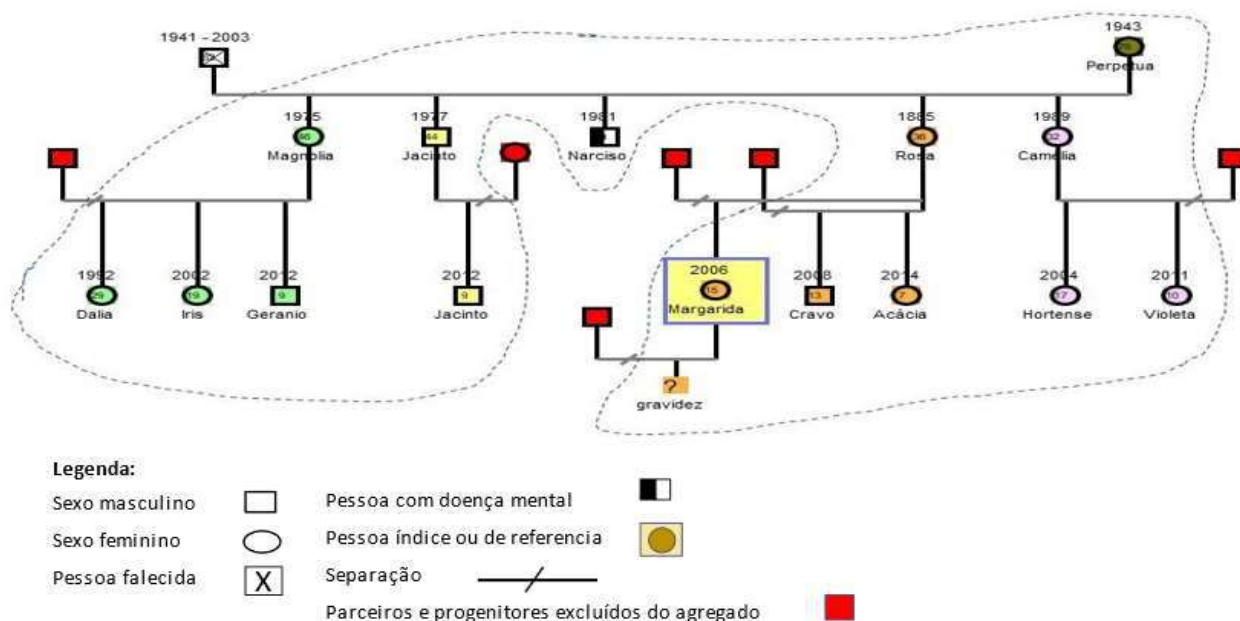


Figura 1

Genograma da família Jardim

Estrutura Externa

A família Jardim vive num bairro na periferia da cidade do Mindelo e tem boas relações com os vizinhos. As crianças e jovens brincam na rua com os filhos de outros moradores e vão juntos para a escola, para a praia, para manifestações culturais, recreativas ou desportivas. Os membros em idade escolar frequentam estabelecimentos de ensino público nos diversos níveis de ensino, sem história de insucesso,

exceto a Margarida que interrompeu por gravidez, sendo um dos desafios da equipa de saúde e da família que retorne à escola depois do puerpério. Mobilizam vários recursos da comunidade. Recorrem ao centro de saúde para vigilância de saúde e em situações de doença ao hospital Dr. Baptista de Sousa. Para assuntos sociais tem apoio do centro paroquial. A Margarida e D. Camélia desenharam, em colaboração com a enfermeira, o ecomapa no início

Cuidar de uma família alargada numa abordagem colaborativa

das consultas e no final, verificando um aumento do controlo percebido sobre os recursos comunitários, porém não conseguiram identificar a intensidade das trocas com o meio ambiente, pelo que foi assinalado

com uma seta simples com orientação unidirecional, no sentido do recurso para o elemento que o mobiliza ou dirigido à linha que envolve o agregado, se o recurso é utilizado pelo sistema familiar (figura 2).

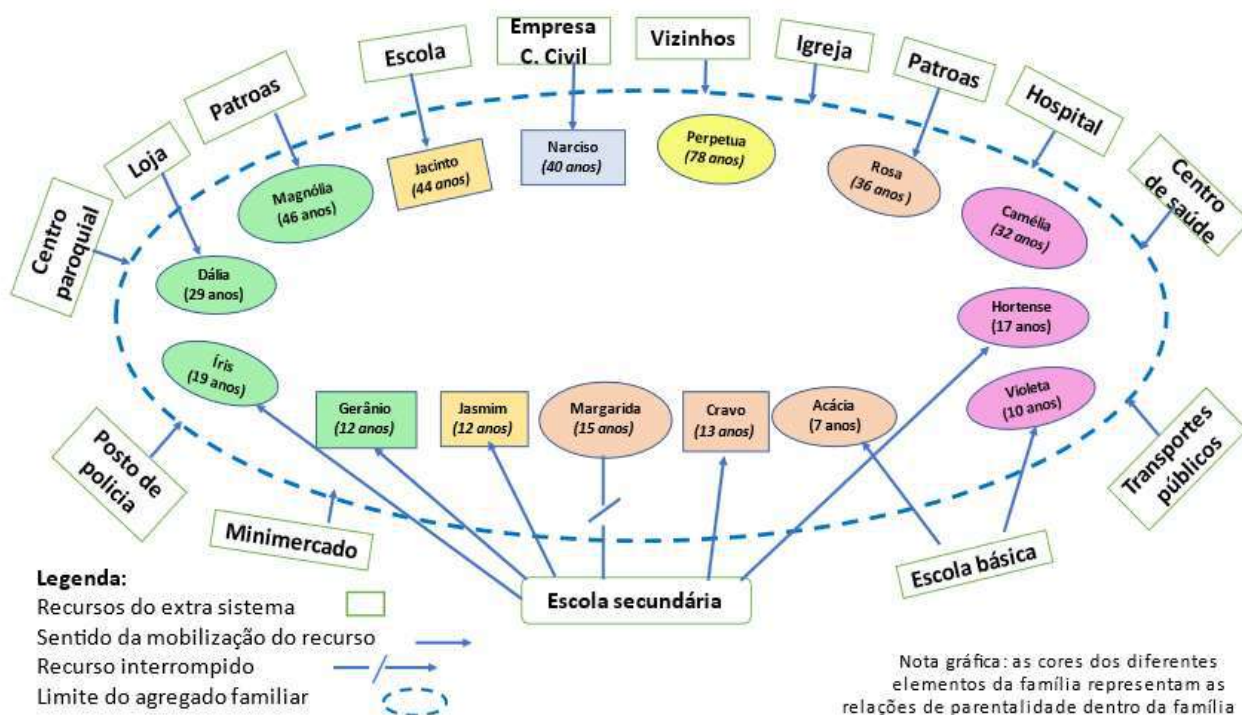


Figura 2

Ecomapa da família Jardim

Contexto

A família é de origem cabo-verdiana. O nível socioeconómico foi avaliado pelo índice de Graffar, obtendo a pontuação 17, considera-se no nível de classe social média (Figueiredo, 2012). Dos membros adultos cinco têm a função de provedores e quatro recebem o ordenando mínimo (cerca de 11.000 escudos cabo-verdianos). De acordo com a Organização das Nações Unidas (2020) o índice de desenvolvimento humano mede a prosperidade em função das condições de vida e do acesso a educação e saúde, em 2020 era de 0,66 e Cabo Verde ocupava o

lugar 126 entre 189 países, integrado no grupo em desenvolvimento médio.

Compreendem o português, mas no ambiente doméstico falam o crioulo. Seguem os princípios da religião católica, porém, só são praticantes os elementos mais velhos, a D. Perpétua, a D. Magnólia e o Sr. Jacinto.

Vivem numa casa com seis divisões (casa de banho, sala comum, cozinha e três quartos), a cobertura é de cimento, tem janelas, é arejada e limpa, está ligada à rede elétrica, possui os eletrodomésticos essenciais e internet. O bairro tem saneamento básico e acesso por rede de transporte público. Na periferia existe um posto de polícia e um minimercado.

Desenvolvimento

É uma família organizada em três ciclos geracionais, iniciados pela matriarca D. Perpétua, com cinco descendentes na segunda geração (filhos) e nove na terceira (netos), a estrutura da família reflete a demografia do país. Em 2017 na estrutura etária de Cabo Verde predominavam os jovens, sendo a população com menos de 25 anos 47%, e as pessoas com mais de 64 anos 6% (Ministério da Saúde e da Segurança Social, 2017).

Verifica-se que a vida dos membros adultos é marcada pela alternância entre períodos de construção ou de manutenção, intercalados por períodos de mudanças e transições, ligados a momentos de expansão, sendo as fases de mudanças e transições potencialmente mais desafiantes porque exigem modificações para concretizar novas tarefas e assumir outras responsabilidades.

Alguns elementos da família, ao longo do ciclo vital, têm oscilado entre movimentos centrífugos como períodos de afastamento do agregado para estruturar a conjugalidade e parentalidade, alternados com movimentos centrípetos de aproximação e reintegração na família de origem. Nos períodos de movimento centrípeto, a vida interna familiar é enfatizada, ficando as fronteiras da família em relação ao mundo externo estreitadas e os assuntos pessoais em segundo plano, enquanto nos períodos de movimento centrífugo, a fronteira externa da família torna-se mais permeável para incluir os relacionamentos com os cônjuges e com as crianças, favorecendo trocas com o ambiente externo, aumentando a distância em relação à família de origem. A predominância dos movimentos centrípetos e centrífugos varia ao longo do ciclo de

vida da família e face a sucessivas entradas e saídas o sistema, por vezes, está em «porta giratória».

A principal tarefa de desenvolvimento da família foi facilitar a função materna à Margarida e criar condições para receber o recém-nascido. A gravidez na adolescência é frequente, em 2017 na ilha de S. Vicente, 18% das grávidas tinham menos de 19 anos e 5% menos de 16 anos. Contudo assiste-se a uma transição demográfica em Cabo Verde, o índice sintético de fecundidade tem vindo a diminuir e em 2018 era de 2,28 (Instituto Nacional de Estatística, 2020). A taxa de mortalidade materna tem decrescido situando-se na última década habitualmente em valores inferiores a 50 óbitos maternos por 100.000 nados vivos (Ministério da Saúde e Segurança Social, 2020).

A gestante refere que iniciou a atividade sexual aos 14 anos, com o pai do filho, sem usar contraceptivos, contraiu uma doença sexualmente transmissível. Apesar de estar informada, mas por vergonha, não recorreu ao centro de saúde para obter orientação sobre saúde sexual e reprodutiva, nem solicitou ajuda aos familiares, porque não considera a comunicação facilitadora para abordar a sexualidade. A gravidez não desejada nem planeada é uma realidade nas jovens cabo-verdianas, contudo as políticas de saúde continuam a apostar na oferta de contraceptivos. Usavam métodos contraceptivos 54,6% das mulheres em idade fértil, em 2018 (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

Ao longo da gestação foi elaborando o luto pelo abandono do namorado e aprendendo a gerir sentimentos e emoções. A energia canalizada para a perda da pessoa amada foi-se esbatendo no sentido do desapego. Passou a ter novo foco de atenção, a

vinculação com o filho e a esperança de que o bebé seja saudável (Becker & Crepaldi, 2019).

O sentimento de dualidade inicial entre querer prosseguir com a gestação e pretender interromper foi-se dissipando. No final da gestação sentiu-se motivada para colaborar no período expulsivo, para amamentar e aprender a cuidar do recém-nascido, tendo frequentado as formações de preparação para o parto e para o aleitamento materno. Compreendeu que é muito jovem para interromper a escolaridade e considera a possibilidade de reatar os estudos após terminar a amamentação. A taxa de abandono escolar no ensino secundário é significativa no sexo feminino, em 2018 foi de 4,5% (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

O principal suporte emocional no começo da gestação foram as primas mais velhas que a acompanharam na primeira consulta de saúde materna e comunicaram à família, que inicialmente não aceitou. A tia Camélia assumiu o papel de mediadora e facilitadora do processo de preparação da família. Apesar das divergências, observaram-se vínculos fortes entre os diversos membros da família, quer entre os subsistemas fraternais de adultos, quer nos fraternais mais jovens. A relação tios sobrinhos é próxima e na opinião das jovens é por vezes mais fácil partilhar a intimidade com as tias do que com as mães biológicas. Irmãos e primos têm uma relação tão próxima que é difícil distinguir os laços emocionais que vinculam a fratria dos que ligam os primos, como delinearam no desenho da psicofigura de Mitchell, porém não conseguiram assinalar a intensidade das trocas relacionais. A Margarida desenhou dois círculos familiares de Thrower, no início e no fim da gestão, na última representação assinalou mais membros e

colocou-os mais próximo de si, o que na opinião da gestante evidencia a aceitação que foi ocorrendo ao longo da gravidez.

Funcionamento

Apreciar o funcionamento da família explicita os detalhes sobre como os indivíduos se comportam na vida familiar. Existem dois aspetos básicos do funcionamento familiar: instrumental e expressivo (Wright & Leahey, 2019).

Funcionamento instrumental

Refere-se às atividades rotineiras da vida diária da família. Sendo a família Jardim composta por idosos, adultos, jovens, adolescentes e crianças, as tarefas de cada membro são definidas de acordo com a idade, as capacidades físicas e mentais, o estatuto social e a disponibilidade para cuidar de si e da família.

A D. Perpétua tem várias comorbilidades, das quais se destaca diabetes, hipertensão, obesidade e hiperlipidemias, sendo vigiada pela equipa de saúde. As doenças do aparelho circulatório continuam a ser a principal causa de mortalidade, com uma taxa de 140,1 por cem mil habitantes, sendo mais relevante no sexo feminino (148,4) que no masculino (131,8), (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

Desde que ficou viúva, em 2003, tem vindo paulatinamente a necessitar de apoio das filhas para realizar as atividades instrumentais de vida diária e progressivamente foi perdendo autonomia para as atividades básicas de vida diária, nomeadamente o cuidar da higiene pessoal, tomar banho e vestir-se. Tem-se acentuando a perda sensorial com diminuição da acuidade visual, auditiva e deficit de mobilidade. O processo de envelhecimento, embora com intensidade variável pode conduzir a um défice físico, mental e funcional que condiciona o grau de

Cuidar de uma família alargada numa abordagem colaborativa

dependência em que a pessoa fica afetada. Para apreciar a situação de saúde da D. Perpétua, de modo a organizar a resposta dos serviços de saúde e dos cuidadores familiares, foi feita a sua avaliação multidisciplinar. Na realização das ABVD e das AIVD situa-se nos níveis de dependência moderada e na avaliação da classificação funcional da marcha de Holden, situa-se no nível I (Duque et al., 2010). Tem risco aumentado para quedas fisiológicas previstas (Direção Geral de Saúde, 2019).

Alguns membros adultos têm atividades profissionais que os ocupa parte do dia. Os senhores Jacinto e Narciso e as senhoras Rosa, Magnólia e Dália têm trabalho remunerado e participam na função de provedores. A D. Camélia está desempregada, sendo a irmã mais nova da segunda geração, gere o orçamento familiar, distribui as tarefas, é responsável pela gestão das atividades domésticas, labora para que as refeições e a higiene do lar sejam asseguradas. A família faz cerca de três refeições diárias, mas por falta de recursos económicos consideram que não podem proporcionar uma alimentação de qualidade, compatível com as comorbidades da D. Perpétua e da gestante, que apresenta anemia. A anemia gestacional é um problema prevalente, em 2019 na ilha de S. Vicente foram diagnosticadas com anemia 20,8 % das grávidas (Ministério da Saúde e Segurança Social, 2020). Dados de 2018 revelam que 43% das grávidas e 28,6% de mulheres cabo-verdianas em idade fértil têm problemas de anemia, na infância afetava 43% das crianças com menos de 5 anos (Ministério da Saúde e Segurança Social, 2021).

Funcionamento Expressivo

De um modo geral os membros da família expressam facilmente emoções e sentimentos, sendo a D.

Camélia a mais afetiva, revela envolvimento emocional na resolução dos problemas familiares e habitualmente desempenha o papel de cuidadora dos restantes membros. Refere preocupação com as dificuldades que a família vai ter para cuidar do bebé, e com a imaturidade da sobrinha para lidar com a maternidade. A D. Camélia é o elemento que tem mais influência e poder, para além de fazer a gestão doméstica, faz o controlo da terapêutica da D. Perpétua, apoia-a nas atividades de vida e assegura a vigilância de saúde do Sr. Narciso, diagnosticado com esquizofrenia desde jovem. De acordo com os registos do Hospital Baptista de Sousa do Mindelo de 2015 e 2018 o principal motivo de procura de consulta e de internamento psiquiátrico foi esquizofrenia, representando (42,3%) dos diagnósticos de doença mental (Ministério da Saúde e da Segurança Social, 2021).

Numa abordagem inicial, iniciada às 16 semanas de gestação, foi avaliada a perceção da Margarida sobre a sua família com base nas cinco dimensões do APGAR familiar de Smilkstein, somou 6 pontos. A família foi seguida durante cerca de 24 semanas e no fim da gestação o valor situava-se em 8, porque melhoraram os aspetos da adaptação e do crescimento, nomeadamente com a satisfação sobre a ajuda que recebe da família, sempre que algo a preocupa e melhorou a concordância com o desejo de modificar o estilo de vida. A gestante foi avaliada pela escala de satisfação com a vida de Reppold et al. (2019) e passou de valores de 6 para 15, sendo a média final de 3.

Nesta etapa do processo de cuidar foram elaborados os diagnósticos de enfermagem, sintetizados na tabela 2, descritos de acordo com a Classificação

Cuidar de uma família alargada numa abordagem colaborativa

Internacional para a Prática de Enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016). Após validação com a família constituíram a base de um

trabalho colaborativo, com a mobilização de estratégias de empoderamento familiar, educação para a saúde, motivação e follow-up.

Tabela 2

Diagnósticos de enfermagem

Cliente família:	Cliente pessoa
Rendimento familiar, baixo. Papel da unidade familiar alargada, comprometido. Padrão alimentar e de ingestão de líquidos, anormal. Comportamento de procura de saúde, comprometido. Papel familiar de preparação para a parentalidade, deteriorado. Conhecimento sobre comportamento sexual, baixo. Conhecimento sobre contraceção, baixo.	Margarida: Regime de cuidados pré-natais, comprometido. Conhecimento sobre parentalidade e gravidez, baixo. Gravidez não planeada, atual. Ligação afetiva interrompida, atual. Infeção sexualmente transmissível, presente. D. Perpétua: Risco de queda atual Autocuidado diminuído

DISCUSSÃO

A família Jardim não segue a bitola clássica das famílias tradicionais, nucleares, de tipo ocidental, mas o padrão mais consonante com as famílias africanas, caracterizado por alargadas, monoparentais femininas ou incompletas, como refere Fortes (2015), estas surgem por diversos motivos como morte, emigração e uniões de concubinação, sendo as mães solteiras a garantia da sobrevivência do agregado. A vivência num contexto marcado pela pobreza, migração, poligamia informal e o descrédito na possibilidade de construção de um lar, onde estão presentes conflitos, violências baseadas no género e doenças infectocontagiosas, mostra que os cabo-verdianos vivem em agregados com múltiplas configurações, onde é frequente famílias com mulheres solteiras que se assumem enquanto mãe e pai dos filhos (matrifocais), isto é, sem a presença do pai (pai

abandónico), são famílias onde convivem, dentro da mesma casa, mais de duas gerações (Martins & Fortes, 2011; Fortes, 2015).

No agregado em estudo coabitam três gerações, compostas por avós, filhos e netos, sendo o principal subsistema formado pela fratria de cinco adultos, que vão permanecendo na casa dos progenitores. A quarta geração surge com a gravidez da Margarida, mantendo a tradição de elaborar a maternidade à margem da construção da conjugalidade. Tal como os ascendentes, não planeia sair da família de origem e formar novo sistema familiar, sendo frequente as crianças viverem alheadas da influência do papel paternal (Fortes, 2015).

Em qualquer sistema e em particular nas famílias alargadas, a liderança se for bem aceite, pode ser um fator agregador que contribui para manter a unidade, a estabilidade, o equilíbrio e o bem-estar do sistema.

Cuidar de uma família alargada numa abordagem colaborativa

Essas tarefas são desempenhadas pela D. Camélia, que tem um papel facilitador na interface entre os profissionais de saúde e o agregado. Habitualmente acompanha os familiares às consultas, identifica sintomas de alerta e recorre aos serviços de saúde e sociais para pedir ajuda. Orienta a sobrinha para organizar o enxoval do bebé e supervisa as crianças nos trabalhos escolares. No exercício da liderança procura resolver os problemas em consenso, é contentora da coesão familiar, situando-a nos níveis de ligada e impedindo que resvale para os polos de emaranhada ou caótica, dado que, a família apresenta elevados níveis de adaptação, de acordo com o Faces II (Figueiredo, 2012).

A centralidade das mulheres na vida quotidiana das famílias é frequente em Cabo Verde, cabe-lhes a gestão económica da casa, a orientação da vida dos filhos, que engloba a supervisão da vida escolar, a alimentação, a higiene e responder perante situações de sucesso ou de fracasso na educação das crianças (Fortes, 2015).

O assunto que mais une esta família é a procura de solução para os problemas relacionados com a saúde, solicitando ajuda aos profissionais. Recorrem a terapias não convencionais, nomeadamente baseados na fitoterapia da flora autóctone para tratar pequenos distúrbios ou sintomas de mal-estar, nomeadamente para colmatar os desconfortos gestacionais.

CONCLUSÃO

O objeto do estudo foi conseguido, a família ao longo do processo de cuidar que decorreu durante a gestação da Margarida foi adquirindo mais competências para lidar com as transições, tornando-

se mais colaborativa, capaz de apoiar a grávida e acolher a criança. Nem todos os membros viveram o processo de modo idêntico. Se uns exteriorizaram rejeição, revolta, indiferença, negação e hostilidade com a grávida, outros expressaram tolerância, compreensão e apoio. É provável que nem todos manifestem os mesmos sentimentos, mas a Margarida foi referindo que se sentia mais confiante, protegida e foi alterando a compreensão do apoio familiar percebido.

Neste percurso a família foi desenvolvendo confiança e estratégias de coping adaptativas, demonstrou mestria nas condutas necessárias para gerir a nova situação e o ambiente envolvente, o que revela que adquiriu conhecimentos, modificou comportamentos e redefinir os significados ligados aos acontecimentos.

Nos cuidados prestados em contexto domiciliário foram avaliadas as dificuldades da D. Perpétua para realizar com segurança algumas atividades da vida diária, devido aos efeitos de senescência conjugado com comorbilidades. A família ficou desperta para a proteger e aprenderam a tornar o ambiente doméstico mais seguro minimizando o risco de queda. Os instrumentos de avaliação mobilizados ao longo do processo de cuidar, que decorreu durante 6 meses, revelaram mudanças significativas nas diferentes variáveis que integram as dimensões: estrutura, desenvolvimento e funcionamento de acordo com o modelo de apreciação e intervenção familiar de Calgary, sendo este referencial estruturante na apreciação, intervenção e avaliação dos cuidados.

Ao analisar as características da família Jardim, verificou-se que estão em consonância com os indicadores demográficos, sociais e de saúde do país.

Uma das limitações do estudo foi a falta de outras pesquisas sobre a saúde das famílias cabo-verdianas, pelo que divulgar este estudo poderá ser um incentivo para que a enfermagem cabo-verdiana desenvolva a investigação em saúde familiar.

Sugerem-se outros estudos em enfermagem de saúde familiar que promovam o conhecimento da realidade das diferentes tipologias de famílias em Cabo Verde, dada a sua escassez na literatura.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem à família a gentileza e a disponibilidade para aceitar que fosse publicado um estudo sobre este momento de transição inserido na história de vida da família. Agradecemos também à equipa de enfermagem do Centro de Saúde. Neste estudo não houve conflitos de interesses, nem aspetos económicos ou atribuição de verbas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Becker, A. P. S. & Crepaldi, M. A. (2019). O apego desenvolvido na infância e o relacionamento conjugal e parental: Uma revisão da literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(1), 238-260. <https://doi.org/10.12957/epp.2019.43016>

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Direção Geral de Saúde (2019). Norma nº 008/2019. *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Departamento da Qualidade na Saúde da DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>

Duque, A. S., Gruner, H., Clara J. G., Ermida, J. G. & Veríssimo, M. T. (2010). *Avaliação Geriátrica. Núcleo pegada de carbono*. ONU News Perspectiva Global Reportagens Humana. <https://news.un.org/pt/story/2020/12/1736222>

de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. Lusociência.

Fortes, C. (2015). Casa sem homem é um navio à deriva: Cabo Verde, a monoparentalidade e o sonho de uma família nuclear e patriarcal. *Anuário Antropológico*, 40(2), 151-172. <https://journals.openedition.org/aa/1425#tocto1n2>

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação*. (2ª ed.) Lusodidacta.

Instituto Nacional de Estatística (2020). *Anuário estatístico de 2018*. Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde.

Martins, F. & Fortes, C. (2011). Para além da crise: jovens, mulheres e relações familiares em Cabo Verde. (Con)textos. *Revista d'antropologia i investigació social*, 5, 13-29. <https://revistes.ub.edu/index.php/contextos/article/view/2176/0>

Martins, M., Sarmiento, T. & Alves, S. (2019). Família: ontem como hoje, permanente educadora. *Gestão e desenvolvimento*, (27), 211-228. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.382>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Ministério da Saúde e da Segurança Social (2017). *Plano nacional de desenvolvimento sanitário 2017-2021*. Vol. I. Ministério da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde.

Ministério da Saúde e da Segurança Social (2020). *Relatório estatístico de 2019*. Ministério da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde.

Ministério da Saúde e da Segurança Social (2021). *Plano estratégico nacional de saúde mental 2021-2025*. Direção Nacional da Saúde da República de Cabo Verde.

Organização das Nações Unidas (2020). *Índice de Desenvolvimento Humano da ONU inclui variante*

Reppold, C., Kaiser, V., Zanon, C., Hutz, C., Casanova, J. & Almeida, L. (2019). Escala de Satisfação com a Vida: Evidências de validade e precisão junto de universitários portugueses. *Revista de Estudos e*

Cuidar de uma família alargada numa abordagem colaborativa

Investigación en Psicología y Educación, 5(1), 15-23.
DOI: <https://doi.org/10.17979/reipe.2019.6.1.4617>

<http://www.ensaiospedagogicos.ufscar.br/index.php/ENP/article/view/57>

Tormes, J. R., Monteiro, L. & Moura, L. C. (2018). Estudo de caso: Uma metodologia para pesquisas educacionais. *Ensaio pedagógico*, 2(1), 18-25.

Wright, L. M. & Leahey, M. (2019). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (7th Editions). F. A. Davis Company

Silva, C. & Oliveira G. S. (2019). Família e dinâmicas sociais em Cabo Verde: fortalezas e vulnerabilidades. *Rivista Italiana di Educazione Familiare*, (2), 43-62.

DO INTERNAMENTO PARA A COMUNIDADE – O CUIDADOR INFORMAL NA TRANSIÇÃO

From internment to the community - the informal caregiver in the transition

De la hospitalización a la comunidad - el cuidador informal en la transición

Teresa Lima*, Odete Amaral**, Pureza de Almeida***, Paula Carvalho****, Tânia Marques*****, Ana Raquel Pinto*****, Tânia Coimbra*****

Enquadramento: o processo de transição entre instituições de internamento e o domicílio acarreta mudanças e adaptações sobretudo do cuidador informal. **Objetivos:** conhecer as dificuldades vivenciadas pelos cuidadores informais no cuidar o familiar/utente no domicílio; identificar as ferramentas utilizadas pelos mesmos para as ultrapassar; Conhecer os apoios que dispõem para a prestação de cuidados no domicílio; Conhecer a sua opinião sobre a importância de uma visita domiciliária antes do doente ir para domicílio e por fim criar um projeto de intervenção Integrar[†]. **Metodologia:** estudo qualitativo descritivo e exploratório com enfoque fenomenológico-hermenêutico e com uma amostra de 8 cuidadores. Recorreu-se à entrevista semiestruturada (*ad hoc*). **Resultados:** os cuidadores informais não se sentiam preparados para receber o familiar/utente no domicílio, a maioria não tinha a habitação adaptada. As necessidades mencionadas foram: físicas, psicológicas/emocionais, financeiras, sociais e indisponibilidade. Referiram o *coping* emocional, apoios familiar, social e para os autocuidados, capacitação dos cuidadores informais e familiar/utente e cuidados de saúde como estratégias. **Conclusão:** a articulação entre a Equipa de Cuidados Continuados Integrados e as entidades referenciadoras é fundamental para haver uma transição segura dos cuidados, com ganhos em saúde dos cuidadores informais/utentes/famílias.

Palavras-chave: cuidador; continuidade da assistência ao paciente; enfermagem; enfermagem domiciliar

*RN, Centro Hospitalar Tondela-Viseu - <https://orcid.org/0000-0002-3624-2883> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

**RN, Polo UICISA: E Research Centre, Unidade de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu - <https://orcid.org/0000-0002-3382-6074> - Author contribution: Study conception and design, Data analysis and interpretation, Critical revision of the article

***RN, AceS Dão Lafões - Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela - <https://orcid.org/0000-0002-8105-4080> - Author contribution: Study conception and design

**** RN, AceS Dão Lafões - Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela - <https://orcid.org/0000-0002-0659-8459> - Author contribution: Study conception and design

*****RN, Centro Hospitalar Tondela-Viseu - <https://orcid.org/0000-0002-5600-0937> - Author contribution: Study Conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article

*****RN, AceS Dão Lafões -Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela - <https://orcid.org/0000-0002-0529-8112> - Author contribution: Study conception and design

*****RN, AceS Dão Lafões - Unidade de Cuidados na Comunidade de Tondela - <https://orcid.org/0000-0002-8667-4983> - Author contribution: Study conception and design

Autor de correspondência:
Odete Amaral
E-mail: mopamaral@gmail.com

Como referenciar:

Lima, T., Amaral, O., Almeida, P., Carvalho, P., Marques, T., Pinto, A.R., & Coimbra, T., (2022). Do internamento para a comunidade – o cuidador informal na transição. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 47-58. doi:10.37914/riis.v5i1.191

ABSTRACT

Background: the transition process between inpatient institutions and the home entails changes and adaptations, especially for the informal caregiver. **Objectives:** to understand the difficulties experienced by informal caregivers in caring for the family member/user at home; Identify the tools used by them to overcome them; Know the support they have for the provision of care at home; Know your opinion about the importance of a home visit before the patient goes home and, finally, create an Integrar[†] intervention project. **Methodology:** Qualitative descriptive and exploratory study with a phenomenological-hermeneutic approach and with a sample of 8 caregivers. A semi-structured interview (*ad hoc*) was used. **Results:** informal caregivers did not feel prepared to receive the family member/user at home, most did not have adapted housing. The needs mentioned were: physical, psychological/emotional, financial, social and unavailability. They mentioned emotional coping, family, social and self-care support, training of informal and family/user caregivers and health care as strategies. **Conclusion:** the articulation between the Continuing Integrated Care Team and the referral entities is essential for a safe transition of care, with health gains for informal caregivers/users/families.

Keywords: caregiver; continuity of patient care; nursing; home health nursing

RESUMEN

Marco contextual: el proceso de transición entre las instituciones de internación y el hogar conlleva cambios y adaptaciones, especialmente para el cuidador informal. **Objetivos:** comprender las dificultades que experimentan los cuidadores informales en el cuidado del familiar / usuario en el hogar; Identificar las herramientas utilizadas por ellos para superarlos; Conocer el apoyo que tienen para la prestación de cuidados en el hogar; Conoce tu opinión sobre la importancia de una visita domiciliaria antes de que el paciente se vaya a casa y, finalmente, crea un proyecto de intervención Integrar[†]. **Metodología:** estudio cualitativo descriptivo y exploratorio con abordaje fenomenológico-hermenéutico y con una muestra de 8 cuidadores. Se utilizó una entrevista semiestruturada (*ad hoc*). **Resultados:** los cuidadores informales no se sentían preparados para recibir al familiar / usuario en su domicilio, la mayoría no contaba con vivienda adaptada. Las necesidades mencionadas fueron: físicas, psicológicas / emocionales, económicas, sociales e indisponibilidad. Mencionaron como estrategias el afrontamiento emocional, el apoyo familiar, social y de autocuidado, la formación de cuidadores informales y familiares / usuarios y el cuidado de la salud. **Conclusión:** la articulación entre el Equipo de Atención Integrada Continua y las entidades de referencia es esencial para una transición segura de la atención, con beneficios para la salud de los cuidadores / usuarios / familias informales.

Palabras clave: cuidador; continuidad de la atención al paciente; enfermería; cuidados de enfermería en el hogar

Recebido para publicação: 28/11/2021
Aceite para publicação: 17/04/2022

INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento da população e o crescente aumento do número de pessoas dependentes no domicílio, os cuidadores informais têm um papel cada vez mais relevante, assumindo-se como aliados da equipa de saúde (Martins & Santos, 2020). Todavia, a integração no seio familiar de uma pessoa com dependência altera a dinâmica da vida do agregado familiar, exigindo ao cuidador a realização de diversas atividades de vida diária e administração de terapêutica. Muitos dos cuidados prestados aos utentes necessitam da aprendizagem de técnicas com determinado grau de complexidade, no entanto, alguns cuidadores não se sentem preparados (Maio, 2018). No momento de transição para o domicílio, os cuidadores são fundamentais na adesão do utente ao plano da alta, adotando funções de assistência nos cuidados, advogando e supervisionando o utente (Hahn-Goldberg, 2018). Os estudos evidenciam que o envolvimento da equipa de saúde com o cuidador e o utente no planeamento da alta hospitalar é um elo fundamental para direcionar a continuidade dos cuidados (Lilleheie et al., 2020).

Por outro lado, a literatura diz que geralmente os cuidadores informais não são instruídos para a realização dos cuidados mais específicos, não estando completamente preparados para receber o seu familiar no domicílio (Dixe et al., 2019). Os cuidadores referem que para uma transição segura de cuidados é fundamental que se sintam preparados para os executar, e que possam saber lidar com possíveis complicações por forma a evitar preocupações e stress emocional. Quando preparados sentem-se mais confiantes e capacitados para implementar as

instruções da alta. Uma vez que, a incerteza nos cuidados a prestar gera ansiedade nos utentes e stress nos cuidadores, ocorrendo receio de magoar os seus familiares (Mitchel et al., 2018).

Deste modo, os cuidadores informais assumem-se cada vez mais como uma parte integrante dos cuidados, necessitando de apoio em todas as etapas. Neste sentido, as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que são da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, providenciam este apoio.

Assim, é de extrema importância conhecer as necessidades dos cuidadores informais quando recebem a pessoa dependente no domicílio, no sentido de proporcionar a redução das dificuldades dos cuidadores e potenciar um cuidado de qualidade e seguro. Nesta linha de pensamento, torna-se premente a intervenção comunitária através de projetos de intervenção, de modo a poder-se avaliar as necessidades do cuidador, capacitá-lo, assegurando a continuidade dos cuidados.

Baseando-se o presente estudo nestes pressupostos, deliberam-se os seguintes objetivos: Conhecer as dificuldades vivenciadas pelos cuidadores informais para a prestação de cuidados ao utente/familiar no domicílio; Conhecer os apoios que os cuidadores informais dispõem para a prestação de cuidados no domicílio; Identificar as ferramentas utilizadas pelos cuidadores informais para ultrapassar essas dificuldades; Conhecer a opinião dos cuidadores informais sobre a importância de uma visita domiciliária antes do utente/familiar ir para domicílio e elaboração de um projeto de intervenção na comunidade.

ENQUADRAMENTO / FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO

A continuidade de cuidados configura-se como um direito dos cidadãos, com maior relevância quando estes para as situações crónicas ou complexas. Considera-se que existe “continuidade de cuidados quando os mesmos são prestados de maneira a complementarem-se num tempo adequado” (Mendes et al., 2017, p.843). As mesmas autoras definem continuidade como a “implementação de cuidados por diferentes prestadores, de uma forma coerente, lógica e oportuna”. O Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão a 2020 (Ministério da Saúde, Direcção-Geral de Saúde, 2015, p.9) menciona a integração e a continuidade dos cuidados prestados aos cidadãos como um dos seus valores e princípios. No que se refere ao eixo estratégico Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde, é proposto “o reforço da governação dos Cuidados de Saúde Primários, hospitalares e continuados, de modo que a tomada de decisão seja adequada, efetiva e monitorizada e que o cidadão aceda de modo mais rápido aos cuidados de que necessita” (Ministério da Saúde, Direcção-Geral de Saúde, 2015, p.15).

O planeamento da alta hospitalar visa garantir a continuidade dos cuidados de saúde e o uso eficiente dos recursos hospitalares e comunitários, a partir da identificação das necessidades do utente/família/cuidador informal. Este processo de planeamento deve aplicar-se a todos os utentes, que precisem de continuidade cuidados ao nível da manutenção/reabilitação, no seu contexto de doença e social ou que, pelo seu grau de dependência no autocuidado, não lhes permita um regresso a casa em condições de segurança (Rede Nacional dos Cuidados

Continuados Integrados, Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2008). As equipas de saúde têm de proceder a uma identificação precoce das necessidades de cuidados após a alta, envolvendo o utente e cuidador informal, através de uma comunicação eficaz, promovendo a educação e ensino com uso adequado dos recursos, empoderando assim o utente e cuidador no processo de transição de cuidados (Backman & Cho-Young, 2019). Neste seguimento, os enfermeiros das ECCI, na elaboração e implementação do plano de cuidados, têm em consideração o contexto familiar e o cuidador. O cuidador informal é definido como aquele “que acompanha e cuida da pessoa cuidada de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada” (Instituto da Segurança Social, 2021, p.4). O processo de cuidar de uma pessoa dependente é uma tarefa complexa, contínua e geradora de stress e que exige a necessidade de definir estratégias de apoio e redefinir os papéis e as relações no seio familiar e social a fim de reduzir o sentimento de sobrecarga no cuidador (Pereira & Petronilho, 2018). Sobretudo no momento de transição para o domicílio após um período de internamento, que entender este processo de transição revela-se importante para apoiar o utente e cuidador no processo de transição. Num estudo de Kiran et al. (2020) procuraram conhecer o que mais afeta a sua experiência na transição para o domicílio. As áreas identificadas que afectaram a sua experiência foram relacionadas com a capacidade dos serviços de saúde domiciliários darem resposta às necessidades e a dificuldade em aceder aos recursos comunitários; o acompanhamento médico após a alta, com opiniões

dísparos sobre este apoio, o processo da alta descrito por vários participantes como antecipado e apressado em que o cuidador nem sempre é incluído neste processo; a informação fornecida sobre o plano da alta e sobre a medicação com experiências mistas acerca da qualidade da informação fornecida e também referiram a importância do carinho e atenção prestados pela equipa de saúde como fatores importantes no processo de recuperação.

Estudos mostram que os cuidadores desempenham um papel importante na alta do utente para o domicílio e no período imediato após a alta. O reconhecimento desse papel e da importância do seu envolvimento melhora a compreensão e adesão ao plano de alta. Assim, os profissionais de saúde devem promover a sua participação no processo da alta para o domicílio (Hahn-Goldberg et al., 2018).

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Estudo qualitativo descritivo e exploratório com enfoque fenomenológico-hermenêutico. Recorreu-se à análise qualitativa dos dados recolhidos por gravação de entrevista, que depois de serem transcritas, os dados foram analisados com recurso a análise de conteúdo. No final da análise categorial procedeu-se à análise temática.

Amostra

Participaram 8 cuidadores informais de utentes, admitidos na ECCI de Tondela, no período entre janeiro de 2020 até junho de 2021, de um total de 24 utentes inscritos durante o período referido. A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Tondela dispõe de 5 vagas para a ECCI.

Foram considerados como cuidadores elegíveis para o estudo ser cuidador informal de um utente da ECCI de Tondela por um período de tempo durante o intervalo supracitado e que concordaram livremente em participar no estudo, tendo assinado o respetivo consentimento informado.

Foram excluídos do estudo os cuidadores informais cujo utente esteve aos cuidados da ECCI fora do intervalo de tempo considerado, que tinham falecido ou estavam ausentes da cidade e que não concordaram em participar neste estudo. Deste modo constituímos a amostra com 8 participantes.

Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra é constituída por 8 cuidadores de utentes admitidos em ECCI, na sua maioria homens (62,5%) e com idade \geq 65 anos. Os cuidadores na sua maioria são mulheres (80,0%), cônjuge, coabitantes e com idade \geq 50 anos. O grau de escolaridade estende-se ao 3º ciclo, sendo o mais comum o 1º ciclo. Sendo o grupo profissional mais frequente o de Trabalhador não qualificado.

Instrumento de colheita de dados

Recorreu-se à entrevista semiestruturada (*ad hoc*). Para a qual foi consultada diversa literatura, tendo por base também a evidencia baseada na prática dos profissionais na referida ECCI. Procurou-se saber se os cuidadores se sentiam preparados na transição, como estava a habitação, que apoios tinham, as dificuldades que sentiram e estratégias utilizadas. As perguntas ao longo da entrevista permitiram caracterizar socio e demograficamente o cuidador informal, a idade e género do utente, saber o tempo de prestação de cuidados ao respetivo utente e se os

Do internamento para a comunidade – o cuidador informal na transição

mesmos são prestados na mesma residência. Seguem as perguntas da entrevista após esta caracterização inicial, e a respetiva análise categorial das mesmas (Tabela 1).

Tabela 1

Análise categorial das questões utilizadas na investigação

Questões	Categorias	Subcategorias
“Como se sentiu quando o seu familiar veio para casa? (estava preparado(a), considera que a sua habitação tinha barreiras arquitetónicas que dificultassem a prestação de cuidados?)”	Sentir-se preparado para receber o familiar	Inadequado, adequado
	Barreiras Arquitetónicas no Domicílio	Presente, ausente
Já tinha algum apoio da Segurança Social/subsídio antes de o utente vir para casa?”	Ter apoio da Segurança Social	Presente, ausente
“Alguma vez solicitou ajudas técnicas depois do seu familiar vir para casa?”	Necessidade de solicitar ajudas técnicas	Sim, não
Teve necessidade de solicitar Serviços de Apoio ao Domicílio, para alimentação, cuidados de higiene ou limpeza da habitação? Se sim, foi antes ou depois de ter o utente em casa?”	Necessidade de solicitação de Serviços de Apoio ao Domicílio	Presente, ausente
“Como se sente como cuidador? (dificuldades sentidas, estratégias para ultrapassar as dificuldades)”	Fatores dificultadores no cuidar o utente/familiar	Físicos, Psicológicos / emocionais, financeiros, sociais, falta de disponibilidade
	Estratégias do cuidador facilitadoras do cuidar	Coping emocional, capacitação do cuidador, capacitação do utente/familiar, apoio familiar, apoio social, apoio na satisfação dos autocuidados, cuidados de saúde e cuidador a tempo integral.
“Qual a sua opinião sobre a importância de uma visita domiciliária antes do doente vir para domicílio?”	Opinião do cuidador sobre a visita domiciliária pré-admissão	Pertinente, muito pertinente

Procurou-se saber ao longo da entrevista se os cuidadores estão preparados para receber o familiar em casa, que apoios tiveram a vários níveis, as dificuldades que surgiram e as estratégias implementadas para os ultrapassar. Procurou-se indagar a sua opinião sobre a implementação de um projeto que apoiasse esta transição. As entrevistas decorreram entre os dias 9 e 26 de junho de 2021, e tiveram uma duração entre 9 e 17 minutos, sendo a duração média de 13,25 minutos.

Procedimentos éticos e legais

O estudo obteve parecer favorável da UCC de Tondela e da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (processo 52-2021, emitido em 29 de julho de 2021). Foi garantida e assegurada a confidencialidade dos participantes no estudo, bem como dos dados aquando da sua análise. As entrevistas foram gravadas apenas pela investigadora envolvida no projeto, que as transcreveu e guardou em computador próprio com sistema de bloqueio. As

entrevistas serão destruídas, conforme vontade dos participantes, após discussão e apresentação da dissertação de mestrado em prova pública. Todos os dados foram codificados com atribuição de uma letra e um número (E1), impossibilitando a sua identificação com a fonte.

RESULTADOS

Tendo-se por base a análise de conteúdo e o guião da entrevista semiestruturada, apresentam-se os resultados da análise categorial.

“Como se sentiu quando o seu familiar veio para casa? (estava preparado(a), considera que a sua habitação tinha barreiras arquitetónicas que dificultassem a prestação de cuidados?)”

Constata-se que todos os cuidadores informais não se sentiam preparados para receber o seu familiar, o que é justificado pelo elevado grau de dependência do familiar (E1; E6), por medo face aos cuidados a serem prestados (E2), sendo também considerada a situação como um “choque” (E3).

Verifica-se que 6 cuidadores admitem que a habitação estava inadequada para receber o seu familiar no domicílio, tendo de fazer posteriormente adaptações à organização do espaço. Todavia, como refere o E4, apesar de ter feito um quarto no rés-do-chão da sala, a casa de banho continua a não possuir condições arquitetónicas adaptadas às necessidades da pessoa cuidada. Apenas 2 cuidadores relataram que a habitação tinha condições para receber o familiar, ou seja, estava adequada. Sendo mencionado pelos cuidadores:

E1 *“Preparada, preparada, não estava assim muito preparada. Porque pensei que ele viesse do hospital*

não tão dependente.” **E6** *“Não estava, nem fazia conta disso. Pronto que fosse assim tão rápido. E nunca esperava que ela ficasse como está, esperava que andasse (...).”* **E7** *“Quer se dizer, eu faço aquilo que posso, nas minhas coisas. Ninguém está preparado (...).”*

E4 *“Os quartos ficam no primeiro andar (...). Tem um quarto no rés-do-chão, na sala acabei por fazer lá um quarto, mas a casa-de-banho é uma casa-de-banho de serviço, nem uma cadeira de rodas lá entra.”* **E6** *“A casa não está a 100% (...). Mudámos os móveis, pronto, a cama também teve de ser posta de outra maneira. E assim essas coisas.”* **E8** *“Tive de montar um quarto cá em baixo na sala, onde dormimos os dois. Trouxe a nossa cama e de dia sento-a aqui numa cadeirita.”*

Enquanto outros cuidadores tinham a habitação preparada para receber o utente/familiar: **E2** *“Sim porque a esposa também já tinha estado dependente, e tivemos de pedir uma cama articulada (...).”*

“Já tinha algum apoio da Segurança Social/subsídio antes de o utente vir para casa?”

Constata-se que 2 cuidadores (E1 e E2) admitiram que já tinham subsídio, apesar de não ser muito.

E2 *“O meu tio já recebia qualquer coisa mais, já há algum tempo. Não era muito, mas sempre é uma ajuda.”*

Os restantes 6 cuidadores confirmaram que não tinham e não têm presentemente algum apoio da Segurança Social/subsídio, mas consideraram que seria uma mais-valia.

E8 *“Não tenho. Se viesse a ter dava muito jeito porque não tenho condições de pagar tudo aquilo que ela precisa agora, é mais medicamentos, mais fraldas, enfim...”* **E4** *“Não sei, há um mês e meio que estou à*

espera de resposta, porque fui à junta médica pedir (...).”

“Alguma vez solicitou ajudas técnicas depois do seu familiar vir para casa?”

Todos os cuidadores responderam que necessitaram de adquirir ajudas técnicas. Três dos cuidadores referem que já possuíam estes equipamentos através de um familiar, por dependência prévia do utente/familiar ou providenciada pelo hospital. Como refere o cuidador na E3: *“Tem uma cadeira de rodas normal e tem as canadianas. Uma semana antes de ele sair dos cuidados continuados, eu fui buscar ao hospital (...).”*

Os outros cuidadores referem que tiveram de adquirir ajudas técnicas depois, como cama articulada, cadeira de rodas, mesa articulada, colchão apropriado, cadeira de ir ao banho e andarilho.

E1 *“(...)veio mais dependente. Ele ficou na cama, tivemos que arranjar material: cama articulada, cadeira de rodas para ele, (...). Todo o material foi preciso, cadeira de rodas, cadeira de ir ao banho e a mesa articulada para ele comer. (...) depois de ele vir para casa.”* **E8** *“Pois, tive, não tinha cama articulada, tinha muito receio que ela caísse da nossa cama abaixo. Não tinha cadeira de rodas para ela estar em segurança.”*

“Considerou necessário solicitar Serviços de Apoio ao Domicílio, para alimentação, cuidados de higiene ou limpeza da habitação? Antes ou depois de ter o utente em casa?”

Conforme os relatos de 3 cuidadores, os mesmos tiveram a necessidade de solicitar, antes do utente ir para o domicílio, Serviços de Apoio ao Domicílio, para alimentação, cuidados de higiene ou limpeza da

habitação, como referem os cuidadores na **E1** *“ Sim, sim, para me ajudar a fazer as tarefas porque eu sozinha não conseguia (...), praticamente foi mais a higiene e alimentação (...).”* **E2** *“fazer limpeza à casa (...) iam umas senhoras de uma associação (...) vinham fazer a limpeza e trazer a comida (...).”*

Enquanto 2 cuidadores solicitaram esse apoio após a chegada do utente ao domicílio. Como refere o cuidador **E8** *“Tive, depois que eu vi que não ajudava nada. Porque eu sozinho não conseguia nem tenho experiência com essas coisas. Ela precisa de ajudar para tomar banho, para vestir, mudar a fralda, levantar, neste momento precisa de ajuda para tudo. (...) Pedi ajuda para alimentação e para a higiene dela uma vez por dia.”*

Por sua vez, o **E6** refere que já solicitou, mas ainda aguarda resposta. O **E4** referiu que não solicitou esse tipo de apoio, uma vez que contratou uma pessoa para ajudar na alimentação, cuidados de higiene ou limpeza da habitação: *“Não, não. É a senhora que contratei que também ajuda nisso.”* Por sua vez, o **E7** relatou que também não pediu ajuda, dado que no momento não necessita, conseguindo desempenhar tais tarefas *“Eu cá me vou desenrascando, para já não preciso.”*

“Como se sente como cuidador? (dificuldades sentidas, estratégias para ultrapassar as dificuldades)

No que respeita aos fatores dificultadores no cuidar o utente/familiar, emergiram 5 categorias: físicas, psicológicas/emocionais, financeiras, sociais e falta de disponibilidade. Assim, na subcategoria dificuldades físicas, salientam-se dois indicadores de resposta, nomeadamente: Satisfação das necessidades do doente, com 3 unidades de registo; limitações físicas do cuidador, referenciada 3 vezes. Nas dificuldades

psicológicas/emocionais, emergiram os seguintes indicadores de resposta: insónia (n=2), receio da morte do familiar/utente (n=2), preocupação (n=2), revolta (n=1), personalidade do utente/ familiar (n=1), cansaço mental (n=2), perda do papel de cuidador (n=1), tristeza (n=1) e ansiedade (n=1). Verifica-se que 3 cuidadores referem dificuldades financeiras. O E5 relatou dificuldades sociais, nomeadamente a falta de apoio familiar/terceiros e 2 cuidadores referiram a falta de disponibilidade, tendo o E4 justificado com a sua situação laboral.

Em relação às estratégias para os cuidadores poderem superar as dificuldades na prestação de cuidados ao utente/familiar, emergiram 8 subcategorias: *coping* emocional (n=2), capacitação do cuidador (n=1), apoio familiar (n=3), capacitação do utente/ familiar (n=1), apoio na satisfação dos autocuidados (n=1), cuidados de saúde (n=4), apoio social (n=2) e desejar ter um cuidador a tempo integral (n=1).

“Qual a sua opinião sobre a importância de uma visita domiciliária antes do doente vir para o domicílio?”

Procurou-se saber qual a opinião dos cuidadores informais sobre a importância de uma visita domiciliária antes do utente/familiar vir para o domicílio, verificando-se que a maioria (n=6) a considera muito pertinente e pertinente (n=2), justificando que esta seria uma forma de estarem mais capacitados para prestar cuidados ao utente/familiar, sentindo-se mais apoiados, para que fossem avaliadas as condições da habitação, assim como a situação financeira para poderem dar resposta a todas as necessidades da pessoa cuidada, se há a necessidade de ajudas técnicas e, inclusive, para avaliar a disponibilidade do próprio cuidador

informal para a prestação de cuidados de forma integral.

DISCUSSÃO

Todos os participantes relataram que não se sentiam preparados para receber o seu familiar no domicílio, quer pelo elevado grau de dependência do mesmo, quer pelo sentimento de medo face à necessidade de prestação de cuidados. Num estudo de Pereira & Petronilho (2018) concluíram que a perceção do cuidador sobre o seu nível de preparação para cuidar do utente é maior quanto mais independente este for e quando maior for a sua perceção sobre as informações recebidas. Ainda refere que o cuidador se sente mais confiante se já teve experiência no cuidar e que os cuidadores mais velhos são aqueles com mais problemas de saúde, o que os dificulta no processo de cuidar. Martins & Santos (2020) realçam também a importância do investimento na capacitação do utente e do cuidador informal, mantendo a continuidade de cuidados, sendo um recurso benéfico para as famílias, para a comunidade e sociedade em geral tendo em conta o aumento do número de pessoas dependentes no autocuidado. Concluíram ainda que a capacitação conduz a ganhos em saúde desta díade, quer a nível físico, psicológico, do bem-estar e na satisfação com os cuidados.

À semelhança do presente estudo, no estudo de Choi et al. (2018, p.6) constataram que em alguns casos o espaço físico não estava preparado para receber o familiar em casa, havendo necessidade de o reorganizar.

Relativamente aos apoios/subsídios, verificou-se que 2 cuidadores admitiram que já tinham apoio

financeiro, apesar de não o considerarem suficiente. Todos consideram que estes apoios são uma mais-valia. Desta forma, também neste campo ganha toda a relevância a visita domiciliária para que se informem os cuidadores informais sobre os diferentes apoios da Segurança Social, como previsto na Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, ou seja, a continuidade de cuidados deve ser “garantida de forma integrada com base no sistema de saúde e de segurança social, através de intervenções integradas de saúde e apoio social” (Lei n.º 100/2019).

Estes pressupostos são reforçados com o facto de se ter constatado que todos os cuidadores necessitaram de adquirir ajudas técnicas, assim como a maioria solicitou serviços de apoio ao domicílio antes ou depois da chegada do utente a casa. O apoio domiciliário contempla uma ajuda ao cuidador informal que permite a prestação de cuidados adequados à situação da pessoa cuidada, nas situações em que seja mais aconselhável a sua prestação no domicílio, ou quando for essa a vontade do cuidador informal e da pessoa cuidada. Beneficiar destes serviços é um direito consignado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro.

No que respeita às dificuldades vivenciadas pelos cuidadores na prestação de cuidados, resultados semelhantes foram apresentados em outros estudos como o de Melo et al. (2014), que mencionam que a prestação de cuidados conduz a um desgaste emocional e que gera *stress* entre os cuidadores informais. Estes deparam-se com constantes desafios sendo que, um dos primeiros é a transição para o novo papel. Noutro estudo realizado pelos autores Amaral et al. (2020) com 77 cuidadores informais concluíram que as dificuldades mais percecionadas

pelos cuidadores estão relacionadas com as dimensões “Reações à prestação de cuidados”; “Exigências de ordem física na prestação de cuidados” e “Problemas relacionais com a pessoa dependente”. Outros autores referem que as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais se relacionam com a falta de reconhecimento social e de informação transmitida, havendo dúvidas acerca de quem teria a responsabilidade médica no seu acompanhamento após a alta, falta de colaboração com a equipa de saúde no planeamento da alta, da necessidade de melhorar a comunicação entre todos para facilitar a coordenação dos cuidados com outros serviços de saúde. Ressaltam que os serviços de saúde necessitam de melhorar as suas capacidades de comunicação e incluir os cuidadores informais no processo de planeamento da alta e acompanhamento no pós-alta (Lilleheie et al., 2020).

Em relação os participantes as estratégias referidas foram o *coping* emocional, apoios familiar, social e para os autocuidados, a capacitação dos cuidadores informais e do utente/familiar e os cuidados de saúde. O que também é mencionado na revisão de literatura de Melo et al. (2014) a importância de apoio familiar, social e emocional como um dos aspetos facilitadores no processo de cuidar, pois promove o estabelecimento de redes de apoio adequadas. A importância da transmissão de conhecimentos e aprendizagens para capacitar os cuidadores para tomarem conta dos seus familiares como também de si mesmos, sendo realçado o papel dos enfermeiros como profissionais de saúde habilitados neste processo. A importância da capacitação dos cuidadores e utentes é evidenciada também no estudo de Ugur & Erci (2019), em que

utilizou o método experimental verdadeiro a utentes pós-AVC e cuidadores constituindo 2 grupos. Num grupo prestaram cuidados de enfermagem ao utente no domicílio e sessões de educação/capacitação ao cuidador e no grupo controle não realizaram intervenção nenhuma. Os resultados obtidos indicaram que, os cuidados prestados aos doentes com AVC e a capacitação dos seus cuidadores diminuiu a sobrecarga e aumentou a qualidade de vida destes.

Os cuidadores deveriam ter mais literacia em saúde através de programas com enfermeiros para a aquisição de competências teóricas e práticas para promover o empoderamento de utente e cuidador. Para o enfermeiro na comunidade todas estas necessidades e áreas de atuação deverão ser uma inspiração para melhorar os cuidados ao domicílio (Dixe et al., 2014). Estes autores salientam ainda que o enfermeiro na comunidade deve conhecer o perfil dos cuidadores e desenvolver novas estratégias para a sua formação.

Em relação à última pergunta relativamente à existência de uma visita domiciliária ao cuidador antes de o utente vir para o domicílio incorporada num projeto de intervenção comunitária, estes consideraram que esta seria pertinente e muito pertinente, como forma da equipa se inteirar das condições que os cuidadores dispõem para a prestação de cuidados e assim estarem mais capacitados e apoiados neste papel.

Estes resultados corroboram a importância da visita domiciliária, que se constitui num importante instrumento de atenção à saúde, dando a oportunidade, a partir do conhecimento da realidade local do cuidador informal, da sua estrutura familiar,

para a personalização dos cuidados, aproximar a unidades de saúde do domicílio dos utentes. Fortalecendo o vínculo entre o cuidador informal, utente e profissional de saúde, para além de atuar na vigilância, prevenção e promoção da saúde. Permite o acesso a cuidados de saúde de qualidade e personalizados, diminui as hospitalizações, antecipa diagnósticos e o utente tem um profissional como referência nos cuidados (Menezes et al., 2017, p.1). Os cuidados ao domicílio constituem uma das medidas de apoio ao cuidador informal e são uma oportunidade de o enfermeiro conhecer o contexto sociodemográfico em que o cuidador vive.

Daí que, aquando do processo de transição do utente do internamento para o domicílio, estes dados corroboram a necessidade de conhecer antecipadamente o cuidador e o espaço físico onde serão prestados os cuidados. Assim, um projeto de intervenção que promova uma visita domiciliária antes do utente vir para o domicílio assume relevo para que se possa fazer uma criteriosa avaliação das necessidades a serem colmatadas, como por exemplo, na avaliação e capacitação do cuidador e preparação da habitação com as condições necessárias, assim como identificar e providenciar as ajudas técnicas, na informação sobre apoios existentes na comunidade.

O que vai ao encontro ao que as ECCI fazem junto dos cuidadores, ou seja, vê-los como um dos focos de atenção, capacitando-os através de intervenções que potenciem uma melhoria na sua vida e que influenciem positivamente a prestação de cuidados. É no âmbito da ECCI que surge o projeto de intervenção comunitário, tendo como parceiros algumas entidades que referenciam os utentes para a

ECCI deste estudo, nomeadamente, um Centro Hospitalar e algumas Unidade de Cuidados Continuados que aceitaram integrar o projeto. O mesmo já foi apresentado às entidades reguladoras como a Entidade Coordenadora Local (ECL), Entidade Coordenadora Regional (ECR) e Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), tendo sido recebido com satisfação, já estando em fase de implementação prática.

CONCLUSÃO

Os cuidadores informais que integraram o estudo referiram a falta de preparação para receber o utente/familiar no domicílio, assim como destacaram a importância de receber apoios de várias entidades e de equipamentos que facilitem a prestação de cuidados. Mencionaram também dificuldades do foro físico, psicológico/emocional, financeiro, social e falta de disponibilidade, e as estratégias para superarem essas dificuldades foram o *coping* emocional, a capacitação do cuidador, o apoio na satisfação dos autocuidados, o apoio familiar e social, a capacitação do utente e familiar, cuidados de saúde e a necessidade de ter um cuidador a tempo integral. A opinião dos cuidadores informais sobre a importância de uma visita domiciliária antes do utente vir para o domicílio foi considerada pertinente e muito pertinente, por forma a estarem mais capacitados para prestar cuidados ao utente/familiar, sentindo-se mais apoiados e para que fossem avaliadas as condições (físicas, humanas, materiais e técnicas) indispensáveis à continuidade de cuidados no domicílio. Esta visita domiciliária está inserida num projeto de intervenção comunitário designado de

Integrar⁺ e cujos resultados fundamentam a importância da sua implementação, como forma de se diagnosticarem precocemente todas as necessidades dos cuidadores informais, promover a sua saúde, aconselhamento, transmissão de informações e capacitação do utente e cuidador. Esta visita domiciliária, assume-se como um suporte para a sua adaptação ao papel de cuidador e um recurso que as pode ajudar a minimizar as dificuldades na prestação de cuidados.

Neste seguimento, é importante implementar programas educativos de apoio aos cuidadores informais neste processo, aumentando o seu nível de capacitação e literacia, desde o internamento e com continuidade no domicílio, e articulação precoce dos recursos existentes na comunidade que possam dar resposta às dificuldades que surjam, contribuindo para a segurança do cuidador informal e utente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, M.O.P., Matos, N.A.M., Veiga, N.J., & Matos, D.S.P. (2020). Problemas experienciados pelo cuidador informal de pessoa idosa em situação de dependência. *Archives of Health Sciences*, 27(1), 37-41. Doi: 10.17696/2318-3691.27.1.2020.1710.
- Backman, C., & Cho-Young, D. (2019). Engaging patients and informal caregivers to improve safety and facilitate person- and family-centered care during transitions from hospital to home: A qualitative descriptive study. *Patient Prefer Adherence*, 13, 617-626. <https://doi.org/10.2147/PPA.S201054>
- Choi, J., Lingler, J.H., Donahoe, M.P., Happ, M.B., Hoffman, L.A., & Tate, J.A. (2018). Home discharge following critical illness: A qualitative analysis of family caregiver experience. *Heart Lung*; 47(4), 401-407. doi: 10.1016/j.hrtlng.2018.04.003.
- Dixe, M. A., Teixeira, L. F., Areosa, T. J., Frontini, R. C., Peralta, T., & Querido A. I. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: A

- cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 19, 255. Doi:10.1186/s12877-019-1274-0.
- Hahn-Goldberg, S., Jeffs, L., Troup, A., Kubba, R., & Okrainec, K. (2018). "We are doing it together": The integral role of caregivers in a patients' transition home from the medicine unit. *PLoS One*, 13(5), e0197831. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197831>
- Instituto da Segurança Social (2021). *Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal*. Departamento de Prestações e Contribuições. https://www.segsocial.pt/documents/10152/17083135/8004_Estatuto+Cuidador+Informal+Principal+e+Cuidador+Informal+n%C3%A3o+Principal/edcbe0f7-3b85-48b8-ad98-2e0b2e475dd4
- Kiran, T., Wells, D., Okrainec, K., Kennedy, C., Devotta, K., Mabaya, G., Phillips, L., Lang, A., & O'Campo, P. (2020). Patient and caregiver experience in the transition from hospital to home: Brainstorming results from group concept mapping: A patient-oriented study. *CMAJ Open*, 8(1), E121–E133. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20190009>
- Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro. (2019). Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de maio. *Diário da República*, 1(171), pp. 3-16. <https://dre.pt/application/conteudo/124500714>
- Lilleheie, I., Debesay, J., Bye, A., & Bergland, A. (2020). Informal caregivers' views on the quality of healthcare services provided to older patients aged 80 or more in the hospital and 30 days after discharge. *BMC Geriatrics*, 20(1), 97. Doi: 10.1186/s12877-020-1488-1.
- Maio, E. P. (2018). *Capacidades do cuidador informal para cuidar da pessoa com dependência no autocuidado* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/3841>
- Martins, R., & Santos, C. (2020). Capacitação do cuidador informal: o papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença. *Gestão e Desenvolvimento*, (28), 117-137. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>
- Melo, R., Rua, M., & Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 143-151. <https://doi.org/10.12707/RIV14003>
- Mendes, F. R. P., Gemito, M. L. G. P., Caldeira, E. C., Serra, I. C., & Casas-Novas, M. V. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 841-853. Doi: 10.1590/1413-81232017223.26292015.
- Menezes, N. G. A., Silva, G. K. R., Nascimento, M. N. B., Santos, R. D. O., & Barros, A. M. M. S. (2017). Um olhar da enfermagem voltado à importância da visita domiciliar na ESF: Uma revisão de literatura. *CIE: Congresso Internacional de Enfermagem*, 1(1). <https://eventos.set.edu.br/cie/article/viewFile/5589/2285>
- Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. Direção-Geral da Saúde. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Mitchell, S.E., Laurens, V., Weigel, G.M., Hirschman, K.B., Scott, A.M., Nguyen, H.Q., Howard, J.M., Laird, L., Levine, C., Davis, T.C., Gass, B., Shaid, E., Li, J., Williams, M.V., & Jack, B.W. (2018). Care Transitions From Patient and Caregiver Perspectives. *Ann Fam Med*, 16(3), 225-231. doi: 10.1370/afm.2222.
- Pereira, J.F.S. & Petronilho, F.A.S. (2018). Satisfação do Familiar Cuidador sobre o Planeamento da Alta Hospitalar. *Revista Investigação em Enfermagem* 22(3), 42-55. http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/53799/1/RIE_Satisfacao%20do%20FC%20sobre%20o%20planeamento%20da%20alta%20hospitalar_N%c2%ba22%2c%20Serie%20%20-%20fev2018.pdf
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2008).- *Manual de planeamento e gestão de altas*. http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Manual_Planeamento_Gestao_Altas.pdf
- Ugur, H. G., & Erci, B. (2019). The effect of home care for stroke patients and education of caregivers on the caregiver burden and quality of life. *Acta Clínica Croatica*, 58(2), 321–332. <https://doi.org/10.20471/acc.2019.58.02.1>

A SATISFAÇÃO SEXUAL DO HOMEM NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Man's sexual satisfaction in transition to parenthood

La satisfacción sexual del hombre en la transición a la parentalidad

Patrícia Pinto*, Rita MF Leal**, Ilídia Costa***, Ana Rita Tavares****

RESUMO

Enquadramento: o nascimento de um filho acarreta modificações na vida do casal que inclui a sexualidade, sendo a perspetiva do homem raramente explorada. **Objetivos:** descrever a satisfação sexual do homem após o nascimento de um filho; verificar a existência de relação entre a satisfação sexual e as características pessoais e familiares. **Metodologia:** estudo descritivo-correlacional, transversal com pais de crianças com idade ≥ 1 mês e ≤ 1 ano. A amostragem foi não probabilística (n=101), cujo questionário difundido online integrou a Nova Escala de Satisfação Sexual validada para a população portuguesa por Pechorro et al. (2015). **Resultados:** a satisfação sexual dos homens foi positiva, tendo a menor pontuação sido atribuída aos itens que diziam respeito à disponibilidade, criatividade e diversidade da sua parceira para a relação sexual. Verificou-se a inexistência de relação estatisticamente significativa entre a satisfação sexual do homem e as suas características pessoais e familiares. **Conclusão:** o homem tem expectativas em relação à parceira no que respeita à sexualidade. Os profissionais de saúde devem valorizar a sexualidade na perspetiva do casal, na transição para a parentalidade. Sugere-se investimento na comunicação e partilha igualitária de tarefas domésticas entre o casal para que se reserve disponibilidade para a sexualidade.

Palavras-chave: pai; pais; parentalidade; sexualidade

*RN, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho - <https://orcid.org/0000-0002-7191-944X> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article.

**MsC, ACES Baixo Vouga, UCC Aveiro; Professora Adjunta Convidada na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa <https://orcid.org/0000-0001-9447-276X> - Author contribution: study conception and design, data collection, critical revision of the article

***RN, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho - <https://orcid.org/0000-0003-0815-631X> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation

****MsC, Mestrado em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento - <https://orcid.org/0000-0003-4166-2097> - Author contribution: data analysis and interpretation

Autor de correspondência:

Patrícia Pinto

E-mail: patriciapinto2810@gmail.com**Como referenciar:**

Pinto, P., Leal, R.M.F., Costa, I., & Tavares, A.R. (2022). A satisfação sexual do homem na transição para a parentalidade. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 59-68. doi:10.37914/riis.v5i1.168

Recebido para publicação: 22/08/2021

Aceite para publicação: 14/05/2022

ABSTRACT

Background: the birth of a child brings changes to the couple's life which includes their sexuality, in which the man's perspective is rarely explored. **Objectives:** to describe men's sexual satisfaction after the birth of a child; verify the existence of a relationship between sexual satisfaction and personal and family characteristics. **Methodology:** descriptive-correlational, cross-sectional study with fathers of children aged ≥ 1 month e ≤ 1 year. The sampling was non-probabilistic (n=101), whose questionnaire was distributed online and integrated the New Sexual Satisfaction Scale validated for the Portuguese population by Pechorro et al. (2015). **Results:** the men's sexual satisfaction was positive, however, the lowest score was attributed to items related to their partner's availability, creativity and diversity for sexual intercourse. There was no statistically significant relationship between men's sexual satisfaction and their personal and family characteristics. **Conclusion:** the man has expectations in relation to his partner with regard to sexuality. Health professionals should value sexuality from the couple's perspective, in the transition to parenthood. Investment in communication and equal sharing of domestic tasks between the couple is suggested, so that availability is reserved for sexuality.

Keywords: father; parents; parenthood; sexuality

RESUMEN

Marco contextual: el nacimiento de un hijo conlleva cambios en la vida de la pareja que incluyen la sexualidad y pocas veces se explora la perspectiva masculina. **Objetivos:** describir la satisfacción sexual de los hombres después del nacimiento de un hijo; verificar la existencia de una relación entre la satisfacción sexual y las características personales y familiares. **Metodología:** estudio descriptivo-correlacional, transversal en padres de niños de idade ≥ 1 mes e ≤ 1 año. El muestreo fue no probabilístico (n = 101), cuyo cuestionario se distribuyó en línea integró la Nueva Escala de Satisfacción Sexual validado para población portuguesa por Pechorro et al. (2015). **Resultados:** la satisfacción sexual de los hombres fue positiva, sin embargo, la puntuación más baja se atribuyó a los ítems relacionados con la disponibilidad, creatividad y diversidad de su pareja para las relaciones sexuales. No hubo una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción sexual de los hombres y sus características personales y familiares. **Conclusión:** el hombre tiene expectativas en relación a su pareja con respecto a la sexualidad. Los profesionales de la salud deben valorar la sexualidad desde la perspectiva del casal, en la transición a la paternidad. Se sugiere inversión en comunicación y reparto equitativo de tareas domésticas entre la pareja, de modo que la disponibilidad se reserve para la sexualidad.

Palabras clave: padre; padres; parentalidad; sexualidad

INTRODUÇÃO

A sexualidade integra a vida de todos os indivíduos e contribui para a construção da sua própria identidade (Associação para o Planeamento da Família, s.d.). Neste contexto, a satisfação com o relacionamento e a satisfação sexual são indicadores de saúde importantes no que diz respeito à qualidade de vida e ao bem-estar de uma pessoa (Kalka, 2018).

A Enfermagem tem como principal objetivo facilitar os processos de transição de cada indivíduo, contribuindo para uma melhoria da sua saúde e bem-estar (Meleis, 2010). Desta forma, a transição para a parentalidade assume um papel de destaque em enfermagem, na medida em que esta fase de transição do ciclo vital é exigente, implica alterações e mudanças no planeamento familiar, o que requer do casal uma constante aprendizagem e capacidade de adaptação aos desafios que surgem a cada dia (Martins, Abreu & Figueiredo, 2017).

Fatores socioculturais, a idade, paridade, amamentação, depressão, cansaço, imagem corporal pós-parto e preocupações relacionadas com engravidar novamente afetam o retorno à relação sexual (Ferreira, Campos, Sousa & Santos, 2018). Deste modo, o casal beneficia de informação acerca da probabilidade de, após o parto, ocorrerem alterações no seu relacionamento, tanto a nível emocional como sexual (McDonald, Woolhouse & Brown, 2017). No entanto, apesar deste tema ser fundamental, os profissionais de saúde tendem a negligenciá-lo, e não abordar no pós-parto aspetos relacionados com a sexualidade do casal (Gutzeit, Levy & Lowenstein, 2020).

Barata (2013) afirma que tanto a nível nacional como internacional, são escassos os estudos efetuados na parentalidade, em que o pai seja o elemento central da investigação. Refere ainda que apenas recentemente se tem dado enfoque ao homem enquanto pai, surgindo a noção de que o homem, tal como a mulher, também vivencia o processo de transição para a parentalidade, experienciando alterações físicas e psicológicas ao longo deste processo.

Deste modo, tornando-se imperativo compreender como os pais vivenciam a adaptação ao período de transição para a parentalidade e sendo fundamental dar resposta a questões raramente exploradas, surge o presente estudo cujos objetivos são descrever a satisfação sexual do homem após o nascimento de um filho, na transição para a parentalidade e identificar a existência de relação entre a satisfação sexual do homem, as suas características e as características da família, designadamente: idade paterna, situação laboral paterna, habilitações literárias paternas, idade da mãe, número de filhos pequenos (entre 1 mês e 1 ano de idade) e número de crianças que vivem na habitação.

ENQUADRAMENTO/ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com Meleis (2010), a mudança encontra-se inerente a todos os processos de transição. As condições que influenciam a transição são pessoais e ambientais, facilitando ou dificultando o progresso para alcançar uma transição saudável. Assim, torna-se essencial que a pessoa adote uma nova forma de viver, adquira novos conhecimentos e mude comportamentos. A determinação de quando a transição está completa tem de ser flexível e variável,

dependendo do tipo de mudança ou do acontecimento que deu início à transição. Uma característica importante da transição é que é essencialmente positiva, ou seja, completar uma transição implica que a pessoa chegue a um período de maior estabilidade em relação ao período passado. Deste modo, a teoria das transições de Meleis (2010) servirá de modelo conceptual para este estudo, dando especial relevo ao facto de os cuidados de enfermagem serem imprescindíveis nos processos de mudanças condicionados por transições de vida.

A transição para a parentalidade requer mudanças cognitivas, afetivas e comportamentais, assumindo-se como um importante acontecimento no núcleo familiar, sendo que a relação conjugal é redefinida pelo nascimento de um filho, uma vez que existe uma ampliação do sistema familiar (Henriques, Santos, Caceiro & Ramalho, 2015).

A saúde sexual é um fenómeno multidimensional, assumindo-se a satisfação sexual como complexa e um fator significativo da qualidade de vida. Envolve fatores individuais e relacionais e pode ser ainda influenciada por aspetos associados ao ambiente social e cultural em que a pessoa se insere (Pardell-Dominguez et al., 2021).

No pós-parto, estão inerentes a adoção de novos papéis e transições de mulher para mãe, do companheiro para pai, bem como do casal para família. É um período que exige novas responsabilidades e uma enorme adaptação a novas realidades que pode gerar conflitos e ter impacto ao nível da saúde sexual (Pardell-Dominguez et al., 2021). Direta ou indiretamente, o conjunto de alterações vivenciadas no período pós-parto têm impacto ao nível da vivência

da sexualidade, podendo provocar um maior nível de stress e gerar várias dificuldades ao nível do relacionamento sexual. Torna-se assim desafiante para o casal exercer estes novos papéis sem negligenciar a relação conjugal (Ferreira et al., 2018).

Constata-se que é fundamental integrar os homens nos estudos, uma vez que a maioria dos existentes está praticamente direcionada para a perspetiva da mulher quanto à sexualidade na gravidez e no pós-parto. Salienta-se que, negligenciando a perspetiva paterna, torna-se difícil compreender o sistema familiar e desenvolver a prática com base na evidência científica. Tal como confirmaram Magalhães, Couto, Fernandes & Oliveira (2018) é fundamental que o enfermeiro descentralize os cuidados de saúde da mãe e bebé e analise a família como um todo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, transversal e quantitativo. A população foram homens, pais de crianças com idade igual ou superior a um mês e inferior ou igual a um ano, que residiam em Portugal. Esta idade foi escolhida tendo em conta que o pós-parto é o tempo de regressão das alterações anatómicas e fisiológicas da gravidez. Na verdade, a definição do período do puerpério não é consensual. O puerpério tardio é considerado o período desde a primeira semana até ao final da sexta semana, período até ao qual também é referido que deve ser feita a consulta de revisão de parto (Direção-Geral da Saúde, 2015). Verifica-se, no entanto, que este período não sendo linear, estende-se ao longo do tempo, sendo frequentemente referido como o quarto trimestre da gravidez e cujos investigadores sobre o tema referem

que estas alterações se estendem até aos 12 meses pós-parto (Banaei et al., 2021).

Como critério de exclusão da amostra estabeleceu-se os pais que não se encontravam num relacionamento com a mãe do seu filho. A amostragem foi não probabilística por conveniência, especificamente a bola de neve, tendo obtido um total de 101 participantes. A colheita de dados ocorreu entre 22 de maio e 4 de julho de 2020 através de um questionário eletrónico elaborado na plataforma Typeform®, divulgado por e-mail e pelas redes sociais, garantindo o anonimato e confidencialidade.

O questionário integrou um consentimento informado livre e esclarecido e encontrava-se dividido em duas partes. A primeira parte foi composta por questões de carácter sociodemográfico, designadamente, sexo, idade, nacionalidade, distrito, habilitações literárias, situação laboral, estado civil, idade da mãe, número de crianças que viviam na habitação e número de filhos com idade compreendida entre um mês e um ano. A segunda parte era constituída pela NSSS, validada para a população portuguesa por Pechorro et al. (2015) e cuja utilização foi previamente autorizada pelo autor. A NSSS é uma escala de 20 itens, com uma estrutura fatorial bidimensional constituída por uma subescala centrada no “Eu” (Subescala A: itens 1-10) e uma subescala centrada no parceiro e na atividade sexual (Subescala B: itens 11-20). Os itens são ordinais de 5 pontos, variando de 1 a 5, em que 1 corresponde a Nada Satisfeito e 5 a Totalmente Satisfeito. Valores altos na pontuação da escala correspondem a níveis elevados de satisfação sexual. A pontuação total é obtida pela soma das pontuações de todos os itens. Esta escala tem demonstrado possuir boas

propriedades psicométricas a nível de validade e confiabilidade, apresentando uma alfa de Cronbach de 0,96, podendo ser utilizada em homens e mulheres (Pechorro et al., 2015).

De modo a averiguar o nível de compreensão do questionário deste estudo, nomeadamente quanto à clareza e ambiguidade das questões, verificar a adequabilidade da sequência, analisar a obtenção da informação desejada e a obter informação sobre a apresentação do questionário, este foi sujeito a um pré-teste com 20 respondentes, que não integram a amostra. Foram efetuadas as alterações ao questionário sugeridas e necessárias para que fosse claro e objetivo.

Para análise estatística foi utilizado o programa IBM SPSS v22. Os procedimentos estatísticos incluem uma análise descritiva com recurso a medidas de posição (média) e dispersão (desvio-padrão), assim como, uma análise inferencial que inclui o cálculo do coeficiente alfa de Cronbach e correlações de Spearman, Kruskal-Wallis e Mann-Whitney. Para esta análise, consideram-se os resultados globais das estatísticas descritivas, assim como, o Alfa de Cronbach dos resultados brutos das respostas à escala e ainda as correlações entre variáveis realizadas. Utilizaram-se como referência os resultados brutos das respostas à Nova Escala de Satisfação Sexual em vez das médias das respostas.

A amostra foi constituída por 101 participantes, revelando ter uma distribuição não normal e, não estando garantidos os pressupostos para a aplicação de testes paramétricos. Desta forma, para a análise dos dados optou-se pela utilização do coeficiente de correlação de Spearman (referência .05), tendo, igualmente, em conta um nível de significância de 95%.

Para variáveis de resposta independente dicotómica, utilizou-se o teste de Mann-Whitney, enquanto para variáveis de três ou mais respostas independentes utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis.

Por outro lado, a avaliação de confiabilidade e consistência interna, através da utilização do Alfa de Cronbach e suas variâncias, revela uma pontuação de .95, o que indica evidência de que os itens desta pesquisa medem a mesma habilidade e característica. Tendo uma pontuação superior a .70, com análise de valor de Benchmark igualmente elevado, revela uma avaliação válida no presente estudo.

Este estudo respeitou os princípios éticos constantes na Declaração de Helsínquia. Foi submetido previamente à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa para apreciação, tendo sido aprovado por unanimidade (Parecer nº 014/2020).

RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica

O presente estudo foi constituído por uma amostra de 101 participantes com idades compreendidas entre os 22 e os 45 anos (média= 34.63; DP = 4.47). Residem nos distritos de Aveiro (48,5%), Braga (4%), Coimbra (2%), Évora (2%), Faro (2%), Leiria (1%), Lisboa (7,9%), Porto (22,8%), Santarém (3%), Setúbal (2%), Vila Real (1%), Viseu (2%) e Região Autónoma da Madeira (2%). O estado civil variou entre solteiro (7,9%), casado/união de facto (91,1%), divorciado (1%) e viúvo (sem casos de resposta). No que diz respeito à escolaridade, adotou-se o quadro europeu de qualificações divulgado pela Direção-Geral do Ensino Superior que se divide em 8 níveis, tendo a maioria dos

pais um curso do ensino superior completo (59,4%). Quanto à situação profissional, a maioria (96%) encontrava-se em situação de trabalho ativo. No que concerne à idade da mãe, esta variou entre os 23 e os 43 anos (média = 32,55; DP = 4,14). Relativamente ao número de crianças que vivia na habitação, a maioria tinha apenas uma criança (69,3%) e quanto ao número de filhos com idade igual ou superior a um mês e inferior ou igual a um ano, a maioria tinha apenas 1 filho (97%).

Satisfação sexual dos homens na transição para a parentalidade

A satisfação sexual global dos homens da amostra pontuou-se numa média de 76 valores, considerando que o resultado da aplicação da Escala pode variar entre 20 e 100. A amostra apresentou um desvio-padrão na satisfação sexual de 15,23 e uma amplitude de 27 a 100. A média das respostas em cada item situou-se em 3,8 valores (em que cada item variava entre 1 e 5).

Das respostas dadas à escala NSSS, verificou-se que o item com maior pontuação foi “o meu humor depois da atividade sexual” (4.43, DP= .829), seguido dos itens “o meu à-vontade emocional durante o sexo” (4.38, DP= .904), “o funcionamento sexual do meu corpo” (4.36, DP= .890), “a capacidade de me «soltar» e me entregar ao prazer sexual durante as relações” (4.33, DP= .873) e “a forma como eu reajo sexualmente à minha parceira” (4.32, DP= .871).

Por outro lado, o item com pontuação mais baixa foi o item nº20 “a frequência da minha atividade sexual” (2.85, DP=1.252), seguido dos itens “a disponibilidade sexual da minha parceira” (3, DP= 1.407), “a capacidade da minha parceira em iniciar a atividade

A satisfação sexual do homem na transição para a parentalidade

sexual” (3.03, DP= 1.360), “a diversidade das minhas atividades sexuais” (3.20, DP=1.140) e “a criatividade sexual da minha parceira” (3.26, DP= 1.270).

Análise da existência de relação entre a satisfação sexual do homem e as suas características e as características da família

A presente amostra apresentou uma distribuição não normal e, neste contexto, foram utilizados testes não

paramétricos para determinar correlações. Através da análise da correlação de Spearman, e dos testes de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney não se verificou a existência de uma relação entre a satisfação sexual do homem e a sua idade, situação laboral, habilitações literárias, idade da sua parceira, número de filhos pequenos, e número de crianças que viviam na habitação (Tabela 1).

Tabela 1

Análise da relação entre a satisfação sexual e as características do homem e da sua família

Variáveis	n	Teste	Valor	gl	p
Idade paterna	18-29 anos	KW	22,169	2	0,276
	30-39 anos				
	Maior ou igual a 40 anos				
Idade materna	18-29	KW	22,515	2	0,139
	30-39				
	Maior ou igual a 40 anos				
Número de filhos com idade entre 1 mês e 1 ano	0	rô S	-,080	5	0,213
	1				
	Gêmeos				
	Trigêmeos				
	Mais do que um com idades diferentes				
	Outro				
Situação laboral	Desempregado	KW	0,361	3	0,548
	Trabalhador Ativo				
	Baixa Médica Prolongada				
	Reformado				
Habilitações Literárias	2º ciclo do ensino básico	rô S	-,129	7	0,199
	3º ciclo do ensino básico				
	Ensino secundário vocacionado para prosseguimento de estudos de nível superior				
	Ensino secundário obtido por dupla certificação ou ensino secundário vocacionado para prosseguimento de estudos de nível superior				
	acrescido de estágio profissional				

	Qualificação de nível pós-secundária não superior com créditos para prosseguimento de estudos de nível superior	10				
	Licenciatura	37				
	Mestrado	20				
	Doutoramento	3				
		70				
Número de crianças que vive na habitação	1	23	rô S	-,089	3	,378
	2	7				
	3	1				
	4					

DISCUSSÃO

Verificou-se que a satisfação sexual dos homens foi globalmente positiva (76 pontos numa escala de 20 a 100). Ainda assim, não se pode deixar de analisar em pormenor os dados obtidos nas respostas dadas à Nova Escala de Satisfação Sexual, nomeadamente os itens com maior e menor pontuação. Os itens que obtiveram maior pontuação, ou seja, onde os homens estavam mais satisfeitos, diziam respeito à sua perspetiva (masculina) e em relação ao seu desempenho sexual, ou seja, uma perspetiva autocentrada: “o meu humor depois da atividade sexual”; “o meu à-vontade emocional durante o sexo”; “o funcionamento sexual do meu corpo”; “a capacidade de me «soltar» e me entregar ao prazer sexual durante as relações”; e “a forma como eu reajo sexualmente à minha parceira”.

Por outro lado, os itens cuja pontuação foi mais baixa, focam a vertente da sua satisfação sexual no desempenho que envolve ou está dependente da sua parceira: “a frequência da minha atividade sexual”; “a disponibilidade sexual da minha parceira”; “a capacidade da minha parceira em iniciar a atividade sexual”; “a diversidade das minhas atividades sexuais”;

e “a criatividade sexual da minha parceira”.

Em Portugal existe evidente discrepância na divisão das tarefas domésticas e de cuidados com os filhos no casal. De acordo com o estudo realizado por Sagnier et al., (2019) envolvendo 2,7 milhões de mulheres entre os 18 e os 64 anos em Portugal, verificou-se que estas suportam mais do triplo do trabalho doméstico e dos cuidados aos seus filhos do que o companheiro. E, no caso específico da mulher com um filho pequeno, a situação agrava-se, ficando praticamente sem tempo para si própria, pois as tarefas domésticas e os cuidados com os seus filhos requerem 82% do tempo em que estão acordadas e que estão em casa. “Nesta situação, o tempo para si fica reduzido a menos de uma hora por dia (em média: 54 minutos)” (Sagnier et al., 2019, p. 24). Na verdade, os mesmos autores constataram que na última geração ocorreu uma contribuição crescente do homem para a execução das tarefas domésticas, contudo, “... faltam entre cinco a seis gerações para que se igualem as posições da mulher e do homem nos casais em que ambos trabalham fora de casa”. Assim, estas constatações encontram-se em concordância com o facto dos homens neste estudo (em transição para a parentalidade) apresentarem uma menor satisfação

sexual nos itens que dependem da disponibilidade e criatividade da sua parceira.

Ainda de acordo com esta análise constatou-se que Rosen, Williams, Vannier & Mackinnon (2020) verificaram no seu estudo que, no pós-parto, as mulheres vivenciaram um decréscimo significativo da sua satisfação com o relacionamento e da sua satisfação sexual comparativamente com o momento pré-gravidez. Neste contexto, Sagnier et al. (2019, p. 116) afirmaram que, para um aumento da felicidade na vida de casal, as mulheres esperam: “Que ele contribua na partilha das tarefas domésticas; Que ele tenha capacidade para a ouvir/escutar; Que lhe dedique o máximo de tempo possível; Que ele seja carinhoso e atencioso com ela”. Considera-se que o equilíbrio na contribuição do homem e mulher para o casal levará a uma maior harmonia, onde a sexualidade está incluída. Quanto à satisfação sexual do homem e a sua idade, não se verificou uma relação estatisticamente significativa ($p=0,276$), o que não coaduna com a afirmação de Carteiro & Marques (2010) que refere um marcado efeito da idade do homem na disfunção sexual. Contudo, não se encontrou na literatura um estudo que analisasse especificamente a existência de relação entre a idade do homem e a sua satisfação sexual, na transição para a parentalidade.

Da mesma forma, a situação laboral do homem, no presente estudo também não apresentou uma relação estatisticamente significativa ($p=0,548$) com a satisfação sexual do homem. Este resultado não está de acordo com Sanchez-Fuentes, Santos-Inglesias & Sierra (2014) que enunciam que estatutos socioeconómicos mais elevados estão associados a maiores níveis de satisfação sexual.

Relativamente às habilitações literárias do homem constatou-se também não existir uma relação estatisticamente significativa com a satisfação sexual ($p=0,199$) mas não foram encontrados estudos que relacionasse a satisfação sexual com as habilitações literárias.

Os filhos são um fator stressante para a vida conjugal e, de acordo com Sagnier et al (2019), representam um potencial agente desgastante das relações de casal. No entanto, no presente estudo, o número de crianças em casa não apresentou relação estatisticamente significativa com a satisfação sexual do homem ($p=0,378$).

Relativamente à satisfação sexual do homem e a existência de relação com o número de filhos pequenos (com idades entre 1 mês e 1 ano; $p=0,213$) e a idade da parceira/mãe ($p=0,139$), não se verificou uma relação estatisticamente significativa e não foi encontrada literatura que corroborasse ou refutasse este resultado.

CONCLUSÃO

Não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre a satisfação sexual do homem e a sua idade, a sua situação laboral, as suas habilitações literárias, a idade da parceira/mãe, o número de filhos pequenos (com idades entre 1 mês e 1 ano) e o número de crianças que vivem na casa. A satisfação sexual do homem na transição para a parentalidade foi globalmente satisfatória na amostra, apesar de ser um período desafiante para a conjugalidade. Denotou-se que os itens que os homens pontuaram como maior satisfação diziam respeito ao seu desempenho e comportamento sexual. Por sua vez, os itens com

menor pontuação (onde o homem revelou menor satisfação) diziam respeito à parceira, nomeadamente a capacidade em iniciar a atividade sexual, a disponibilidade, a criatividade e a diversidade na relação sexual. Já era conhecido que as mulheres, para além da sua ocupação profissional, habitualmente estão mais sobrecarregadas com as tarefas domésticas e nos cuidados aos filhos, comparativamente com o seu parceiro. Isto faz com que reserve e dedique menos tempo para si e para o casal, situação que se agrava quando existem filhos pequenos (Sagnier et al, 2019). Conjugado este conhecimento com os resultados do presente estudo, conclui-se que embora a satisfação sexual dos homens na amostra se tenha revelado satisfatória, estes têm mais expectativas em relação à sua parceira e sentem os efeitos da parentalidade na conjugalidade. Importa, com base nestes resultados, explorar com o casal as suas expectativas em relação à sexualidade, alertar para as alterações frequentes e reais na transição para a parentalidade e ainda informar estratégias facilitadoras como a partilha igualitária das tarefas domésticas e cuidados com os filhos, comunicação, valorização, dedicação de tempo um ao outro sabendo que para além da parentalidade deve-se promover e manter viva a conjugalidade. Tendo em consideração a validade e consistência interna apuradas no presente estudo, pode-se dizer que este é significativo no que respeita à prática clínica. Estes resultados servirão de suporte aos profissionais de saúde na promoção da saúde sexual e reprodutiva do casal na transição para a parentalidade e na prevenção de fatores que impeçam a vivência de uma sexualidade pós-parto

satisfatória, promovendo estratégias facilitadoras eficazes.

A escassez de literatura, consolidação e coerência teórica que foca a perspetiva da sexualidade do homem na transição para a parentalidade apresentou-se como a maior dificuldade na elaboração deste estudo, dado o foco ser quase sempre e unicamente na mulher. Considera-se que ao introduzir dados em relação ao homem, pode-se melhor compreender a sexualidade na transição para a parentalidade e ficar com uma visão global que permite uma intervenção mais eficaz no casal. Como limitação identifica-se o tamanho da amostra. Para próximas investigações, sugere-se a comparação da satisfação sexual do homem antes da gravidez, na gravidez e no pós-parto nos mesmos sujeitos, comparando-a com a da mulher sugerindo-se, assim, a realização de um estudo longitudinal. Ainda no âmbito da sexualidade no pós-parto, considera-se que teria sido igualmente interessante investigar se a gravidez foi desejada e/ou planeada, uma vez que o facto de a gravidez não ser desejada pode, eventualmente, causar ansiedade e perturbações emocionais afetando a sexualidade do casal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação para o Planeamento da Família (s.d.). *Sexualidade*. <http://www.apf.pt/sexualidade>
- Banaei, M., Kariman, N., OZgoli, G., Nasiri, M., Ghasemi, V., Khiabani, A., ... Mohamadkhani Shahri, L. (2021). Prevalence of postpartum dyspareunia: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 153, 14–24. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13523>
- Barata, A. C. F. (2013). *Avaliação do estado funcional em pais primíparos e pais múltiparos às 6-8 semanas pós-parto*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior

- de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. <http://repositorio.esenfc.pt/?url=vR1hDC9D>
- Berens, P. (2020). Overview of the postpartum period: normal physiology and routine maternal care. *UptoDate*, 15, 1–34. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-period-normal-physiology-and-routine-maternal-care#!>
- Carteiro, D. & Marques, A. (2010). Os homens e a gravidez. *Cadernos de Sexologia*, 3, 67-76. <http://hdl.handle.net/10400.26/6076>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (Direção-Geral da Saúde, Ed.) <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Ferreira, M. C., Campos, C. C., Sousa, J. & Santos, B. (2018). The effect of mode of delivery on female postpartum sexuality. *Acta Obstet Ginecol Port*, 12 (1), 55-9. http://www.fspog.com/fotos/editor2/10-ar_17-00028.pdf
- Gutzeit, O., Levy, G. & Lowenstein, L. (2020). Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. *Sexual Medicine*, 8 (1), 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.10.005>
- Henriques, C., Santos, M. L., Caceiro, E. & Ramalho, S. (2015). Determinantes na transição para a parentalidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Ed. Esp. 2, 63-68. <https://doi.org/10.19131/jpmhn.0010>
- Kalka, D. (2018). Sexual Satisfaction, Relationship Satisfaction, and Quality of Life in Individuals with Type 2 Diabetes: Evidence from Poland. *Sexuality and Disability*, 36, 69-86. <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9516-6>
- Magalhães, J., Couto, G., Fernandes, C., & Oliveira, I. (2018). Envolvimento do pai no período pré-natal: revisão integrativa. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(2), 53-65. <https://doi.org/10.37914/riis.v1i2.42>
- McDonald, E., Woolhouse, H. & Brown, S. J. (2017). Sexual pleasure and emotional satisfaction in the first 18 months after childbirth. *Midwifery*, 55, 60-66. <http://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.002>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Spring Publishing Company. <https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions-theory-middle-range-and-situation-specific-theories-in-nursing-research-and-practice.pdf>
- Pardell-Dominguez, L., Palmieri, P. A., Dominguez-Cancino, K. A., Camacho-Rodriguez, D. E., Edwards, J. E., Watson, J. & Leyva-Moral, J. M. (2021). The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21, 92. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03578-y>
- Pechorro, P. S., Almeida, A. I., Figueiredo, C. S., Pascoal, P. M., Vieira, R. X. & Jesus, S. N. (2015). Validação Portuguesa da Nova Escala de Satisfação Sexual. *Revista Internacional de Andrologia*, 13(2), 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2014.10.003>
- Rosen, N. O., Williams, L., Vannier, S. A. & Mackinnon, S. P. (2020). Sexual Intimacy in First-time Mothers: Associations with Sexual and Relationship Satisfaction Across Three Waves. *Arch Sex Behav*, 49 (8), 2849–2861. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01667-1>
- Sanchez-Fuentes, M. M., Santos-Inglesias, P. & Sierra, J. C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 67–75. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33729172008.pdf>
- Sagnier, L., Morell, A., Mesa, M., Yanguas, G., Morcillo, R., Baumberger, B., Torres, S. & Torres, E. (2019). *As mulheres em Portugal, hoje: quem são, o que pensam e como se sentem*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.ffms.pt/FileDownload/b6eb24e5-3bf3-411d-9f35-b51a7ebed3e8/estudo-mulher-completo>
- Martins, C. A., Abreu, W. J. & Figueiredo, M. C. (2017). Tornar-se pai ou mãe: O desenvolvimento do processo parental. *Fronteiras*, 6(4), 146-161. <http://doi.org/10.21664/2238-8869.2017v6i4.p146-161>
- Silva, M. C. F. (2017). Transição para a parentalidade no primeiro ano de vida da criança: conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/D2016_100020_23002_21520001_3%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/D2016_100020_23002_21520001_3%20(2).pdf)

(RE)EDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA PRÉ-OPERATÓRIA EM PESSOAS COM PATOLOGIA COLORRETAL: ESTUDO OBSERVACIONAL

Preoperative Functional Respiratory Re-education in people with Colorectal Pathology: observational study
(Re) educación funcional respiratoria preoperatoria en personas con patología colorrectal: estudio de observación

Nuno Correia*, Luis Mendes**, Sandra Areias***, Maria Queiroz Vaz Pereira****, Rafael Bernardes*****

RESUMO

Enquadramento: a cirurgia colorretal está associada ao risco de morbilidade e mortalidade, relacionando-se com o surgimento de complicações. Os exercícios de reeducação funcional respiratória (RFR) realizados por enfermeiros de reabilitação, tornam-se fundamentais para prevenir/minimizar complicações pós-operatórias. **Objetivos:** avaliar o impacto da RFR em pessoas com indicação para cirurgia colorretal, nos valores da capacidade vital (CV) e saturação periférica de O₂ (SpO₂) e descrever as capacidades adquiridas após a aplicação de um programa de RFR pré-operatório. **Metodologia:** estudo observacional descritivo, com amostra de conveniência de pessoas com patologia colorretal submetidas a um programa de RFR pré-operatória num Centro Hospitalar e Universitário da região centro de Portugal. **Resultados:** a amostra foi de 78 pessoas. Avaliados parâmetros respiratórios como a CV e SpO₂, assim como a avaliação das capacidades adquiridas. A média de sessões de RFR por utente foi de 3,97, obtendo-se uma variação positiva da SpO₂ em 46 e variação positiva da CV em 41. À exceção de 3 pessoas, a maioria adquiriu capacidades preconizadas a diferentes níveis. **Conclusão:** são visíveis ganhos obtidos na preparação pré-operatória das pessoas na função respiratória e nas capacidades para lidarem com a dor. Estes resultados são importantes para a prevenção de complicações respiratórias no período pós-operatório. **Palavras-chave:** cuidados de enfermagem; cirurgia colorretal; reabilitação pré-operatória; exercícios respiratórios

*MSc, Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechcare), Polytechnic of Leiria - <https://orcid.org/0000-0002-3713-0111> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

**RN, Especialista em enfermagem de Reabilitação, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) - <https://orcid.org/0000-0003-2314-3226> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

*** RN, Especialista em enfermagem de Reabilitação, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) - <https://orcid.org/0000-0002-7318-2410> - Author contribution: Data collection

**** MSc, Instituto Politécnico de Leiria – Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei) - <https://orcid.org/0000-0002-5715-8883> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

***** MSc, The Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA:E), Nursing School of Coimbra (ESEnfC) - <https://orcid.org/0000-0003-2110-7483> - Author contribution: Study conception and design, Critical revision of the article

Autor de correspondência:

Nuno Correia
E-mail: nuno.correia@ipleiria.pt

Como referenciar:

Correia, N., Mendes, L., Areias, S., Queiroz, M. & Bernardes, R. (2022). (Re)educação funcional respiratória pré-operatória em pessoas com patologia colorretal: estudo observacional. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 69-79. <https://doi:10.37914/riis.v5i1.203>

Recebido para publicação: 22/08/2021
Aceite para publicação: 14/05/2022

ABSTRAT

Background: colorectal surgery remains associated with the risk of morbidity and mortality, relating to the emergence of complications. Functional Respiratory Reeducation (RFR) exercises performed by rehabilitation nurses, become essential to prevent/minimize postoperative complications. **Objectives:** to evaluate the impact of RFR in people with indication for colorectal surgery, in the values of vital capacity (VC) and peripheral O₂ saturation (SpO₂) and describe the skills acquired after the application of a preoperative RFR program. **Methodology:** descriptive observational study, with a convenience sample of people with colorectal pathology who underwent a preoperative RFR program in a Hospital and University Center in the central region of Portugal. **Results:** the sample consisted of 78 people. Respiratory parameters such as CV and SpO₂ were evaluated, as well as the assessment of acquired skills. The average number of RFR sessions per user was 3.97, getting a positive variation of SpO₂ in 46 and a positive variation of VC in 41. With the exception of 3 people, most acquired abilities recommended at different levels. **Conclusion:** the gains obtained in the preoperative preparation of people in respiratory function and capacities to deal with pain are visible. These results are important for the prevention of respiratory complications in the postoperative period.

Keywords: nursing care; colorectal surgery; preoperative rehabilitation; breathing exercises

RESUMEN

Marco Contextual: la cirugía colorrectal permanece asociada al riesgo de morbimortalidad, relacionado con la aparición de complicaciones. Los ejercicios de reeducación respiratoria funcional (RFR) realizado por enfermeros de rehabilitación, se vuelven esenciales para prevenir / minimizar las complicaciones postoperatorias. **Objetivos:** evaluar el impacto de la RFR en personas con indicación de cirugía colorrectal, en los valores de capacidad vital (CV) y saturación periférica de O₂ (SpO₂) y describir las habilidades adquiridas tras la aplicación de un programa de RFR preoperatorio. **Metodología:** estudio observacional descriptivo, de una muestra de conveniencia de personas con patología colorrectal sometidas a un programa de RFR preoperatorio en un Hospital y Centro Universitario de la región central de Portugal. **Resultados:** la muestra estuvo conformada por 78 personas. Se evaluarán parámetros respiratorios como CV y SpO₂, así como la evaluación de las habilidades adquiridas. El número medio de sesiones de RFR por usuario fue de 3,97, consiguiendo una variación positiva de SpO₂ en 46 y una variación positiva de VC en 41. Con excepción de 3 personas, la mayoría adquirió habilidades recomendadas en diferentes niveles. **Conclusión:** son visibles las ganancias obtenidas en la preparación preoperatoria de las personas en función respiratoria y capacidades para afrontar el dolor. Estos resultados son importantes para la prevención de complicaciones respiratorias postoperatorias.

Palabras clave: atención de enfermería; cirugía colorrectal; rehabilitación preoperatoria; ejercicios respiratorios

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2019), só no ano de 2017, a mortalidade causada por neoplasias malignas do cólon, reto e ânus foi de aproximadamente 3852 óbitos.

Apesar dos avanços significativos nos cuidados e procedimentos técnico-científicos, cirúrgicos e anestésicos, a morbidade e mortalidade permanece alta, devido às complicações (Pak et al., 2020). De uma forma geral, as principais causas de mortalidade pós-cirúrgicas incluem choque séptico, insuficiência respiratória e embolia pulmonar (Krutsri et al., 2021; Chan et al., 2019).

Para mitigar as complicações no pós-operatório, a preparação pré-operatória de enfermagem reveste-se de grande importância e é valorizada pelas pessoas. As informações transmitidas e as competências adquiridas possibilitam uma maior co-responsabilidade na recuperação e maior colaboração nos cuidados pós-operatórios, o que facilita o processo cirúrgico e a obtenção de resultados (Mendes et al., 2020).

Um dos fatores mais relevantes para o sucesso cirúrgico e a diminuição das complicações é a função respiratória (Carrão et al., 2020), que deve ser incrementada e/ou melhorada antes da intervenção. Para este efeito, considera-se que a prevenção de complicações respiratórias pode ser realizada com eficácia com programas de reabilitação adequados (Jurt et al., 2018), que são muitas vezes incluídos no *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS).

Neste sentido, desenhou-se um programa de reeducação funcional respiratória (RFR) pré-operatório integrado no programa ERAS que se encontrava implementado na instituição para cirurgia colorretal.

O objetivo primário deste estudo é “Avaliar a eficácia de um programa de RFR pré-operatório em doentes com neoplasia colorretal”, mediante a resposta às seguintes questões de investigação: “Qual a influência do RFR desenvolvido nos valores de CV antes e após a intervenção?”, “Qual a influência do RFR desenvolvido nos valores de SpO₂”, “Qual a influência do RFR desenvolvido na aquisição de capacidades por parte da pessoa?”.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A nível europeu, à morte por tumores malignos do cólon, reto e ânus atribui-se a segunda causa de morte. Em Portugal, desde a década de 80, que o cancro colorretal se constitui como um dos primeiros responsáveis pelo número de mortes, maioritariamente por fatores relacionados com a adoção de estilos de vida identificados com a dieta, obesidade, sedentarismo, tabagismo, questões ambientais e aumento da esperança média de vida (Teixeira et al., 2017).

Os protocolos ERAS ou programas “*fast-track*”, consistem num conjunto de medidas perioperatórias, com o objetivo de acelerar a recuperação pós-operatória da pessoa, diminuir o tempo de internamento e as complicações pós-operatórias (Soares & Soares, 2018; Steenhagen, 2015; Melnyk et al., 2011). O principal objetivo do conceito “*fast-track*”, em cirurgia, também denominado ERAS ou cirurgia multimodal, é facilitar melhores condições cirúrgicas e obter uma recuperação mais rápida e alta hospitalar precoce, envolvendo estratégias de abordagem multidisciplinar para alterar as respostas fisiológicas e psicológicas como preparação para as grandes cirurgias (Ripollés-Melchor et al., 2018).

(Re)educação funcional respiratória pré-operatória em pessoas com patologia colorretal: estudo observacional

A literatura sugere que aumentar a conformidade global com os elementos individuais de um protocolo ERAS melhora os desfechos clínicos (Ripollés-Melchor et al., 2018), em particular os relacionados com o sistema cardiorrespiratório. A literatura evidencia, ainda, a redução do tempo de internamento hospitalar, (Keane et al., 2012; Carrão et al., 2020), sem influência nas taxas de complicações ou readmissões, apesar da variação individual de cada pessoa (Keane et al., 2012).

As alterações da função respiratória inerentes a cirurgia abdominal têm sido alvo de vários estudos e revisões da literatura, sendo consensual que o êxito da RFR em contexto cirúrgico, depende maioritariamente de um treino pré-operatório (Soares & Soares, 2018; Rodrigues, 2015).

De acordo com Rodrigues et al. (2017), após cirurgia abdominal é normal que exista uma diminuição da função ventilatória e aumento da pressão intra-abdominal. Neste sentido, os exercícios de RFR são fundamentais para prevenir e/ou minimizar as complicações pós-operatórias.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018, p.236) as complicações respiratórias que surgem no pós-operatório são: *“pneumonia, broncospasmo, falência respiratória, atelectasias, hipoventilação, hipoxia e infeções”*. Deste modo, a RFR tem como principal objetivo a prevenção e/ou correção deste tipo de complicações no pós-operatório (Rodrigues, 2015).

A RFR é uma das áreas de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Segundo a OE (2018, p.19): *“Os problemas respiratórios poderão ter repercussões significativas na autonomia da pessoa e na sua qualidade de vida. Sinónimos dessa importância são os dados*

epidemiológicos dessa condição, que traduzem a volumosa necessidade de intervenção e envolvimento por parte do EEER.”

Os programas de RFR devem ser iniciados o mais precocemente possível, no período pré-operatório e sustentados ao longo do período pós-operatório (Ferreira, 2019). Seguindo as diretrizes sequenciais do programa ERAS, inicialmente é reconhecido que as pessoas devem receber informação, educação e aconselhamento no pré-operatório, sendo esse aconselhamento cuidadoso e preferencialmente de forma rotineira no pré-operatório, sendo nesta fase a primeira intervenção do EEER.

Assim desenvolvemos um programa de RFR a implementar na fase de preparação pré-operatória de pessoas com cirurgia colorretal programada. A escolha das técnicas utilizadas foram consideradas as que melhor dão resposta na prevenção das complicações do foro respiratório mais comuns no pós-operatório, nomeadamente no doente submetido a cirurgia abdominal. A nossa escolha foi orientada pela nossa prática e também pela OE (2018), pelo estudo de Soares & Soares, (2018) e pelo estudo de Ferreira, (2019).

O Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória (GOBPRR) da OE (p. 239), menciona que a implementação de programas de RFR que incluam exercícios de força e resistência *“com inclusão do treino dos músculos inspiratórios e de exercícios respiratórios, na fase pré-operatória, demonstrou melhoria da capacidade pulmonar e no teste de marcha de 6 minutos, bem como menor incidência de morbilidade respiratória no pós-operatório”*.

(Re)educação funcional respiratória pré-operatória em pessoas com patologia colorretal: estudo observacional

Já Ferreira, (2019) descreve na sua tese de mestrado as intervenções como consideradas as adequadas por vários autores assim como apresenta também alguns estudos científicos realizados que reforçam a importância de algumas das técnicas por nós escolhidas. Também Soares & Soares, (2018) demonstram que o impacto de um programa de RFR no pré-operatório, que inclui as técnicas por nós utilizadas, é importante na redução do nível da dor e a melhoria da SpO₂ no pós operatório.

O estudo efetuado refere-se a pessoas que foram submetidas no mínimo a três sessões de RFR com duração entre 45 minutos a 60 minutos, com previsão de realização de cirurgia colorretal no espaço aproximado de uma semana.

METODOLOGIA

Desenho de Estudo

Estudo de natureza quantitativa, com desenho observacional descritivo longitudinal.

Optou-se por este desenho metodológico dada a impossibilidade, pela logística hospitalar, de randomizar e gerar um controlo para a investigação.

Local de Estudo, Recrutamento, Intervenção e Proceçimentos

O estudo decorreu num serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR) de um Hospital Público na região centro de Portugal.

O recrutamento dos participantes foi realizado da população de doentes inseridos em programa ERAS e que frequentavam o serviço de MFR, onde trabalhavam alguns membros da equipa de investigação. Tendo em conta que os enfermeiros da equipa de investigação acompanhavam um número limitado de pessoas no programa ERAS, foi

considerado este grupo para o estudo. Neste sentido, cada pessoa foi abordada por dois investigadores responsáveis pelo recrutamento, os quais explicaram o intuito do projeto, e quais as finalidades. Após a breve explicação inicial, foi fornecido o consentimento informado à pessoa, a qual ficou com uma cópia do mesmo.

O período de recrutamento decorreu de janeiro a março de 2020, tendo o estudo iniciado em maio de 2020 e finalizado em outubro de 2020, com uma duração total de 6 meses.

Para o recrutamento, consideraram-se os seguintes critérios de inclusão – diagnóstico de patologia colorretal; indicação para cirurgia, mas que, no momento do recrutamento, estivesse em fase pré-operatória e os seguintes critérios de exclusão – apresentação de pelo menos uma contraindicação absoluta (e.g., angina instável, arritmias cardíacas não controladas, estenose aórtica severa sintomática, insuficiência cardíaca não controlada, tromboembolismo pulmonar recente, miocardite ou pericardite em fase aguda, infeções agudas); apresentação de pelo menos uma contraindicação relativa (e.g., estenose da artéria coronária esquerda principal, estenose valvular moderada, patologias neuromusculares, músculoesqueléticas e reumatológicas cujos sintomas agravem com exercício, doença metabólica não controlada, doenças infecciosas). De referir que em conjunto com estes critérios, era tida em conta a capacidade da pessoa para realização das atividades do programa.

O programa de RFR desenvolvido (Tabela 1) teve como base o GOBPRR da Ordem dos Enfermeiros (2018) e os estudos de Soares & Soares, (2018) e de Ferreira, (2019). Este programa constitui um conjunto de

(Re)educação funcional respiratória pré-operatória em pessoas com patologia colorretal: estudo observacional

intervenções com foco na ventilação, mobilidade e dor, dando ênfase à promoção da tosse eficaz e da crescente autonomia da pessoa, também em termos de capacidades para realizar técnicas de respiração adequadas.

Após consulta médica pelo médico fisiatra, as pessoas eram orientadas para realização de RFR, sendo então estabelecido um contato inicial em que eram explicados todos os procedimentos inerentes ao programa de RFR e solicitado consentimento.

Todos os intervenientes foram sujeitos a avaliação contínua por membros da equipa de investigação na

aplicação do programa de RFR (início, durante e após), tendo em conta os objetivos estabelecidos e a monitorização de resultados quer ao nível da aquisição de capacidades quer ao nível da influência de outros aspetos como os sinais vitais, SpO₂ e CV. A duração média de implementação do programa foi de 45 minutos a 60 minutos e todas as pessoas avaliadas no estudo foram submetidas a no mínimo 3 sessões de RFR. As sessões foram realizadas individualmente inerentes a atendimento no âmbito de Hospital de Dia.

Tabela 1

Programa tipo Reeducação Funcional Respiratória para preparação pré-operatória de pessoas submetidos a cirurgia colon-retal (adaptado de Soares & Soares, 2019 e Ferreira, 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Técnicas	Objetivos
Instruir e treinar posição de relaxamento	<ul style="list-style-type: none">- Minimizar a tensão psíquica e muscular;- Promover o relaxamento dos músculos acessórios da respiração, cintura escapular, região cervical e membros superiores;- Facilitar a participação da pessoa no controlo da respiração, reduzindo a sobrecarga muscular.
Instruir e treinar dissociação dos tempos respiratórios e controle da respiração	<ul style="list-style-type: none">- Dissociar os dois tempos respiratórios;- Adotar um ritmo e frequência respiratória adequados;- Obter uma ventilação alveolar mais eficaz;- Diminuir os gastos de energia.
Instruir e treinar técnica de respiração abdominodiafragmática	<ul style="list-style-type: none">- Consciencialização do exercício respiratório;- Reduzir a o trabalho respiratório;- Melhorar a eficiência da ventilação;- Favorecer a expansão dos lobos pulmonares da base;- Favorecer um padrão respiratório fisiológico.
Instruir e treinar técnica de tosse dirigida com contenção da ferida operatória	<ul style="list-style-type: none">- Manter a permeabilidade das vias aéreas;- Executar uma tosse eficaz;- Minimizar a dor e prevenir deiscência da sutura operatória.
Instruir e treinar técnica de tosse autoassistida com contenção da ferida operatória	<ul style="list-style-type: none">- Manter a permeabilidade das vias aéreas;- Executar uma tosse eficaz;- Minimizar a dor e prevenir deiscência da sutura operatória.
Instruir e treinar técnica do ciclo Ativo da Respiração	<p>Nota: Pessoas com maior risco de comprometimento de limpeza das vias aéreas.</p> <ul style="list-style-type: none">- Mobilizar secreções mais periféricas;- Aumentar o volume de expetoração;- Otimizar a limpeza das vias aéreas
Ensino sobre correção postural	<ul style="list-style-type: none">- Melhorar a circulação;- Prevenir estase venosa;- Melhorar a eficiência das trocas gasosas.
Ensino, instrução e treino sobre mudança postural (posicionar-se, erguer-se e deitar-se com contenção da ferida cirúrgica)	<ul style="list-style-type: none">- Melhorar a circulação;- Prevenir estase venosa;- Melhorar a eficiência das trocas gasosas;

(Re)educação funcional respiratória pré-operatória em pessoas com patologia colorretal: estudo observacional

	- Minimizar a dor e risco de deiscência da ferida cirúrgica.
Ensino, instrução e treino de exercícios de fortalecimento muscular: intercostais externos, diafragma e abdominal	- Tonificar musculatura respiratória (abdominal no pré-operatório, intercostais, diafragma)
Avaliação dos Resultados (última sessão)	- Avaliar eficácia do programa implementado

As principais variáveis estudadas, a sua caracterização e forma de avaliação encontram-se detalhadas na Tabela 2.

Tabela 2

Variáveis em avaliação (adaptado da Ordem dos Enfermeiros, 2018; Lufti, 2017; Moore, 2012)

Denominação	Definição	Avaliação
Capacidade Vital	Quantidade máxima (em mL) de ar que pode ser expulso numa expiração forçada.	Espirometria
SpO ₂	Saturação (em percentagem) de oxigénio no sangue.	Oxímetro de Pulso
Dissociação dos Tempos Respiratórios	Exercício que visa a tomada de consciência da respiração e controlo da mesma em termos de frequência, amplitude e ritmo, possibilitando a melhoria da coordenação e eficácia dos músculos respiratórios.	Grelha de Observação (não adquiriu; manteve; adquiriu).
Respiração Abdominodiafragmática	Centra-se na ativação do diafragma durante a inspiração, minimizando a intervenção dos músculos acessórios.	
Utilizar Inspirómetro de Incentivo	Realização de inspirações lentas e profundas através de um inspirometro, com o objetivo de aumentar volumes inspiratórios e melhorar desempenho dos músculos inspiratórios.	
Técnica de Tosse Assistida e Dirigida	Manobra intencional para simular tosse eficaz e espontânea. Consiste na aplicação de pressão a nível da região epigástrica em simultânea com uma expiração forçada.	
Técnica de Levante e Transferência	Técnica de acomodação da ferida cirúrgica durante o levante e transferência, para diminuir a dor e desconforto.	

Análise Estatística dos Dados

A análise dos dados será feita através do SPSS v25 e com Excel (Microsoft 2013), calculando-se estatísticas descritivas e inferenciais. Os resultados serão apresentados de forma tabular.

Foram cumpridos os procedimentos éticos e todos os participantes no estudo deram o seu consentimento livre e esclarecido, tendo sido informados que poderiam desistir em qualquer fase da investigação. Foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos.

O anonimato foi garantido pela omissão de dados pessoais, e utilizando-se códigos de ID em cada recolha de dados. Em caso de desistência, opção que estava disponível para qualquer participante, todos os dados seriam eliminados da base de dados da investigação (guardada num computador apenas acessível aos investigadores, e com necessidade de uma *password*). O presente estudo teve a aprovação da Comissão de Ética da instituição hospitalar onde foi realizado (nº294/CES).

RESULTADOS

Participaram no estudo um total de 78 pessoas, a maioria do sexo masculino ($n=46$; 58,97%), com média de idade de 67,38 anos ($DP=13,09$). Em média, cada pessoa participou em 3,97 sessões do programa de RFR.

Após a aplicação do programa de RFR, verificam-se variações positivas (diferença entre os valores no final

do programa e no início do mesmo) nos valores do SpO_2 em 46 (58,97%) dos participantes e nos valores da CV em 49 (62,82%) participantes (Tabela 3). Os participantes nos quais não se registou uma alteração significativa de valores, correspondem aos que tinham valores normais, os quais mantiveram no final do programa.

Tabela 3

Variação nos valores de SpO_2 e CV após aplicação do programa de RFR

	Positiva	Negativa	Sem Alteração	Missings*	Total
SpO₂	46 (58,97%)	2 (2,56%)	28 (35,90%)	2 (2,57%)	78 (100%)
CV	49 (62,82%)	1 (1,28%)	23 (29,49%)	5 (6,41%)	78 (100%)

SpO_2 : Saturação periférica de oxigénio; CV: Capacidade vital; *Erro na colheita de dados, ausência de registo na observação ou impossibilidade por parte da pessoa para efetuar a avaliação naquele momentos

No que respeita ao potencial para melhorar conhecimentos e potencial para aprendizagem de capacidades sobre as diferentes técnicas respiratórias que foram implementadas, verificaram-se ganhos a diferentes níveis (Tabela 4).

Relativamente à capacidade para dissociação dos tempos respiratórios, verifica-se que, uma vez que grande parte das pessoas já tinha essa capacidade adquirida, executava-a sem dificuldade ($n=35$; 44,87%). No entanto, 40 pessoas conseguiram adquirir essa capacidade, consciencializando-se, além disso, para a sua importância no período pós-operatório. Dos 78 participantes, apenas 3 pessoas não adquiriram a capacidade. No que respeita à capacidade para

executar respiração abdominodiafragmática, verificou-se a aquisição em 60 participantes (76,92%). Relativamente à capacidade para utilizar o inspirómetro de fluxo, verificou-se que 52 participantes (66,66%) conseguiram adquiri-la e 23 (29,49%) mantiveram-na ao longo do programa, uma vez que já a tinham adquirido anteriormente.

Já em relação às técnicas da tosse autoassistida e tosse dirigida com contenção da ferida cirúrgica, foram adquiridas por 62 (79,48%) participantes e 55 (70,51%) participantes, respetivamente.

Relativamente às técnicas de mobilização no pós-operatório, nomeadamente de posicionamento, transferência e levante, 63 (80,77%) adquiriram-na e 12 (15,38%) manteve.

Tabela 4

Ganhos a nível das capacidades para realizar as técnicas implementadas

Capacidades	Não Adquiriu	Manteve	Adquiriu
Dissociação de Tempos	3 (3,85%)	35 (44,87%)	40 (51,28%)
Respiração Abdominodiafragmática	3 (3,85%)	15 (19,26%)	60 (76,92%)
Utilizar Inspirómetro de Incentivo	3 (3,85%)	23 (29,49%)	52 (66,66%)
Técnica de Tosse Autoassistida	3 (3,85%)	13 (16,67%)	62 (79,48%)
Técnica de Tosse Dirigida	3 (3,85%)	20 (25,64%)	55 (70,51%)
Técnica de Levante e Transferência	3 (3,85%)	12 (15,38%)	63 (80,77%)
	78 (100%)	78 (100%)	78 (100%)

DISCUSSÃO

O presente estudo acompanhou 78 pessoas incluídas numa intervenção de RFR, inserida no programa ERAS, e executada por EEER. Em média, cada pessoa participou em pelo menos 3,97 sessões, verificando-se uma variação positiva da SpO₂ em 46 pessoas, bem como uma variação positiva da CV em 41 participantes, sendo ainda identificados ganhos na aquisição de diferentes capacidades em estudo.

Os resultados deste estudo são semelhantes aos adquiridos por Vagvolgyi et al. (2017), no qual se verifica uma melhora significativa na função pulmonar, com um aumento significativo na CV dos participantes. De facto, na recuperação da função respiratória, a realização de exercícios de tonificação e fortalecimento muscular são determinantes, permitindo, inclusivamente, melhorar a força inspiratória e resistência global (OE, 2018). Neste sentido, verificou-se que o fortalecimento muscular e o ensino e instrução de técnicas, permitiu, por exemplo, melhorar o uso da técnica de espirometria.

Como refere Mendes et al. (2018), o ensino é uma das intervenções de Enfermagem inseridas no Programa ERAS mais relevantes, estando diretamente associada a uma melhor recuperação da pessoa. De facto, no programa de RFR implementado neste estudo, o papel do ensino foi muito significativo, contribuindo para que os participantes aprendessem técnicas importantes para o pós-operatório.

Uma das capacidades adquiridas pela maioria das pessoas foi a técnica da tosse assistida e tosse dirigida com contensão da ferida cirúrgica. De facto, alguns dos riscos associados à ferida cirúrgica, para além da infeção, são a dor (que pode condicionar a função respiratória) e a deiscência. Tratam-se das complicações mais comuns, conduzindo ao aumento do tempo de internamento hospitalar, dos custos e da mortalidade (Tevis & Kennedy, 2016). Neste sentido, considera-se uma capacidade importante a adquirir durante um programa de RFR.

No que se refere à mobilidade, para o pós-operatório, a maioria das pessoas também adquiriu esta

capacidade, com vantagens para a recuperação ao nível do posicionamento, transferência e levante. De modo indireto, estas competências possibilitam lidar melhor com a dor no pós-operatório através da prática de mobilizações adequadas e têm relação direta com a recuperação pós-operatória, diminuição da dor e do tempo de internamento, aspeto que vai de encontro aos resultados obtidos por Soares & Soares (2018).

A não aquisição de capacidades no âmbito do programa de RFR implementado, remete para a importância do ensino individualizado e para o programa adaptado em número de sessões em função das necessidades individuais. A componente educacional personalizada é essencial para a recuperação das pessoas no pós-operatório. Perspetiva corroborada pela OE (2018), que defende a incidência no ensino e treino de cuidados funcionais respiratórios no pré e pós-operatório.

Para investigação futura, sugere-se a realização de estudos com amostras maiores, especificamente com Estudos Clínicos Randomizados Controlados (RCTs), bem como a consideração, análise e correlação entre mais variáveis relacionadas com o programa de reabilitação respiratória implementado.

CONCLUSÃO

O programa de RFR desenvolvido mostrou-se eficaz na amostra estudada, ao influenciar, de forma positiva, a variação da CV e dos valores de SpO₂, além de permitir a aquisição de capacidades por parte da pessoa.

É reconhecido que as pessoas que vão ser submetidas a cirurgia abdominal devem receber informação, educação e aconselhamento especializado ainda no pré-operatório.

Um programa de reabilitação concebido pelo EEER deve ser adaptado de forma individual com o objetivo de otimizar a sua capacidade física e autonomia, melhorando a eficiência ventilatória e cardiopulmonar da pessoa no período perioperatorio.

Neste estudo são visíveis os ganhos obtidos na preparação pré-operatória das pessoas quer a nível da função respiratória quer a nível das suas capacidades para lidarem com a dor.

As capacidades adquiridas são deveras importantes para a adesão e implementação de um programa de reeducação respiratória no pós-operatório, sendo consensual que o êxito da reeducação funcional respiratória em contexto cirúrgico, depende em grande parte deste treino pré-operatório.

Consideramos importante reconhecer a importância destas intervenções na preparação pré-operatória, sensibilizando quer os enfermeiros generalistas do ponto de vista do trabalho em equipa, principalmente no incentivo da pessoa a participar no programa de RFR, quer dos EEER do ponto de vista da implementação e monitorização dos programas de RFR. Consideramos ainda importante a noção da individualidade da pessoa e família de forma a potenciar o seu envolvimento no processo de educação para a saúde realizado, assim como nas intervenções, perspetivando o aumento da autonomia no momento da alta, potenciando uma recuperação mais precoce no pós-operatório e já em situação de domicílio sem acompanhamento do EEER.

Como principais limitações, considera-se a amostra reduzida, o que não permite uma generalização de resultados. Por outro lado, o facto do estudo apenas se ter focado na CV, SpO₂ e capacidades – reduziu a

quantidade de resultados que poderiam ter sido obtidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carrão, A., Ribeiro, D., Manso, M., Oliveira, J., Férias, L., Ghira, M. & Maio, R. (2020). ERAS® Program in a Portuguese Hospital: Results from Elective Colorectal Surgery after One Year of Implementation. *Acta Médica Portuguesa*, 33(9), 568-575. <https://doi.org/10.20344/amp.11158>

Chan, T. Y., Foo, C. C., Law, W. L., & Lo, O. (2019). Outcomes of colorectal cancer surgery in the nonagenarians: 20-year result from a tertiary center. *BMC Surgery*, 19: 155. <https://doi.org/10.1186/s12893-019-0623-4>

Ferreira, A. M. S. (2019). *Reeducação Funcional Pré-operatória na pessoa submetida a cirurgia abdominal* [Master's thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo] Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2280/1/Alcinda_Ferreira.pdf

INE (2019). *Causas de morte 2017*. Instituto Nacional de Estatística, I.P., Lisboa. [https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_p](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=359917289&att_display=n&att_download=y)

Keane, C., Savage, S., McFarlane, K., Seigne, R., Robertson, G., & Eglinton, T. (2012). Enhanced recovery after surgery versus conventional care in colonic and rectal surgery. *ANZ Journal of Surgery*, 82(10), 697-703. <https://doi.org/10.1111/j.1445-2197.2012.06139.x>

Krutsri, C., Sumpritpradit, P., Singhatas, P., Thampongsa, T., Phuwapraisirisan, S., Gesprasert, G., Jirasiritham, J., & Choikrua, P. (2021). Morbidity, mortality, and risk factors of emergency colorectal surgery among older patients in the Acute Care Surgery service: A retrospective study. *Annals of Medicine and Surgery*, 62, 485-489. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.11.001>

Jurt, J., Hübner, M., Pache, B., Hahnloser, D., Demartines, N., & Grass, F. (2018). Respiratory Complications After Colorectal Surgery: Avoidable or Fate? *World Journal of Surgery*, 42, 2708-2714. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4699-2>

Lutfi, M. F. (2017). The physiological basis and clinical significance of lung volume measurements. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 12(3). <https://doi.org/10.1186/s40248-017-0084-5> Melnyk, M., Casey, R. G., Black, P., & Koupparis, A. J. (2011). Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols: Time to change practice? *Canadian Urological Association Journal*, 5(5), 342-348. <https://doi.org/10.5489/cuaj.11002>

Mendes, D., Ferrito, C., & Gonçalves, M.I. (2020). A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: percepção do cliente. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 47-53. [https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/a](https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/7683)

Moore, V. C. (2012). Spirometry: step by step. *Breathe*, 8, 232-240. <https://doi.org/10.1183/20734735.00217111> Ordem dos Enfermeiros (2018). *Guia orientador de boa prática: reabilitação respiratória*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gob_p_reabilita%C3%A7%C3%A3o%20respirat%C3%B3ria_mce_er_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf

Pak, H., Maghsoudi, L. H., Soltanian, A., & Gholami, F. (2020). Surgical complications in colorectal cancer patients. *Annals of Medicine and Surgery*, 55, 13-18. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.04.024>

Ripollés-Melchor, J., Fuenmayor-Varela, M. L., Camargo, S. C., Fernández, P. J., Barrio, A. C., Martínez-Hurtado, E., Casans-Francés, R., Abad-Gurumeta, A., Ramírez-Rodríguez, J. M., & Calvo-Vecino, J. M. (2018). Aceleração da recuperação após protocolo cirúrgico versus cuidados perioperatórios convencionais em cirurgia colorretal. Um estudo de coorte em centro único. *Revista Brasileira de Anestesiologia* 64 (4), 358-368 <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.01.003>

Rodrigues, M. A., Ferreira, L. M., de Carvalho Calvi, E. N., & Nahas, F. X. (2017). Preoperative Respiratory Physiotherapy in Abdominoplasty Patients. *Aesthetic Surgery Journal*, 38(3), 291-299. <https://doi:10.1093/asj/sjx121>

Rodrigues, S. F. G. B. (2015). *Efeitos de um programa pré-operatório de reeducação funcional respiratória, no doente submetido a cirurgia abdominal programada*. [Master's thesis,]. Instituto Politécnico de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/11999>

Soares, E., & Soares, S. (2018). Reeducação Funcional Respiratória no cliente submetido a gastrectomia: programa de intervenção pré e pós-operatório. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 1(2), 33–41. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4424>

Steenhagen E. (2015). Enhanced Recovery After Surgery: It's Time to Change Practice! *Nutrition in Clinical Practice*, 31(1), 18–29. <https://doi.org/10.1177/0884533615622640>

Stratton, S. J. (2019). Quasi-Experimental Design (Pre-Test and Post-Test Studies) in Prehospital and Disaster Research. *Prehospital and Disaster Medicine*, 34(6), 573-574. <https://doi.org/10.1017/S1049023X19005053>

Teixeira, C., Martins, C., Trabulo, D., Ribeiro, S., Cardoso, C., Mangualde, J., Freire, R., Gamito, E., Alves, A. L., Cremers, I., & Oliveira, A. P. (2017). Colorectal Cancer Screening: What Is the Population's Opinion. *Portuguese Journal of Gastroenterology*, 25(2),62–67 <https://doi:10.1159/000480705>

Tevis, S., & Kennedy, G. (2016). Postoperative Complications: Looking Forward to a Safer Future. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 29(3),246-52. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1584501>

Vagvolgyi, A., Rozgonyi, Z., Kerti, M., Vadasz, P. & Varga, J. (2017). Effectiveness of perioperative pulmonar rehabilitation in thoracic surgery. *Journal of Thoracic Disease*, 9(6),1584-1591 <https://doi.org/10.21037/jtd.2017.05.49>

REPRESENTAÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM – A FAMÍLIA COMO CLIENTE

Knowledge representation in nursing – the family as a client

Representación del conocimiento en enfermería - la familia como cliente

Fernanda Bastos*, Inês Cruz**, Joana Campos***, Alice Brito****, Paulo Parente*****, Ernesto Morais*****

RESUMO

Enquadramento: a família é o contexto privilegiado de cuidados de suporte à vida e saúde dos indivíduos. A abordagem sistémica da família tem, conceptualmente vindo a ganhar projeção. A Ontologia de Enfermagem, propõe uma estrutura onde os conceitos da disciplina e as suas relações são especificados, descrevendo uma representação formal do conhecimento de enfermagem. **Objetivos:** representar o conhecimento em enfermagem sobre a família como cliente dos cuidados, em três classes de itens de informação: dados, diagnósticos e intervenções. **Metodologia:** estudo qualitativo inferencial; realizada análise documental à parametrização do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE®, revisão da literatura e focus group. **Resultados:** na parametrização nacional constatou-se pouca visibilidade da família como unidade de cuidados bem como a ausência de representação dos modelos conceituais que suportam o conhecimento disciplinar. Na Ontologia de Enfermagem, o processo familiar engloba: organização do funcionamento da casa e edifício residencial; preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado; preparação da família para a chegada do recém-nascido; e, planeamento familiar. Para cada domínio foram especificadas três classes de informações de enfermagem. **Conclusão:** Este estudo apresenta-se como um contributo para a formalização do conhecimento de enfermagem no domínio do Processo Familiar.

Palavras-chave: enfermagem de família; sistemas de informação; bases de conhecimento; família

*PhD in Nursing, Escola Superior de Enfermagem do Porto, CIDEI, UNIESEP - <https://orcid.org/0000-0003-3097-7114> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

**PhD Student, Escola Superior de Enfermagem do Porto, CIDEI, UNIESEP - <https://orcid.org/0000-0003-3221-0806> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

*** PhD in Nursing, Escola Superior de Enfermagem do Porto, CIDEI, UNIESEP - <https://orcid.org/0000-0001-8894-3633> - Author contribution: Data collection, Data analysis and interpretation, Critical revision of the article

**** PhD in Nursing, Escola Superior de Enfermagem do Porto, CIDEI, UNIESEP - <https://orcid.org/0000-0003-4414-4383> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Critical revision of the article

***** PhD in Nursing, Escola Superior de Enfermagem do Porto, CIDEI, UNIESEP - <https://orcid.org/0000-0001-5396-9550> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Critical revision of the article

*****MSc, Escola Superior de Enfermagem do Porto, CIDEI, UNIESEP - <https://orcid.org/0000-0002-7232-9927> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Critical revision of the article

Autor de correspondência:

Fernanda Bastos
E-mail: fernandabastos@esenf.pt

Como referenciar:

Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A. Parente, P., & Morais, E. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 81-95. doi:10.37914/riis.v5i1.213

Recebido para publicação: 30/12/2021
Aceite para publicação: 21/06/2022

ABSTRACT

Background: the family is the privileged context of support for the life and health of individuals. The systemic approach to the family has gained relevance. The Nursing Ontology proposes a structure where concepts of the discipline and their relationships are specified, describing a formal representation of nursing knowledge. **Objectives:** representing nursing knowledge about the family as a care client, in three classes of information items: data, diagnoses and interventions. **Methodology:** inferential qualitative study, content analysis was performed to customization in the Portuguese Nursing Practice Support System - SAPE®, literature review and focus group. **Results:** In the national customization, there was little visibility of the family as a care unit, as well as lack of representation of the conceptual models that support disciplinary knowledge. In Nursing Ontology, the family process encompasses: organization of the functioning of the house and residential building; family preparation to integrate a dependent family member in self-care; family preparation for the arrival of the newborn and family planning. For each domain, three classes of nursing information were specified that represent the elements of the decision-making process. **Conclusion:** this study is presented as a contribution to the formalization of nursing knowledge in Family Process domain.

Keywords: family nurse; information systems; knowledge bases; family

RESUMEN

Marco contextual: la familia es el contexto privilegiado de apoyo a la vida y la salud de las personas. El enfoque sistémico de la familia ha ganado importancia. La Ontología de Enfermería propone una estructura donde se concretan conceptos de la disciplina y sus relaciones, describiendo una representación formal de lo conocimiento de enfermería. **Objetivo:** representar el conocimiento de enfermería sobre la familia como cliente del cuidado, en tres clases de ítems de información. **Metodología:** estudio cualitativo inferencial, con análisis de contenido a la parametrización del Sistema de Apoyo a la Práctica de Enfermería Portugués - SAPE®, revisión de literatura y focus group. **Resultados:** en la parametrización nacional, hubo poca visibilidad de la familia como unidad de cuidado, así como falta de representación de los modelos conceptuales que sustentan el conocimiento disciplinar. En Ontología de Enfermería, el proceso familiar engloba: organización del funcionamiento de la casa y edificio residencial; preparación familiar para integrar a un familiar dependiente en el autocuidado; preparación familiar para la llegada del recién nacido y planificación familiar. Para cada dominio, se especificaron tres clases de información de enfermería. **Conclusión:** este estudio se presenta como un aporte a la formalización del conocimiento de enfermería en el dominio del proceso familiar.

Palabras clave: enfermería de la familia; sistemas de información; bases del conocimiento; familia

INTRODUÇÃO

A família é o contexto privilegiado de cuidados de suporte à vida e de saúde dos indivíduos. É na família que as pessoas nascem, crescem, desenvolvem-se, vivem, adoecem e morrem (Campos, 2019). Neste percurso cada um dos seus elementos pode viver um conjunto de diferentes tipos de transições (saúde/doença, desenvolvimento, situacionais), influenciadas pelo contexto familiar, mas, simultaneamente, com efeitos sobre a própria família, individual e coletivamente (Zhang, 2018).

A família desempenha um papel de providência integral, ou parcial, de cuidados quando um dos seus membros enfrenta uma doença crónica ou incapacidade (Kokorelias *et al.*, 2019). O desempenho deste papel é frequentemente centralizado num familiar identificado como o familiar cuidador, ou prestador de cuidados. Este - no caso de adultos, geralmente corresponde ao cônjuge e, no caso das crianças, aos pais ou, mais frequentemente, à mãe – é quem representa as famílias nos serviços de saúde (Russell, 2020). A reação da família à doença ou incapacidade é variável, mas acrescenta sempre um conjunto de emoções negativas e de stresse e que, sem o suporte adequado podem pôr em risco o bem-estar e a saúde. Mas, a família é também uma unidade capaz de se auto-organizar (Figueiredo, 2012) contribuindo para a satisfação das necessidades dos seus elementos.

Emerge a necessidade de os profissionais de saúde reformularem a abordagem tradicional, centrada na pessoa, para uma abordagem centrada na família, a fim de apoiar as famílias nas etapas de desenvolvimento, no cuidado aos seus membros com doença crónica ou deficiência, e na prevenção de

stresse e dificuldades relacionadas com a prestação e cuidados na família, pela família coletiva e distributivamente. A enfermagem de família tem como pressuposto fundamental de que um sistema deve ser entendido como um todo, ao invés de partes individuais isoladamente.

Os enfermeiros prestam cuidados a clientes que pertencem a famílias, tomando por cliente quer a pessoa/indivíduo, quer a família como um todo. Em Portugal, e em particular no Serviço Nacional de Saúde (SNS), os enfermeiros dispõem de um Sistema de Informação em Enfermagem (SIE) em que documentam todos os cuidados prestados, nos diferentes contextos, desde os hospitais aos centros de saúde. A operacionalização desta documentação requer a utilização de uma linguagem comum reconhecida na área disciplinar. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) tem vindo a ser utilizada com este fim. A versão Beta 2 da CIPE®, com um modelo multiaxial, de oito eixos para os fenómenos de enfermagem e de oito para as ações de enfermagem, é ainda a versão utilizada nos SIE em uso, nomeadamente no SClínico®. A investigação produzida em torno dos SIE tem permitido o desenvolvimento de terminologias necessárias à documentação e à partilha de informação sobre a prática de enfermagem. Partindo desta documentação os enfermeiros têm a possibilidade de gerar conhecimento através da análise da informação proveniente desses registos (Strudwick & Hardiker, 2016), ou seja, a documentação também é um repositório de conhecimento. Um dos desafios que se coloca na atualidade aos enfermeiros passa por representar o conhecimento que é próprio da disciplina, abrangendo a amplitude da prática

Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente

profissional, por formalizar esse conhecimento com profundidade e por desenvolver aplicações que possam alavancar a enfermagem, suportando a prática e o desenvolvimento do conhecimento disciplinar (Peace & Brennan, 2009). Neste contexto, releva que os enfermeiros também se preocupem em representar o conhecimento de enfermagem dos diferentes clientes alvo da sua ação profissional, onde a família se inclui.

Por isso, no quadro de um projeto de investigação global e integrador desenvolvido na Escola Superior de Enfermagem do Porto - “NursingOntos” -, que tem por objetivo principal o desenvolvimento de uma Ontologia que represente o conhecimento em Enfermagem, têm vindo a emergir estudos em áreas particulares, de que a família é um exemplo (Gomes *et al.*, 2022).

Face ao exposto, identificamos como objetivos deste estudo, em particular:

- Contribuir para a representação formal do conhecimento em enfermagem sobre a família enquanto cliente dos cuidados;
- Definir os itens de informação que representam os elementos críticos do processo de tomada de decisão dos enfermeiros, tendo como cliente a família enquanto unidade de cuidados, em três classes de itens de informação: dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem.

ENQUADRAMENTO /FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A abordagem do cuidado centrado na família - “*Family centered care*” - tem vindo a afirmar-se, sobretudo em áreas como a Pediatria, considerando a necessidade dos cuidados à criança englobarem a participação dos pais (Shields, 2010). Esta realidade, ao considerar os

indivíduos e as famílias não apenas como recetores passivos de cuidados de saúde, mas enquanto colaboradores ativos numa parceria de cuidados, com mútua divisão do poder, corresponde a uma mudança de paradigma (Thirsk *et al.*, 2021).

É notório que hoje em dia os enfermeiros têm vindo a alterar a sua maneira de trabalhar com as famílias e a integrarem uma nova forma de “pensar família”, mais inclusiva e solidária, em todos os contextos de cuidados.

Esta abordagem vem sendo alargada a várias áreas como a segurança do cliente (Cruz & Pedreira, 2020), a parceria com o familiar cuidador nos cuidados à pessoa com dependência no autocuidado mas, também, à abordagem à família de uma pessoa com doença crónica (Smith *et al.*, 2020) ou aguda, em contexto de cuidados de saúde diferenciados e hospitalares, nomeadamente nos cuidados intensivos (Thirsk *et al.*, 2021).

O Institute for Patient and Family Centered Care (2017) considera que esta abordagem passa por trabalhar “com” as famílias, e não trabalhar “para” as mesmas. Define o cuidado centrado no cliente-família como uma parceria entre este e o sistema de saúde, do qual resultam mútuos benefícios.

A abordagem sistémica da família tem, conceptualmente, vindo a ganhar projeção, mas são inconclusivas as análises dos resultados clínicos e de custo-efetividade da abordagem da família como cliente dos cuidados (Smith *et al.*, 2020), em parte pela indefinição do próprio conceito de cuidado focado na família, mas também pela dificuldade na produção de indicadores a partir da documentação dos cuidados. Neste contexto, salienta-se a relevância do trabalho de

Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente

Figueiredo (2012) consubstanciado no Modelo de Desenvolvimento, Avaliação e Intervenção Familiar.

Pese embora a abordagem do cuidado centrado na família seja multicontextual, admite-se que sendo os cuidados de saúde primários (CSP) a base de acesso ao SNS, seja a este nível que haja um melhor enquadramento da promoção da saúde individual, familiar e coletiva e o papel do enfermeiro como gestor de cuidados, promotor da saúde individual no contexto da família seja mais evidente e relevante, conforme reflete o Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto. A relevância dada à família encontra-se, também, plasmada nos Padrões de Qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Neste documento, os CSP são enquadrados num paradigma de cuidados centrados na família enquanto unidade e no seu ciclo de vida.

O Centro de Investigação e Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto (CIDESI-ESEP) e os seus colaboradores realizaram, a pedido dos Serviços Partilhados de Ministério da Saúde (SPMS), um trabalho de análise à parametrização dos SIE em uso em Portugal (Silva *et al.*, 2014). Este pedido, que decorre do reconhecimento do papel pioneiro, no desenvolvimento dos SIE, desta instituição e de alguns dos seus colaboradores (Silva, 2006; Sousa, 2006; Pereira, 2009; Pereira & Silva, 2010), visava a unificação dos enunciados dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE®).

Com este estudo, foi possível reduzir substancialmente a quantidade de diagnósticos e de intervenções de enfermagem que, sob o ponto de vista semântico, eram redundantes, tornando o sistema mais funcional e operacional para a produção de indicadores sensíveis

aos cuidados de enfermagem. Ademais, tomou-se consciência da necessidade de evoluir para uma estrutura que permitisse uma maior interoperabilidade entre os diferentes sistemas de informação, que utilizasse uma linguagem classificada atual e que representasse os modelos conceituais que orientam a prática e o pensar em enfermagem. Assim, nasceu o projeto “NursingOntos”, que virá a estar na origem da Ontologia de Enfermagem, aprovada pela Ordem dos Enfermeiros, em 2019 (Ordem dos Enfermeiros, sd).

Este projeto propôs-se desenvolver uma Ontologia de Enfermagem, avançando com uma estrutura em que o conjunto de conceitos dentro do domínio disciplinar de enfermagem e as suas relações fossem especificados, que descrevesse uma representação formal do conhecimento de enfermagem. Uma ontologia representa assim uma estrutura de informação com especial utilidade para representação do conceptual e teórica do conhecimento de enfermagem (Peace & Brennan, 2009). Funcionando no *backend* dos SIE, o uso de ontologias que formalizem o conhecimento de disciplina, pode facilitar o desenvolvimento de sistemas de suporte à tomada de decisão de enfermagem (Peace & Brennan, 2009).

Este é um projeto global que pretende representar todas as áreas específicas do conhecimento em enfermagem. O desenvolvimento do projeto tem sido operacionalizado por áreas de atenção, que vão desde aspetos dos processos corporais (Gomes *et al.*, 2021; Neves & Parente, 2019), passando pelo autocuidado nos seus requisitos universais (Queirós *et al.*, 2021), até à autogestão do regime terapêutico (Cruz *et al.*, 2016). Sendo a família, uma das áreas de atenção dos enfermeiros, não pode deixar de estar representada

Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente

no conhecimento em enfermagem, seja na sua abordagem distributiva, seja enquanto contexto de desenvolvimento e de cuidados, ou, essencialmente, como cliente.

Neste quadro, entendeu-se realizar um estudo focado na família enquanto cliente, no pressuposto de que a família está presente como cliente, quando o efeito da ação sobre a mesma é potenciado pela interação entre os seus indivíduos, tornando-se superior à soma do efeito da ação individual sobre cada um deles.

METODOLOGIA

Este estudo é parte integrante de um projeto global, centrado num paradigma qualitativo, de análise indutiva de dados, com três estratégias metodológicas: análise documental, revisão da literatura e *focus group*. Partilha opções metodológicas com os demais projetos enquadrados no “NursingOntos”, decorrentes das diferentes áreas de atenção dos enfermeiros (Cruz *et al.*, 2016; Neves & Parente, 2019; Gomes *et al.*, 2021; Queirós *et al.*, 2021; Bastos *et al.*, 2021).

No que diz respeito à análise documental, integraram o *corpus* de análise, todos os enunciados de diagnósticos e intervenções incluídos nas parametrizações dos SIE em uso no SNS disponibilizados, de forma anonimizada, pelos SPMS, relativos à família, processo familiar, planeamento familiar, papel parental (maternal/paternal) e papel de prestador de cuidados. Com esta análise pretendeu-se reconhecer a visibilidade da família na documentação dos cuidados de enfermagem e categorizar os enunciados dos diagnósticos e intervenções.

A revisão da literatura na área da família, que foi realizada com recurso a obras de referência e a pesquisa bibliográfica no agregador de bases de dados

EBSCOhost, teve como propósito identificar dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem, relacionados com a ação profissional dos enfermeiros com as famílias.

Para a criação de consensos em torno dos itens de informação referidos, bem como do respetivo enquadramento no modelo de referência da “NursingOntos”, foram realizadas duas sessões de *focus group*, com um painel de peritos em Enfermagem e em SIE. Integraram este painel dezassete Doutores ou Doutorandos em Enfermagem, com o título de enfermeiro especialista, e a desenvolver investigação na área de SIE. Todos os participantes concederam a respetiva autorização para a utilização da informação gerada. As sessões decorreram na ESEP, entre os anos de 2017 e 2018, com duração aproximada de quatro horas por sessão. O coordenador do projeto moderou as sessões, cujas conclusões foram sintetizadas por um dos investigadores presentes.

RESULTADOS

A representação da família surge nos SIE predominantemente numa abordagem distributiva, enquanto contexto ao longo do ciclo vital, nomeadamente no quadro das ações que visam a capacitação dos pais para o desempenho do papel parental, ou do familiar cuidador, para a prestação de cuidados. Contudo, existe também um conjunto de diagnósticos consideráveis que, numa primeira análise, foram categorizados em “Processo familiar: compromisso” que traduzem aspetos negativos relacionados com a dinâmica familiar – diagnósticos bem como resultados, estes traduzidos numa sintaxe que nega a existência de compromisso (Silva *et al.*, 2014). Na análise foram também identificadas

Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente

intervenções que orientam para a avaliação de dimensões do processo familiar, como a escala de APGAR Familiar de Smilkstein (1978) e a escala faces II (Olson *et al.*, 1982). Foram igualmente identificadas as intervenções como “Otimizar processo familiar”, “Negociar o processo familiar”, mas também, considerando o mandato social do enfermeiro, outras como “Orientar para a terapia familiar” (Silva *et al.*, 2014).

Na revisão da literatura, a família é apresentada, enquanto cliente, em diferentes dimensões, nomeadamente, a constituição, o suporte aos membros que carecem de apoio e o contexto em que vivem.

Dos consensos que emergiram das sessões de *focus group*, resultou a identificação dos domínios: preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado; preparação da família para a chegada do recém-nascido e planeamento familiar.

Foram igualmente consensualizados dados de caracterização da família e do seu contexto, bem como dados, diagnósticos e intervenções relacionados com as necessidades da família associadas aos seus processos adaptativos.

Foi também consensualizado o enquadramento da família no modelo de referência da “NursingOntos” como Processo familiar. O Processo familiar é um nó conceptual que engloba vários domínios, também eles nós conceptuais, mas com menor nível de abstração: a organização do funcionamento da casa; o edifício residencial; a preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado; a preparação da família para a chegada do recém-nascido; e, o planeamento familiar. Para cada um destes domínios

foram especificadas três classes de informações que representam os elementos do processo de tomada de decisão dos enfermeiros, ou seja, foram representados dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem que, no seu conjunto, refletem a dimensão autónoma do exercício profissional. No total, foram integrados 25 dados referentes à caracterização do processo familiar, com as respetivas especificações (74), 14 diagnósticos e 45 intervenções.

Organização do funcionamento da casa

O nó “Organização do funcionamento da casa” integra um conjunto de dados referentes a atividades necessárias para o funcionamento normal da família, incluindo a possibilidade de um membro da família necessitar de ser acompanhado aos serviços de saúde. Cada um destes dados pode assumir valores diferentes operacionalizados em três sintaxes tipo: a família não assegura; a família não assegura, mas mostra disponibilidade para o fazer; a família assegura. Quando se verifica que a família não assegura uma ou várias das condições que os dados traduzem, nem está disponível para o fazer, então a família está impossibilitada de se organizar no sentido de assegurar todas as tarefas necessárias para manter a sobrevivência, saúde e segurança dos seus membros. Neste quadro o enfermeiro pode identificar situações que, por estarem fora do seu mandato social a sua resolução, poderá referenciar para recursos de saúde, da comunidade ou para outros técnicos.

Este nó engloba, também, um dado relativo à “Participação dos membros da família nos processos familiares de organização doméstica”. Este aspeto tem particular ligação com a alteração da estrutura da família, nomeadamente com a integração ou a saída de elementos, ou, ainda, com a alteração da condição de

Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente

saúde de um dos seus membros. Quando este dado apresenta o valor “a família não participa, mas mostra disponibilidade para o fazer”, a decisão clínica do enfermeiro será orientada para a identificação do diagnóstico “Potencial da família para melhorar os processos familiares de organização doméstica”. Na presença do diagnóstico, a Ontologia sugere um conjunto de intervenções.

As sintaxes “Analisar com a família...” e “Assistir a família a organizar processos familiares de organização doméstica” pretendem traduzir a ideia de uma centralidade na família, nas suas opções e decisões. O enfermeiro assume-se, assim, como um recurso, para ajudar a identificar necessidades que possam não ser óbvias e claras para a família, a sobrecarga ou, ainda, para ajudar a rentabilizar os recursos disponíveis na própria família, na comunidade e nos próprios serviços de saúde.

A organização doméstica aquando de situações de doença ou envelhecimento podem constituir um desafio para as famílias, existindo recursos legais, sociais e comunitários que podem minimizar estas situações. Contudo, o acesso a estes serviços é condicionado pelo desconhecimento das famílias sobre a sua existência ou pelo significado que lhe atribuem. Estes são aspetos representados na Ontologia através dos dados:

-“Significado atribuído pela família aos serviços comunitários de apoio à organização doméstica”, que abrange alguns dos significados que dificultam a sua utilização, nomeadamente a desvalorização, a vergonha, a infâmia e a invasão da privacidade.

-“Acesso da família a serviços comunitários de apoio à organização doméstica”, especificado por sintaxes que exprimem as várias hipóteses de concatenação

relativas a dois fatores: o conhecimento e a disponibilidade financeira para o acesso, como por exemplo “tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao serviço”.

Estes dados, quando apontam um fator dificultador na organização familiar sugerem a identificação de diagnósticos, respetivamente “Potencial da família para melhorar o significado atribuído aos serviços comunitários de apoio à organização doméstica” e “Potencial da família para melhorar acesso a serviços comunitários de apoio à organização doméstica”.

Edifício residencial

O Edifício residencial encontra-se integrado na estrutura da Ontologia como um nó conceptual com dados de caracterização relativamente a aspetos como a salubridade e abastecimento de água, mas também em questões de segurança, barreiras arquitetónicas, espaço disponível para integração de novo membro ou pessoa doente/idosa, assim como para a convivência saudável com animal doméstico. A especificação dos dados atribui especial relevo às questões da segurança, ou de perigo, sendo estas avaliadas considerando a presença de crianças, doentes ou idosos, ou seja, os que terão uma maior probabilidade de acidentes ou limitação da mobilidade. Contudo, diretamente nenhum destes dados sugere a identificação de um diagnóstico de enfermagem. Ainda neste nó conceptual encontra-se um outro dado “Conhecimento da família sobre condições do edifício residencial” em que o juízo crítico do enfermeiro efetua-se considerando os dados anteriores e o conhecimento que a família dispõe relativamente às necessidades decorrentes dos constrangimentos que advém do edifício residencial, às estratégias e recursos que pode utilizar para minimizar ou resolver a situação.

Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente

O valor do dado “necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir”, sugere a identificação do diagnóstico “Potencial da família para melhorar conhecimento sobre condições do edifício residencial” e recomenda intervenções como: Avaliar evolução do conhecimento da família sobre condições do edifício residencial; Ensinar família sobre medidas de segurança ambiental no edifício residencial; Ensinar família sobre medidas de segurança para utilização de água; Ensinar família sobre relação entre animal doméstico e saúde; Ensinar família sobre organização do ambiente para prevenção de acidentes.

Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado

O nó “Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado”, tal como “Preparação da família para a chegada do recém-nascido” traduzem o pressuposto que além do processo de aquisição de um novo papel (cuidador, ser mãe/pai) vivido na singularidade de cada díade, há uma necessidade de reorganização da dinâmica familiar e que esse momento de stresse, pode ser antecipado, minimizado ou ultrapassado com a ajuda profissional do enfermeiro, numa abordagem dirigida á família coletivamente. A presença de doença e ou de compromisso para tratar de si por parte de um membro da família afeta significativamente não apenas o próprio e o cuidador, mas também os restantes membros da família. Estes são por vezes atores secundários onde nem sempre é valorizado o seu envolvimento e participação, nem as emoções negativas e stresse a que frequentemente se encontram sujeitos.

Assim na Ontologia de Enfermagem os dados associados ao nó “Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado” integram aspetos como:

- Participação de outros membros da família;
 - Conhecimento da família sobre:
 - estratégias facilitadoras da acessibilidade ao edifício residencial;
 - estratégias facilitadoras da mobilidade no edifício residencial;
 - organização do domicílio para facilitar autocuidado;
 - estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente;
 - necessidades do familiar dependente.
 - Significado atribuído pela família:
 - à dependência do familiar;
 - ao papel de cuidador;
 - ao apoio social para o exercício do papel de cuidador.
 - Acesso da família a apoio social para o exercício do papel de cuidador.
- Deste conjunto de dez dados, em que cada um assume três possíveis valores que descrevem a condição, há um conjunto de diagnósticos de enfermagem, que apesar de terem diferentes intencionalidades têm em comum a promoção da adaptação da família a uma nova condição. Assim, o diagnóstico “Potencial da família para melhorar o apoio ao cuidador” descreve a oportunidade da família de refletir sobre a disposição para melhorar o funcionamento e organização familiar, tendo por objetivo também facilitar o processo adaptativo do cuidador a este novo papel. As intervenções sugeridas vão no sentido de apoiar a participação dos seus membros, na medida da

Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente

capacidade e tempo de cada um, de forma harmoniosa, evitando sobrecargas. São intervenções abrangentes e englobam: “Organizar apoio familiar ao cuidador” e “Assistir a família a organizar agenda de cuidados ao familiar dependente”, além da monitorização da evolução através dos dados - Avaliar evolução do apoio da família ao cuidador.

O outro conjunto de cinco diagnósticos, referem-se a aspetos concretos relacionados com o “conhecimento da família” relativos à acessibilidade, mobilidade dentro de casa, organização da casa, tendo em vista facilitar o autocuidado, e estratégias facilitadoras da integração.

Esta grande área de atenção engloba ainda um diagnóstico relativo ao dado acesso da família a apoio social, “Potencial da família para melhorar acesso a apoio social para o exercício do papel de cuidador” sendo salvaguardadas nas intervenções três possíveis situações: providenciar o apoio, referenciar ao apoio

social, ou informar a família sobre recursos comunitários e legislação de suporte.

Preparação da família para a chegada do recém-nascido

Tal como anteriormente referido, este nó engloba uma perspetiva baseada na importância da reorganização do processo familiar em função da integração de um novo elemento na família e no que de acordo com as funções dos enfermeiros este, podem oferecer à família, no sentido de a apoiar e facilitar a vivência de uma etapa, que mesmo que seja planeada e desejada, é sempre acompanhada de algum stresse. Assim, este nó conceptual engloba dados referentes ao “Conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras de adaptação face à chegada do recém-nascido” e ao “Significado atribuído pela família à chegada do recém-nascido”. De acordo com a especificação dos dados são sugeridos dois diagnósticos e respetivas intervenções, com um exemplo expresso na Figura 1.

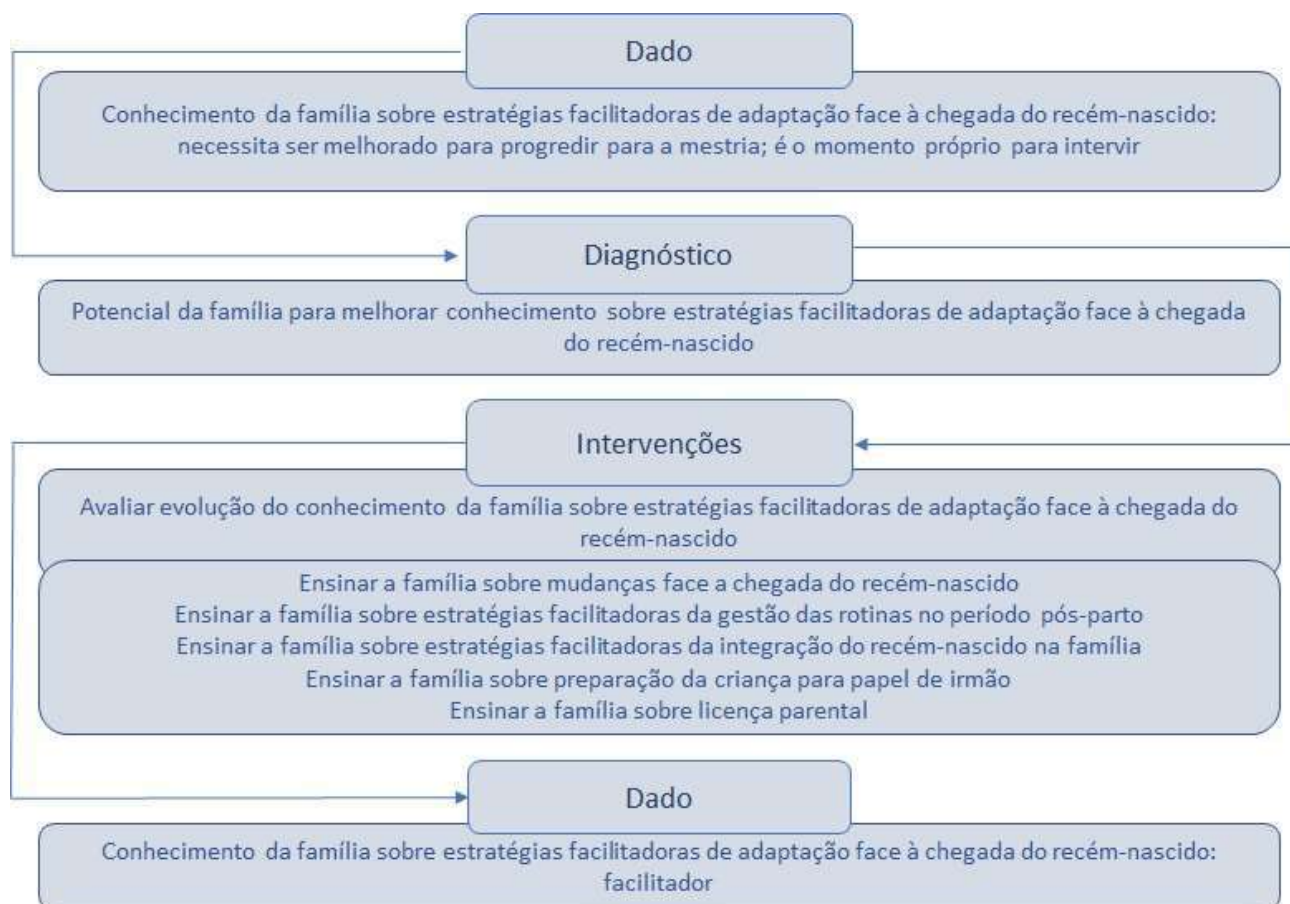


Figura 1

Representação do Modelo Hierárquico da Ontologia de Enfermagem através de um exemplo do Nó Conceptual "Preparação da família para a chegada do recém-nascido"

Planeamento familiar

O nó conceptual "Planeamento familiar" tem proximidade com a fase de construção e manutenção da família relativa à decisão conjunta de ter ou não filhos, historial da mesma relativa a gravidezes não desejadas ou perdas gestacionais. Estes são aspetos importantes para o enfermeiro poder contextualizar o projeto de vida da família. Mas é o dado "Conhecimento da família sobre planeamento familiar" com o valor, "necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir" que permite identificar a necessidade de cuidados de enfermagem expressa no Diagnóstico de

Enfermagem "Potencial da família para melhorar conhecimento sobre planeamento familiar", bem como as respetivas intervenções com relevo para "Ensinar a família sobre planeamento familiar", direcionadas para a partilha de informação com a família para que esta possa, livremente, tomar as suas decisões informadas. Não se encontra representada no cliente família (coletivamente) a decisão unipessoal relativa à vivência da sexualidade e à contraceção, estando assegurada a sua representação em outra área da Ontologia e no cliente "Indivíduo".

DISCUSSÃO

De modo diverso ao que seria espectável, a parametrização nacional do SIE português (SAPE®) (Silva *et al.*, 2014) não traduz a importância que, nas práticas discursivas dos enfermeiros, se atribui à família e aos modelos teóricos que suportam a enfermagem de família. Reflexo desta realidade é a pouca visibilidade do cliente família (coletivamente). Na verdade, vários autores têm-se debruçado sobre o conceito de família enquanto cliente, assumindo que esta é mais do que a soma das partes (Fernandes *et al.*, 2021; Wright & Leahey, 2019; Figueiredo, 2012). Não obstante, continua atual a discussão em torno de uma abordagem da família como cliente, numa visão mais distributiva ou mais coletiva da mesma.

De acordo com a International Family Nursing Association (2015), o conhecimento de enfermagem de família deve ser transferido para a prática clínica, pelo que a respetiva integração na ontologia de enfermagem é, não só, um indicador da transferibilidade do conhecimento, como um contributo fundamental para a ação profissional dos enfermeiros.

A Ontologia de Enfermagem (com origem no projeto “NursingOntos”) representa já o conhecimento em diferentes domínios (Gomes *et al.*, 2021; Queirós *et al.*, 2021; Bastos *et al.*, 2021; Neves & Parente, 2019 Cruz *et al.*, 2016), estando preparada para ser aplicada no *backend* de um qualquer Sistema de Informação. Tem uma estrutura hierárquica e um sistema de lógica pericial que possibilita o estabelecimento de relações não hierárquicas entre conceitos, aconselhando ou restringindo possibilidades em função dos dados globais do cliente. Nesta medida, ultrapassa os limites da documentação e passa a constituir-se enquanto um

sistema de apoio à tomada de decisão dos enfermeiros (Pereira & Silva, 2010).

A representação da família no modelo de referência da Ontologia em Enfermagem evidencia as tendências atuais do que é a Enfermagem, privilegiando os aspetos relacionados com a decisão autónoma dos enfermeiros. Reflete uma enfermagem promotora da autonomia e dos processos adaptativos, tal como a investigação em enfermagem no nosso país tem vindo a demonstrar. Dá visibilidade a uma Enfermagem focada na capacitação para a tomada de decisão da família, bem como nas dinâmicas e opções que constituem ou influenciam os respetivos projetos de saúde. Valoriza o empoderamento do cliente família e a importância desta no contexto da ajuda aos seus membros nos processos de vida e na reconstrução de novas identidades face nas situações de especial vulnerabilidade (Bastos, 2013; Brito, 2013; Campos, 2019).

Em linha com o pensamento de autores que têm vindo a estudar as famílias e os sistemas familiares (Fernandes *et al.*, 2021; Wright, L., & Leahey, M., 2019; Figueiredo, 2012), o enquadramento da família no modelo de referência enfatiza as respetivas “razões para a ação”, em que o enfermeiro se assume como promotor da reflexão e da análise sobre os significados atribuídos aos eventos ou ao esforço da família para os ultrapassar.

A descrição sintática das intervenções relativas à família enquanto cliente, não deixando de seguir o modelo utilizado na Ontologia de Enfermagem, é orientada pelo princípio de construção de uma parceria, em que o enfermeiro analisa juntamente com a família a eventual discrepância entre as reais necessidades e as necessidades reconhecidas por esta.

Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente

As sintaxes das intervenções são frequentemente do tipo “Analisar com a família...” e “Assistir a família ...” em que a ação do enfermeiro é promover a reflexão entre os elementos da família, assistir e apoiar as respetivas decisões, podendo complementar a sua ação profissional com a informação necessária para que a decisão da família possa ser livre e esclarecida. A centralidade na família, nas suas opções e nas suas decisões é um ponto comum nos enunciados das intervenções de enfermagem; o enfermeiro é um recurso.

Na linha do que se procura com a Ontologia de enfermagem, também que no domínio da família suporta diferentes orientações para a prática clínica dos enfermeiros, estimula-os a repensar as suas práticas. Nesta medida, pode constituir-se como um acelerador do crescimento profissional ao promover uma reflexão crítica sobre a prática clínica dos enfermeiros que tomam a família enquanto cliente.

Como a Ontologia de Enfermagem tem um caráter dinâmico e inclusivo de conteúdos que sejam considerados como relevantes e necessários (desde que se integrem no modelo de representação da mesma) entende-se que o Processo Familiar foi integrado de forma coerente e consistente na Ontologia. Não obstante, há conteúdos que ainda não estão integrados. É necessária mais investigação que clarifique como e onde estruturalmente devem ser englobados. Assim, novos projetos de investigação darão continuidade a este processo, dando maior completude a esta grande área de atenção dos enfermeiros: a família (coletivamente) enquanto cliente.

A ampla utilização da Ontologia nos SIE permitirá evoluir para a produção de indicadores a nível global,

no domínio dos processos corporais, estabelecendo novas relações entre diferentes itens de informação e contribuindo para dar evidência aos resultados que a ação profissional dos enfermeiros tem sobre a saúde das pessoas, da família e da comunidade.

CONCLUSÃO

Este estudo, ao identificar e sistematizar os itens de informação - dados, focos/diagnósticos e intervenções de enfermagem - onde a família é abordada enquanto cliente, apresenta-se como um ponto de partida para a formalização do conhecimento disciplinar no domínio dos processos familiares e da abordagem à família, olhando coletivamente para os seus elementos. Nesta medida, este estudo tem fortes implicações na prática clínica, pois além de poder fazer parte do *backend* dos SIE, pode contribuir para a reflexão dos cuidados prestados às pessoas e famílias, contribuindo para que se passe de uma lógica em que a família é apenas o contexto dos cuidados, para uma abordagem sistémica, em que a família se assume como cliente e se problematiza a ajuda à mesma, de modo a que esta possa ultrapassar situações vulneráveis e se consigam adaptar. Nos conteúdos integrados estão expressos vários dos modelos conceituais e teóricos que suportam o conhecimento em Enfermagem e em Enfermagem de família.

Para o ensino, é fundamental integrar nos planos de estudo, esta sistematização do conhecimento, tornando mais inteligível a teoria e ajudando os estudantes na transferência do conhecimento para os contextos clínicos.

Para a investigação, este é um ponto de partida, contribuindo para que se desenvolva mais investigação nesta área. Pese embora na Ontologia de Enfermagem

ainda não estejam especificadas todas as áreas nos domínios da família como cliente de cuidados, este estudo contribuiu para a representação do conhecimento próprio da disciplina no domínio do processo familiar, assumindo a família como um cliente dos seus cuidados. Sendo esta uma área de atenção relevante na prática dos enfermeiros, em que os mesmos se podem constituir como uma ajuda significativa às famílias, carece de continuar a ser investigada.

Por último, salienta-se que os conteúdos resultantes deste estudo já foram integrados na “NursingOntos” e na Ontologia de Enfermagem aprovada pela Ordem dos Enfermeiros, como uma componente da estrutura organizadora do conhecimento em enfermagem, pelo que não deixarão de ter visibilidade nos registos de saúde eletrónicos em Portugal. Este é o reconhecimento da relevância da Ontologia de Enfermagem para o reforço do conhecimento disciplinar em Enfermagem e para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento especial a todos os elementos que integram o Centro de Investigação e Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto (CIDESI-ESEP) pelo trabalho árduo em prol da Enfermagem, do desenvolvimento dos Sistemas de Informação e pela inovação na representação do conhecimento disciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bastos, F. (2013). A pessoa com doença crónica. *Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da*

doença e do regime terapêutico. [Tese de Doutoramento não publicada]. ICS, Universidade Católica Portuguesa. <https://www.porto.ucp.pt/en/node/1872>

Bastos, F., Morais, E., Campos, J., Brito, A., Cardoso, A., & Sousa, P. (2021). Representação do conhecimento em enfermagem do trabalho: dados relevantes face à saúde individual do trabalhador sob influência do ambiente laboral. *Revista ROL de Enfermería*, 44(11), 51-56.

Brito, Alice (2013). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado - Uma teoria explicativa*. [Tese de Doutoramento não publicada]. ICS, Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12617>

Campos, M. J. (2019). *Contributos para um modelo de gestão de qualidade dos cuidados de enfermagem nas equipas de cuidados continuados integrados*. [Tese de Doutoramento não publicada]. ICS, Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/36298>

Cruz, A., & Pedreira, M. (2020). Patient-and Family-Centered Care and Patient Safety: reflections upon emerging proximity. *Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn*, 6(e20190672), 1-4.

Cruz, I., Bastos, F., Pereira, F., Silva, A., & Sousa, P. (2016). Analysis of the Nursing Documentation in Use in Portugal - Building a Clinical Data Model of Nursing Centered on the Management of Treatment Regimen. *Studies in Health Technology and Informatics*, 225, 407-411. doi:10.3233/978-1-61499-658-3-407

Decreto-Lei n.º 118/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: I Série, n.º 149/14. <https://files.dre.pt/1s/2014/08/14900/0406904071.pdf>

Fernandes, C. S., Magalhães, B., Silva, S., & Edra, B. (2021). (Re)'Thinking' family in nursing care in pandemic times. *International nursing review*, 10.1111/inr.12708. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/inr.12708>

Figueiredo, H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.

Gomes, J., Sousa, P., Pereira, F., Bastos, F., Prata, A., & Silva, C. (2021). Análise de conteúdo aos diagnósticos e intervenções tegumentares: O primeiro passo para um modelo de cicatrização de feridas. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 606–616. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.606-616>

- Gomes, J., Sousa, P., Pereira, F., Queirós, C., Neves, H., Silva, C., Silva, A.P., Parente, P., Sousa, P., Brito, A., Silva, A. P., Morais, E. J., Cardoso, A., Cruz, I., Machado, N., Oliveira, F., Bastos, F., Prata, P., & Sequeira, C. (2022). Nursing knowledge on skin ulcer healing: a living scoping review protocol. *JB I Evidence Synthesis*, 20(1), 164-172.
- International Family Nursing Association (IFNA). (2015). *IFNA Position Statement on Generalist Competencies for Family Nursing Practice*. <https://internationalfamilynursing.org/2015/07/31/ifna-position-statement-on-generalist-competencies-for-family-nursing-practice/>
- Institute for Patient- and Family-Centered Care (2017). *Advancing The Practice Of Patient- And Family-Centered Care: How To Get Started*. https://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf
- Kokorelias, K., Gignac, M., Naglie, G., & Cameron, J. (8 de 2019). Towards a universal model of family centered care: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 19(564), 1-11. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6693264/pdf/12913_2019_Article_4394.pdf
- Neves, H., & Parente, P. (2019). A nursing clinical data model for neuromuscular processes: *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5), 1609-1616. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04462019>
- Olson, D. H., Portner, J. & Bell, R. Q. (1982). *FACES II: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*. EUA: University of Minnesota.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 367/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-dos-padr%C3%B5es-de-qualidade-em-enfermagem-de-sa%C3%BAdede-familiar-publicado-em-di%C3%A1rio-da-rep%C3%ABlica/>
- Ordem dos Enfermeiros, sd. Consultada em 10/2021. <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>
- Peace, J., & Brennan, P. (2009). Formalizing Nursing Knowledge: From Theories and Models to Ontologies. *Stud Health Technol Inform*, 146, 347-351. doi:10.3233/978-1-60750-024-7-347
- Pereira, F. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Formasau.
- Pereira, F., Paiva, A. (2010) Information technology and nursing practice: the Portuguese case. In: Weaver C, Delaney C, Weber P, Carr R, editors. *Nursing and informatics for the 21st century: an international look at practice, education and EHR trends*. 2nd ed. HIMSS Publishing; 435 – 441.
- Queirós, C., Paiva, M., Cruz, I., Cardoso, A., & Morais, E. (2021). Nursing diagnoses focused on universal self-care requisites. *International Nursing Review*, 68(3), 328-340. doi:10.1111/inr.12654
- Russell, L. (2020). Capturing Family Complexity in Family Nursing Research and Practice. *Journal of Family Nursing*, 26(4), 287–293.
- Shields, L. (2010). Questioning family-centred care. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2629–2638. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03214.x
- Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem. Uma teoria explicativa da mudança*. Formasau.
- Silva, A., Cardoso, A., Sequeira, C., Morais, E., Bastos, F., Pereira, F., Padilha, J., Cruz, I., Oliveira, M., Brito, A., Silva, M., Machado, N., Sousa, P., Sousa, P. & Marques, P. (2014). *Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE*. ESEP.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J fam pract*, 6(6), 1231-9.
- Smith, J., Ali, P., Birks, Y., Curtis, P., Fairbrother, H., Kirk, S., Saltiel, D., Thompson, J., Swallow, V. (2020). Umbrella review of family-focused care interventions supporting families where a family member has a long-term condition. *Journal of Advanced Nursing*, 77, 1911-1923. doi: 10.1111/jan.14367
- Sousa, P. (2006). *Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem Entre Contextos de Cuidados de Saúde Um modelo explicativo*. Formasau.
- Sousa, P.C. (2014). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: intencionalidade terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados* [Tese de Doutoramento não publicada]. Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13972>
- Strudwick, G., & Hardiker, N. (2016). Understanding the use of standardized nursing terminology and classification systems in published research: A case study using the International Classification for Nursing

Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente

Practice®. *International Journal of Medical Informatics*, 94, 215-221. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2016.06.012

Thirsk, L., Vandall-Walker, V., Rasiyah, J., & Keyko, K. (2021). A Taxonomy of Supports and Barriers to Family-Centered Adult Critical Care: A Qualitative Descriptive Study. (SAGE, Ed.) *Journal of Family Nursing*, 27(3), 199-211. doi: 10.1177/1074840721999372

Wright, L. M., & Leahey, M. (2019). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (7th ed.). F. A. Davis.

Zhang Y. (2018). Family functioning in the context of an adult family member with illness: A concept analysis. *Journal of clinical nursing*, 27(15-16), 3205–3224. <https://doi.org/10.1111/jocn.14500>

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM CENTRADA NO CUIDADOR FAMILIAR EM SOBRECARGA

Nursing intervention centered on the burdened family caregiver

Intervención de enfermería centrada en el cuidador familiar en sobrecarga

Laura Viegas*, Fátima Rodrigues**

RESUMO

Enquadramento: cuidar diariamente de um familiar idoso dependente tem impacto na saúde do cuidador que por sobrecarga transforma-se de pessoa saudável em doente. **Objetivos:** avaliar o nível de sobrecarga do cuidador familiar e avaliar o efeito de uma intervenção de enfermagem suportada num programa psicoeducativo. **Metodologia:** estudo quase-experimental. Decorreu em unidades de saúde da região de Lisboa, com dois grupos: grupo experimental (recebeu intervenção de enfermagem suportada por um programa psicoeducativo) e grupo controlo (cuidados habituais). Amostra de conveniência de 64 famílias avaliadas antes e 2 meses após a intervenção. Instrumentos: questionário sociodemográfico e escala de Zarit. Os procedimentos éticos foram considerados. **Resultados:** os cuidadores tinham como características: média de idade 63 anos, cuidar de 1-3 anos, a moda foi ser do sexo feminino, casado, reformado, ser filha e coabitar com o idoso. A sobrecarga do grupo experimental em T1 (X= 59,3) diminuiu após a intervenção T2 (X= 53,9), comparativamente ao grupo controlo, cujos valores se mantiveram sem diferenças estatisticamente significativas T1 (X= 51,9) e T2 (X=51,2). **Conclusão:** a intervenção de enfermagem, de fácil aplicação ajuda o cuidador a adquirir habilidades para lidar com o caregiving, mantendo a função social de cuidar do familiar.

Palavras-chave: enfermagem familiar; esgotamento do cuidador; assistência domiciliar; idoso.

* PhD, em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) - <https://orcid.org/0000-0003-1411-7245> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

**PhD, em Formação de adultos e MSc, em Saúde pública. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (ESEL). Portugal - <https://orcid.org/0000-0003-1686-7293>

Autor de correspondência:
Fátima Rodrigues
E-mail: mrodrigues@esel.pt

Como referenciar:

Viegas, L., & Rodrigues, F. (2022). Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 97-111. doi:10.37914/riis.v5i1.197

Recebido para publicação: 30/11/2021
Aceite para publicação: 29/06/2022

ABSTRACT

Background: caring daily for a dependent elderly family member has an impact on the caregiver's health, who, due to overload, transforms from a healthy person into a sick person.

Objectives: to assess the level of family caregiver burden, and to assess the effect of a nursing intervention supported by a psychoeducational program. **Methodology:** quasi-experimental study. It took place in health units in the Lisbon region, with two groups: experimental group (received a nursing intervention supported by a psychoeducational program) and control group (usual care). Convenience sample of 64 families evaluated before and 2 months after the intervention. Instruments: sociodemographic questionnaire and Zarit scale. Ethical procedures were considered. **Results:** caregivers had the following characteristics: mean age 63 years, caring for 1-3 years, fashion was being female, married, retired, being a daughter and living with the elderly. The burden of the experimental group at T1 (X= 59.3) decreased after the T2 intervention (X= 53.9), compared to the control group, whose values remained without statistically significant differences T1 (X= 51.9) and T2 (X=51.2). **Conclusions:** the easy-to-apply nursing intervention helps the caregiver to acquire skills to deal with caregiving, maintaining the social function of caring for the family member.

Keywords: family nursing; caregiver burden; home nursing; aged.

RESUMEN

Marco contextual: el cuidado diario de un familiar anciano dependiente repercute en la salud del cuidador, que, por sobrecarga, se transforma de sano en enfermo. **Objetivos:** evaluar el nivel de sobrecarga del cuidador familiar y evaluar el efecto de una intervención de enfermería apoyada en un programa psicoeducativo. **Metodología:** estudio cuasi-experimental. Ocurrió en los servicios de salud de la región de Lisboa, con dos grupos: grupo experimental (recibió una intervención de enfermería apoyada por un programa psicoeducativo) y grupo control (cuidado habitual). Muestra de conveniencia de 64 familias evaluadas antes y 2 meses después de la intervención. Instrumentos: cuestionario sociodemográfico y escala de Zarit. Se consideraron los procedimientos éticos. **Resultados:** los cuidadores tenían las siguientes características: edad media 63 años, cuidando de 1-3 años, la moda era ser mujer, casada, jubilada, ser hija y vivir con anciano. La carga del grupo experimental en T1 (X= 59,3) disminuyó después de la intervención en T2 (X= 53,9), en comparación con el grupo control, cuyos valores se mantuvieron sin diferencias estadísticamente significativas T1 (X= 51,9) y T2 (X= 51,2). **Conclusión:** la intervención de enfermería de fácil aplicación ayuda al cuidador a adquirir habilidades para afrontar el cuidado, manteniendo la función social de cuidar al familiar.

Palabras clave: enfermería de la familia; carga del cuidador; atención domiciliar de salud; anciano.

INTRODUÇÃO

Habitualmente, as patologias são descritas em termos clínicos, baseadas em critérios bio fisiopatológicos, tipos de tratamento, evolução e prognósticos. Para as famílias, além destes há outras razões a privilegiar e que interferem no seu funcionamento, dos quais destacamos quatro grupos de variáveis que tornam a doença fonte de stress: o início da doença, a evolução, as consequências para o doente e família e a incapacidade que provoca (Carter & McGoldrick 2011). Nos idosos os processos de doença e a perda de autonomia podem ocorrer de forma gradual ou abrupta. Na primeira situação a família tem tempo para se ir adaptando à evolução da doença e à incapacidade do doente, fazendo reajustes funcionais progressivos. No caso de enfermidades com início abrupto as mudanças afetivas e instrumentais decorrem num curto horizonte temporal, o que exige das famílias uma mobilização rápida de recursos internos ou externos para lidar com a nova situação, podendo ser necessário, que pelo menos um dos membros tenha necessidade de aprender rapidamente a desempenhar o papel de cuidador familiar (CF). A evolução da doença pode assumir três formas: a progressiva, a constante, a recorrente ou episódica (Carter & McGoldrick, 2011). Relativamente às consequências da doença, a família tende a preocupar-se com a perda de qualidade de vida, o encurtamento da vida ou a morte iminente, para além dos recursos a mobilizar para poder cuidar do familiar com bem-estar e dignidade.

A incapacidade pode advir de prejuízos cognitivos, sensoriais ou motores, que geram diferentes tipos de incapacitação, nas pessoas idosas podem surgir de forma isolada, concomitante ou potenciando-se, dada

a presença de comorbilidades. A incapacidade traz perda de autonomia e coloca a pessoa numa situação de dependente de outrem, quer para atividades de vida diária (AVD) básicas, quer para as instrumentais, sendo uma das variáveis que mais condiciona a reformulação ou reajuste do funcionamento familiar, porque a perda de autonomia de um membro da família acarreta que outra pessoa vá assumindo o papel de cuidador.

O processo de cuidar de uma pessoa idosa diariamente e prolongado no tempo implica gerir problemas quotidianos e mobilizar recursos na família e ou na comunidade. Este suporte é fundamental à manutenção do seu papel dado que a maior qualidade do suporte está associada a menor sobrecarga percebida (Juntunen et al., 2018).

Nas últimas décadas aumentou a esperança de vida e como salienta Figueiredo (2012, p. 92) é “acompanhada de aumento de doenças crónicas, e de níveis elevados de dependência na realização de atividades de vida diária o que constitui, um fator de stress para a família, face à interdependência que a caracteriza, enquanto sistema interaccional”.

Os resultados dos censos 2021, revelam um aumento da população idosa e por cada 100 jovens há 182 idosos, sendo os idosos quase um quarto da população residente (23,4%). O índice de dependência total, foi de 55,3% (Pordata, 2021). Citando os dados do inquérito nacional de saúde 2014, verificou-se que 12,5% da população com 15 ou mais anos presta cuidados informais a pessoas com problemas de saúde associados ao envelhecimento e 57,4% das pessoas que prestam cuidados fazem-no em média mais de 10h/semana. Também o relatório europeu sobre os cuidadores informais (Eurocarers/IRCCS INRCA, 2021)

Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga

revelou que, em Portugal, 55,4% dos cuidadores viu o seu estado de saúde afetado negativamente pelo desempenho do papel. Por outro lado, apenas 17% tiveram contato ou eram membros de organizações de cuidadores.

As famílias cuidadoras encontram suporte nos profissionais de saúde, nomeadamente no papel desempenhado pelo enfermeiro a cuidar de famílias em diferentes processos de transição, como referem Melo et al. (2021) este é o profissional de saúde que desempenha um papel privilegiado e de proximidade e, está dotado de competências específicas, pelo que poderá implementar intervenções estruturadas e contextualizadas para facilitar às pessoas intervenientes neste processo experiências mais favoráveis e positivas.

Este cenário reporta para a importância de intervenções de enfermagem personalizadas para apoiar as famílias cuidadoras de membros em situação de fragilidade (Juntunen et al., 2018).

A situação vivida a nível micro no ambiente doméstico de cada agregado requer políticas de saúde e recursos organizados a nível macro, de modo a mitigar os efeitos nefastos para as famílias com membros em situação de dependência e membros que assumiram o papel de cuidadores. Em Portugal foi publicado o estatuto do cuidador informal (Lei nº 100 de 6 setembro, 2019) que confere suporte legal aos cuidadores.

Perante o exposto, a pesquisa centrada no espaço / tempo em que as famílias vivem percursos de vida que constituem subsistemas formados por díades de cuidadores e familiares dependentes que são cuidados, delimitaram-se os seguintes objetivos do estudo:

Avaliar o nível de sobrecarga do cuidador familiar.
Avaliar o efeito de uma intervenção estruturada de enfermagem suportada num programa psicoeducativo na sobrecarga do cuidador familiar.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Através da compreensão e análise da estrutura familiar, a enfermagem identifica quais os subsistemas que (co)existem, como se relacionam organizam e funcionam, quais as fronteiras e limites, quais os padrões transacionais e relacionais de comunicação, relações, normas, regras, papéis, expectativas existentes entre os membros e os subsistemas (Fonseca & Carvalho, 2011).

As famílias organizam a sua estrutura sob a influência de dois eixos: o sincrónico e o diacrónico que interagem e se entrecruzam no quotidiano da vida familiar.

Para estes autores, o eixo diacrónico revela: *i)* a história familiar, *ii)* o modo de organização da família, *iii)* a relação entre os seus membros, *iv)* a forma como expressam crenças, mitos, lealdades, *v)* os movimentos de fusão e de diferenciação do self, *vi)* o modo de viver os acontecimentos significativos da vida familiar, como a ocorrência de doenças graves, acidentes e perdas de autonomia. Por outro lado, o eixo sincrónico refere-se às regras e normas de interação que caracteriza cada família e a torna singular. A comunicação familiar explicita os matizes e as mudanças com que a família interpreta e gere os desafios da vida. É pela forma como as famílias comunicam que os profissionais de saúde podem ajudá-las a acertar algumas dificuldades relacionais e adaptativas.

Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga

Na abordagem do sistema familiar e, particularmente, quando se consolidam díades em que um é recetor de cuidados e o outro cuida, a comunicação assume um pilar central na avaliação de enfermagem, não apenas com o objetivo de diagnosticar, mas também de promover mudanças visando uma configuração familiar mais positiva e adequada (Scapini & Luna, 2019). A meta comunicação na família é fundamental, para que as pessoas possam comunicar o que pensam e sentem bem como o que pensam sobre o que sentem e pensam. Neste registo tornam-se capazes de organizar e elaborar as narrativas evitando distorções e conflitos. A assertividade na comunicação, usando canais que permitam a espontaneidade, limites, franqueza, e que respeitem a privacidade e a circularidade das relações, são aspetos que as famílias cuidadoras precisam de aprender a desenvolver para que a interação seja de qualidade (Scapini & Luna, 2019).

Relativamente ao percurso de prestação de cuidados, Figueiredo (2012, p. 92) considera que “sendo um processo interaccional implica a reestruturação da família, cuja identificação de dificuldades no desempenho desta função impulsionará o desenvolvimento de comunicação para construção dos relacionamentos necessários ao desenvolvimento de estratégias de coping eficazes”.

É no funcionamento expressivo da família, como referem Wright e Leahey (2019), que se percebe a distribuição e organização das posições de hierarquia no sistema familiar, quais as forças e regras transacionais que podem envolver coligações, triangulações e alianças. Estas forças e regras são peças fundamentais a equacionar quando as famílias têm de lidar com transições situacionais,

organizacionais, de saúde-doença e de desenvolvimento, que ocorrem no ciclo de vida familiar e no percurso de vida dos seus membros, de forma separada ou concomitante (Costa, 2016).

A transição, para Meleis (2012), denota uma mudança no estado de saúde ou nas relações de papéis, expectativas ou habilidades. Indica mudanças nas necessidades de todos os sistemas humanos. A transição exige que a pessoa incorpore novos conhecimentos, altere o comportamento, e, portanto, mude a definição de self no contexto social. É uma passagem entre dois períodos relativamente estáveis, conduzindo o indivíduo a mover-se por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de mudanças. Esses percursos ocorrem ao longo do tempo e têm um sentido de fluxo e movimento, guiado por alterações que provocam um período de desequilíbrio, incertezas, conflitos interpessoais e perturbações. Tal mudança pode ocorrer simultaneamente, a nível individual, diádico ou familiar, conduzindo a mudança de comportamento para o controlo da situação de modo a encontrar signos, significados e significantes, no sentido da transição saudável, o que nem sempre ocorre. O sistema familiar pode mover-se no sentido das transições insalubres ou ineficazes empurrando o sistema na direção da vulnerabilidade, com incapacidade de elaborar redefinições de significantes, insuficiência do papel de cuidador caracterizado por dificuldade para desempenhar comportamentos e sentimentos relacionados com obrigações ou expectativas (Costa, 2016; Meleis, 2012).

As famílias, nos percursos de vida vivem situações de stress e estão muitas vezes sob pressão e ansiedade, podendo não funcionar de forma adequada. A

Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga

literatura aponta para o fato dos cuidadores apresentam níveis de morbidade aumentados quando comparados com os não cuidadores, o que pode significar que os cuidadores são pessoas de risco no que se refere ao bem-estar psicológico, à saúde e qualidade de vida (Garcia et al., 2019). De facto, a revisão da literatura feita por Shah et al. (2021) revelou que, ser cuidador familiar tem um enorme impacto no seu bem-estar físico, social e psicológico. Esta evidência encontra fundamento devido ao progressivo agravamento dos sintomas e da dependência da pessoa cuidada que desencadeia aumento das necessidades de cuidados, os quais podem resultar para o cuidador, num aumento do stress emocional e depressão; problemas de saúde exacerbados ou novos; e diminuição de rendimentos financeiros devido em parte a interrupções no emprego e ao pagamento de cuidados de saúde ou outros serviços, quer para o cuidador quer para a pessoa cuidada (Alzheimer's Association, 2019).

O desempenho do papel de cuidador tem impacto na vida da pessoa, sendo descrito na literatura como carga "burden". A definição do conceito de burden, segundo Gil (2010, p. 134) "contempla duas dimensões: uma refere-se objetivamente ao trabalho, ao peso da tarefa em si e a outra dimensão diz respeito ao normativo, à responsabilidade e ao dever", deste compromisso. São dois os significados assumidos nestas dimensões: por um lado implica uma obrigação não retributiva de cuidar de um familiar com uma doença incapacitante, crónica, prolongada por vezes durante anos; por outro lado, a necessidade de prestar cuidados de forma continuada e diária.

Sendo o *caregiving* um processo dinâmico de prestação de cuidados que o cuidador experiêcia ao longo do tempo do seu papel de cuidador familiar num continuum de cuidados (Family Caregiver Alliance, 2006), com o objetivo de satisfazer as necessidades de saúde de outra pessoa. Cuidar do outro, com dependência, frequentemente inclui assistência a uma ou mais AVD, incluindo dar banho e ajudar a vestir-se (básicas), bem como múltiplas atividades instrumentais, como pagar contas, fazer compras e usar transporte (Alzheimer's Association, 2019), sem receber qualquer apoio monetário.

A dependência (Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho) refere a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza não consegue, por si só, realizar as AVD.

São evidentes os efeitos dos stressores familiares nos pontos de transição do ciclo de vida, que podem causar ruturas, disfunção e produzir sintomas variados e que nem sempre a família identifica o nexo de causalidade. A observação das famílias em momentos chave ou situações pontuais e não de forma continuada num acompanhamento sistémico ao longo da vida, pode levar a que os profissionais percam o significado das conexões longitudinais que decorrem no eixo diacrónico. O estudo longitudinal das famílias permite encontrar conexões entre os padrões familiares iniciais e posterior desenvolvimento de sintomas relacionados com o stress (Carter & MCGoldrick, 2011).

Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga

O facto de uma família lidar com a doença crónica ou a perda de autonomia de um dos membros, deve ser entrecruzado tanto com o eixo vertical como horizontal. O fluxo vertical de um sistema familiar percebe o acontecimento de acordo com os seus padrões de relacionamento e funcionamento, onde se incluem expectativas, esperanças, atitudes, mas também tabus, opressões e medos. O fluxo horizontal de energia do sistema familiar inclui os efeitos da ação dos stressores desenvolvimentais previsíveis e imprevisíveis, como doenças, acidentes, incapacidades, perdas e lutos (Carter & McGoldrick, 2011).

Na articulação do espaço/tempo familiar em cada um dos eixos sincrónico e diacrónico, as famílias apresentam movimentos de abertura e fecho que podem facilitar o reequilíbrio dinâmico. Na medida que o tempo vai decorrendo, as relações vão-se reorganizando de forma diferente. Considerando que o efeito do stress perdura ao longo da vida familiar, também as forças familiares, os conhecimentos e a mestria que as famílias vão acumulando, permite que diferentes famílias, face ao mesmo fenómeno, como cuidar de um familiar dependente, tenham níveis de interseção diferentes nestes dois eixos, podendo umas sucumbir e outras tornar-se resilientes (Fonseca & Carvalho, 2011).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde mais próximos das famílias, prestando cuidados diretos nas situações de transição, muitas vezes em contexto domiciliário e possuem conhecimentos que lhes permitem, capacitar os cuidadores familiares com estratégias de coping eficazes, para fazerem face às dificuldades inerentes à prestação de cuidados e

expressar menores índices de sobrecarga e impacto negativo na sua saúde (Melo et al., 2021).

METODOLOGIA

Partiu-se da identificação de diagnósticos de enfermagem das equipas de cuidados continuados integrados, que ao longo do processo de cuidar de famílias com pessoas idosas dependentes naquele Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), elaboram diagnósticos de *“sobrecarga do cuidador atual”* e *“stress do cuidador demonstrado”*.

Face a esta realidade realizou-se um estudo quase-experimental que decorreu num ACES de Lisboa, de 2015 a 2017, para responder às perguntas de partida: Quais os níveis de sobrecarga do cuidador familiar, avaliados com a escala de Zarit?

Qual o efeito de uma intervenção de enfermagem suportada num programa psicoeducativo nos cuidadores familiares, na sobrecarga do cuidador familiar?

A população foram todos os cuidadores familiares inscritos no ACES no período referido. A mostra foi de conveniência com base nos seguintes critérios:

A pessoa idosa estar inscrita numa unidade de cuidados na comunidade (UCC) e na data do recrutamento não ter o diagnóstico de demência;

Ser o principal cuidador familiar da pessoa idosa em situação de dependência nas AVD;

Ter mais de 18 anos;

Saber ler e escrever;

Ter o domínio da língua portuguesa;

Ter score ≤ 16 com recurso à *“Grelha para despiste do cuidador em risco de sobrecarga”* (Ducharme et al., 2008);

Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga

Concordar participar no estudo e assinar o termo de consentimento.

Voluntariaram-se para participar no estudo 64 famílias que foram alocadas a dois grupos: o experimental (GE) e o controlo (GC), respetivamente com 32 cuidadores cada, sendo avaliadas antes e dois meses após a intervenção (devido a concretização do processo do programa psicoeducativo decorrer pelo menos em 5 semanas), pelo que designamos momento de tempo (T1) e de momento de tempo (T2).

Os Instrumentos de avaliação selecionados foram: um questionário sociodemográfico; questões sobre: 1- a história da prestação de cuidados (relação de parentesco), situação de coabitação, tempo que cuida em anos e tempo diário dedicado às horas de cuidados, contexto de cuidados e 2- questões sobre a dependência do idoso nas AVD, com questões adaptadas por Figueiredo (2007) e por último a escala da sobrecarga de Zarit na versão portuguesa da escala de sobrecarga do cuidador validada por Sequeira (2010). Na opinião deste autor, é um instrumento que avalia a sobrecarga do cuidador com boas características psicométricas e tem sido usado em diversos estudos nacionais e internacionais e em projetos de intervenção em cuidadores, o que facilita a comparação entre diferentes populações.

A versão é constituída por 22 itens e cada um é pontuado em: nunca (1); quase nunca (2); às vezes (3); muitas vezes (4) e quase sempre (5). Estes itens são aglutinados em 4 categorias:

Impacto da prestados de cuidados - avaliado por 11 itens relacionados com os cuidados diretos como a alteração do estado de saúde, elevado número de cuidados, alteração das relações sociais e familiares,

escassez de tempo, desgaste físico e mental. Os itens avaliados correspondem na escala às questões nº 1,2,3,6,9,10,11,12,13,17 e 22.

Relação interpessoal - avaliada por 5 itens relacionados com a relação entre o cuidador e a pessoa dependente e o respetivo impacto interpessoal. Os itens avaliados correspondem na escala às questões nº 4,5,16,18 e 19.

Expectativas face ao cuidar - Avaliada por quatro itens. Relaciona-se com medos, receios e disponibilidades do cuidador. Os itens avaliados correspondem na escala às questões nº 7,8,14 e 15.

Perceção de autoeficácia - Avaliada por 2 itens e refere-se à opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho. Os itens avaliados correspondem na escala às questões nº 20 e 21.

Na aplicação da escala obtêm-se uma pontuação global cujo score varia do mínimo de 22 ao máximo de 110, em que maior pontuação corresponde a maior perceção de sobrecarga de acordo com os seguintes pontos de corte: <46 - sem sobrecarga; 46-56 - sobrecarga ligeira e >56 - sobrecarga intensa (Sequeira, 2010).

Para avaliar o efeito do programa psicoeducativo na sobrecarga do cuidador formulou-se a seguinte hipótese: O grupo experimental após a intervenção de enfermagem suportada pelo programa psicoeducativo, diminui a sobrecarga comparativamente ao grupo controlo.

Após a recolha e tratamento do material empírico, os cuidadores familiares foram alocados em dois grupos da seguinte forma: de acordo com a lista de espera existente para atendimento domiciliário pela enfermeira da unidade da UCC. Seguiu-se o critério que dependeu do CF mostrar disponibilidade para os

Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga

encontros com a enfermeira e investigador correspondendo a um encontro de uma sessão individual de apoio durante 5 semanas. Face ao número de participantes e limitações temporais de realização do estudo, este aspeto teve um carácter fortuito sendo por isso uma amostra intencional.

Os participantes que aderiram foram alocados para o grupo experimental (GE) que recebeu a intervenção suportada pelo programa psicoeducativo. Os CF que integraram o grupo de controlo (GC) receberam os cuidados habituais proporcionados pela UCC. O grupo de controlo (GC) foi formado por 32 cuidadores familiares, que recebiam os cuidados domiciliários habituais prestados pelos profissionais das UCC do ACES. Ao grupo experimental (GE) formado por 32 cuidadores familiares, foi aplicada uma intervenção baseada no Programa psicoeducativo preconizado por Ducharme et al. (2008), cujos objetivos eram:

Melhorar as capacidades dos cuidadores para identificar e descrever com precisão situações que consideram difíceis /stressantes.

Compreender a importância da ligação entre as situações difíceis /stressantes e a escolha das estratégias adaptativas.

Desenvolver as capacidades para utilizar as estratégias adaptativas ajustadas às situações que consideram difíceis /stressantes.

O programa integrava 5 etapas: 1ª etapa: Tomada de consciência; 2ª etapa: Escolha de uma situação difícil/stressante e de um objetivo a atingir; 3ª etapa: Análise da situação escolhida; 4ª etapa: Escolha de uma estratégia ajustada com vista à redução do stress; 5ª etapa: Avaliação e no caso em que o objetivo delineado na 2ª etapa não tivesse sido alcançado

retomava-se o processo a partir da 2ª etapa com outro objetivo.

A intervenção de enfermagem foi aplicada em contexto do domicílio do idoso.

Iniciou-se o processo de intervenção através de uma fase de acompanhamento dos enfermeiros das UCC nas visitas ao domicílio para compreender o modelo de exercício profissional em uso. Foram ainda realizadas reuniões com os enfermeiros da prática de cuidados e os enfermeiros coordenadores sobre a clarificação do que era esperado da sua participação no estudo. Efetuada reunião sobre a síntese da observação da prática clínica e nessa base delinearam-se estratégias para implementar a intervenção seguindo as etapas do programa psicoeducativo.

Foram apresentados os aspetos gerais do programa de intervenção com destaque para o esquema do processo de gestão do stress que suporta as cinco etapas da intervenção e apresentados os dois documentos “Caderno do cuidador” e o “Manual do enfermeiro”.

Em cada equipa de enfermagem das UCC foram agendados encontros de monitorização, pelo que cada enfermeiro recebeu preparação prévia em grupo ou individual, durante 2-3 sessões, com a duração de 2 horas, sobre a conceção e detalhes subjacentes à intervenção.

A forma de aplicação foi na visita domiciliar efetuada pelo enfermeiro responsável pelos cuidados de enfermagem ao idoso com dependência que realizava uma sessão semanal que corresponde a cada uma das cinco etapas do processo de gestão de stress (durante cinco semanas).

A investigadora acompanhou todo o processo da aplicação da intervenção, devido à necessidade de

Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga

gestão do tempo do enfermeiro dedicado ao acompanhamento dos utentes nas várias visitas domiciliárias programadas para determinado dia que impedia a concretização plena da etapa, nesse momento.

A função educativa esteve sempre presente na intervenção. A aprendizagem mais significativa esteve relacionada com a maneira como a pessoa enfrentava o problema e mobilizava a sua energia para o resolver. As competências manifestadas pelas enfermeiras foram suportadas nos princípios inerentes à função de educação (Benner, 2001): *i)* o momento certo, significa saber quando o CF está pronto para aprender; *ii)* ajudar o CF a interiorizar as implicações do problema no seu estilo de vida; *iii)* saber e compreender como o CF interpreta a sua situação de cuidador e *iv)* fornecer uma interpretação do estado do CF.

O material escrito foi adaptado de Ducharme et al. (2008): “Gestion du stress- programme psychoéducatif de gestion du stress destiné aux proches-aidants d’un parent âgé à domicile”. Consistia no Manual do enfermeiro (conteúdo e recursos para cada 1 das 5 etapas) e no caderno do cuidador (atividades para cada uma das cinco etapas a realizar entre cada sessão).

Na elaboração dos dois grupos de cuidadores foi garantida à partida a sua homogeneidade, de modo a evitar que diferenças estatisticamente significativas, em algumas variáveis, pudessem enviesar os resultados. Para tal usou-se tanto o teste de Kolmogorov-Smirnov como o de Shapiro-Wilk.

Os dados obtidos através dos instrumentos de recolha de informação foram submetidos a procedimentos de estatística descritiva (média, mediana, desvio-padrão, máximo e mínimo (para o caso das variáveis quantitativas) e contagens e percentagens em coluna

(para o caso das variáveis qualitativas) e estatística inferencial (teste de Qui-Quadrado para variáveis qualitativas e o teste de comparação de valores médios Teste-t para variáveis quantitativas). Quando não se verificaram as condições de aplicabilidade recorreu-se à análise não paramétrica coadjuvante, nomeadamente o Teste de Fisher e o Teste de Mann-Whitney. A análise estatística assumiu os níveis de significância de 5%, usando Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 22 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Relativamente aos aspetos éticos da pesquisa, o protocolo de investigação foi aprovado pelo Diretor Executivo do respetivo ACES e obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, com nº 093/CES/INV/2014. Foi solicitada autorização ao autor que validou a escala de Zarit para a população portuguesa antes de aplicar neste contexto. Foi solicitado às autoras do instrumento Intervenção no grupo experimental baseadas no Programa psicoeducativo (Ducharme et al., 2008) e autorização para o seu uso em famílias portuguesas.

RESULTADOS

Foram alocados 77 cuidadores, 37 GE e 40 para GC. O GE perdeu 5 cuidadores devido a óbito dos familiares idosos e o GC perdeu 8 cuidadores por doença do CF, recusa do CF, mudança de residência (3) e óbito do familiar idoso cuidado (5), ficando a amostra com 32 participantes em cada grupo. Observaram-se os resultados dos 64 participantes. Os cuidadores familiares têm uma idade média aproximada nos dois grupos de 63 anos. Tanto no grupo experimental (GE) como de controlo (GC) são mais frequentes os

Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga

cuidadores do sexo feminino, respetivamente 78% e 72%, o estado civil de casado é de 65% e 56%, coabitam com o idoso a quem prestam cuidados 87% e 84%. Os idosos têm idade média de 81.7 (GE) anos e 80.3 (GC), são cuidados com maior frequência pelos filhos respetivamente, 47% e 56%, enquanto pelos cônjuges, são 44% e 37%, sendo o primeiro valor o do grupo experimental e o segundo do controlo. Nas AVD básicas, os idosos do grupo controlo são muito dependentes (média = 3,1; DP = 0,9) enquanto os do grupo controlo têm valores ligeiramente inferiores (média = 2,8; DP = 0,9). Nas AVD Instrumentais, os idosos de ambos os grupos, são muito dependentes, embora os do GE com valores ligeiramente superiores (média = 3,5; DP = 0,9) comparativamente aos do GC (média = 3,2; DP = 0,9). Em ambos os grupos, predominam os cuidadores reformados sendo no GE 62,5% e no GC 56%. Na escolaridade a moda é 1º ciclo sendo 28% e 37,5% seguindo-se o nível de curso superior com 34% e 25%, respetivamente para o GE e o GC.

O tempo dedicado pelo CF à prestação de cuidados é, nos dois grupos, com maior frequência entre 1-3 anos, seguindo os que cuidam há menos de 6 meses 25% e 22%. A frequência relativa dos cuidadores que cuidam há mais de 10 anos é idêntica nos dois grupos (15,6%). O número de horas de cuidados em ambos os grupos, é com maior predomínio na categoria mais de 10h diárias (59% no GE e 47% no GC).

Os resultados foram semelhantes, na média obtida na grelha de despiste do cuidador em risco de sobrecarga foi semelhante nos 2 grupos e inferior a 16 (11.3 e 11.6). Nas variáveis expostas, não se observou qualquer diferença estatisticamente significativa entre o GE e o GC pelo que assumimos a homogeneidade estatística dos dois grupos em comparação, para o nível de significância de 5%.

Os resultados obtidos na escala de sobrecarga pelos dois grupos nos momentos T1 e T2 está sintetizado na tabela 1

Tabela 1

Comparação nos dois grupos (T1 e T2) da sobrecarga do cuidador

Variável Sobrecarga (categorias)	Medidas estatísticas	T1			T2		
		Pré intervenção		Teste estatístico	Pós-intervenção		Teste estatístico
		GE	GC		GE	GC	
Impacto na prestação de cuidados	Média	2,7	2,3	Mann Whitney $p = ,084$	2,5	2,2	$t=1.159$ $p = ,25$
	Mediana	2,5	2,2		2,4	2,2	
	DP	0,9	0,8		1	0,7	
	Min-Max	1-4	1-4		1-6	1-4	
Expetativas face o cuidar	Média	4,2	3,6	Mann Whitney $p = ,004$	3,7	3,8	$t = -,209$ $p = ,83$
	Mediana	4,4	3,8		3,9	3,9	
	DP	0,7	0,8		0,9	0,9	
	Min-Max	3-5	2-6		1-5	2-5	
Perceção autoeficácia do desempenho	Média	1,8	2,1	Mann Whitney $p = ,570$	1,8	1,8	Mann Whitney $p = ,72$
	Mediana	1,8	1,5		2	1,5	
	DP	0,9	1,4		0,8	1,1	
	Min-Max	1-4	1-8		1-4	1-6	
Relação interpessoal CF-idoso	Média	1,8	1,6	Mann Whitney $p = ,217$	1,6	1,6	Mann Whitney $p = ,95$
	Mediana	1,6	1,4		1,4	1,4	
	DP	0,7	0,5		0,7	0,5	

Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga

	Min-Max	1-3	1-3		1-3	1-3	
Sobrecarga total escala	Média	59,3	51,9	t=2,103	53,9	51,2	t=.847
	Mediana	58,5	51	p =,039	49,5	51,5	p =,40
	DP	14,1	13,8		14,4	11,1	
	Min-Max	37-83	28-86		33-93	32-73	

Em (T1) verifica-se entre os dois grupos, diferenças estatisticamente significativas ($p < ,05$) nos testes aplicados nas categorias: expectativas face ao cuidar e na Sobrecarga total. Nas restantes categorias não há variação: os valores das medianas são semelhantes. Entre T1 e T2 no GE após a intervenção comparativamente ao GC, diminuiu ligeiramente os valores nas categorias impacto na prestação de cuidados, relação interpessoal com a pessoa cuidada e expectativas face o cuidar no cuidado com o idoso. A sobrecarga total avaliada como intensa no GE em T1 ($X = 59,3$) diminuiu após a intervenção T2 ($X = 53,9$), passando a moderada comparativamente ao GC, cujos valores da sobrecarga moderada mantiveram-se em T1 ($X = 51,9$) e T2 ($X = 51,2$), sem diferenças estatisticamente significativas.

DISCUSSÃO

A avaliação estruturada dos cuidadores, na opinião de Sequeira (2010), é o primeiro passo, porque permite identificar os problemas que estão presentes naquele sistema e naquele contexto, permite esclarecer o papel da família, os recursos para cuidar, bem como as tensões resultantes do *caregiving* e identificar as necessidades do cuidador de modo que a enfermagem possa intervir na sua resolução.

Neste estudo, o tempo de duração de cuidados prestados é com maior frequência entre 1-3 anos, sendo inferior ao estudo de Anjos et al. (2014), que

encontraram na sua amostra, a categoria 3-5 e 6-10 anos como as mais frequentes.

Na sequência do tempo dedicado ao cuidado, importa revelar que nos dois grupos “as horas diárias dedicadas ao cuidado” a categoria mais frequente é “mais de 10h” tal como os dados do estudo de Dantas (2020), a maior percentagem dos inquiridos respondeu cuidar mais de 12h /dia.

De realçar que no GE os idosos cuidados eram mais velhos (atingindo no limite 100 anos de idade), com maior dependência nas AVD que no GC. Fauth et al. (2016) no seu trabalho de revisão e atualização sobre a sobrecarga do cuidador da pessoa com demência evidenciou que o comportamento de resistência da pessoa com demência ao cuidado prestado pelo CF na satisfação da alimentação, banho e vestir-se explicou a associação entre os níveis de dependência nessas AVD e a sobrecarga e depressão do cuidador. Tal fato pode explicar que a dependência do idoso leva aos piores resultados nos cuidadores do GE na sobrecarga na categoria “*expectativa face ao cuidar*”. O aumento da dependência dos idosos do GE explica o aumento do número de horas dedicado pelo CF no GE em relação ao GC. Este dado confirma que as limitações progressivas nas AVD, traduzem-se num aumento do tempo dedicado ao cuidado (Pan et al., 2017), pelo que a monitorização do apoio dado pelo sistema de saúde às pessoas em casa precisa de atualização regular, efetuada em conjunto pelos enfermeiros e cuidadores familiares. A sobrecarga subjetiva evoca a percepção do

Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga

cuidador acerca da repercussão emocional das exigências ou problemas associados à prestação de cuidados. Esta dimensão subjetiva da sobrecarga é um forte preditor de bem-estar na medida em que nem todas as pessoas expostas à mesma sobrecarga sentem de igual forma (subjetivamente) esse esforço. Daí que a individualização do cuidado é uma premissa a cumprir e a disponibilidade, criatividade do enfermeiro e tempo atribuído ao cuidado familiar precisa ser assegurado.

Salientar que apesar de a sobrecarga ser uma das medidas de resultado mais sensíveis à mudança após intervenção junto dos cuidadores, sendo menos modificável que medidas usadas na avaliação do conhecimento ou habilidade do cuidador (Teles et al., 2020). Neste estudo o programa psicoeducativo que suportou a intervenção de enfermagem possibilita a redução da sobrecarga nos cuidadores do grupo experimental que passou de intensa a moderada, enquanto a sobrecarga no grupo controlo manteve os valores. No entanto tal não se verificou no estudo publicado por Ducharme et al. (2006) sobre a conceptualização da intervenção baseada no programa psicoeducativo que suportou a nossa intervenção, com o uso da mesma escala. Uma justificação possível pode ser o facto de no estudo publicado, os valores da sobrecarga no GE no pré intervenção não serem elevados ao ponto de a mesma ser considerada intensa.

A enfermagem, na perspetiva de Meleis (2012), está envolvida com os processos e as experiências dos seres humanos sujeitos a transições, onde se espera por resultado obter mais saúde e bem-estar, pelo que ao longo do tempo, as transições desenvolvem-se apontando indicadores de processo que movem

indivíduos ou no sentido de saúde e bem-estar ou vulnerabilidade e do risco, o que permite uma avaliação e intervenção precoce no sentido de procurar o caminho mais saudável. Para a enfermagem esses indicadores incluem: o cuidador sentir-se conectado, conseguir interagir e relacionar-se, o estar localizado isto é bem situado e por fim desenvolver confiança e enfrentamento.

A duração da intervenção de enfermagem num período de cinco semanas proporciona ao cuidador uma transição que em termos do tempo, possibilitou a harmonia e a estabilidade, permitindo-lhe experimentar estratégias e padrões de respostas, e, incorporá-los no seu próprio conhecimento (Costa, 2016). O processo de aumentar este conhecimento e as habilidades de enfrentamento foi facilitado durante a intervenção pela suplementação do papel de cuidador que simultaneamente o capacita para adotar comportamentos, sentimentos, sensações e estabelecer objetivos direcionados para uma determinada função, sendo útil para as pessoas que estão em saturação do desempenho de papel. A suplementação de papel tem vários componentes, entre os quais esclarecer e identificar aspetos que ajudem a entender a interação recíproca, e o modo como o seu desempenho pode afetar outras pessoas (Meleis, 2012), incluindo a própria relação com o idoso recetor de cuidados e a dinâmica familiar.

A visita domiciliária que os enfermeiros realizam com foco nas necessidades de cuidados de enfermagem ao idoso deverá ser extensível ao CF pelo que urge que ambos sejam alvo de cuidados planeados e concretizados. Assim tal intervenção deve ser implementada no início do desempenho do papel de CF para ajudá-los a promover a saúde e continuarem o

Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga

seu papel social de cuidar de um dos seus. Torna-se imperioso que o enfermeiro de família acompanhe as transições de vida da família, ajude na antecipação das mesmas e promova a sua saúde. Só assim, se darão respostas há muito legisladas que importa traduzir para a prática clínica e saúde das pessoas. A investigação revela que muito trabalho há a fazer para que a realidade legislativa seja traduzida em serviços adequados a esta população para melhores cuidados e melhor saúde (Pires et al., 2016) e onde a família seja vista como um recurso e um parceiro dos cuidados.

O estudo desenvolvido a partir da intervenção de enfermagem com base num programa psicoeducativo contribuiu para o desenvolvimento da enfermagem através da evidência científica para a relevância e sinergia do papel de parceria entre o cuidado familiar e o cuidado profissional. As intervenções de educação e de apoio do enfermeiro devem ser divulgadas na literatura para construção de conteúdos de suporte aos programas norteadores das intervenções focadas nas necessidades dos CF e das pessoas cuidadas, pois como verificado tiveram efeito favorável na diminuição da sobrecarga do cuidador. Todavia o nosso estudo revelou a necessidade do papel ativo e próximo da investigadora para a implementação desta intervenção uma vez que no quotidiano da planificação de cuidados a intervenção ao CF não poderia ser cumprida integralmente por falta de recursos vários.

O valor social dos cuidados exige uma revalorização. Quando a pessoa idosa está em situação de dependência e carece de mais recursos, precisa e tem direito a apoios efetivos sob pena de estarmos a fugir eticamente a um desígnio familiar que não pode ser encarado como podendo responder cabalmente às necessidades dos idosos. Para além desta dimensão

ética, os custos de reagir somente quando os problemas estão instalados, ou em situações de doenças do sistema familiar e em particular do CF também oneram o processo de cuidados e deprimem o sistema de saúde.

CONCLUSÃO

A intervenção de enfermagem baseada num programa psicoeducativo é fácil ser implementada, desde que ancorada em recursos que passam pela disponibilidade de tempo de enfermeiro na visita domiciliária durante dois meses. Esta intervenção ajuda o cuidador a adquirir habilidades para lidar com o *caregiving*, desenvolvendo mestria pelo domínio de novas competências para alívio da sobrecarga e desde modo a manter o papel social. Os resultados confirmam a hipótese delineada para este estudo e os objetivos foram atingidos, verificando-se melhoria da sobrecarga do CF.

A transição para o papel de cuidar é motivo de apreensão e de interesse para a enfermagem pelo potencial risco que essa interação familiar pode causar sobre a pessoa cuidada, o cuidador e o sistema familiar. Prevenir ou minimizar o risco de sobrecarga, melhorar o bem-estar, maximizar o funcionamento e reproduzir atividades de autocuidado são estratégias que a enfermagem usa para cuidar e apoiar as pessoas e as famílias a elaborar os processos de transição de forma mais saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anjos, K. F., Boery, R. N., Pereira, R., Santos, V. C., Boery, E. N. & Casotti, C. A. (2014). Perfil de cuidadores familiares de idosos no domicílio. *Fundam. Care*, 6(2), 450-461. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n2p450

- Alzheimer's Association (2019). Alzheimer's Disease Facts and Figures. Alzheimer's Dement. *The journal of the Alzheimer's Association*, 15(3), 321-87. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2019.01.010>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Edições Quarteto.
- Carter, B. & McGoldrick, M. (2011). *As mudanças no ciclo de vida familiar* (2ª ed.). Artemed.
- Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>
- Dantas, P. (2020). *A sobrecarga do cuidador informal do idoso dependente e alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na região autónoma da madeira: Um estudo transversal-descritivo*. [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny. <http://hdl.handle.net/10400.26/34496>
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República, I Série*, Nº 109, p. 3856-3865.
- Ducharme, F., Lebel, P., Lachance, L. & Trudeau, D. (2006). Implementation and effects of an individual stress management intervention for family caregivers of an elderly relative living at home: A mixed research design. *Research in Nursing & Health*, 29, 427-441.
- Ducharme, F., Trudeau, D. & Ward, J. (2008). *Manuel de l'intervenant: Gestion du stress: Programme psychoéducatif de gestion du stress destine aux proches-aidants d'un parent âgé à domicile*. Université de Montréal.
- Eurocarers/IRCCS_INRCA (2021). *Impact of the COVID-19 outbreak on informal carers across Europe-Final report*. Brussels/Ancona.
- Family Caregiver Alliance (Eds.) (2006). Caregiver assessment: Principles, guidelines, and strategies for change. *Report from a National Concensus Development Conference* (Vol I). National Center on Caregiving at Family Caregiver Alliance.
- Figueiredo, D. M. P. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência*. [Tese de Doutoramento]. Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/4664>.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. Lusociência.
- Fonseca, C. & Carvalho, C. (2011). *Nós & os laços*. Instituto Nacional para a Reabilitação.
- Fauth, E. B., Femia, E. E. & Zarit, S. H. (2016). Resistiveness to care during assistance with activities of daily living in non-institutionalized persons with dementia: Associations with informal caregivers stress and well-being. *Aging Ment Health*, 20(9), 888-898. DOI:10.1080/13607863.2015.1049114.
- Garcia, T. R., Nóbrega, M. & Cubas, M. (2019). CIPE – Português. Centre for ICNP® Research and Development of the Federal University of Paraíba. *International Council of Nurses*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-download/icnp-translations>
- Gil, A. P. M. (2010). *Heróis do quotidiano. Dinâmicas familiares na dependência*. Fundação Calouste Gulbenkian. Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Juntunen, K., Salminen, A-L., Tormakangas, T., Tillman, P., Leinonen, K. & Nikander, R. (2018). Perceived burden among spouse, adult child, and parent caregivers. *J. Adv Nurs*, 74, 2340-2350. DOI: 10.1111/jan.13733
- Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro (2019). *Aprova o Estatuto do Cuidador Informal*. Diário da República, 1.ª série, nº 171, 3-16. Assembleia da República. <https://data.dre.pt/eli/lei/100/2019/09/06/p/dre>
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5 th Edition). Lippincott Williams & Wilkins.
- Melo, R., Rua, M., Santos, C., Novais, S., Mota, L., Príncipe, F., & Silva, M., (2021). Intervenção de enfermagem e coping na transição para cuidador familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(1), 61-73. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.119>
- Pan, X., Lee, Y. Dye, C. & Theriot, L. (2017). Financial care for older adults with dementia: Characteristics of adult children caregivers. *The International Journal of Aging and Human Development*, 85(1), 108-122.
- Pires, C., Teixeira, L., Ribeiro, O. & Oliveira, S. (2016). Custo dos Cuidados Informais a Pessoas Idosas da região Norte de Portugal: aplicação do Método do Bem Substituto. *Actas de Gerotologia*, (1), 1-7. <http://hdl.handle.net/10216/82642>
- PORDATA. (2021). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526-3741>
- Shah, R., Ali, F. M. Finlay, A. Y. & Salek, M. S. (2021). Family reported outcomes, an unmet need in the management of a patient's disease: appraisal

Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga

of the literature. *Health Qual Life Outcomes*, 19,194, 1-35. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01819-4>

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do cuidador de Zarit. *Referência*, 12(3), 9-16.

Scapini, A. I. N. & Luna, I. J. (2019). Mudanças na comunicação ao longo da terapia de abordagem sistêmica: um estudo de caso. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 10(2), 210-225. DOI: 10.5433/2236-6407.2019v10n2p210

Teles, S., Ferreira, A., Seeher, K., Fréel, S. & Paúl, C. (2020). Online training and support program (iSupport) for informal dementia caregivers: protocol for an intervention study in Portugal. *BMC Geriatrics*, 20(10), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1364-z>

Wright, L. & Leahey, M. (2019). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (7 th Ed.). F. A. Davis Company.

ALTERAÇÕES DO METABOLISMO NUMA GRAVIDEZ GEMELAR: RELATO DE CASO

Alterations of metabolism in twin pregnancy: case report

Alteraciones del metabolismo en el embarazo gemelar: informe de un caso

Ana Marta Batuca*, Otilia Zangão**, Claudia Caeias***

RESUMO

Enquadramento: durante a gravidez ocorrem adaptações fisiológicas que podem provocar alterações no metabolismo materno, sendo a intervenção dos enfermeiros essencial para melhorar a qualidade de vida materno fetal. **Objetivo:** elaborar uma proposta de plano de cuidados de enfermagem com enfoque na gravidez gemelar, diabetes gestacional e restrição de crescimento fetal. **Metodologia:** estudo de caso referente a uma utente do sexo feminino, 40 anos, submetida a uma cesariana segmentar transversal por restrição do crescimento do feto 1 e diabetes mellitus. Para a colheita de dados foi utilizando o Modelo Teórico de Nancy Roper e para a realização do plano de Cuidados de Enfermagem foi utilizada a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e as intervenções de enfermagem sustentadas na Nursing Interventions Classification. **Resultados:** com base na apreciação inicial identificaram-se doze diagnósticos de enfermagem, dos quais optámos por abordar os diagnósticos de enfermagem: 1. Ansiedade atual; 2. Alteração do metabolismo energético. **Conclusão:** o papel do enfermeiro é fundamental nas ações educativas de promoção da saúde, no sentido não só da vigilância como da continuidade de cuidados após o parto e também na gestão da ansiedade, condicionando positivamente a transição para o papel parental.

Palavras-chaves: diabetes gestacional; restrição de crescimento fetal; alimentos, dieta e nutrição; gestação gemelar

*RN, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora - <https://orcid.org/0000-0002-8495-4180> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

**PhD, Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora - <https://orcid.org/0000-0003-2899-8768> - Author contribution: Study conception and design, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

***RN, Serviço de Bloco de Partos, Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital de S. Bernardo - <https://orcid.org/0000-0003-2657-9471> - Author contribution: Data collection, Data analysis and interpretation, Critical revision of the article.

Autor de correspondência:
Otilia Zangão
E-mail: otilliaz@uevora.pt

Como referenciar:

Batuca, A., Otilia Zangão, M.O., & Caeias, C. (2022). Alterações do metabolismo numa gravidez gemelar: relato de caso. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 113-123. doi:10.37914/riis.v5i1.160

Recebido para publicação: 13/07/2021
Aceite para publicação: 06/04/2022

ABSTRACT

Background: during pregnancy, physiological adaptations occur that can cause changes in maternal metabolism, and the intervention of nurses is essential to improve maternal-fetal quality of life. **Objective:** to develop a proposal for a nursing care plan focusing on twin pregnancy, gestational diabetes, and fetal growth restriction. **Methodology:** case study referring to a 40-year-old female patient who underwent a transversal segmental cesarean due to fetal growth restriction 1 and diabetes mellitus. For data collection, the Theoretical Model of Nancy Roper was used and for the realization of the Nursing Care plan, the taxonomy of the International Classification for Nursing Practice and the nursing interventions supported by the Nursing Interventions Classification were used. **Results:** based on the initial assessment, twelve nursing diagnoses were identified, of which we chose to address nursing diagnoses: 1. Current anxiety; 2. Change in energy metabolism. **Conclusion:** the role of the nurse is fundamental in educational actions to promote health, in the sense not only of surveillance but also of continuity of care after childbirth and also in the management of anxiety, as it positively conditions the transition to the parental role.

Keywords: diabetes gestational; fetal growth retardation; diet, food, and nutrition; pregnancy twin

RESUMEN

Marco contextual: durante el embarazo se producen adaptaciones fisiológicas que pueden provocar cambios en el metabolismo materno, siendo fundamental la intervención del enfermero para mejorar la calidad de vida materno-fetal. **Objetivo:** desarrollar una propuesta de plan de cuidados de enfermería centrado en el embarazo gemelar, la diabetes gestacional y la restricción del crecimiento fetal. **Metodología:** estudio de caso referido a una paciente de 40 años que fue sometida a cesárea segmentaria transversal por restricción del crecimiento fetal 1 y diabetes mellitus. Para la recolección de datos se utilizó el Modelo Teórico de Nancy Roper y para la realización del plan de Atención de Enfermería se utilizó la taxonomía de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería y las intervenciones de enfermería sustentadas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería. **Resultados:** a partir de la evaluación inicial se identificaron doce diagnósticos de enfermería, de los cuales se optó por abordar los diagnósticos de enfermería.: 1. Ansiedad actual; 2. Cambio en el metabolismo energético. **Conclusión:** el rol de la enfermera es fundamental en las acciones educativas para promover la salud, en el sentido no solo de vigilancia sino también de continuidad del cuidado después del parto y también en el manejo de la ansiedad, ya que condiciona positivamente la transición al rol parental.

Palabras claves: diabetes gestacional; retardo del crecimiento fetal; nutrición, alimentación y dieta; embarazo gemelar

INTRODUÇÃO

A gravidez é uma fase de novas vivências, sonhos, transformações, que traz consigo dúvidas e medos. Quando associada a uma gestação gemelar, estas vivências tornam-se ainda mais intensas, já que há uma maior probabilidade de mortalidade materna e fetal (Fagudes, 2021). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2019, 55,5% das mulheres tiveram uma gravidez gemelar com termo entre as 32 e as 36 semanas, existindo um maior número de partos gemelares em mulheres com idade compreendida entre os 30 e os 34 anos. Neste mesmo ano o total de partos gemelares foi de 1335, dos quais 1312 foram nascimentos duplos, 1298 apenas com nados vivos, 7 mistos e 7 com fetos mortos (INE, 2021).

As alterações metabólicas que ocorrem na mulher durante a gravidez gemelar podem encontrar-se associadas a um aumento de complicações, nomeadamente, a restrição do crescimento intrauterino (RCIU), a prematuridade, a pré-eclampsia e a diabetes gestacional, o que a classifica como gravidez de risco, verificando-se significativamente mais riscos em gestações múltiplas tanto para a mãe, quanto para os fetos (Soares et al., 2019). O aumento de incidência da gestação gemelar atribui-se a vários fatores entre os quais, a maior idade materna, a reprodução assistida e história pessoal de gemelaridade (Soares et al., 2019).

Estimativas indicam que cerca de 1 a 3% de todos os partos resultam de uma gestação gemelar, contribuindo para 10% da mortalidade perinatal. Situações de pré-eclampsia, hipertensão arterial, diabetes gestacional, fatores fetais como a RCIU e fatores placentares levam a partos pré-termo (Silva, 2018). A prematuridade leva ao aumento da taxa de

mortalidade, pois acresce o risco de septicémia, uma vez que os mecanismos de defesa do recém-nascido são menos efetivos nestes e ocorreu in útero uma transferência deficiente de anticorpos maternos para o feto. Sendo a prematuridade espontânea a maior causa de morbimortalidade nas gestações gemelares (Soares et al., 2019).

Numa gravidez gemelar é essencial a determinação da corionicidade, pois permite estabelecer um prognóstico fetal, sendo que o risco de mortalidade fetal é superior nos gémeos monocoriónicos em comparação aos bicoriónicos, existindo a possibilidade de mortalidade até 70% e de complicações num dos gémeos até 75% (Silva, 2018). Uma gravidez de feto único possui a probabilidade de menos complicações quando comparada a uma gravidez bicorionica e biamniotica. Problemas como placenta previa, devido ao aumento da massa placentar intrauterina, pré-eclampsia, rotura prematura das membranas ou a RCIU encontram-se associadas à gravidez bicorionica e biamniotica, aumentando as complicações. Já uma gravidez monocorionica e biamniotica, apresenta mais complicações fetais comparativamente à descrita anteriormente, possuindo um risco de 10% de desenvolver Síndrome Transfusão feto-fetal e 10% para RCIU (Silva, 2018). É ainda referido por Silva (2018), que independentemente da corionicidade, 90% das complicações ocorrem apenas num dos gémeos.

A diabetes gestacional (DG) define-se como uma intolerância aos hidratos de carbono que pode ser diagnosticada e/ou detetada pela primeira vez durante a gravidez (Almeida, Dores & Ruas, 2017). Durante a gravidez a placenta produz, para além de hormonas hiperglicemiantes, como o lactogénio placentário

Alterações do metabolismo numa gravidez gemelar: relato de caso

humano, o cortisol, o estrogénio, a progesterona e a prolactina, sendo estas enzimas que degradam a ação da insulina. Para compensar este mecanismo fisiológico, o corpo da grávida produz mais insulina e ocorre um aumento na resistência periférica à ação da insulina, o que pode conduzir à disfunção das células pancreáticas (Araújo, Gregio, Scardua & Trindade, 2021). A realização de um diagnóstico precoce da DG é importante, na medida em que glicémias alteradas aumenta o risco de malformação fetal, podendo também causar no feto, malformações, macrosomia, distocia no parto e óbito por distúrbios metabólicos (Araújo et al., 2021).

Para as grávidas os principais fatores de risco para o desenvolvimento da DG são, a idade materna avançada, o ganho de peso excessivo durante a gravidez, estatura média inferior a 1,5 metros, história de família de diabetes em familiares de 1º grau, crescimento fetal excessivo, hipertensão, pré-eclampsia na gravidez atual, antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal (Araújo et al., 2021).

Independentemente da diabetes ser diagnosticada na gravidez, ou ter ocorrido antes da mesma, importa realizar um rastreio mais assertivo no que respeita a malformações fetais de complicações microvasculares da diabetes, de maior necessidade de vigilância e terapêutica farmacológica durante a gravidez e posteriormente uma reclassificação pós-parto com uma prova de tolerância oral à glicemia (PTGO) (Almeida et al., 2017).

De acordo com os Consensos de Diabetes Gestacional em Portugal, atualmente em vigor, o diagnóstico da DG, a grávida na primeira consulta de vigilância da gravidez e precocemente deverá ser submetida a uma glicemia plasmática em jejum. Caso o valor da glicemia

em jejum superior ou igual a 92 mg/dl, mas inferior a 126 mg/dl trata-se como uma diabetes gestacional. Caso os valores da glicemia plasmática em jejum sejam iguais ou superiores a 126 mg/dl ou um valor ocasional de glicemia plasmática superior a 200 mg/dl, se confirmado com um valor superior ou igual a 126 mg/dl, devem ser consideradas como tendo o diagnóstico de diabetes previa à gravidez. Se o valor da glicemia for inferior a 92 mg/dl, a grávida deve ser reavaliada entre as 24 e 28 semanas de gestação com uma PTGO com 75 g de glicose (Almeida et al., 2017).

A PTGO deverá sempre ser efetuada com pelo menos 8 horas de jejum e nos dias anteriores a grávida deverá manter uma atividade física regular e uma dieta não restrita. A PTGO não deverá ser repetida depois das 28 semanas, a mesma realiza-se entre as 24 e 28 pois é nesta altura que ocorre o ajuste metabólico da gravidez (Almeida et al., 2017).

Para o tratamento da DG, essencialmente preconiza-se a terapêutica nutricional, esta deve ser personalizada tendo em conta o estado nutricional, hábitos alimentares, bem como antecedentes clínicos. Quando os objetivos glicémicos não forem atingidos num período de 1 a 2 semanas após a instituição da terapêutica nutricional, deverá ser instituída a terapêutica farmacológica (Almeida et al., 2017).

A Restrição do Crescimento Fetal (RCF), define-se como a condição na qual o feto não atinge o potencial genético de crescimento determinado para a sua idade gestacional (Silva et al., 2018). Esta deriva de fatores, maternos, fetais ou placentários que levam a esta alteração da dinâmica de crescimento. Dentro dos fatores maternos encontra-se a diabetes gestacional e mediante fatores fetais a gravidez múltipla.

Alterações do metabolismo numa gravidez gemelar: relato de caso

A principal causa da RCF é a insuficiência placentária, nomeadamente, por alterações da placentação, placenta abrupta, enfarte extenso das vilosidades, maturação avançada da placenta e inserção velamentosa do cordão. Outros fatores como os maternos, principalmente, por hipertensão arterial, nefropatias, doenças pulmonares restritivas, diabetes mellitus, cardiopatias cianóticas, hemoglobinopatias, tabagismo, gestação anterior com RCF, estado nutricional materno pré e durante a gestação e ainda fatores fetais, particularmente, anomalias congénitas, alterações genéticas, infeções ou gravidez múltipla (Silva et al., 2018).

A RCF leva a um risco aumentado de mortalidade e morbidade quando comparada aos RN com crescimento intrauterino adequado, sendo fundamental o seu diagnóstico precocemente, para investigar a causa, encaminhar e monitorizar a gravidez (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018). É importante definir o momento ideal para o parto e por conseguinte de uma intervenção neonatal de maneira que o RN com RCF atinja o crescimento e prevenindo complicações perinatais adversas (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018).

Relativamente à classificação, é importante distinguir um feto pequeno (RN abaixo do percentil 10), leves para a idade gestacional (fetos com estimativa do peso fetal entre o percentil 3 e o percentil 10 e com Dopplers normais) e a verdadeira RCF. É ainda, importante diferenciar entre RCF precoce e tardia, sendo que a RCF precoce está associada a maior risco de acidemia e de morte in útero do que a RCF tardia (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018).

A conjugação de uma gravidez gemelar com DG e RCF, conduzem a que exista uma maior probabilidade de

mortalidade materna e fetal, sendo fundamental estudar o desenvolvimento das alterações do metabolismo energético na gravidez, na utente em questão.

Com este estudo de caso, pretendeu-se elaborar uma proposta de plano de cuidados de enfermagem com enfoque na gravidez gemelar, diabetes gestacional e restrição de crescimento fetal.

METODOLOGIA

Este artigo focaliza-se num método de estudo de caso, o qual pretende descrever de forma narrativa diagnósticos e intervenções de enfermagem a uma paciente para fins científicos ou educacionais (Riley et al., 2017). Realizou-se assim, um estudo de caso do tipo descritivo e observacional, tendo como finalidade incidir sobre o processo de enfermagem nas alterações metabólicas durante a gravidez. A recolha de dados foi realizada através da entrevista à utente, da observação e do exame físico. A utente foi esclarecida sobre a realização deste estudo de caso e a finalidade do mesmo, bem como sobre os seus direitos, garantido o anonimato e confidencialidade de todos os seus dados. Respeitando desta forma os seis princípios éticos da investigação em enfermagem, nomeadamente a beneficência, a avaliação da maleficência, a fidelidade, a justiça, a veracidade e a confidencialidade (Nunes, 2020). Ao iniciar a recolha de informação, foi obtido o consentimento da utente, respeitando o anonimato cumprindo os princípios estabelecido na Declaração de Helsínquia para estudos envolvendo seres humanos (2013) e seguimos as recomendações patentes na Convenção de Oviedo (Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001) de forma a garantir a dignidade humana.

Alterações do metabolismo numa gravidez gemelar: relato de caso

Elabora-se o seguinte estudo de caso com base na teoria do Modelo de Enfermagem Baseado nas Atividades da Vida Diária – Roper, Logan and Tierney, pertencente a escola das necessidades humanas básicas, o qual se encontra inserido no paradigma da interação em que a pessoa assume o papel central. Esta teoria tem como objetivo fornecer cuidados individualizados ao utente (Roper, Logan & Tierney, 2001), o uso do Modelo de Enfermagem Baseado nas Atividades da Vida Diária é um instrumento válido para acompanhamento da grávida, pois permitiu e promoveu o cuidado e comunicação objetiva.

O artigo foi construído de acordo com a lista de verificação das diretrizes do CAse REport (CARE), estruturada para corresponder aos principais componentes de um relato de caso e capturar informações clínicas úteis (Gagnier et al., 2013), estas diretrizes são preconizadas para relatórios de casos clínicos com base num consenso.

Este estudo de caso foi organizado de acordo com o Case Reports following the CARE guidelines (Equator-network, 2019a), para melhor compreender a situação.

O presente estudo de caso é referente a uma utente de 40 anos, caucasiana, casada, com o 12º ano de escolaridade, com uma gravidez gemelar dicorionica e diamniotica. Com Índice obstétrico: 0000, idade gestacional de 35 semanas e grupo sanguíneo O Rh+, serologias negativas e pesquisa de SARS-CoV2 negativa. A utente deu entrada num dia do mês de maio de 2021 no serviço de internamento de grávidas, num Hospital a Sul de Portugal, para uma cesariana agendada por gravidez gemelar com RCF do feto 1 e DG.

Foi realizada a avaliação inicial baseada no Modelo de Enfermagem Baseado nas Atividades da Vida Diária de Roper, Logan & Tierney (Roper et al., 2001) através da entrevista, da observação e do exame físico, apresentada na tabela 1. O processo de enfermagem baseado no Modelo forneceu dados para a aplicação sistemática da assistência de enfermagem prestada à grávida, proporcionando mudanças necessárias na fase de planeamento de cuidados. Os dados de avaliação apresentados reportam-se ao momento antes e após a realização da cesariana.

Tabela 1

Avaliação das atividades de vida diárias

Atividade de Vida	Apreciação inicial da utente
Manutenção do ambiente seguro	A utente possuía um cateter venoso periférico no dorso da mão direita com um Lactato de Ringer em curso. Após a cesariana a senhora apresenta ferida cirúrgica com penso compressivo e bloqueio sensitivo e motor. Drenagem vesical funcionante de urina clara. Apresentava também um cateter epidural.
Comunicação:	A utente encontrava-se ansiosa pelo facto de ir ser submetida a uma cirurgia. E pelo facto de poder não ter os bebés junto a ela. Após a cirurgia apresentou-se comunicativa com os profissionais de saúde, estando colaborante durante a realização de procedimentos, possuindo um discurso coerente e lógico. Após a cirurgia foi avaliada a dor.
Respiração:	A utente à entrada na sala operatória apresentava-se consciente e ansiosa. Respiração toraco-abdominal e rítmica. Valores de tensão arterial de 110/78 mmHg; frequência cardíaca de 92 bpm e uma SPO2 = 99% em ar ambiente. Apresentou um episódio de hipotensão durante a cirurgia pelo que foi administrado Fenilefrina, que reverteu e uma perfusão contínua de Lactato de Ringer. Apresenta útero contraído com globo de segurança de Pinard formado e com lóquios hemáticos em pequena quantidade. Tendo sido administrada oxitocina conforme protocolo do serviço.
Alimentação:	A utente permaneceu 10 horas em jejum para a cirurgia. Tendo uma diabetes gestacional, durante toda a gravidez realizou o controlo da diabetes com a alimentação, referindo não ingerir lactose por opção. Quando entrou na sala operatória tinha em perfusão um soro glicosado devido as horas de jejum.
Eliminação:	A utente deu entrada no Bloco Operatório já algaliada proveniente do serviço de grávidas, tinha resíduos de urina clara no saco coletor. A algaliação nestes casos reduz o risco de trauma na bexiga e o controlo sobre a mesma, no sentido de perceber se esta funcionante.
Trabalho e lazer:	A utente trabalha por conta de outrem.
Controlo da Temperatura:	A sala operatória possui sempre uma temperatura entre os 19º e 20º graus. Após a anestesia e a cirurgia a pessoa tem dificuldade em termorregular-se.
Mobilidade:	A utente deu entrada no serviço de Bloco de Partos a deambular. Tendo sido submetida a um bloqueio sequencial. Após a saída da sala operatória a mesma tinha um bloqueio sensitivo e motor 3 a nível dos membros inferiores.

Após apreciação inicial e face à necessidade de cuidados identificadas, procedeu-se à realização do plano de cuidados de enfermagem. Foram identificados os focos, os diagnósticos de enfermagem (DE) suportados pela Taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019). As intervenções de

enfermagem foram sustentadas na Nursing Interventions Classification (NIC) (Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner, 2018) e os resultados foram avaliados de acordo com a taxonomia CIPE. Para uma apresentação mais esquemática, a informação é exposta através de um diagrama de fluxo (Equator-network, 2019b) apresentado na figura 1.

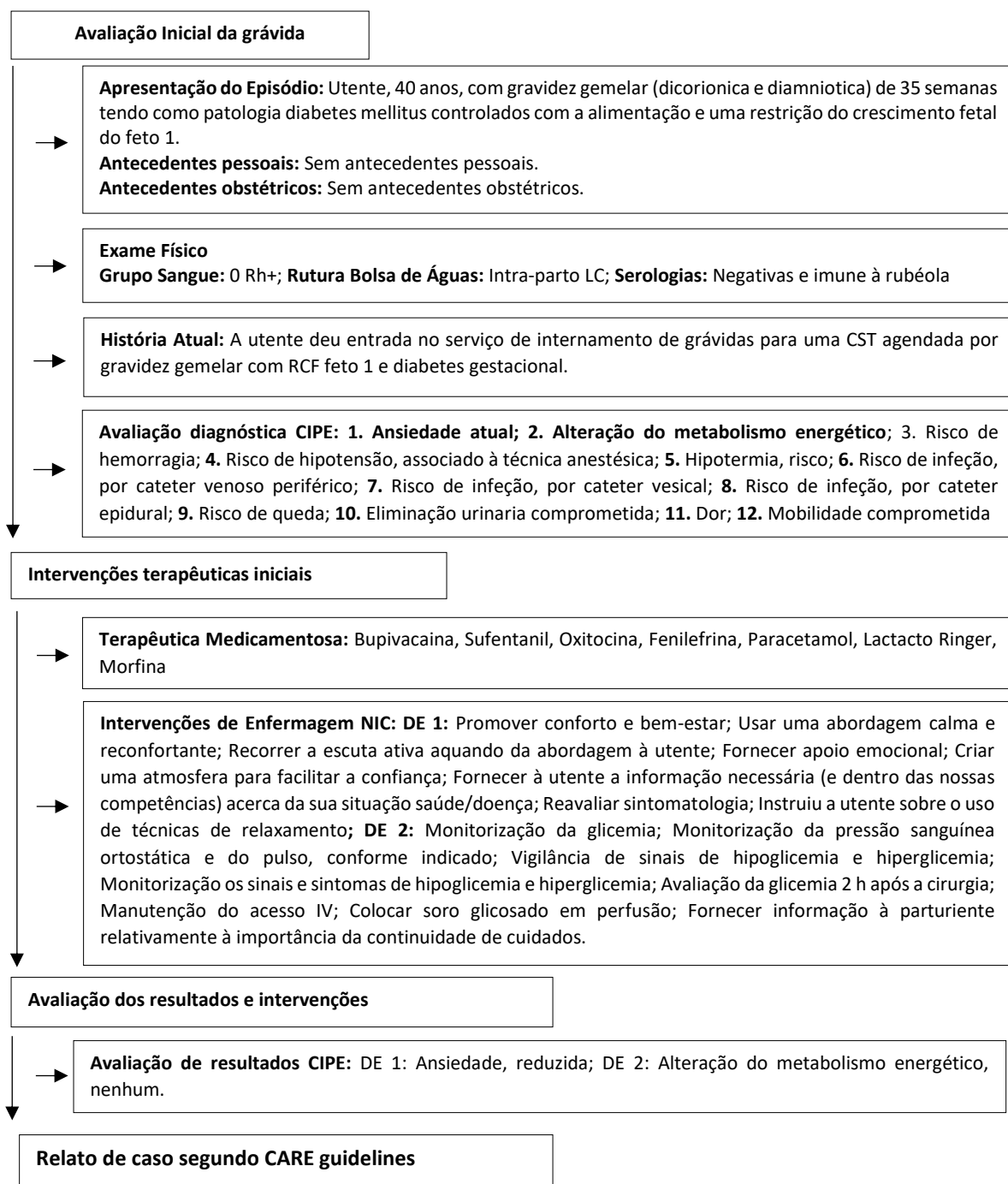


Figura 1
Fluxograma do Relato do Caso

RESULTADOS

Tendo em conta a interpretação e análise dos dados apresentados anteriormente, foram identificados doze DE. Definimos como primordiais os DE: 1. Ansiedade atual; 2. Alteração do metabolismo energético,

considerados os principais face ao contexto de gravidez gemelar e adaptação á maternidade, uma vez que resolvendo estes DE contribui para a resolução dos restantes. Na tabela 2 e 3 é apresentado o plano de cuidados elaborado para cada um dos DE.

Tabela 2

Plano de cuidados de - ansiedade

DE 1. Ansiedade (10002429): “Emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia” (CIPE, 2019).

Foco de Enfermagem: Ansiedade

Juízo de Enfermagem: Atual

Intervenções de Enfermagem:

- Promover conforto e bem-estar;
- Usar uma abordagem calma e reconfortante;
- Recorrer a escuta ativa aquando da abordagem à utente;
- Fornecer apoio emocional;
- Criar uma atmosfera para facilitar a confiança;
- Fornecer à utente a informação necessária (e dentro das nossas competências) acerca da sua situação saúde/doença;
- Observar sinais verbais e não verbais de ansiedade;
- Reavaliar sintomatologia;
- Instruir a utente sobre o uso de técnicas de relaxamento.

Resultado esperado: Ansiedade, reduzida

Resultado obtido: Ansiedade, reduzida

Avaliação final: Foram explicados todos os procedimentos durante a cirurgia bem como tudo o que se passava com as suas bebés e a transferência das mesmas para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), ainda que mais calma o facto de as bebés terem seguido para a UCIN não reduziu a ansiedade na totalidade.

(Butcher et al., 2018)

Tabela 3

Plano de cuidados de – metabolismo

DE 2. Metabolismo (10012005): “Conjunto de processos corporais: somatório de todos os processos químicos que levam ao crescimento, produção de energia, eliminação de desperdícios e regulação das funções corporais relacionadas com a distribuição dos nutrientes no sangue após a digestão, aumento do metabolismo basal devido ao exercício, elevação da temperatura corporal atividade hormonal ou digestão” (CIPE, 2019).

Foco de Enfermagem: Metabolismo

Juízo de Enfermagem: Anormal

Intervenções de Enfermagem:

- Monitorização da glicemia;
- Monitorização da pressão sanguínea ortostática e do pulso, conforme indicado
- Vigilância de sinais de hipoglicemia e hiperglicemia;
- Monitorização os sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia;
- Avaliação da glicemia 2 h após a cirurgia;
- Manutenção do acesso IV;
- Colocar soro glicosado em perfusão;
- Fornecer informação à parturiente relativamente à importância da continuidade de cuidados.

Resultado esperado: Metabolismo, melhorado

Resultado obtido: Metabolismo, melhorado

Avaliação final: Após as intervenções realizadas a utente apresentava uma glicemia de 98 mg/dl, tendo sido transferida para o puerpério com um soro glicosado devido ao risco de hipoglicemia uma vez que se encontrava em jejum à cerca de 12 horas.

(Butcher et al.,2018)

DISCUSSÃO

A utente do estudo de caso, sem antecedentes pessoais e obstétricos foi diagnosticada durante a gravidez gemelar com diabetes gestacional e a uma RCF do feto 1. Sabe-se que a gravidez gemelar se encontra associada a complicações como maior risco de ocorrência de alterações metabólicas. Numa gravidez dicorionica e diamniotica, como aqui é apresentada, alguns riscos encontram-se diminuídos, ainda que possíveis, pelo contrário, as alterações metabólicas podem estar aumentadas. No caso aqui enunciado encontra-se presente uma gravidez gemelar, a DG e uma RCF que levaram até ao plano de cuidados enunciado anteriormente.

Face a estas patologias e como apresentada na Tabela 2 e 3 foram identificados os DE Ansiedade e Metabolismo energético alterado, foi possível apurar que com as intervenções de enfermagem nos dois diagnósticos se verificou uma melhoria na ansiedade e um controlo do metabolismo energético. O enfermeiro é fundamental na realização das intervenções e na compreensão e interação do processo saúde doença, no sentido de implementar as intervenções e avaliar posteriormente as mesmas.

É essencial que durante todo o processo da gravidez e especificamente no momento do parto onde a ansiedade é mais visível, que a equipa trabalhe no sentido de ajudar, apoiar e esclarecer relativamente ao que se segue. Tal como referido por Silva, Nogueira, Clapis e Leite (2017), ainda que saibamos que a ansiedade detém um impacto negativo na saúde mental da mulher este tema ainda é alvo de poucas investigações sobre a ocorrência da ansiedade na gestação e os fatores que se encontram associados. Neste mesmo estudo, a ansiedade revelou-se como

sendo um transtorno mental entre as grávidas em estudo, encontrando-se a ansiedade associada ao terceiro trimestre de gestação, histórico de abortos, à presença de complicações em gestações anteriores e ao desejo materno em relação à gravidez (Silva et al., 2017). Neste caso em específico existiu uma gestão da ansiedade desde a chegada a sala de partos através das intervenções enumeradas na Tabela 2, com o objetivo de que o resultado obtido fosse ansiedade, reduzida. Tem vindo a aumentar nas últimas décadas a percentagem de grávidas com diabetes gestacional, o que faz com que seja cada vez mais importante perceber e orientar estas doentes, quanto ao controlo do metabolismo energético (Vicente, 2019). Os problemas que advém de uma diabetes gestacional levam a complicações maternas, tais como: hipoglicémia, aumento excessivo de peso, hemorragia pós-parto, entre outros. Deste modo, é necessário a intervenção no sentido de melhorar e prever possíveis complicações no que respeita ao metabolismo, tais como as indicadas na tabela 3. Onde as mesmas foram realizadas com sucesso, não existindo alterações do metabolismo durante a permanência da utente no Bloco de Partos. Perante uma grávida com diabetes gestacional é necessário que exista essencialmente uma terapêutica nutricional durante toda a gravidez, caso os níveis de glicemia não sejam os desejados, devem ser instituídas medidas farmacológicas (Almeida et al., 2017). Esta utente deverá também ser encaminhada para uma vigilância continua dos valores da glicémia e adoção de estilos de vida saudáveis, pois encontra-se com predisposição para desenvolver uma diabete mellitus a longo prazo (Almeida et al., 2017).

Alterações do metabolismo numa gravidez gemelar: relato de caso

Todas as situações, aqui presentes detêm um fio condutor, no qual é necessário que exista o controlo e vigilância permanente das mesmas para o sucesso da gravidez, sendo o papel do enfermeiro, quer seja especialista ou não, essencial durante o acompanhamento da mulher.

CONCLUSÃO

A vigilância é fulcral ao longo da gravidez. É fundamental definir o momento ideal para o parto e por conseguinte as intervenções neonatais e maternas. Também é de grande importância assegurar que a continuidade, das intervenções sejam realizadas e explicadas à parturiente, nomeadamente, a importância da vigilância da diabetes gestacional após a gravidez.

O Modelo de Enfermagem Baseado nas Atividades da Vida Diária facilitou a elaboração de diagnósticos de enfermagem, tendo sido utilizada a taxonomia CIPE e NIC como recurso. Foi também estabelecida a prioridade de diagnósticos e intervenções com o objetivo de dar resposta às necessidades identificadas mediante as características pessoais da utente em estudo.

Os DE Ansiedade atual e Alteração do metabolismo energético, foram os explorados ao longo deste artigo, como prioritários, ou seja, os que estavam a afetar a utente, em todo o processo de saúde/doença e transição para a parentalidade, uma vez intervencionados, permitiu facilitar estes processos e lidar melhor com toda a situação.

A elaboração deste artigo permitiu adquirir competências a nível de raciocínio clínico, existindo um maior estudo e envolvimento para a elaboração de diagnósticos de enfermagem e posteriores

intervenções, que mais se adequassem a situação clínica apresentada.

Este estudo de caso, irá permitir a reflexão da importância de uma vigilância de saúde ativa não só durante a gravidez como após a mesma, reforçando o papel de relevo que o enfermeiro detém quanto à transmissão de informação, podendo assim dar contributos importantes para a prestação de cuidados neste contexto específico, por meio de direcionar a focos de atenção da comunicação e da relação terapêutica, abrangendo todas as dimensões de cuidados aos utentes.

As possíveis limitações deste estudo de caso, referem-se à amostra de artigos utilizados, uma vez que foram incluídos apenas os artigos disponíveis on-line e gratuitamente, o que pode ter levado à não inclusão de alguns estudos relacionados à temática e também o facto da utente ter permanecido no Bloco de Partos durante cerca de 3 horas, o que impossibilitou a avaliação de algumas intervenções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M. C., Dores, J. & Ruas, L. (2017). Consenso "Diabetes Gestacional": Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1): 24-38. Retirado de: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/documentos-e-comunicacoes/consenso-diabetes-gestacional-atualizacao-2017-pdf.aspx>
- Araújo, P. H., Gregio, A. C., Scardua, J. L. & Trindade, C. R. (2021). Antidiabéticos orais no diabetes gestacional: revisão de literatura. *Femina*, 49(3):177-82. Retirado de: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1224087/femina-2021-493-p177-182-antidiabeticos-orais-no-diabetes-gest_CJXBSCO.pdf
- Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. & Wagner, C. M. (2018). *Nursing Interventions Classification*. Missouri: Elsevier.

Alterações do metabolismo numa gravidez gemelar: relato de caso

- CIPE. Classificação para a Prática de Enfermagem (2019). ICNP Browser. Retirado de: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Equator Network. (2019a). *CARE guidelines*. retirado de: <https://static1.squarespace.com/static/5db7b349364ff063a6c58ab8/t/5db7bf175f869e5812fd4293/1572323098501/CAREchecklist-English-2013.pdf>
- Equator Network. (2019b). Flow Diagram — *Case Reports following the CARE guidelines*. Retirado de: <https://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2013/09/CAREFlowDiagram-updated-2019.pdf>
- Fagundes, S. (2021). Sobre a gemelaridade e o processo de separação/individuação. *Revista Horizontes Psicanalíticos*, 52, 52-60. Retirado de: <https://clinicahorizontes.com.br/wp-content/uploads/Horizontes-Psicanaliticos.pdf#page=53>
- Gagnier, J. J., Kienle, G., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., Riley, D., & CARE Group. (2013). The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development. *Global advances in health and medicine*, 2(5), 38–43. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2013.008>
- Instituto Nacional de Estatística. INE. (2021). *Estatísticas da saúde 2019*. Lisboa: INE. Retirado de: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257483090&PUBLICACOESmodo=2
- Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na investigação de enfermagem*. Setúbal: Escola Superior de Saúde de Setúbal. Retirado de: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Resolução da Assembleia da República n.º 1/01 de 03 de janeiro (2001). Diário da República n.º 2/01, Série I-A. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Riley, D. S., Barber, M. S., Kienle, G. S., Aronson, J. K., von Schoen-Angerer, T., Tugwell, P., Kiene, H., ... Gagnier, J. J. (2017). CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *Journal of clinical epidemiology*, 89, 218–235. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. J. (2001). *O modelo de enfermagem: baseado nas atividades de vida diária*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Silva, J. M. F. (2018). *Prematuridade na gravidez gemelar*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto. Retirado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/114076/2/277656.pdf>
- Silva, M. M. D. J., Nogueira, D. A., Clapis, M. J., & Leite, E. P. R. C. (2017). Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51. Retirado de: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/VksFnnCm69jLxXp3PdVXYHC/?lang=pt>
- Silva, N., Oliveira, J., Berenguer, A., Graça, A., Abrantes, M., & Moniz, C. (2018). Morbidade na Prematuridade Associada à Restrição do Crescimento Fetal: Experiência de um Centro de Atenção Terciária. *Acta Médica Portuguesa*, 31(11), 648-655. doi: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.9599>
- Soares, A. M. R., Silva, F. B., Porto, G. C. L., De Almeida, L. C., Justiniano, V. B. & Esteves, A.P.V.S. (2019). Complicações materno-fetais de gestações gemelares. *Cadernos da Medicina-UNIFESO*, 2(1). Retirado de: <https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1310>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). *Restrição do Crescimento Fetal*. Retirado de: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/Consenso-RCF.pdf>
- Vicente, M. S. (2019). *Diabetes e gravidez: via e timing do parto* (Doctoral dissertation). Universidade de Lisboa. Retirado de: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/43289>

CONSULTAS DE ENFERMAGEM À DISTÂNCIA EM PORTUGAL: RECOMENDAÇÕES DE PERITOS

Remote nursing consultations in Portugal: recommendations from experts

Consultas de enfermagem a distancia en Portugal: recomendaciones de expertos

Georgina Pimentel*, João Neves**, Ana Rita Loureiro***, Filipa Ventura****, Ana Vieira*****, Ana Morais*****, Valter Amorim*****, Pedro Lopes*****, Ricardo Correia de Matos*****, Andréa Marques*****, Ricardo J. O. Ferreira*****

RESUMO

Enquadramento: a interrupção causada pela pandemia COVID-19 no acesso aos cuidados de saúde foi enorme. Muitos enfermeiros recorreram à consulta telefónica ou a outros meios digitais (telenfermagem) para mitigar o impacto na saúde das populações, não existindo recomendações para esta prática. **Objetivos:** definir recomendações para promover o desenvolvimento e uniformização da prestação de cuidados de telenfermagem em Portugal. **Metodologia:** projeto promovido pela Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros. Em primeiro lugar, realizou-se uma *quickreview* da literatura e um levantamento de necessidades e propostas através de um inquérito a enfermeiros e utentes. Formou-se então um Painel de Peritos (n=29) maioritariamente constituído por enfermeiros (referenciados por associações profissionais), mas também por representantes de associações de utentes, gestores, entre outros. Para cada recomendação desenvolvida foi estabelecido o nível de acordo (entre 1 e 10) e esta foi adotada se aprovada por ≥75% dos peritos. **Resultados:** consensualizaram-se 4 princípios gerais e 10 recomendações para a realização de telenfermagem. Denotam-se como principais preocupações o garante da segurança, qualidade, individualidade dos cuidados, o que requer a adequabilidade de meios humanos, técnicos e formativos/organizativos. **Conclusão:** estas são as primeiras recomendações para a prestação de telenfermagem, elaboradas por enfermeiros, utentes e outros stakeholders em saúde.

Palavras-chave: telenfermagem; enfermagem; estratégias de saúde; eSaúde

*RN, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal; Assistente Convocado da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - <https://orcid.org/0000-0001-5467-3399> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Critical revision of the article
 **MSc, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - <https://orcid.org/0000-0001-7374-2191> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Critical revision of the article
 ***MSc, em Enfermagem Médico-Quirúrgica - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - <https://orcid.org/0000-0001-5805-9409> - Author contribution: Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article
 ****PhD, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA-E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - <https://orcid.org/0000-0001-5722-5612> - Author contribution: Data analysis and interpretation, Critical revision of the article
 *****Licenciada em línguas, Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas - <https://orcid.org/0000-0003-1299-3137> - Author contribution: Critical revision of the article
 *****MSc, Presidente da Mesa da Assembleia Regional do Centro, Secção Regional do Centro, Ordem dos Enfermeiros - <https://orcid.org/0000-0002-3776-9409> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Critical revision of the article
 *****MSc, Conselho Jurisdiccional, Secção Regional do Centro, Ordem dos Enfermeiros Academic Degree - <https://orcid.org/0000-0002-3057-1205> - Author contribution: Critical revision of the article
 *****MSc, Conselho de Enfermagem, Secção Regional do Centro, Ordem dos Enfermeiros Academic Degree - <https://orcid.org/0000-0001-9968-8420> - Author contribution: Study conception and design, Data analysis and interpretation, Critical revision of the article
 *****MSc, conselho Diretivo, Secção Regional do Centro, Ordem dos Enfermeiros Academic Degree - <https://orcid.org/0000-0003-1299-3137> - Author contribution: Study conception and design, Data analysis and interpretation, Critical revision of the article
 *****PhD, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Serviço de Reumatologia - Consulta Externa, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, UICISA-E - <https://orcid.org/0000-0002-2026-9226> - Author contribution: Critical revision of the article
 *****PhD, Escola Superior de Lisboa, Research nurse IDNUR - <https://orcid.org/0000-0002-2517-0247> - Author contribution: Critical revision of the article

Autor de correspondência:

Georgina Pimentel
E-mail: georginaapimentel@gmail.com

Como referenciar:

Pimentel, G., Neves, J., Loureiro, A.R., Ventura, F., Vieira, A., Morais, A., Amorim, V., Lopes, P., Matos, R.C., Marques, & Ferreira, R.J.O., (2022). Consultas de enfermagem à distância em Portugal: recomendações de peritos. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 125-138

Recebido para publicação: 27/08/2021
Aceite para publicação: 29/04/2021

ABSTRACT

Background: the disruption caused by the pandemic COVID-19 in the access to health care was enormous. Many nurses used telephone consultation or other digital means (telenursing) to mitigate the impact on the population's health, but there are no recommendations for this practice. **Objectives:** to define recommendations to promote the development and standardization of the provision of telenursing care in Portugal. **Methodology:** project promoted by the Portuguese Nurses Board, Centre Region). First, a quick literature review and a survey of needs and proposals were conducted through a survey to nurses and users. An Expert Panel (n=29) was then formed, mainly composed of nurses (referred by professional associations), but also by representatives of user associations, managers, among others. For each recommendation developed, the level of agreement was established (between 1 and 10) and it was adopted if approved by ≥75% of the experts.

Results: consensus was reached on 4 general principles and 10 recommendations for conducting telenursing. The main concerns were the guarantee of safety, quality and individuality of care, which requires the adequacy of human, technical and training/organizational resources. **Conclusion:** these are the first recommendations for the provision of telenursing care, developed by nurses, users and other health stakeholders.

Keywords: telenursing; nursing; health strategies; eHealth

RESUMEN

Marco contextual: el trastorno causado por la pandemia COVID-19 en el acceso a la atención sanitaria fue enorme. Muchas enfermeras recurrieron a la consulta telefónica o a otros medios digitales (teleenfermería) para mitigar el impacto en la salud de las poblaciones, y no hay recomendaciones para esta práctica. **Objetivos:** definir recomendaciones para promover el desarrollo y la estandarización de la teleenfermería en Portugal. **Metodología:** en primer lugar, se realizó una rápida revisión de la literatura y una encuesta de las necesidades y propuestas a enfermeras y usuarios. A continuación, se formó un Panel de Expertos (n=29), compuesto principalmente por enfermeros, pero también por representantes de asociaciones de usuarios, gestores, entre otros. Para cada recomendación elaborada, se estableció el nivel de acuerdo (entre 1 y 10) y se adoptó si aprobada por ≥75% de los expertos. **Resultados:** se llegó a un consenso sobre 4 principios generales y 10 recomendaciones en teleenfermería. Las principales preocupaciones son la garantía de la seguridad, la calidad y la individualidad de los cuidados, que requieren la adecuación de los medios humanos, técnicos y formativos/organizativos. **Conclusión:** se trata de las primeras recomendaciones para la prestación de la teleenfermería, elaboradas por enfermeros, usuarios y otros agentes sanitarios.

Palabras clave: teleenfermería; enfermería; estrategias de salud; eSalud

INTRODUÇÃO

A pandemia provocada pelo novo coronavírus SARS-cov2 colocou desafios sem precedentes em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde. Em Portugal, o despacho n.º 5314/2020 de 7 de Maio de 2020, determinou que os órgãos dirigentes das entidades prestadoras de cuidados de saúde primários e hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) devem assegurar a identificação e reagendamento de toda a atividade assistencial programada não realizada por força da pandemia. Adicionalmente, estabelece que a realização da atividade assistencial deva ocorrer com recurso a meios não presenciais, utilizando mecanismos de telessaúde, exceto quando tal não for clinicamente adequado ou tecnicamente possível.

O recurso às consultas de enfermagem à distância surgiu como estratégia primordial para mitigar o impacto no acesso aos cuidados de enfermagem neste período, não se sabendo ainda como serão os próximos anos. Ainda que significativamente potenciada pelos desafios trazidos pela Pandemia COVID-19, importa salientar que a telenfermagem era já uma realidade que deverá subsistir, desenvolver-se e otimizar-se continua e sistematicamente para além da pandemia.

Este estudo tem como objetivo principal definir recomendações para promover o desenvolvimento e uniformização da prestação de cuidados em telenfermagem em Portugal

ENQUADRAMENTO/ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A telessaúde, tal como definida pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) é “uma solução inovadora e sustentável que

contribui para a estratégia de transformação digital, através do princípio da aproximação do cidadão à saúde via resolução de desigualdades geográficas, melhoria do acesso aos cuidados de saúde e garantia de um acompanhamento mais continuado e articulado entre os diferentes níveis de cuidados, contribuindo, assim, para uma maior eficácia e eficiência do Serviço Nacional de Saúde” (SPMS, 2019, p. 22).

O primeiro documento estratégico na área da telessaúde para o Sistema Nacional de Saúde e não apenas para o SNS foi publicado em 2019: o “Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde” (SPMS, 2019). Este documento apresenta vários conceitos relevantes, como a teleconsulta, telemonitorização, telerastreio, telereabilitação ou teleformação.

A Teleconsulta pode definir-se como “uma consulta na qual o profissional de saúde, à distância e com recurso às tecnologias de informação e comunicação, avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde” (SPMS, 2019, p. 38). A Teleconsulta pode acontecer em tempo real (Síncrona), simulando a consulta presencial, ou em tempo diferido (Assíncrona), onde são analisados dados recolhidos em momentos anteriores.

Assim, a telenfermagem refere-se ao uso das tecnologias da informação e comunicação (TIC) na prestação de cuidados de enfermagem, nos quais o enfermeiro interage com o cidadão de forma remota, com o intuito de prevenir, avaliar, diagnosticar e intervir. O enfermeiro inicia a prática de enfermagem através da interação com o utente, recolhendo eletronicamente informação sobre o seu estado de saúde/doença, iniciando intervenções e planos de cuidados, monitorizando e registando o resultado

dessas intervenções. Engloba a teleconsulta a telemonitorização, telereabilitação, tele-rastreio, entre outras atividades previstas no âmbito do desígnio profissional do enfermeiro (OE, 2021; SPMS, 2019).

A OMS adotou uma noção bastante ampla, segundo a qual a *teleconsulta* consiste na prestação de serviços de saúde à distância, por meio de tecnologias da informação e da comunicação, em que o profissional de saúde e o utente não estão presentes fisicamente no mesmo local (OMS, 2019). Contudo, a doutrina jurídica costuma distinguir entre telemedicina (práticas de atos médicos em sentido estrito) e telessaúde (*eHealth*) a abranger não só a *telenfermagem* (*telenursing*) e a telemonitorização por outros profissionais de saúde, como até “outros serviços, como os portais de informação de saúde, as farmácias *online*, as bases de dados eletrónicas e a prescrição e transmissão eletrónica de receitas médicas” (Pereira, 2015, p. 67).

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Quais são os fatores promotores e barreiras à implementação e desenvolvimento das consultas de enfermagem à distância em Portugal? Que princípios e recomendações são considerados essenciais para a promoção do desenvolvimento e uniformização da prestação deste tipo de consultas?

METODOLOGIA

Para a elaboração destas recomendações realizou-se um estudo transversal, através do método *Delphi* com a constituição de um grupo de peritos, informado por uma revisão da literatura e por um inquérito online a

doentes e enfermeiros, coordenado e promovido pela Estrutura para Qualidade, Inovação, Investigação e Promoção da Saúde (EQUIPS) da Secção Regional do Centro da OE. Formou-se um grupo coordenador, composto por nove pessoas com diferentes áreas de atividade, incluindo um representante dos utentes. Este grupo foi responsável pelo desenho e implementação do projeto, que seguiu os seguintes passos metodológicos:

- 1) Identificação dos peritos, nomeadamente através da recomendação dos mesmos pelas associações de enfermagem mais representativas da profissão, que tivessem experiência na utilização destas ferramentas e de associações representativas de pessoas com doença crónica, peritos em comunicação por vídeo, tecnologias da informação (nomeadamente dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde), gestores, e em direito em saúde, bem como membros do órgão regulador da profissão (n=29).
- 2) “Inquérito de necessidades e propostas” acerca das consultas de enfermagem à distância, destinado sobretudo a utentes e enfermeiros (*detalhes mais abaixo*).
- 3) Revisão breve da literatura sobre recomendações em telenfermagem em resposta à pandemia COVID-19, realizada na *PubMed* (*detalhes mais abaixo*).
- 4) Primeira reunião de Peritos (15 Outubro de 2020) para auscultação de necessidades e perspetivas sobre que tipo de informação deveria ser apresentada e discutida no documento final. Com base nos pontos discutidos nesta reunião aferiu-se a pesquisa e o enquadramento da problemática.
- 5) Elaboração de documento preliminar. O grupo

coordenador redigiu uma primeira proposta de cinco princípios e de 11 recomendações, sustentando a sua fundamentação com suporte jurídico.

6) Segunda (e terceira) reunião de peritos (23 e 27 Novembro de 2020) para otimizar a redação e votar a concordância com os princípios e recomendações elaborados.

7) Concordância final com as recomendações, com circulação por e-mail da versão final dos quatro princípios e 10 recomendações para aferição final.

8) Ratificação do documento. Foi elaborado o documento final, que foi revisto por todos os peritos e ratificado pelas associações representadas.

9) Período para auscultação pública. O documento construído e revisto foi divulgado nos canais mediáticos adequados da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros (newsletters, redes sociais, página oficial da internet), ficando em auscultação pública (de 22 de Dezembro de 2020 a 8 de Janeiro de 2021) a fim de serem recolhidos os contributos de todos os interessados. Os contributos recebidos foram integrados na versão final do Guia de Recomendações.

Revisão da Literatura

Foi realizada uma rapid review (Garritty et al, 2021) no motor de busca PubMed (desde 1 Janeiro de 2020 até 30 de Setembro de 2020), para responder à pergunta: “Que recomendações existem para orientar a prática da telenfermagem em resposta à Pandemia COVID-19?”. Utilizou-se a seguinte fórmula de pesquisa: ("recommendations"[Title] OR "points to consider"[Title] OR guidelines[Title] OR principles[Title] OR position[Title] OR "white paper"[Title] OR orientations[Title]) AND ("tele-nursing"[Title/Abstract] OR "telehealth

nursing"[Title/Abstract] OR "teleconsult*"[Title/Abstract] OR telehealth[Title/Abstract] OR telemedicine[Title/Abstract] AND (COVID-19[Title/Abstract]) OR (coronavirus*[Title/Abstract]) OR (SARS-CoV-2[Title/Abstract])). Foram obtidos 66 artigos, 36 dos quais foram excluídos por não apresentarem recomendações ou orientações criadas para o efeito. No final, foram incluídos 30 estudos a partir dos quais se extraíram os dados (métodos e resultados), sob a forma de síntese narrativa. Esta síntese foi apresentada em detalhe aos peritos aquando da primeira reunião para ajudar a identificar que tipo de informação deveria ser apresentada e discutida na segunda fase do processo de elaboração das recomendações.

Inquérito de necessidades e propostas

Considerou-se ainda essencial fazer um levantamento da realidade vivida pelos enfermeiros e utentes portugueses, relativamente à realização de consultas de enfermagem à distância. O grupo coordenador elaborou para esse efeito um inquérito que incluía questões de caracterização dos participantes e três questões abertas que visaram conhecer as dúvidas, dificuldades e sugestões para a implementação da telenfermagem. Os critérios de inclusão foram ter efetuado (enfermeiros) ou ter utilizado (utentes e cuidadores) este tipo de consultas, independentemente do meio usado para o efeito (telefone ou outro). A Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros divulgou inquérito *online* através da sua *newsletter*, *website*, correio eletrónico e redes sociais, entre o dia 8 e 27 de Setembro de 2020. Os dados foram tratados de forma descritiva e com recurso à técnica de análise de conteúdo.

Obtiveram-se 99 respostas: 86% enfermeiros (58% de

cuidados de saúde primários e 34% dos cuidados hospitalares, 8% outros; 47% cuidados gerais, 39% cuidados especializados, 14% outros), 10% utentes, 3% cuidadores e 1% investigador. Da análise de conteúdo resultaram as duas categorias: dificuldades e dúvidas. Como principais dificuldades foram apontadas: falta de recursos tecnológicos (19%); sensação de impessoalidade ou ausência de contacto visual (17%); falta de capacidade e/ou recursos dos utentes (14%); falta de experiência do profissional (12%); questões organizacionais, tempo, trabalho em equipa (6%); não aceitação pelo utente (5%); dificuldade de validação da informação transmitida aos utentes (5%); falta de normativos ou orientações de boa prática (3%); problemas na validade dos dados transmitidos pelos utentes (3%).

Em termos de dúvidas (reportadas por 76% dos participantes), identificaram-se maioritariamente: capacidades dos utentes para participar neste tipo de consulta (14%), validade legal da consulta (13%), conteúdos a abordar e registos (12%), privacidade e proteção de dados (9%), obstáculo relacionado com a dimensão prática dos cuidados (8%), meios técnicos na ótica do profissional (7%), falta de formação do profissional (6%), validade dos dados avaliados pelo utente (3%), satisfação do utente (2%) e aceitação pelos utentes (1%).

Delphi

Para decidir que princípios gerais e recomendações deveriam constar no documento final, seguiram-se as orientações descritas por van der Heijdeet al.

(2014). Na primeira reunião realizou-se um debate aberto, sem votações. As votações foram realizadas no decorrer das segunda e terceira reuniões, e por correio eletrónico após estas. Assim, foi seguido o seguinte processo: i) era apresentada a formulação do princípio/recomendação, que era alvo de breve debate aberto, ii) seguia-se um primeiro voto (sim/não) relativamente à concordância com a sua inclusão no documento e se $\geq 66\%$ dos peritos votasse sim, mantinha-se em debate; iii) era então discutida um pouco mais a recomendação, reformulando-se a sua escrita, se necessário, votando-se após isso de 1 (discordo totalmente) a 10 (concordo totalmente) o nível de concordância, sendo que se $\geq 75\%$ dos peritos respondessem entre 8 a 10, se mantinha para a fase seguinte). Após estas reuniões, deixou-se cair uma recomendação. Por fim, os peritos classificaram a sua concordância (de novo de 1 a 10) com cada princípio e cada recomendação por via inquérito digital, com oportunidade para comentar. Deste inquérito resultou a eliminação de um princípio.

RESULTADOS

Definiram-se quatro princípios e 10 recomendações (Tabela 1). Verificou-se uma média do nível de concordância a variar entre 9,0 e 9,7. Em apenas uma recomendação (R8 – envio de plano terapêutico para o utente após consulta) a proporção de peritos a votar ≥ 8 foi inferior a 90%. Segue-se o enquadramento de cada uma das recomendações, analisando aspetos mais específicos de cada uma.

Tabela 1

Princípios e Recomendações para as consultas de Enfermagem à distância/Telenfermagem em Portugal.

Princípios	Nível concordância (1-10) (N=30)	
	Média (DP)	% resp. ≥8
P1. O uso das tecnologias da informação e comunicação (TIC) na saúde têm o potencial para melhorar o acesso e otimizar o atendimento e a proximidade dos utentes aos cuidados de enfermagem.	9,3 (1,0)	93%
P2. O uso das TIC na saúde deve cumprir os padrões de qualidade da prática de enfermagem, baseando-se nas características e necessidades do utente, na melhor evidência científica disponível e nas competências do profissional, tendo por base os normativos legais e os referenciais deontológicos vigentes na Enfermagem em Portugal.	9,6 (0,6)	100%
P3. O uso das TIC na saúde deve salvaguardar sempre a segurança das informações, assegurando a privacidade e a confidencialidade.	9,7 (0,6)	100%
P4. A utilização das TIC em saúde permite a interação à distância do enfermeiro com o utente/grupo/cuidador, bem como a consultoria entre profissionais de saúde.	9,7 (0,5)	100%
Recomendações	Nível concordância (1-10) (N=30)	
	Média (DP)	% resp. ≥8
R1. As instituições dos diferentes níveis e contextos de cuidados de saúde devem garantir a utilização das TIC em saúde pelos enfermeiros, assegurando o acesso a equipamentos adequados e a formação para a sua utilização.	9,7 (0,5)	100%
R2. Cada contexto de prestação de cuidados deve possuir um procedimento onde constem os critérios e normas para a realização da telenfermagem.	9,7 (0,5)	100%
R3. As instituições de saúde devem estabelecer parcerias com outras entidades, a fim de melhorar a equidade no acesso aos serviços prestados à distância e promover a literacia digital em saúde.	9,6 (0,6)	100%
R4. O enfermeiro deve informar o utente, em contacto prévio, do objetivo e do modo de funcionamento da consulta à distância e obter o seu consentimento informado, de acordo com a legislação vigente.	9,6 (0,6)	100%
R5. O enfermeiro e o utente, num processo de decisão partilhada, devem decidir quais as ferramentas mais adequadas, entre as existentes, a utilizar em telenfermagem.	9,0 (1,3)	90%
R6. Sempre que o enfermeiro considere que a informação fornecida pelo utente, de forma telemática, não é clara ou suficiente para a tomada de decisão clínica, deve encaminhar para outra forma de cuidado.	9,5 (0,5)	100%
R7. Todos os cuidados em telenfermagem devem ser devidamente documentados no processo do utente, de acordo com o modelo de registo da instituição.	9,7 (0,4)	100%
R8. Após a consulta de telenfermagem deve ser enviado o plano terapêutico para o utente ou pessoa por si designada, utilizando o meio previamente acordado.	9,0 (1,3)	87%
R9. Ao usar as TIC na saúde, o enfermeiro deve atender ao valor terapêutico da comunicação com o utente e recriar o ambiente propício para a sua concretização.	9,3 (1,7)	97%
R10. O modelo de financiamento e de organização da telenfermagem deve ser continuamente avaliado com vista a permitir maior integração, segurança e efetividade dos cuidados de enfermagem nas instituições de saúde.	9,7 (0,5)	100%

R1: *“As instituições dos diferentes níveis e contextos de cuidados de saúde devem garantir a utilização das TIC em saúde pelos enfermeiros, assegurando o acesso a equipamentos adequados e a formação para a sua utilização”*

Na medida em que a prestação de cuidados de saúde à distância é, plenamente, prestação de cuidados de saúde em si mesma, as unidades de saúde que a promovam têm de respeitar todos os requisitos legais de funcionamento, designadamente os definidos pelo Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro de 2017. Como estratégia de implementação adequada da telenfermagem, deve cada instituição promover uma rede de dinamizadores internos da utilização das TIC em Saúde pelos enfermeiros.

Os meios e utensílios para a prática da *teleconsulta/telenfermagem* em contexto institucional devem ser os meios da instituição e deverão existir em variedade de características (telefones, vídeo, aparelhos de monitorização, etc), com vista a permitir uma adequação às necessidades dos utentes. A menos que exista estipulação contratual em contrário, os instrumentos de trabalho respeitantes a TIC utilizados pelo trabalhador são proporcionados pelo empregador e pertencem-lhe.

No caso previsto no parágrafo anterior, todos os dados pessoais e contactos do utente devem ser extraídos daqueles meios pessoais para o processo clínico, devendo ser imediatamente eliminados de forma permanente após este procedimento, uma vez que já estarão devidamente registados.

R2: *“Cada contexto de prestação de cuidados deve possuir um procedimento onde constem os critérios e normas para a realização da telenfermagem”*

Ao utente deve ser sempre garantida a possibilidade de aceder a uma consulta presencial, prevendo-se um protocolo de encaminhamento para a via presencial. Idealmente, o primeiro contacto com o utente deve ser presencial.

É sempre recomendável que as unidades de saúde e os profissionais que, concretamente, prestem atos clínicos e/ou de monitorização e acompanhamento de utentes por vias telemáticas, construam um procedimento interno com os termos e condições de prestação daqueles atos, para que haja uma harmonização das práticas entre profissionais. Este procedimento interno deve prever: em que circunstâncias as consultas à distância preterem a consulta presencial; como se garante a liberdade do enfermeiro em não utilizar meios telemáticos e como se efetua a gestão de recursos humanos nesta eventualidade; quais os dados a recolher, onde ficam depositados, e quem e como terá acesso a esses dados; como funciona o acesso ao processo clínico à distância (quer por parte dos vários profissionais implicados no tratamento, quando não se encontrem fisicamente nas instalações hospitalares, quer por parte do utente que solicite a sua informação clínica, resultante de consultas à distância); que meios se encontram à disposição do enfermeiro para estas consultas e como devem solicitá-los e utilizá-los, e em que circunstâncias é admissível que recorram a meios próprios (por exemplo, utilizem o seu próprio telemóvel ou a sua conta de *e-mail* pessoal), salvaguardando as relações jurídicas com a instituição de saúde; quais as boas práticas de informação e obtenção do consentimento informado neste âmbito específico; como funciona a transição da consulta à

distância para a consulta presencial, designadamente em caso de urgência (i.e. que meios são acionados e como se garante que não há interrupções significativas na cadeia de prestação de cuidados). Este procedimento deverá contemplar indicadores de avaliação, dentro dos quais a satisfação do utente, sendo revisto periodicamente, de acordo com a avaliação realizada.

R3: “As instituições de saúde devem estabelecer parcerias com outras entidades, a fim de melhorar a equidade no acesso aos serviços prestados à distância e promover a literacia digital em saúde”

O Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde (PENTS) 2019-2022 (SPMS, 2019, p. 18) refere, na sua “Medida 2”, que se deve “tornar a Telessaúde num meio para a criação de sinergias”, onde se vise a avaliação de alianças que permitam melhorar o acesso aos cuidados de saúde pela sua proximidade, permitindo colmatar as barreiras comunicacionais, de isolamento geográfico ou de insuficiência de recursos tecnológicos.

Por entidades parceiras entende-se instituições, organizações ou associações dos serviços de saúde, educação ou social, de domínio público ou privado, com ou sem fins lucrativos (ex.: associações de utentes, escolas, Instituições Privadas de Solidariedade Social – IPSS, empresas de comunicação e tecnologia), mas também órgãos de executivo autárquico ou local (ex.: juntas de freguesia, câmaras municipais). Para o estabelecimento destas parcerias deve ser garantida a utilização de equipamentos com padrões de segurança e protecção adequados.

As parcerias com outras entidades podem contribuir para a capacitação dos utentes, tanto no âmbito de

ações de promoção da literacia em saúde e da literacia digital em saúde, como na disponibilização de recursos, meios e apoio para o acesso a serviços à distância, no contexto da telessaúde em geral, e da telenfermagem em particular.

R4: “O enfermeiro deve informar o utente, em contacto prévio, do objetivo e do modo de funcionamento da consulta à distância e obter o seu consentimento informado, de acordo com a legislação vigente”

O consentimento informado das pessoas maiores e capazes deve cumprir a legislação em vigor, bem como as Normas de Orientação Clínica emanadas pela Direção Geral da Saúde.

Segundo a norma nº15/2013 da DGS, atualizada em 4/11/2015, o processo de informação e consentimento informado deve ficar registado e fundamentado no processo clínico.

O Consentimento informado deve ser prestado por escrito quando haja i) gravações dos utentes em suporte audiovisual: fotografia, vídeo ou apenas som e ii) quando se pratiquem quaisquer atos próprios da medicina ou enfermagem por via telemática: teleconsulta, telerrastreio, telemonitorização, telerradiologia e telecirurgia (Norma n.º 010/2015 DGS).

Assim, é essencial que o utente expressamente consinta na consulta telemática, antes da mesma ter lugar – sendo bastante um “tick” (i.e. assinalar com cruz numa caixa) expresso e que exija uma ação informática, podendo surgir uma janela (*pop-up*) a explicar que deu o consentimento e que tem o direito de o revogar e desistir da consulta a qualquer momento. Em alternativa, um *sms* ou e-mail, em que o

utente confirme ter conhecimento de que vai ser consultado por meios telemáticos será suficiente.

Depois, já em contexto de consulta, é aconselhável uma referência expressa, ainda que breve, ao modo como os atos de enfermagem irão decorrer (*modus operandi*), sobretudo se for o primeiro encontro utente-profissional, e com maior relevância quando não tenha sido o utente a proceder à marcação da consulta.

R5: *“O enfermeiro e o utente, num processo de decisão partilhada, devem decidir quais as ferramentas mais adequadas, entre as existentes, a utilizar em telenfermagem”*

O processo de decisão partilhada entre o profissional de saúde e o utente é definido como um processo em que ambos os elementos partilham informações e preferências de tratamento e concordam com um plano terapêutico (Peek et al., 2009). A Agência para a Investigação e Qualidade dos Cuidados de Saúde (2014) desenvolveu uma abordagem simples mas útil, usando o acrónimo SHARE (*Seek, Help, Assess, Reach Evaluate*), para designar cinco etapas principais: 1) Procurar a participação do utente, 2) Ajudar o utente a explorar e comparar opções (de tratamento), 3) avaliar os valores e preferências do utente, 4) tomar uma decisão com o utente, e 5) Avaliar a decisão do utente. Especificamente ao assunto em apreço, ao enfermeiro aplica-se o dever de informação sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter, atendendo às TIC da instituição e aos recursos do utente e da comunidade. O enfermeiro deve ainda saber usar diferentes TIC para facilitar e ajudar na escolha do cidadão (OE, 2015).

R6: *“Sempre que o enfermeiro considere que a*

informação fornecida pelo utente, de forma telemática, não é clara ou suficiente para a tomada de decisão clínica, deve encaminhar para outra forma de cuidado”

A prestação de cuidados de telenfermagem deve obedecer aos princípios do cuidado, da confiança, da beneficência e da não maleficência a que obedecem os atos presenciais. Por conseguinte, o enfermeiro que usa os meios de teleconsulta e não observa presencialmente o utente, deve avaliar cuidadosamente a informação recebida, só podendo emitir recomendações ou tomar decisões se a informação recebida for suficiente, adequada e relevante.

Cada profissional tem liberdade e completa independência de decidir se utiliza ou recusa a teleconsulta, em cada situação concreta. Do mesmo modo, o profissional que executa a teleconsulta não é obrigado a emitir juízo profissional se não tem conhecimento ou suficiente informação do utente para emitir um parecer fundamentado, mas, caso o emita, é responsável por ele.

R7: *“Todos os cuidados em telenfermagem devem ser devidamente documentados no processo do utente, de acordo com o modelo de registo da instituição”*

Todo o utente tem direito a um processo clínico individual, completo, atualizado e confidencial. No processo devem constar registos de todos os contactos com o utente e sua descrição, ainda que breve.

Cada processo clínico deve conter toda a informação clínica disponível que diga respeito ao utente, devendo ser a informação inserida pelo enfermeiro, independentemente da forma como são prestados os atos, presencial ou à distância.

R8: *“Após a consulta de telenfermagem deve ser enviado o plano terapêutico para o utente ou pessoa por si designada, utilizando o meio previamente acordado”*

Tal como nas consultas presenciais, também nas consultas à distância deve ser facultado ao utente uma síntese escrita do plano terapêutico individualizado, bem como panfletos existentes sobre os focos de atenção abordados, na medida em que a informação oral transmitida durante a consulta facilmente é esquecida ou mal-interpretada. Utilizando meios digitais, é ainda mais fácil partilhar *websites* de interesse (nomeadamente de associações de utentes), bem como vídeos ou outros materiais que facilitam e complementam o que foi transmitido e debatido na consulta. Esta informação pode ser partilhada por correio eletrónico, correio postal, ou outras formas disponíveis.

R9: *“Ao usar as TIC na saúde, o enfermeiro deve atender ao valor terapêutico da comunicação com o utente e recriar o ambiente propício para a sua concretização”*

É muito importante ter em conta que a utilização de meios telemáticos na prestação de cuidados de saúde aos utentes é um meio subsidiário e não pode preterir o contacto direto com a pessoa, que permite: 1) o *feedback* háptico (palpação), 2) a perceção sensorial relevante (visualização pormenorizada, perceção dos odores e dos ruídos, etc.), e 3) a criação de uma maior proximidade existencial e de relação.

Para evitar prejudicar a comunicação, essencial na realização de cuidados de enfermagem, o enfermeiro a utilizar as TIC terá de manter-se sensível à situação do outro, criando um vínculo e promovendo o

respeito, numa perspetiva de diálogo e de necessidades partilhadas. Por conseguinte, o enfermeiro atuará no sentido de tornar o ambiente mais agradável e menos tenso, proporcionando ao utente um atendimento mais seguro e afetuoso, aliando a competência técnica à relação humana (American Nurses Association, 2019). O enfermeiro deve utilizar as suas habilidades comunicacionais como meio para compreender a história de vida, o modo de ser e de agir do utente, bem como percebê-lo como ser humano em todas as suas dimensões e manifestações. É fundamental a adoção de uma postura empática e compreensiva, aceitação desprovida de julgamentos, postura não-diretiva, manutenção do contato visual (videochamada), autenticidade, flexibilidade, comprometimento, tolerância e interesse, favorecendo verbalizações acerca de pensamentos e sentimentos e dando espaço para a realização de perguntas.

R10: *“O modelo de financiamento e de organização da telenfermagem deve ser continuamente avaliado com vista a permitir maior integração, segurança e efetividade dos cuidados de enfermagem na instituições de saúde”*

As instituições de saúde devem contribuir para uma prática baseada na evidência e uma prestação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade e segurança. A promoção da evidência sistematizada e sistemática dos indicadores resultantes da intervenção por via do uso das TIC na saúde pode possibilitar a contínua avaliação e estudo dos aspetos relacionados com a metodologia, bem como a sua divulgação.

Ao longo dos últimos anos têm sido desenvolvidos enquadramentos legais e estratégicos para o

desenvolvimento dos cuidados de saúde à distância, ainda que exista um hiato legislativo para a atuação e regulação do enfermeiro na telenfermagem: i) De referir o Despacho n.º 3570/2013, que veio determinar que os serviços e estabelecimentos do SNS deveriam intensificar a utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação, de forma a promover o fornecimento de serviços de Telemedicina – com efeito, o mencionado centra a sua nomenclatura na atuação do médico nesta resposta; ii) De salientar ainda a criação de Normas de Orientação Clínica (NOCS), pela Direção-Geral da Saúde, como a Norma n.º 010/2015 – Modelo de Funcionamento das Teleconsultas.

DISCUSSÃO

Esta foi a primeira iniciativa que visou definir recomendações para promover o desenvolvimento e uniformização da telenfermagem no contexto de prestação de cuidados portugueses. Com elevado grau de concordância, o Painel de Peritos definiu quatro princípios que deverão sustentar a implementação de dez recomendações na prática da telenfermagem. Neste processo, denotam-se como principais preocupações o garante da segurança, qualidade, e centralidade dos cuidados na pessoa. Tal garantia requer o desenvolvimento e implementação de uma estratégia de telenfermagem necessariamente alinhada com o PENTS e que abarque a adequabilidade de meios humanos, técnicos e formativos/organizativos.

A Telenfermagem apresenta-se como uma abordagem promotora da proximidade entre Enfermeiros e Utentes/ Prestadores de Cuidados, e entre Enfermeiros e outros Profissionais de Saúde. Está

englobada no conceito da OMS para a e-Saúde, que pretende reduzir a desigualdade no acesso e reforçar o poder do cidadão, através de uma maior disponibilidade, acessibilidade, comodidade, celeridade e humanização dos serviços. Já se praticava antes da pandemia, mas esta potencializou o seu crescimento com a necessidade de proximidade à pessoa que carece de cuidados.

As TIC permitem melhorar o acesso aos cuidados de saúde, colmatando barreiras comunicacionais, de isolamento geográfico ou de insuficiência de recursos de saúde. Neste sentido, o Guia de Recomendações para a Telenfermagem partilha os princípios fundamentais e orienta para esta prática, de modo a serem cumpridas e respeitadas na relação entre o Enfermeiro e o Utente, mantendo a confiança mútua, a independência de opinião do profissional, a autonomia do utente e a confidencialidade. Pretendemos que este guia seja uma ferramenta de apoio em contexto de pandemia, mas também futuramente, no sentido de complementar a atividade assistencial, sempre que se entenda como útil, e manter um plano de cuidados mais inclusivos e céleres. Para a centralidade dos cuidados na pessoa, garantindo assim a individualidade, humanização e satisfação efetiva das necessidades da pessoa de acordo com as suas prioridades, é essencial que os registos de enfermagem sejam parte integrante das informações que sistematicamente são colhidas e compiladas. A documentação da consulta de enfermagem é por isso fundamental, no sentido de permitir a continuidade de cuidados e a promoção da melhoria dos registos eletrónicos de dados de saúde e a sua partilha a nível nacional, sendo uma ferramenta

indispensável à eficácia e eficiência dum sistema de saúde moderno. Espera-se que as notas de alta/transferência contemplem obrigatoriamente os dados, devendo as mesmas estar em condições de ser acedidas, em formato digital, pelos profissionais de saúde habilitados para o efeito, através do Registo de Saúde Eletrónico (RSE). É incontornável a cooperação entre os Enfermeiros da comunidade e de outras estruturas de cuidados e os enfermeiros dos hospitais, sendo um fator decisivo para o sucesso de modelos geradores de confiança da população, satisfação dos doentes e melhores resultados na gestão integrada do doente com doença aguda ou crónica.

O desenvolvimento de uma estratégia de telenfermagem promotora da integração das TIC de forma continua no quotidiano dos enfermeiros será necessariamente um esforço colaborativo, organizado e sistemático entre os vários atores dos diferentes níveis de gestão do sistema de saúde. À semelhança de outros países europeus em que tais estratégias têm vindo a ser implementadas para promover a participação do utente e familiares nos cuidados (Finnish Nurses Association, 2016), a enfermagem em Portugal poderá beneficiar de um documento onde se identificam pré-requisitos e competências para a concretização de cuidados de enfermagem com o apoio da tecnologia digital.

Estas recomendações foram já divulgadas e debatidas em *webinars* mas mais iniciativas são necessárias para a sua disseminação e efetiva implementação. Existem limitações que podem ser colmatadas no futuro, nomeadamente a melhoria da revisão da literatura realizada ou a avaliação das dificuldades no contexto prático (auditorias). Esta iniciativa teve como

principais pontos fortes a promoção por parte do órgão regulador da profissão e a participação de um grupo de peritos diversificados, nomeado por associações que posteriormente ratificaram o documento.

CONCLUSÃO

Este estudo tem limitações que devem ser reconhecidas. Sendo esta uma área de investigação relativamente nova, as atuais recomendações são apenas parcialmente apoiadas por investigação. Nenhum dos estudos encontrados faz referência a necessidade prévia de avaliar a capacidade dos utentes de usarem a tecnologia necessária para realizar telenfermagem e este é um aspeto a considerar na investigação futura. Outra limitação é que nenhum dos estudos incluídos abordava a segurança e potenciais efeitos adversos das intervenções de telessaúde. Além disso, o tempo de seguimento foi geralmente curto (< 1 ano), portanto, não é possível tirar quaisquer conclusões sobre os efeitos a longo prazo ou potenciais danos das intervenções da telessaúde.

As recomendações produzidas já foram disseminadas e já estarão a ser aplicadas no contexto da prática. Para efeitos de disseminação do trabalho foram desenvolvidos um manual bem como um algoritmo de apoio à telenfermagem que se espera sirvam de apoio à implementação desta boa prática de forma sistemática e padronizada. Esta publicação vem fortalecer a sua disseminação e desenvolvimento. A próxima etapa deste projeto será a avaliação da aceitabilidade e resultados de processo e efetividade da telenfermagem implementada de acordo com

estes princípios e recomendações, entre as partes interessadas.

Concluindo, para que a telenfermagem seja um recurso efetivo para aproximar os serviços de saúde do cidadão no seu domicílio, com os demais ganhos em saúde para a pessoa e económicos para o SNS, importa que haja o envolvimento de todos os stakeholders na sua implementação e o respeito pela preferência e segurança do utente. Em última análise, a telenfermagem é um complemento para a prestação de cuidados de saúde sem prejuízo do contato presencial que o utente poderá necessitar ou o enfermeiro entender seguro.

AGRADECIMENTOS

Este documento não teria sido possível sem a participação dos peritos a quem agradecemos, bem como às associações que os referenciaram: Ana Elisabete Ferreira (Perita em Direito em Biomedicina, Advogada), Carlos Sequeira (Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, SPESM), Cristina Martins (Associação de Enfermeiros de Cuidados Saúde Primários, APECSP), Elsa Mateus (Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas (LPCDR), Isabel Correia (Associação de Enfermeiros de Cuidados Saúde Primários, APECSP), João Fernandes (Grupo de Apoio ao Promotor Interno da Telemedicina (PIT), Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE), José Hermínio Gomes (Associação de Enfermeiros de Cuidados Saúde Primários, APECSP), José Lopes (Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, APAH), Lídia Vidigueira (Associação Portuguesa de Enfermagem Pediátrica e Neonatal, APEPEN), Liliana Gonçalves (Associação Nacional de

Cuidadores Informais, ANCI), Manuela Ferreira (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, APEO), Maria Lurdes Serrabulho (Associação Protectora dos Diabéticos em Portugal, APDP), Mariana Silva (Perita Vídeo, Mondeguitta Produções), Octávio Ferreira (Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação, APER), Patrícia Loureiro (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, SPMS), Paula Ramos (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL), Rafael Franco (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, SPMS).

Agradecemos também aos peritos selecionados, que se voluntariaram a participar: Ana Bandeirinha (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte - CHLN, EPE), João Gentil (Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego), Maria Pereira Costa (Cuidadora Informal).

Agradecemos ainda os contributos enviados durante o período de consulta pública pelos colegas: Anabela Salgado Serra, Ândrea Figueiredo, Dora Lêdo, Paulo Matos, Rui Macedo, e Vera Bizarro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência para a Investigação e Qualidade dos Cuidados de Saúde. (2014). *"The SHARE Approach. Essential Steps of Shared Decision making: Quick Reference Guide"*. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/education/curriculum-tools/shareddecisionmaking/tools/tool-1/share-tool1.pdf>
- AmericanNursesAssociation.(2019). *ANACorePrincipleson ConnectedHealth*. <https://www.nursingworld.org/~4a9307/globalassets/docs/ana/practice/ana-core-principles-on-connected-health.pdf>
- Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro de 2017. *Diário Da República n.º 30 - I Série*. Ministério da Saúde. <https://files.dre.pt/1s/2017/02/03000/006940>

[0720.pdf](#)

Despacho n.º 3570/2013 de 6 de março 2013. *Diário Da República n.º46, II Série*. Ministério da Saúde. <https://files.dre.pt/2s/2013/03/046000000/0832508326.pdf>

Despacho n.º 5314/2020 de 7 de Maio 2020. *Diário Da República n.º89/2020, II Série*. Ministério da Saúde. <https://files.dre.pt/2s/2013/03/046000000/0832508326.pdf>

FinnishNursesAssociation. (2016). *eHealth strategy of the Finnish Nurses Association 2015–2020*. https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/eHealth_RAPORTTI-ENGLANTI.pdf

Garritty, C., Gartlehner, G., Nussbaumer-Streit, B., King, V. J., Hamel, C., Kamel, C., Affengruber, L. & Stevens, A. (2021). Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *Journal of clinical epidemiology*, 130, 13–22. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.10.007>

- O E. (2021). *Guia de Recomendações: Consulta de Enfermagem à distância – Telenfermagem*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21380/guia-telenfermagem_final.pdf

OE. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_sie.pdf

OMS. (2019). *Guideline Recommendations on Digital Interventions for Health System Strengthening*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311941/9789241550505-eng.pdf?ua=1>

Norma n.º 15/2013 de 3 de outubro da Direção-Geral da Saúde. (2013). *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. [Norma-015-DGS-Consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito-04-11-2015](#)

Norma n.º 10/2015 de 15 junho da Direção-Geral da Saúde. (2015). *Modelo de Funcionamento das Teleconsultas*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102015-de-15062015-pdf.aspx>

Peek, M. E., Wilson, S. C., Gorawara-Bhat, R., Odoms-Young, A., Quinn, M. T. & Chin, M. H. (2009). Barriers and facilitators to shared decision-making among African-Americans with diabetes. *Journal of general internal medicine*, 24(10), 1135–1139. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-009-1047-0>

Pereira, A. (2015). Telemedicina e farmácia online: aspetos jurídicos da eHealth. *Revista da Ordem dos Advogados*. 75 (1-2), 55-77

SPMS. (2019). *Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022*. https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/PENTS_portugu%C3%A

van der Heijde, D., Aletaha, D., Carmona, L., Edwards, C. J., Kvien, T. K., Kouloumas, M., Machado, P., Oliver, S., de Wit, M., & Dougados, M. (2015). 2014 Update of the EULAR standardised operating procedures for EULAR-endorsed recommendations. *Annals of the rheumatic diseases*, 74(1), 8–13. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2014>

IMPACTO DA REVELAÇÃO DA HOMOSSEXUALIDADE NA FAMÍLIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Impact of the disclosure of homosexuality on the family: integrative literature review

Impacto de la divulgación de homosexualidad en la familia: revisión integrativa de la literatura

Dora Machado*, Manuel Brás**, Assunção Almeida***, Rui Cordeiro****

RESUMO

Enquadramento: a diversidade da sexualidade humana tem suscitado alterações na sociedade. Contudo, a homossexualidade continua a encerrar em si um tabu social, gerando diferentes respostas nas famílias. **Objetivos:** Analisar o impacto causado pela revelação da homossexualidade do indivíduo na sua família heterossexual de origem. **Metodologia:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de acordo com a metodologia PICO, cuja colheita de dados foi realizada em maio de 2020, nas bases de dados SciELO, RCAAP, Cochrane Library, LILACS, PubMed, IBECs e NCBI. **Resultados:** a análise dos 5 artigos incluídos no estudo permitiu abordar o impacto da revelação da orientação sexual em diferentes contextos: familiar e laboral/social, permitindo identificar questões associadas ao processo de *coming out*. **Conclusão:** a decisão, dos jovens, em revelar a orientação sexual à família prende-se a questões de funcionalidade familiar. As respostas da mesma variam desde a aceitação até à expulsão/saída de casa, com passagem por situações de violência verbal e física. Face à possibilidade de reação negativa, por parte dos pais, é essencial que se formem os profissionais de saúde para promoverem ambientes capazes de reduzir comportamentos/respostas negativas. É também importante normalizar as diferentes orientações sexuais, nomeadamente nas escolas, para prevenir situações de discriminação.

Palavras-chave: revelação; homossexualidade; relações familiares

ABSTRACT

Background: the diversity of human sexuality has caused changes in society. However, homosexuality continues to contain a social taboo within itself, generating different responses in families. **Objectives:** to analyze the impact caused by the disclosure of an individual's homosexuality on their heterosexual family of origin. **Methodology:** this is an integrative literature review, according to the PICO methodology, whose data collection was carried out in May 2020, in the SciELO, RCAAP, Cochrane Library, LILACS, PubMed, IBECs and NCBI databases. **Results:** the analysis of the 5 articles included in the study allowed us to approach the impact of the disclosure of sexual orientation in different contexts: family and work/social, allowing the identification of issues associated with the coming out process. **Conclusions:** the young people's decision to reveal their sexual orientation to the family is linked to issues of family functionality. Her answers range from acceptance to expulsion/leaving the house, including situations of verbal and physical violence. Given the possibility of a negative reaction from parents, it is essential that health professionals are trained to promote environments capable of reducing negative behaviours/responses. It is also important to normalize different sexual orientations, particularly in schools, to prevent discrimination.

Keywords: disclosure; homosexuality; family relations

RESUMEN

Marco contextual: la diversidad de la sexualidad humana ha provocado cambios en la sociedad. Sin embargo, la homosexualidad sigue siendo un tabú social, generando diferentes respuestas en las familias. **Objetivos:** analizar el impacto que tiene la revelación de la homosexualidad de un individuo en su familia heterosexual de origen. **Metodología:** revisión integrativa de la literatura, según la metodología PICO, recolección de datos realizada en mayo de 2020, en las bases de datos SciELO, RCAAP, Cochrane Library, LILACS, PubMed, IBECs y NCBI. **Resultados:** el análisis de los 5 artículos permitió abordar el impacto de la revelación de la orientación sexual en el contexto familiar y laboral/social, lo que nos permitió identificar problemas asociados con el proceso de revelación. **Conclusión:** la decisión de los jóvenes de revelar su orientación sexual a la familia está ligada a cuestiones de funcionalidad familiar. Sus respuestas van desde la aceptación hasta la expulsión/salida de casa, pasando por situaciones de violencia verbal y física. Ante la posibilidad de una reacción negativa de los padres, es fundamental que los profesionales de la salud estén capacitados para promover entornos capaces de reducir las conductas/respuestas negativas. También es importante normalizar las diferentes orientaciones sexuales, especialmente en las escuelas, para prevenir situaciones de discriminación.

Palabras clave: revelación; homosexualidad; relaciones familiares

*MSc, ACeS Grande Porto III, Maia/Valongo - <https://orcid.org/0000-0001-8135-7201> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article

**PhD, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde de Bragança <https://orcid.org/0000-0001-5540-3139> - Author contribution: data analysis and interpretation, critical revision of the article

*** PhD, Escola Superior de Saúde de Aveiro - <https://orcid.org/0000-0003-4021-5949> - Author contribution: data analysis and interpretation, critical revision of the article

****MSc, ULS Matosinhos - <https://orcid.org/0000-0002-0672-1744> - Author contribution: study conception and design, data analysis and interpretation

Autor de correspondência:

Dora Machado

E-mail: dora.ribeiromachado@gmail.com**Como referenciar:**

Machado, D., Brás, M., Almeida, A. & Cordeiro, R. (2022). Impacto da revelação da homossexualidade na família: revisão integrativa da literatura. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 139-154. doi:10.37914/riis.v5i1.153

Recebido para publicação: 30/06/2021
Aceite para publicação: 28/02/2022

INTRODUÇÃO

Até finais do séc. XIX a homossexualidade era condenada (Frazão & Rosário, 2008) e as pressões sociais e cívicas para que a visão da mesma enquanto doença mental terminasse só surtiram efeito em 1980, quando foi oficialmente removida das parafilias (Corrigan & Matthews, 2003). Não obstante, o preconceito mantém-se enraizado na cultura dos terapeutas e nas sociedades em geral, compatível com atitudes discriminatórias, tornando difícil ao homossexual assumir a sua identidade sexual (Frazão & Rosário, 2008; Costa, Pereira, Oliveira & Nogueira, 2010).

Além disso, com frequência, o processo de revelação, reflete-se em situações de crise familiar e os progenitores, por vezes, adotam atitudes negativas face à homossexualidade, que variam entre a preocupação com o futuro e bem-estar dos filhos, até à expulsão de casa (Katz-Wise, Rosario, & Tsappis, 2016; Frazão & Rosário, 2008; Perucchi, Brandão & Vieira, 2014).

É reconhecido, contudo, que a discriminação destes indivíduos, além de não cumprir as obrigações estabelecidas na Declaração dos Direitos do Homem, também conduz a desvantagens financeiras e a sofrimento emocional (Short, Riggs & Perlesz, 2007).

Posto isto, a intervenção do Enfermeiro de Família, no processo de revelação, pode ser crucial para diminuir a desestruturação familiar e episódios de violência.

Face ao explanado, no presente estudo o objetivo principal é analisar o impacto causado pela revelação da homossexualidade do indivíduo na sua família heterossexual de origem. Tendo-se definido como questão de investigação: “Em indivíduos homossexuais, qual o impacto nas relações familiares

da revelação da orientação sexual?”, abordando a homossexualidade e o tabu a ela inerente, o processo de revelação, também denominado de *coming out*, e a homossexualidade na família. Para o efeito realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura.

ENQUADRAMENTO/ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO

Só na segunda metade do século XIX surge o termo homossexualidade, que se refere “(...) ao envolvimento durável emocional, amoroso e/ou atração sexual por homens, mulheres ou por ambos os sexos”, não significando a consumação do ato – comportamento homossexual (APA citado por Oliveira, 2010, p. 19-20). Remonta ao início da própria humanidade, mas a forma como as sociedades a encaram distingue-se em três grandes perspetivas: (i) culturas com ausência de descritores para descrever relações entre pessoas do mesmo sexo; (ii) culturas que encaram a homossexualidade de forma positiva; e (iii) culturas dominantes, onde está patente um discurso negativo em relação à homossexualidade (Trippe, 1975, citado por Frazão & Rosário, 2008; Rojas, 2019). Até finais do séc XIX era condenada social, moral e legalmente (Frazão & Rosário, 2008; Gonçalves, 2019) e só em 1869 foi introduzido o termo “homossexual” na literatura científica (Cascais, Naphy & Pérez-Sancho citado por Frazão & Rosário, 2008; Gonçalves, 2019). Surgiram estudos psiquiátricos que procuravam explicar a homossexualidade como uma desordem, desenvolvendo a perspetiva de que era uma doença mental (Frazão & Rosário, 2008; Faro, 2015; Gonçalves, 2019). Magnus Hirschfeld, sexólogo alemão homossexual, defendia um hermafroditismo psíquico apelando ao fim da perseguição social e legal dos homossexuais (Cascais, 2017). Egas Moniz contribui

para o estudo da homossexualidade em Portugal, ao considerar que a mesma era condicionada por um conjunto de fatores educacionais, sociais e hereditários, enfatizando os fatores do meio (Toledo & Vimieiro, 2018). No campo da biologia a homossexualidade era explicada com recurso à genética e aos níveis das hormonas sexuais durante o desenvolvimento pré-natal. Chegou a abordar-se a existência de um marcador genético para a homossexualidade, mas estes estudos não foram replicados (Pérez-Sancho citado por Frazão & Rosário, 2008). Sigmund Freud iniciou-se nas formulações da homossexualidade pela psicanálise, referindo que os homossexuais masculinos apresentavam “(...) questões não resolvidas ao nível do complexo de Édipo (...)” e que a homossexualidade feminina “(...) estaria ligada a uma fixação infantil à mãe e uma fortíssima decepção em relação ao pai, aliando-se a isto um complexo de virilidade”. Não obstante, defendeu sempre a não perseguição do indivíduo pela sua orientação sexual (Frazão & Rosário, 2008, p. 28). Atualmente, os neo-freudianos mantêm esta visão, defendendo que os homossexuais são indivíduos emocionalmente imaturos e impulsivos, incapazes de estabelecer relações adultas. Sabe-se que as teorias psicológicas sobre a homossexualidade “(...) estão repletas de problemas epistemológicos, (...) [centrando-se] em modelos de causalidade única dificilmente sustentáveis (...) [e que] carecem de fundamentação empírica”, pelo que, à semelhança do que se passa nas teorias biológicas, não existe nenhuma teoria psicológica explicativa da homossexualidade (Frazão & Rosário, 2008, p. 29). Brandão (2000) alerta para o facto de não ser essencial descobrir causas para a

homossexualidade, mas sim enquadrar a mesma na diversidade da sexualidade humana.

As pressões sociais e cívicas, lideradas pelo movimento político gay, para que a visão da homossexualidade, enquanto doença mental, terminasse surtiram resultado em 1973, quando a American Psychiatric Association deixou de a considerar doença. Seguiu-se a American Psychological Association em 1975, mas apenas em 1980 foi oficialmente removida das parafilias (Corrigan & Matthews, 2003; Gonçalves, 2019). Em 1993 foi removida da Classificação Internacional das Doenças, significando uma tolerância por parte da sociedade em relação à homossexualidade (Arán Corrêa, 2004; Gonçalves, 2019). Apesar disso, o preconceito mantém-se enraizado na cultura dos terapeutas, pelo que se torna difícil para um homossexual “(...) assumir a sua identidade sexual perante si mesmo, perante a família ou perante a sociedade” (Frazão & Rosário, 2008, p. 30).

A revelação da identidade homossexual, conhecida como *coming out*, tem dado origem a diversas formulações. No geral define-se como o “(...) processo da revelação da orientação sexual (...)” (Nascimento & Comin, 2018, p. 1529), encerrando “(...) uma componente pessoal, mas que é integrada numa dimensão social mais vasta”, iniciando-se na adolescência. Existem vários modelos explicativos do *coming out* de onde se destacam dois clássicos: (i) modelo desenvolvimentista de Cass, que propõe um sistema de seis estádios explicativos para o *coming out*: confusão da identidade, comparação da identidade, tolerância da identidade, aceitação da identidade, orgulho da identidade e síntese da identidade; e (ii) o modelo de Coleman, que divide o processo em 5 estádios: pré *coming out*, *coming out*, exploração,

primeiras relações e integração (Frazão & Rosário, 2008, p. 30). Muitos “(...) adolescentes e jovens adultos decidem revelar a sua identidade sexual aos amigos, à família e à sociedade” (Frazão & Rosário, 2008, p. 33). No entanto, algumas vezes, são vítimas de agressões verbais e físicas por parte dos seus pares (Hernández & Torres, 2005), pelo que, neste processo podem surgir problemas comportamentais e emocionais, nomeadamente, depressão, tentativas de suicídio, fobias, abuso de substâncias, fugas de casa ou promiscuidade sexual (Cianciotto & Cahill, 2003; Katz-Wise, Rosario, & Tsappis, 2016). Os motivos que levam o homossexual a revelar a sua identidade sexual à família são diversos, podendo agrupar-se em seis categorias defendidas por Myers (1982, citado por Frazão & Rosário, 2008): (i) *movimentos de libertação gay*; (ii) o tormento emocional que a vida dupla gera; (iii) o processo de formação da identidade homossexual encaminha para a autoaceitação; (iv) a existência de um processo psicoterapêutico, que promove a honestidade da relação consigo e família; (v) o desenvolvimento de uma relação amorosa; e (vi) a existência de motivos destrutivos onde a revelação pode ser utilizada como ato de rebeldia e confrontação.

Não é consensual o efeito que o *coming out* tem na saúde mental do indivíduo (Cianciotto & Cahill, 2003), no entanto estudos apontam para que crie uma maior facilidade de expressão, levando ao enriquecimento.

Na última década temos assistido a mudanças legislativas significativas, um pouco por todo o mundo, que reconhecem as relações familiares dos homossexuais. A discriminação destes indivíduos, além de não cumprir as obrigações estabelecidas na Declaração dos Direitos do Homem, também conduz a

desvantagens financeiras e a sofrimento emocional (Short, Riggs & Perlesz, 2007).

Sabe-se que, na sua maioria, os homossexuais nascem de pais heterossexuais, onde o *coming out* se relaciona, com frequência, a situações de crise familiar e os progenitores, por vezes, adotam atitudes negativas face à homossexualidade, que variam entre a preocupação com o futuro e bem-estar dos filhos, até à expulsão de casa (Frazão & Rosário, 2008; Katz-Wise, Rosario, & Tsappis, 2016; Perucchi, Brandão & Vieira, 2014; Rodríguez-Bustamante et al., 2019;). Estudos indicam que (i) cerca de 79% dos jovens de minorias sexuais revelam a sua orientação sexual a pelo menos um dos pais; (ii) um terço dos jovens que decidem revelar a sua homossexualidade experimentam a aceitação por parte dos seus pais, outro terço experimenta a rejeição e os restantes optam por não divulgar a sua orientação sexual; (iii) e outro concluiu que os jovens que optaram pela revelação sofreram mais vitimização verbal por parte dos pais, mas também mais apoio familiar e, por conseguinte, menos medo da vitimização parental futura (Katz-Wise, Rosario, & Tsappis, 2016). É também comum as famílias procurarem formular explicações para a homossexualidade dos seus membros, que “(...) assentam na culpabilização de uma pessoa ou de acontecimentos da infância” e estão associados a estas ideias sentimentos de vergonha que passam pelo “(...) receio de que a sociedade considere que a homossexualidade do seu filho seja fruto de uma parentalidade inadequada” (Frazão & Rosário, 2008, p. 35). Além disso, também são frequentes os sentimentos de perda, em relação à parentalidade e casamento como idealização de futuro para o(a) filho(a). É, por isto, habitual o afastamento emocional

entre pais e filhos “(...) motivado pela dissonância que os pais sentem entre as mensagens homofóbicas que interiorizaram da sociedade e o seu amor pelos filhos” (Frazão & Rosário, 2008, p. 35).

O processo de *coming out* está relacionado com os valores no qual o sistema familiar assenta, onde famílias mais tradicionais tendem a aceitar menos a orientação sexual das minorias, quando comparadas a famílias menos tradicionais. Além disso, as respostas também parecem variar em função da raça/etnia, níveis culturais e estatuto socioeconómico (Katz-Wise, Rosario, & Tsappis, 2016). Não obstante, algumas famílias, assim que a crise inicial cessa, tendem a ser mais aceitantes (Cianciotto & Cahill, 2003). Existem fatores facilitadores do ajustamento familiar ao processo de revelação, nomeadamente a prévia existência de uma relação positiva entre pais e filhos, o contacto positivo com a comunidade homossexual, a participação em reuniões com pais de homossexuais e em programas educativos sobre questões de identidade sexual (Frazão & Rosário, 2008). Tal como já referido, a resposta familiar implica no desenvolvimento da identidade dos jovens, onde uma menor rejeição parental está ligada a uma maior probabilidade do indivíduo afirmar a sua identidade, pelo que a rejeição pode afetar esta capacidade. Por outro lado, a aceitação familiar associa-se a uma maior autoestima, menor depressão e menos comportamentos suicidas (Katz-Wise, Rosario, & Tsappis, 2016).

O tabu patente na homossexualidade poderá estar associado à homofobia, que se revela sobre diversas formas, desde o heterossexismo, onde é manifestada a homofobia nas instituições sociais a partir de discursos e retóricas sobre moralidade, género e tradição, a

atitudes preconceituosas manifestadas em violência verbal e física. Na saúde a homofobia é também frequente, onde um estudo revelou que 89% dos profissionais de saúde manifestavam reações negativas na presença de um utente homossexual (Poeschl, Venâncio & Costa, 2012). Em suma, prevalece nas sociedades em geral uma heteronormatividade, compatível com a discriminação que homossexuais, bissexuais e transexuais verbalizam (Costa, Pereira, Oliveira & Nogueira, 2010). A discriminação está patente nas escolas, nas instituições sociais e nas famílias tornando difícil o processo de *coming out* dos indivíduos homossexuais (Perucchi, Brandão & Vieira, 2014; Rojas, 2019).

METODOLOGIA

Para a realização do presente estudo optou-se por se recorrer a uma revisão integrativa da literatura (RIL) nacional e internacional.

Formulou-se uma questão norteadora do estudo, com base no método PICO, de onde resultou: Em indivíduos homossexuais (P), qual o impacto nas relações familiares (O) da revelação da orientação sexual? (Face ao estudo vigente, o C e o I não são aplicáveis).

Para realização da pesquisa definiram-se descritores validados na DeCS, em português e em inglês. Nas bases de dados portuguesas a frase booleana utilizada foi “(revelação OR coming out) AND (Homossexualidade OR orientação sexual) AND Relações Familiares”. Nas bases de dados estrangeiras optou-se pelo mesmo processo, tendo resultado “(Disclosure OR coming out) AND (Homosexuality OR sexual orientation) AND Family Relationships”. Foram definidos como critérios de inclusão: artigos publicados e indexados nas bases de dados científicas, entre

Impacto da revelação da homossexualidade na família: revisão integrativa da literatura

janeiro de 2015 e abril de 2020; acesso integral ao documento; artigos referentes a estudos quantitativos/qualitativos que retratassem a temática pertinente ao objetivo do trabalho e que respondessem à questão orientadora; artigos em português, inglês e espanhol. E como critérios de exclusão: artigos quantitativos/qualitativos que não abordassem a temática; artigos que não respondessem à questão orientadora e se distanciassem do tema; artigos de RIL,

dissertações de mestrado ou teses de doutoramento.

Foram utilizadas as bases de dados: SciELO, RCAAAP, Cochrane Library, LILACS, PubMed, IBCECS e NCBI.

A 19 de Maio de 2020, após a introdução nas bases de dados dos descritores conjugados, foram encontrados 352 artigos. Após leitura dos títulos e, quando não suficiente, dos resumos ou da totalidade do artigo, por dois revisores individualmente, restaram 5 artigos que se enquadraram na temática em estudo.

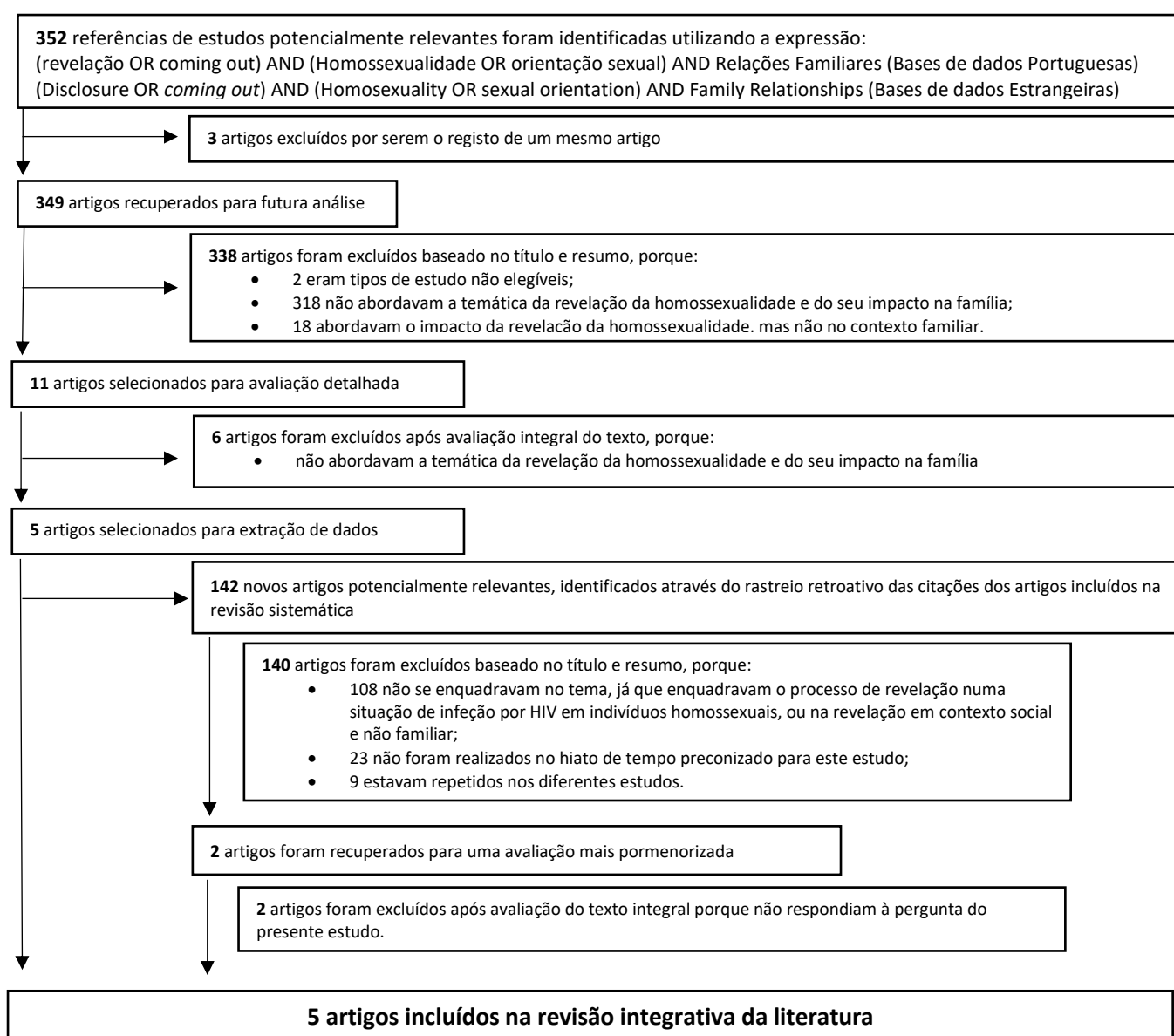


Figura 1

Fluxograma do processo de seleção

Impacto da revelação da homossexualidade na família: revisão integrativa da literatura

Foi realizada uma análise da qualidade dos estudos consoante tabela 1. selecionados e atribuído um código (E1, E2, E3, E4, E5),

Tabela 1

Análise preliminar dos estudos

Estudo	NP	Tipo de estudo	Método de recolha de dados	Ferramentas utilizadas para colheita de dados	Saturação dos dados	País de origem do estudo
E1 - Costa, Machado & Wagner, 2015	4	Qualitativo, exploratório descritivo	Entrevistas	Entrevista semiestruturada com questões norteadoras	Atingido	Brasil
E2 - Sanches, Pelissoli, Lomando & Levandowski, 2017	6	Qualitativo, exploratório transversal	Entrevistas + formulários sociodemográficos	Entrevista semiestruturada	Atingido	Brasil
E3 - Feinstein, Thomann, Coventry, Macapagal, Mustanski & Newcomb, 2018	52	Qualitativo	Questionários	Questionário online	Atingido	EUA
E4 - Grafsky, Hickey, Nguyen & Wall, 2018	22	Qualitativo	Questionários + Entrevistas	Questionário demográfico e biográfico + Entrevista	Atingido	EUA (Cidade centro-oeste)
E5 - Braga, Oliveira, Silva, Mello & Silva, 2018	12	Qualitativo	Entrevistas	Entrevista semiestruturada	Atingido	Brasil

NP: número de participantes

Foram igualmente avaliados os objetivos incluídos em cada um desses estudos:

Tabela 2

Análise dos objetivos dos estudos

Estudo **Objetivo**

E1	Compreender as percepções do homossexual masculino sobre a sua orientação sexual e as possíveis repercussões da sua homossexualidade no contexto familiar e social onde vive.
E2	Percepção de três casais formados por mulheres sobre sua Rede de Apoio e o apoio recebido.
E3	Examinar as relações entre pais e adolescentes e as práticas parentais relacionados com o sexo e a datação na adolescência, na perspetiva dos gays/adolescentes bissexuais.
E4	Explorar os processos e experiências associados à revelação da orientação sexual aos irmãos e à família alargada.
E5	Analisar as experiências de adolescentes e jovens gays e lésbicas no processo de revelação da orientação sexual as suas famílias.

Definiram-se critérios de validade primários essenciais a toda a pesquisa qualitativa (credibilidade, autenticidade, criticidade e integridade) e secundários (explicitação, vivacidade, criatividade, meticulosidade, sensibilidade e congruência) que são mais flexíveis

(Patias & Hohendorff, 2019).

Foi realizada uma descrição exaustiva de cada medida que foi utilizada para a avaliação da qualidade dos artigos incluídos, com base na Critical Appraisal Skills Programme (CASP), consoante tabela 3.

Tabela 3

Avaliação dos artigos selecionados

Study/critério CASP	E1	E2	E3	E4	E5
Was there a clear statement of the aims of the research?	✓	✓	✓	✓	✓
Is a qualitative methodology appropriate?	✓	✓	✓	✓	✓
Was the research design appropriate to address the aims of the research?	✓	✓	✓	✓	✓
Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	ND	✓	✓	✓	✓
Was the data collected in a way that addressed the research issue?	✓	✓	ND	✓	✓
Has the relationship between the researcher and participants been adequately considered?	✓	✓	✓	✓	✓
Have ethical issues been taken into consideration?	✓	✓	✓	✓	✓
Was the data analysis sufficiently rigorous?	✓	✓	✓	✓	✓
Is there a clear statement of findings?	✓	✓	✓	✓	✓
How valuable is the research?	✓	✓	✓	✓	✓

ND – Não detalhado

Não foi possível determinar a adequação da estratégia de recrutamento para os objetivos da investigação, no artigo E1, nem se a forma de recolha de dados foi realizada com abordagem à questão da investigação no artigo E3.

RESULTADOS

Após a análise realizada foram selecionados 5 artigos: (i) um do ano 2015, (ii) um de 2017 e (iii) três de 2018. Todos os estudos selecionados são do tipo qualitativo exploratório descritivo, com recurso maioritário à entrevista, e onde se relatam a saturação dos dados obtidos pelos métodos de recolha. A participação nos estudos foi feita de forma voluntária e o recrutamento dos indivíduos foi realizada através de redes sociais e comunidades LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros) em três dos estudos (E2; E3; E4), método de conveniência num

deles (E1) e por técnica de bola de neve em outro (E5).

Nos estudos a maioria dos participantes era do sexo masculino e adolescentes - de acordo com o critério preconizado em demografia e suportado pelo sistema legal português, onde as crianças estão na faixa etária dos 0 aos 14 anos de idade e os adolescentes entre os 15 e os 19 anos de idade (Carrilho, 2015). Não foi possível apurar, para todos os participantes dos estudos, a raça/etnia, a localização geográfica, o nível de escolaridade pessoal e da família de origem, nem a classe social na qual se enquadravam, pelo que não podem ser feitas caracterizações nestas áreas. Os estudos procuraram compreender qual a perceção dos indivíduos homossexuais, sobre o impacto que a sua orientação sexual causava na família.

Os estudos selecionados sugeriram os resultados e conclusões que contam na tabela 4.

Tabela 4

Resultados e conclusões dos artigos selecionados

E1	Perceções do Homossexual Masculino: Sociedade, Família e Amizades.
Ano	2015
Área de investigação	Psicologia
Participantes	Quatro participantes homossexuais do sexo masculino e maiores de idade: um com 19 anos, um com 23, um com 25 e um com 31.

Impacto da revelação da homossexualidade na família: revisão integrativa da literatura

Resultados	Na percepção dos participantes, as pessoas mais próximas (família e amigos) aceitam mais facilmente a homossexualidade, pela proximidade afetiva que os vincula. No segmento profissional e no relacionamento com pessoas desconhecidas o preconceito contra a homossexualidade está presente, pelo que referem ser necessário esconder ou mesmo evitar revelar a orientação sexual para se protegerem da discriminação.
Conclusões	A sexualidade ainda é normalizada a partir da heterossexualidade, pelo que a sua aceitação, entre amigos e família, ocorre lentamente. A preocupação dos familiares associa-se a um possível sofrimento e preconceito que o indivíduo possa experienciar. Não obstante, existe uma evolução crescente, percebendo-se que cada vez mais famílias recebem a notícia sobre a homossexualidade de forma pacífica, flexível e acolhedora.
E2	Rede de Apoio social de famílias homoafetivas formadas por mulheres.
Ano	2017
Área de investigação	Psicologia
Participantes	Três casais, formados por mulheres, com idades compreendidas entre os 26 e os 48 anos.
Resultados	Percebeu-se uma satisfação com o apoio recebido. Verificaram-se semelhanças e diferenças entre os casais quanto ao apoio: (i) semelhanças - conflito familiar referente à revelação da orientação sexual; dificuldade de compreensão e aceitação por parte dos filhos adolescentes; abertura para falar sobre a orientação sexual no local de trabalho, apesar de dificuldades percebidas; e percepção positiva do apoio das relações de amizade e da parceira; (ii) diferenças - apoio da família de origem, da escola e do sistema de saúde. As relações entre famílias homoafetivas e profissionais de saúde podem ser insatisfatórias, motivadas pelo preconceito dos segundos, tornando-se num fator stressante e trazendo consequências importantes para a qualidade de vida dos sujeitos.
Conclusões	Existe um conflito familiar gerado pela revelação dos sentimentos e atração por pessoas do mesmo sexo/gênero. Destaca-se a dificuldade de aceitação da relação do casal por parte dos filhos adolescentes. No trabalho, os participantes não escondem o seu relacionamento. A religião emergiu, tanto como fonte de apoio, quanto de preconceito. Evidenciou-se também que, mais do que tamanho ou composição da Rede de Apoio, o que fez diferença para as mulheres foi a sua percepção sobre a rede e a satisfação ligada a ela.
E3	Gay and Bisexual Adolescent Boy's Perspectives on Parent- Adolescent Relationships and Parenting Practices Related to Teen Sex and Dating.
Ano	2018
Área de investigação	Antropossociologia e medicina
Participantes	52 jovens homossexuais/bissexuais do sexo masculino com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos.
Resultados	A maioria dos jovens sentiu que a sua orientação sexual influenciou as suas relações com os pais e discussões sobre sexo/namoro. Uma parte referiu que as suas relações melhoraram após a revelação, mas a maioria relatou que este processo gerava tensão nas relações familiares. Um maior número de participantes sentiu que ser gay/bissexual tinha uma influência negativa nas suas relações com os pais, descrevendo que eram tratados de forma diferente dos seus irmãos heterossexuais e, em alguns casos, relatando hostilidade explícita por parte dos pais. Adolescentes que não revelaram a sua orientação sexual aos pais, também expressaram que ser gay/bissexual provavelmente teria um impacto negativo na sua relação com os mesmos. Uma pequena parte dos participantes sentiu que as suas relações familiares melhoraram depois da revelação, tendo diminuído as discussões sobre sexo/namoro e alguns deles descreveram conversas positivas com os seus pais. Mais de metade dos adolescentes reconheceu que os seus pais monitorizaram o seu comportamento no namoro fazendo perguntas, estabelecendo regras, e algumas vezes monitorizando as redes sociais. Muitos relataram que os pais tiveram dificuldades para adaptar ou não as práticas parentais depois do processo de revelação. De referir que a maioria dos adolescentes relatou que ser gay/bissexual teve influência nas conversas com os pais sobre sexo e namoro, onde a preocupação central foi com o HIV/DST.

Impacto da revelação da homossexualidade na família: revisão integrativa da literatura

Conclusões	Referem implicações para o aperfeiçoamento dos programas de prevenção do HIV para os adolescentes gays/bissexuais, especialmente as intervenções que incluem os pais. Necessidade de sensibilização dos pais para potenciais diferenças na forma como tratam os jovens heterossexuais versus homo/bissexuais. Patente o pressuposto da heterossexualidade e uma falha de educação sexual escolar. A não revelação por parte de alguns adolescentes prendia-se com o receio de que a relação com os pais mudasse. A monitorização parental pode ser diferente consoante os pais aceitem ou não que o seu filho seja homossexual/bissexual. Pais que não aceitam, podem, por um lado, ser mais controladores, por forma a minimizar as interações do seu filho com potenciais amigos homossexuais/bissexuais ou parceiros românticos ou, por outro, não monitorizar o comportamento do seu filho no namoro, para evitar enfrentar o facto de que o seu filho é gay/bissexual. Os adolescentes expressaram o desejo de estarem mais próximos dos pais e de poderem falar sobre sexo/encontros, podendo significar a sua disposição para participar em programas de prevenção do HIV baseados na família, que devem incidir nas DST, nas competências de relacionamento saudável e no ensino aos pais sobre discussão/comunicação, com sensibilidade, sobre o comportamento sexual dos seus filhos. Podem ajudar pais que não aprovam a orientação sexual dos seus filhos, ao serem complementados com intervenções que forneçam apoio e informação para melhorar atitudes e comportamentos em relação a crianças homossexuais/bissexuais.
E4	Youth Disclosure of Sexual Orientation to Siblings and Extended Family
Ano	2018
Área de investigação	Psicologia
Participantes	22 jovens (12 homens e 10 mulheres) entre os 14 e os 21 anos de idade.
Resultados	Os participantes descreveram que as tias podem agir como moderadoras e mediadoras da relação pai-filho, num processo de revelação. Isto porque, apresentam uma perspetiva de terceiros, podendo aconselhar os jovens sobre a melhor forma de revelar aos pais e a outros membros da família a sua orientação sexual. As tias mantiveram distância emocional suficiente para serem independentes da família imediata, estando simultaneamente suficientemente envolvidas nas tradições familiares, rituais e narrações para compreenderem as circunstâncias familiares únicas. As tias influenciaram o contexto familiar mais amplo e contribuíram para uma sensação de coesão familiar contínua. Os jovens tinham maior probabilidade de revelar a sua orientação sexual pessoalmente aos pais e aos irmãos biológicos. Alguns participantes não transmitiram um sentimento de urgência em divulgar a sua orientação sexual aos membros da família alargada, outros consideraram que o impacto de revelar à mesma poderia influenciar a relação da família alargada com a sua família imediata. Além disso, a divulgação aos membros da família alargada podia ser cíclica, repetida e contínua, tornando a revelação num processo de anos, com conseqüente prolongamento de sentimentos de mal-estar e incongruência com a identidade. Os ganhos e riscos da divulgação variaram para diferentes membros da família alargada. Os dados sugerem que os jovens da amostra sentiam que havia mais em jogo na decisão de divulgar a sua orientação sexual aos avós, do que a outros membros da família alargada. A diferença de idades afetou a facilidade dos participantes em falar com os avós sobre sexualidade, bem como a sua perceção da necessidade de divulgação. Em situações em que o envelhecimento e as questões de saúde estão presentes, a juventude pode não querer revelar para proteger os avós dos desafios desnecessários que o processamento dessa informação pode representar. Também havia receio de preconceitos. Noutros casos, ter o apoio de um avô após a divulgação foi significativo.
Conclusões	O processo de revelação dos participantes não descarta a importância dos membros da família imediata ou alargada. A decisão de revelar não foi uma tarefa simples, para a maioria dos jovens, condicionada pela estrutura da família e das relações entre os membros da mesma. Os irmãos dos participantes eram capazes de proporcionar conforto e intimidade, contudo as tias diferiram dos irmãos na sua capacidade de orientar, mediar e servir tanto como internas como externas, no sistema familiar. Estas familiares são frequentemente vistas como sendo mais neutras, menos propensas a julgar e com menos responsabilidade para impor regras familiares do que os pais, pelo que os jovens podem sentir-se mais à vontade para lhes revelar a sua orientação sexual, criando oportunidades para as mesmas os orientarem no seu processo de decisão. O medo da rejeição por parte dos membros da família e a perceção da falta de compreensão e aceitação influenciaram frequentemente as decisões de divulgação dos jovens. Os irmãos e os membros da família alargada podem ser um recurso fundamental para os jovens no <i>coming out</i> , bem como, uma fonte de apoio social ao longo das suas vidas.
E5	Violência familiar contra adolescentes e jovens gays e lésbicas: um estudo qualitativo.
Ano	2018
Área de investigação	Enfermagem
Participantes	12 adolescentes/jovens gays e lésbicas, com idades entre 14 e 24 anos: <ul style="list-style-type: none"> • 3 jovens adultas lésbicas (uma com 18 anos e duas com 20); • 9 gays (um com 14 anos, um com 17, um com 18, dois com 19, um com 21, um com 20, um com 22 e um com 24).

Resultados	A negociação do <i>coming out</i> com a família, relaciona-se com o contexto sociocultural e histórico, onde a hegemonia da heterossexualidade é predominante e definidora do reconhecimento e prestígio social. No processo de desconfiança e investigação, acerca da sexualidade do seu filho, a família exige, direta ou indiretamente, que a pessoa homossexual se auto revele e, após a revelação, exige que o mesmo se auto anule. Muitas famílias, ao depararem-se com a dissidência da heterossexualidade dos seus membros, realizam uma série de punições, que vão desde ofensas verbais leves até violências físicas sérias, culminando muitas vezes na expulsão/saída da casa de origem ou na submissão às violências, explícitas ou subteis, potencializando a vulnerabilidade na qual estes adolescentes e jovens estão expostos. Estes factos geram impacto na sua saúde mental e qualidade de vida estando descritas situações de ideação, tentativa de suicídio, isolamento social e baixa autoestima.
Conclusões	Observaram-se reações familiares violentas, com perseguições, expulsão de casa e repressões das expressões das vivências homoeróticas, no processo de <i>coming out</i> dos adolescentes, impactando na sua saúde mental e qualidade de vida. De forma menos expressiva, houve situações de compreensão e acolhimento. A família é um importante componente da rede de apoio social, podendo potencializar a vulnerabilidade ou aumentar a resiliência, através do apoio social. A família reproduziu discursos e práticas heteronormativas, discriminando a orientação sexual dos jovens e procurando, por recurso à violência, recolocá-los dentro da norma heterossexual. É necessário construir-se uma agenda de pesquisas para uma melhor compreensão deste fenómeno e para o delineamento de políticas públicas capazes de sensibilizar profissionais e práticas de cuidado e atenção à família e ao adolescente/jovem vítima de violência.

DISCUSSÃO

Verificou-se que, com os descritores e critérios inclusos na presente RIL, não foi publicado nas bases consultadas nenhum artigo português, nem de população portuguesa, e que, entre 2019 e 19 de maio de 2020, tal facto estendeu-se para as restantes línguas consideradas. Factos que evidenciam a necessidade de mais estudos na área, defendido também nos artigos em análise, que fomentem um nível de descoberta superior e uma adequação de medidas sociais. As publicações foram coerentes com as áreas dos investigadores, pelo que duas foram disponibilizadas em revistas/jornais científicos da área da psicologia (revistas brasileiras E1 e E2), uma na área da antropossociologia e medicina (artigo Norte Americano E3), uma na área das ciências familiares mais voltadas para a psicologia (artigo Norte Americano E4) e uma na área de Enfermagem (revista Brasileira E5). Todos os estudos apresentaram amostras voluntárias e reduzidas, apesar de na totalidade referirem saturação de dados. Assim, pode inferir-se que, por um lado, os indivíduos em análise estariam mais preparados para o processo de *coming*

out, por estarem confortáveis em partilhar a sua orientação sexual com estranhos, por outro que existe possibilidade de se promoverem estudos dirigidos a indivíduos não representados nestas amostras. A maioria dos estudos repercutiu-se em adolescentes, nenhum abordou a perceção dos pais/restantes familiares e nenhum abordou as faixas etárias dos adultos acima dos 50 anos ou dos idosos. Aliás, foram encontrados alguns artigos que abordavam o processo de revelação no seio familiar de pessoas mais velhas, mas abordavam essencialmente os motivos que levavam a essa revelação e não o impacto que a mesma causava nas relações familiares, tal como percebido após leitura integral e/ou do resumo do artigo, pelo que não foram selecionados. Além disso, uma vez que os estudos selecionados eram qualitativos, não houve uma representatividade de amostra que permitisse generalizar resultados.

Os artigos em análise exploraram a revelação da orientação sexual em diferentes contextos: familiar (família nuclear e alargada) e laboral/social, permitindo identificar questões associadas ao *coming out*. Este processo, não ocorre, de acordo com três dos

estudos, tantas vezes quantas os indivíduos gostariam, por receio que a dissidência da heteronormatividade socialmente aceite cause alterações nas relações com a sua família (Braga, Oliveira, Silva, Mello & Silva, 2018; Costa, Machado & Wagner, 2015; Feinstein et al., 2018). Esta crença numa normalidade implícita na heterossexualidade é também evidenciada nos trabalhos de Costa, Pereira, Oliveira e Nogueira (2010) e de Perucchi, Brandão e Vieira (2014), que serviram de base teórica para o presente estudo. Não obstante, alguns indivíduos manifestam o desejo de falar abertamente sobre a sua orientação sexual com os pais, tal como exposto no artigo de Feinstein et al. (2018). Um estudo referiu que, em algumas situações esta revelação era feita inicialmente às tias, por se apresentarem como membros da família bastante próximas e com conhecimento das suas regras, rituais e crenças, mas com distância emocional suficiente para serem independentes da família nuclear, permitindo influenciar o contexto familiar e contribuir para a coesão da família na situação da revelação. Por outro lado, os sentimentos de lealdade e proximidade, também imputavam nos indivíduos um sentido de dever para a questão da revelação com os irmãos, que se mostrava como uma ajuda no alívio das dificuldades emocionais implícitas no processo (Grafsky, Hickey, Nguyen & Wall, 2018). Nesse mesmo estudo percebeu-se que a decisão de revelação à família alargada não foi consensual, já que alguns participantes acreditavam que poderia causar um mal-estar cíclico durante um longo período. Contudo, o *coming out* aos avós, dada a proximidade, semelhante à relação pai-filho, manifestada por alguns dos indivíduos, gerava controvérsia, ligada à idade dos mesmos e riscos de saúde que a carga emocional desta

decisão abarcava e ao receio da discriminação por preconceito. Não obstante, em alguns casos em que era revelada a orientação sexual, os avós eram fonte de apoio significativo (Grafsky, Hickey, Nguyen & Wall, 2018).

A resposta da família nuclear, ao processo de *coming out*, foi díspar, na experiência dos participantes, e se houve as que lentamente aceitassem a homossexualidade e se preocupassem com o preconceito que poderia acossar o indivíduo, tentando protegê-lo (Braga, Oliveira, Silva, Mello & Silva, 2018; Costa, Machado & Wagner, 2015; Feinstein et al., 2018; Sanches, Pelissoli, Lomando & Levandowski, 2017), também houve as que geraram um conflito (Sanches, Pelissoli, Lomando & Levandowski, 2017) marcado por tensão familiar, hostilidade explícita, dificuldade na aceitação da homossexualidade dos seus membros e diferenciação de tratamento de irmãos, tendo por base a sua orientação sexual (Feinstein et al., 2018; Sanches, Pelissoli, Lomando & Levandowski, 2017). Vários autores (Frazão & Rosário, 2008; Katz-Wise, Rosario & Tsappis, 2016; Perucchi, Brandão & Vieira, 2014) na literatura abordaram estes processos de revelação marcados por atitudes negativas pela parte dos familiares. No processo de desconfiança sobre a orientação sexual de algum dos seus membros, existem famílias que exigem a revelação, para posteriormente, através de ofensas verbais e físicas, ordenarem a autoanulação do indivíduo homossexual. Não raras vezes, estas situações culminam na expulsão ou saída deliberada de casa, por parte dos indivíduos (Braga, Oliveira, Silva, Mello & Silva, 2018). Também Henández e Torres (2005) e Frazão e Rosário (2008) referenciaram nos seus trabalhos as agressões verbais e físicas das quais

alguns homossexuais são vítimas no processo de revelação. Um dos estudos em análise (Braga, Oliveira, Silva, Mello & Silva, 2018), revelou que respostas negativas à revelação da homossexualidade geram um impacto na saúde mental dos indivíduos, tendo sido descritas situações de ideação, tentativa de suicídio, isolamento social e baixa autoestima, apontando para a necessidade da articulação do cuidado à saúde integral do indivíduo. No estudo de Feinstein et al. (2018), após a revelação, alguns participantes acreditavam que a monitorização dos seus relacionamentos, por parte dos pais, era superior à realizada antes do processo de *coming out*, outros que não era adaptada à realidade, outros em que o processo influenciou a conversa entre pais e filhos, que passou a ser mais voltada para as doenças sexualmente transmissíveis, e outros que sentiam que esta monitorização não ocorria para evitar enfrentar a realidade exposta pelos filhos. Um outro estudo analisado revelou que, em casais onde havia filhos adolescentes, provenientes de relações anteriores, houve uma dificuldade de aceitação, por parte dos filhos, da orientação sexual dos pais (Sanches, Pelissoli, Lomando & Levandowski, 2017). Apesar destas diferenças, parece existir uma evolução crescente e positiva nas reações da família à homossexualidade dos seus membros, aceitando-o pacífica e acolhedoramente, tal como evidenciado no estudo de Costa, Machado & Wagner (2015). O círculo de amigos, talvez porque depende de uma escolha, foi percebido como fonte de apoio no processo de *coming out*, no estudo de Sanches, Pelissoli, Lomando & Levandowski (2017).

No que concerne ao ambiente profissional as respostas também variaram. Alguns participantes revelaram a

necessidade de esconder a sua orientação sexual, para se protegerem de atitudes discriminatórias (Costa, Machado & Wagner, 2015), outros não demonstraram qualquer dificuldade em expressarem a sua orientação (Sanches, Pelissoli, Lomando & Levandowski, 2017)

No estudo (Sanches, Pelissoli, Lomando & Levandowski, 2017) que aborda a percepção dos indivíduos no processo de revelação aos profissionais de saúde, não abona a favor dos profissionais, referindo que os sujeitos se sentem alvo de preconceitos, gerando situações stressantes que implicam na sua qualidade de vida. Aliás, tal facto é corroborado por um estudo levado a cabo por Poeschi, Venâncio e Costa (2012), onde está referido que 89% dos profissionais de saúde têm manifestações negativas perante o homossexual.

A religião também não foi consensual no apoio manifestado a este grupo, por se apresentar quer como apoio, quer como fonte de preconceito, segundo Sanches, Pelissoli, Lomando e Levandowski (2017).

CONCLUSÃO

A decisão de revelar a orientação sexual à família não é uma tarefa simples para os jovens, prendendo-se com aspetos ligados à sua estrutura e à forma como se dispõem as relações entre os membros.

O presente estudo procurou responder à questão norteadora “Qual o impacto da revelação da orientação sexual nas relações familiares de homossexuais?”, podendo concluir-se uma divergência de respostas que vão desde a aceitação, acolhimento e proteção contra discriminação de terceiros, com conseqüente estreitamento dos laços familiares, a atitudes de violência verbal e física, que culminam, algumas vezes, em expulsão/saída de casa

dos indivíduos e resultante desestruturação familiar. A resposta também varia consoante o familiar avaliado, onde irmãos, avós e tias podem servir de fonte de apoio e ajuda na divulgação aos pais.

Os artigos analisados versam apenas a percepção dos homossexuais, expondo só a sua verdade e não o experimentado por aqueles que recebem a “notícia”, que poderia ser interessante para utilizar, quer como termo comparativo, quer como análise. Além disso, estão muito centrados na fase da adolescência, negligenciando idades em que os fatores socioculturais possam exercer mais pressão. Por outro lado, as dimensões das amostras não permitiram testar a potencial influência das diferenças demográficas, tais como idade, raça/etnia, religião e região geográfica, no impacto causado pelo *coming out* na família.

Estes estudos oferecem a visibilidade do fenómeno que o impacto do *coming out* tem nas relações familiares, de onde se salienta um facto curioso e determinante para os autores deste trabalho: a atitude discriminatória por parte dos profissionais de saúde, versada pelos indivíduos, ainda que não tenham sido definidos quais profissionais.

Sabendo-se da reação negativa dos pais ao processo de revelação, é primordial que se formem os profissionais de saúde, nomeadamente os Enfermeiros de Família, que são os que mais próximos estão de cada um dos indivíduos, para a criação de ambientes de apoio e acolhimento, prevenindo comportamentos de saúde perigosos, violência familiar e reduzindo o impacto negativo das respostas, na saúde mental, psicológica e sociológica dos indivíduos. Além disso, estes profissionais devem promover os ensinamentos aos pais sobre o comportamento sexual dos seus filhos, desmistificando a heteronormatividade, e

promovendo a partilha de informações que melhorem as atitudes e os comportamentos com os seus filhos.

Conclui-se também, que se realizaram muitos poucos estudos nesta área, ainda que seja, cada vez mais, defendida a importância que a família e os seus comportamentos têm na saúde de cada um dos seus membros. Mais estudos poderão ajudar a aperfeiçoar programas que permitam, não só prevenir doenças sexualmente transmissíveis, mais recorrentes nos homossexuais, mas também sensibilizar os pais para esta realidade, com consequente diminuição de situações de violência familiares. Urge a formação nas escolas e o abandono de práticas escolares e sociais heteronormativas, para diminuir a discriminação destes grupos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arán, M., & Corrêa, M. V. (2004). Sexualidade e Política na Cultura Contemporânea: o Reconhecimento Social e Jurídico do Casal Homossexual. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, 14(2), 329-341. <https://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a08.pdf>
- Braga, I. F., Oliveira, W. A., Silva, J. L., Mello, F. C. M., & Silva, M. A. I. (2018). Violência familiar contra adolescentes e jovens gays e lésbicas: um estudo qualitativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Suppl. 3), 1220-1227. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0307>
- Brandão, A. M. (2000). Sexualidades e identidades: reflexões em torno de algumas questões de carácter epistemológico. *IV Congresso Português de Sociologia*. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7989/1/Sexualidades%20e%20Identidades.pdf>
- Carrilho, M. J. (2015). Crianças e adolescentes em Portugal. In Instituto Nacional de Estatística (Ed.) *Revista de Estudos Demográficos* 55, 53-117 https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=224830908&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt

- Cascais, A. F. (2017). Hermafroditismo e intersexualidade na fotografia médica portuguesa. *Comunicação e Sociedade*, 32, 59–79. [https://doi.org/10.17231/comsoc.32\(2017\).2751](https://doi.org/10.17231/comsoc.32(2017).2751)
- Cianciotto, J., & Cahill, S. (2003). *Education policy: Issues affecting lesbian, gay, bisexual, and transgender youth*. The National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute.
- Corrigan, P. W., & Matthews, A. K. (2003). Stigma and disclosure: Implications for coming out of the closet. *Journal of Mental Health*, 12(3), 235–248. <http://www.brown.uk.com/stigma/corrigan2.pdf>
- Costa, C. B., Machado, M. R., & Wagner, M. F. (2015). Percepções do homossexual masculino: sociedade, família e amizades. *Temas em Psicologia*, 23(3), 777–788. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2015.3-20>
- Costa, C. G., Pereira, M., Oliveira, J. M., & Nogueira, C. (2010). Imagens sociais das pessoas LGBT. In Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (Ed.), *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género* 93–147. http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF2/0892_ESTUDO_ORIENTACAOSEXUAL_IDENTID.pdf
- Faro, J. P. (2015). Uma nota sobre a homossexualidade na história. *Revista Subjetividades*, 15(1), 124–129. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692015000100014&lng=pt&tlng=pt
- Feinstein, B. A., Thomann, M., Coventry, R., Macapagal, K., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2018). Gay and Bisexual Adolescent Boys' Perspectives on Parent-Adolescent Relationships and Parenting Practices Related to Teen Sex and Dating. *Archives of sexual behavior*, 47(6), 1825–1837. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1057-7>
- Frazão, P., & Rosário, R. (2008). O coming out de gays e lésbicas e as relações familiares. *Análise Psicológica*, 1 (XXVI), 25–45. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a03.pdf>
- Grafsky, E. L., Hickey, K., Nguyen, H. N., & Wall, J. D. (2018). Youth Disclosure of Sexual Orientation to Siblings and Extended Family. *Family Relations*, 67(1), 147–160. <https://doi.org/10.1111/fare.12299>
- Gonçalves, A. O. (2019). Religião, política e direitos sexuais: controvérsias públicas em torno da “cura gay.” *Religião & Sociedade*, 39(2), 175–199. <https://doi.org/10.1590/0100-85872019v39n2cap07>
- Hernández, L. O., & Torres, M. I. G. (2005). Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 913–925. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/26.pdf>
- Katz-Wise, S. L., Rosario, M., & Tsappis, M. (2016). LGBT Youth and Family Acceptance. *Pediatr Clin North Am. Author manuscript*, 63(6), 1011–1025. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5127283/>
- Nascimento, G. C. M., & Comin, F. S. (2018). A Revelação da Homossexualidade na Família: Revisão Integrativa da Literatura Científica. *Temas em Psicologia*, 26(3), 1527–1541. <https://www.scielo.br/pdf/tpsy/v26n3/2358-1883-tpsy-26-03-1527.pdf>
- Oliveira, J. M. (2010). Orientação Sexual e Identidade de Género na psicologia: Notas para uma psicologia lésbica, gay, bissexual, trans e queer. In C. Nogueira, J. Oliveira (organ.), M. Almeida, C. Costa, L. Rodrigues & M. Pereira, *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género* (pp. 19–44). Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF2/0892_ESTUDO_ORIENTACAOSEXUAL_IDENTID.pdf
- Patias, N. D., & Hohendorff, J. V. (2019). Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. *Psicologia em Estudo*, 24(e43536), 2–14. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.43536>
- Perucchi, J., Brandão, B. C., & Vieira, H. I. S. (2014). Aspectos psicossociais da homofobia intrafamiliar e saúde de jovens lésbicas e gays. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 19(1), 67–76. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000100009>
- Poeschl, G., Venâncio, J., & Costa, D. (2012). Consequências da (não) revelação da homossexualidade e preconceito sexual: o ponto de vista das pessoas homossexuais. *Psicologia*, 26(1), 33–53. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492012000100003&lng=pt&tlng=pt
- Rodríguez-Bustamante, P., Mayorquin-Muñoz, C. J., Báez-Hernández, F. J., Nava-Navarro, V., & Rico-Pérez, E. (2019). Respuesta familiar ante la revelación de la orientación sexual, desde el discurso de hombres homosexuales. *Enfermería Universitaria*, 16(3).

<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.3.690>

Rojas, E. B. (2019). Heteronormatividade escolar em México: Reflexões acerca de la vigilância e castigo de la homossexualidade na escola. *Sexualidad, Salud Y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 33, 180–199. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.33.10.a>

Sanches, I. R., Pelissoli, M. S., Lomando, E. M., & Levandowski, D. C. (2017). Rede de apoio social de famílias homoafetivas formadas por mulheres. *Gerias: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 10(2), 176-193. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202017000200004&lng=pt&tlng=pt

Short, E., Riggs, D. W., Perlesz, A., Brown, R., & Kane, G. (2007). *Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) Parented Families*. The Australian Psychological Society Ltd.

Toledo, E. T. de, & Vimieiro, A. C. (2018). A Vida Sexual, de Egas Moniz: eugenia, psicanálise e a patologização do corpo sexuado feminino. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25(suppl 1), 69–86. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000300005>



RIIS

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde

Normas de publicação da revista RIIS

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

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

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

A RIIS tem uma periodicidade de publicação semestral.

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

ARTIGOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metodologia:

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

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

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

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

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

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 Otilia Brites Zangão - PhD
Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Maribel Domingues Carvalhais - PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Miguel Padilha - PhD
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro - PhD
Escola Superior de Saúde de Santa Maria

Paula Encarnação - PhD
Universidade do Minho

Rafaela Schaefer - PhD
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Raquel Simões de Almeida - PhD
Escola Superior de Saúde-IPP/ANARP

Rui Miguel Freitas Gonçalves – PhD

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

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

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