

# RIIS

Revista de  
Investigação &  
Inovação em Saúde

Revista de Investigação & Inovação em Saúde

Vol. 5 N. 2 | Dezembro 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

### Prevenção de quedas nas pessoas idosas: estratégias de fisioterapia

A redução do risco de quedas nas pessoas maiores de 65 anos com fragilidade surge como uma prioridade da OMS pelas lesões mais comuns relacionadas com as quedas, sendo uma das principais causas de dor, incapacidade, perda de independência e morte prematura. Há duas décadas que a OMS estuda e caracteriza a severidade das quedas na população com mais de 65 anos de idade, assim como as medidas de envelhecimento ativo, os determinantes de saúde relacionados e os desafios na implementação de boas práticas a nível mundial.

Há muito que os custos financeiros se avaliavam como substanciais e crescentes em todo o mundo. Neste momento, a população com mais de 60 anos aumentará de 1 bilião em 2020 para 1,4 biliões em 2030. Até 2050, a população mundial de pessoas com mais de 60 anos duplicará (2,1 biliões). O número de pessoas com mais 80 anos deverá triplicar entre 2020 e 2050, atingindo 426 milhões. O ritmo do envelhecimento populacional prevê que em 2050, dois terços da população mundial com mais de 60 anos viverão em países de baixo e médio rendimento acartando mais desafios e consideráveis dificuldades (WHO, 2022).

Hoje, nas políticas de saúde global importa definir medidas de prevenção de quedas em pessoas com mais 65 anos, visto que são a segunda principal causa de morte por lesões não intencionais em todo o mundo. Sabe-se que a cada ano, cerca de 684000 pessoas morrem de quedas em todo o mundo, das quais mais de 80% ocorrem em países de baixo e médio

rendimento. Esta população sofre um maior número de quedas fatais em relação aos outros grupos etários (WHO, 2022). A cada ano, 37,3 milhões de quedas graves exigem atenção médica. Globalmente, as quedas são responsáveis por mais de 38 milhões de DALYs (anos de vida ajustados por incapacidade) perdidos a cada ano e resultam em mais anos vividos com incapacidade. Esta população em especial quando sofre quedas com sequelas físicas aumenta o risco de necessitar de subseqüentes cuidados de longo prazo, podendo incluir a sua institucionalização (Hartley, 2021). Os custos financeiros associados às lesões relacionadas com as quedas são avultados. Na República da Finlândia e na Austrália, as pessoas maiores de 65 anos, o custo médio do sistema de saúde por lesão causada por queda é de US\$ 3611 e US\$ 1049, respetivamente (WHO, 2021).

Assim, as estratégias de prevenção de quedas nas pessoas maiores de 65 anos devem enfatizar o ensino, o treino, a criação de ambientes mais seguros, priorizando a investigação relacionada com as quedas e estabelecendo diretrizes eficazes para reduzir o seu risco. Desde 2016, a WHO prevê a gestão de risco de saúde global como um processo de multidisciplinariedade. No plano da *WHO-Decade of Healthy Ageing 2020–2030* valorizam-se os programas multidisciplinares visando cuidados de saúde primária na comunidade pela proximidade com as fontes de gestão económica e saúde social (WHO, 2021).

Também, nos planos de cuidados de prevenção de quedas dirigidos a esta população existe alta

concordância entre as diretrizes de prática clínica, pelo que se recomenda a estratificação de risco, o uso de testes específicos para avaliação de marcha e equilíbrio, as intervenções multifatoriais, a reconciliação medicamentosa, o exercício físico, a correção visual, o calçado adequado, o encaminhamento para fisioterapia, a adaptação do ambiente, o acompanhamento da osteoporose evitando risco de fratura, bem como as intervenções cirúrgicas cardiovasculares (Montero-Odasso, et al., 2021).

Nas últimas décadas, a evidência sobre a especificidade do exercício fisioterapêutico para pessoas idosas com risco de queda identificado apresenta efeitos positivos sobre equilíbrio e redução do risco de queda. Os planos diversificados de exercício, integrando exercícios aeróbicos e anaeróbicos com exercícios específicos de equilíbrio (proprioceptivos) com diferentes meios de resistência revelam um aumento concomitante da força e do equilíbrio. Conjuntamente, nos grupos de controlo revelou-se um declínio na capacidade de equilíbrio, sugerindo que a inatividade desempenha um papel fundamental na segurança desta população pelos mecanismos neuromotores envolvidos na manutenção do equilíbrio. Portanto, considera-se que os componentes aeróbicos, anaeróbicos e proprioceptivos devem ser incluídos nos programas de exercício, a fim de promover o equilíbrio estático e dinâmico na pessoa idosa como forma de reduzir o risco de queda (Thomas, et al., 2019).

É do senso comum que na senescência do ser humano a sua estabilidade postural diminui devido aos determinantes que comprometem o controlo motor,

dificultando os processos de recuperação da população maior de 65 anos (Turner, A., et al., 2018). Por este motivo, a fisioterapia aquática apresenta-se como uma abordagem com forte evidência relativamente a ganhos de equilíbrio estático e dinâmico desta população com a vantagem de promover segurança nos exercícios mais complexos que desafiam os limites da estabilidade do indivíduo, reforçada pela excelente evidência no fortalecimento dos membros inferiores. No entanto, problemas secundários (neurológicos ou degenerativos) associados podem comprometer os resultados e a adaptação ao meio aquático (Covill, et al., 2017).

No ambiente aquático um protocolo com variabilidade dos tipos de exercícios parece ser facilmente replicável, simples e de baixo custo quando realizado em grupo. As especificidades dos programas de intervenção aquática apresentam-se com excelente adequação a diferentes perfis destas pessoas, nomeadamente, as que apresentam risco de queda com experiência de queda, as que apresentam fragilidade pelo compromisso da robustez física, e ainda das que apresentam osteoporose ou hábitos sedentários por dor (Ferreira, et al., 2022).

Pelo exposto, é muito importante prevenir as quedas nos mais idosos como estratégia de saúde global, para cumprir o objetivo deve existir o acesso ao diagnóstico de risco de queda, a tomada de decisão e o respeito pelas preferências da pessoa idosa. O grande foco é promover a sua adesão ao plano fisioterapêutico e a prevenção das suas quedas futuras.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Covill, L. G., Utley, C., & Hochstein, C. (2017). Comparison of Ai Chi and Impairment-Based Aquatic

Therapy for Older Adults With Balance Problems: A Clinical Study. *Journal of geriatric physical therapy*, 40(4), 204–213.

<https://doi.org/10.1519/JPT.0000000000000100>

Ferreira, D. L., Christofolotti, G., Campos, D. M., Janducci, A. L., Candanedo, M. J. B. L., & Ansai, J. H. (2022). Effects of Aquatic Physical Exercise on Motor Risk Factors for Falls in Older People During the COVID-19 Pandemic: A Randomized Controlled Trial. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 45(5), 378–388. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2022.08.002>

Hartley, P., Keating, J. L., Jeffs, K. J., Raymond, M. J., & Smith, T. O. (2022). Exercise for acutely hospitalised older medical patients. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11(11), CD005955.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005955.pub3>

Montero-Odasso, M. M., Kamkar, N., Pieruccini-Faria, F., Osman, A., Sarquis-Adamson, Y., Close, J., Hogan, D. B., Hunter, S. W., Kenny, R. A., Lipsitz, L. A., Lord, S. R., Madden, K. M., Petrovic, M., Ryg, J., Speechley, M., Sultana, M., Tan, M. P., van der Velde, N., Verghese, J., Masud, T., ... Task Force on Global Guidelines for Falls in Older Adults (2021). Evaluation of Clinical Practice Guidelines on Fall Prevention and Management for Older Adults: A Systematic Review. *JAMA network open*, 4(12), e2138911.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.38911>

Thomas, E., Battaglia, G., Patti, A., Brusa, J., Leonardi, V., Palma, A., & Bellafiore, M. (2019). Physical activity programs for balance and fall prevention in elderly: A systematic review. *Medicine*, 98(27), e16218.

<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016218>

Turner, A. J., Chander, H., & Knight, A. C. (2018). Falls in Geriatric Populations and Hydrotherapy as an Intervention: A Brief Review. *Geriatrics*, 3(4), 71.

<https://doi.org/10.3390/geriatrics3040071>

WHO. (2021). *Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course*. World Health Organization, Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

WHO. (2022). Decade of Healthy Ageing: Plan of Action; Resolution 75/131; 73rd World Health Assembly.

<https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>

Profª Doutora Maria da Graça

\*PhD, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.





# Sumário | Summary | Resúmen

## EDITORIAL

Prevenção de quedas nas pessoas idosas: estratégias de fisioterapia  
Maria da Conceição Graça

## ARTIGOS DE INVESTIGAÇÃO

- 9 Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar aos cuidados continuados  
Joana Pinho, Inês Viseu, Dayane Carvalho, Sara Sousa, Ana Isabel Vilar, Maria Henriqueta Figueiredo
- 21 Cuidar culturalmente sensível de famílias muçulmanas numa transição de desenvolvimento  
Cristina Jeremias, Fátima Rodrigues
- 35 COVID-19: observação de uma força de trabalho  
Rodrigo Silva, Joana Almeida, Maria Martins, Manuela Ferreira
- 47 Relação entre características sociodemográficas e profissionais e comportamentos assertivos dos enfermeiros  
Dora Machado, Assunção Almeida, João Tavares
- 59 Tratamento com perfusão subcutânea contínua de insulina na adolescência – a perceção materna  
Lígia Lima, Ester Rute Silva, Luísa Andrade
- 71 O funcionamento familiar em famílias com filhos adultos com deficiência: estudo descritivo correlacional  
Inês Fonseca, Marlene Cruz, Maria Henriqueta Figueiredo, Vanessa Monteiro, Carla Pinho, Liliana Borges
- 85 Atitudes maternas face à amamentação e satisfação com o suporte social  
Vanessa Verga, Dulce Garcia Galvão

## ARTIGOS DE REVISÃO

- 97 Intervenções desenvolvidas na gestão do luto em cuidados paliativos: scoping review  
Joana Sousa, Raquel Ferreira, Virgínia Guedes
- 111 Segurança no uso do medicamento no doente crítico: revisão integrativa da literature  
Inês Correia, Maria Lurdes Martins
- 123 Publicações científicas sobre enfermagem de família na pandemia: uma revisão da literatura  
Margarida Abreu, Maria José Peixoto, Maria Rui Sousa, Suellen Matos



## APLICAÇÃO DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR AOS CUIDADOS CONTINUADOS

Application of the dynamic model of assessment and family intervention to continuous care

Aplicación del modelo dinámico de evaluación e intervención familiar a la atención continua

Joana Pinho\*, Inês Viseu\*\*, Dayane Carvalho\*\*\*, Sara Sousa\*\*\*\*, Ana Isabel Vilar\*\*\*\*\*, Maria Henriqueta Figueiredo\*\*\*\*\*

### RESUMO

**Enquadramento:** o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) reporta-se à relação entre os elementos da família que evoluem numa interação recíproca (Figueiredo, 2012). Dinâmico e flexível, permite a mobilização dos seus componentes nos diversos níveis de atuação do enfermeiro. **Objetivos:** identificar diagnósticos e intervenções dirigidas à família, no sentido de obter ganhos em saúde para a pessoa, tendo a família como parceira de cuidados. **Metodologia:** estudo de caso, em contexto de cuidados continuados, sendo o MDAIF o referencial teórico e operativo. Para a colheita de dados recorreu-se à análise documental dos registos do processo clínico e entrevistas à pessoa em situação de internamento, filha e genro. Foram considerados todos os princípios éticos. **Resultados:** identificou-se como diagnóstico que requereu intervenção: Processo Familiar Disfuncional, manifestado por Comunicação Familiar Não Eficaz, no âmbito da Comunicação Emocional. Recorreu-se à técnica de intervenção familiar sistémica – abordagens narrativas enquanto ação que concretiza a intervenção “Promover a comunicação expressiva das emoções”. A construção de uma nova narrativa transformou a desmotivação para a reabilitação num aumento da potencialidade de adesão, verificando-se evolução na dependência de grau moderado para leve. **Conclusão:** o MDAIF pode ser aplicado tendo como alvo a pessoa e a família como contexto.

**Palavras-chave:** pessoa doente; família; modelos de enfermagem; cuidado de enfermagem

\*PhD, em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0002-5294-3399> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

\*\*PhD, em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0002-8667-9370> - Author contribution: study conception and design, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

\*\*\*PhD, em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0002-2450-6896> - Author contribution: study conception and design, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

\*\*\*\*PhD, em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0002-0052-5400> - Author contribution: study conception and design, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

\*\*\*\*\*PhD, em Educação na Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0002-3173-4838> - Author contribution: critical revision of the article

\*\*\*\*\*PhD, em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - <https://orcid.org/0000-0001-7902-9751> - Author contribution: critical revision of the article

### Autor de correspondência:

Joana Pinho  
E-mail: enf.joana.pinho@gmail.com

### Como referenciar:

Pinho, J., Viseu, I., Carvalho, D., Sousa, S., Vilar, A.I., & Figueiredo, M.H. (2022). Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar aos cuidados continuados. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 9-19. <https://doi:10.37914/riis.v5i2.182>

Recebido para publicação: 31/12/2021  
Aceite para publicação: 02/12/2022

### ABSTRACT

**Background:** the Dynamic Model Assessment and Family Intervention (MDAIF) refers to the relationship between family members that evolve in a reciprocal interaction (Figueiredo, 2012). Dynamic and flexible, it allows the mobilization of its components at the different levels of the nurse's performance. **Objectives:** identify diagnoses and interventions aimed at the family, in order to obtain health gains for the person, with the family as a care partner. **Methodology:** case study, in the context of continued care, with the MDAIF as the theoretical and operational framework. For data collection, documentary analysis of the clinical process records and interviews were carried out with the inpatient, daughter and son-in-law. All ethical principles were considered. **Results:** it was identified as a diagnosis that required intervention: Dysfunctional Family Process, manifested by Ineffective Family Communication, in the context of Emotional Communication. The technique of systemic family intervention was used - narrative approaches as an action that materializes the intervention "Promoting the expressive communication of emotions". The construction of a new narrative transformed the lack of motivation for rehabilitation into an increase in the potential for adherence, with an evolution in dependence from a moderate to a mild degree. **Conclusion:** the MDAIF can be applied targeting the person and the family as a context.

**Keywords:** sick person; family; nursing models; nursing care

### RESUMEN

**Marco contextual:** el Modelo Dinámico de Evaluación e Intervención Familiar (MDAIF) se refiere a la relación entre elementos familiares que evolucionan en una interacción recíproca (Figueiredo, 2012). Dinámico y flexible, permite la movilización de sus componentes en los diferentes niveles de actuación del enfermero. **Objetivos:** identificar diagnósticos e intervenciones dirigidas a la familia, con el fin de obtener beneficios para la salud de la persona, con la familia como compañera de cuidado. **Metodología:** estudio de caso, en el contexto de la atención continuada, con el MDAIF como marco teórico y operativo. Para la recolección de datos se utilizó el análisis documental de los registros del proceso clínico y entrevistas con la interna, la hija y el yerno. Se consideraron todos los principios éticos. **Resultados:** se identificó como un diagnóstico que requirió intervención: Proceso Familiar Disfuncional, manifestado por la Comunicación Familiar Ineficaz, en el contexto de la Comunicación Emocional. Se utilizó la técnica de intervención familiar sistémica - enfoques narrativos como acción que materializa la intervención “Fomento de la comunicación expresiva de las emociones”. La construcción de una nueva narrativa transformó la falta de motivación para la rehabilitación en un aumento del potencial de adherencia, con una evolución en la dependencia de un grado moderado a leve. **Conclusión:** el MDAIF se puede aplicar apuntando a la persona y la familia como contexto.

**Palabras claves:** persona enferma; familia; modelos de enfermería; cuidado de enfermeira

### INTRODUÇÃO

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) surge com intuito de dar resposta às necessidades de cuidados de saúde, decorrentes da dependência no autocuidado (Ministério da Saúde, 2004). De facto, numa população sucessivamente mais envelhecida como é o caso da portuguesa, faz sentido uma resposta neste âmbito. A verdade é que sem respostas como as providenciadas pelas diversas tipologias de unidades da RNCCI, a pessoa dependente poderá ficar numa situação de vulnerabilidade, ou muitas vezes, dependente da sua família.

Dentro da RNCCI, destaca-se a Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), sendo esta uma *“unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável”* (Ministério da Saúde, 2004, pág. 8). Por esta definição, pode-se interpretar UMDR enquanto resposta intermediária entre os cuidados hospitalares e os cuidados na comunidade. De facto, é precisamente esta interpretação que dá o impulso no sentido de aplicar o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) de Figueiredo (2012) aos cuidados continuados de média duração e reabilitação e, assim, facilitar a continuidade de cuidados.

Efetivamente, várias vezes, são os familiares que se tornam cuidadores de um membro da família dependente, sendo que o presente estudo pretende descrever a avaliação e intervenção familiar, quando a

família é parceira dos cuidados de enfermagem. Neste âmbito, o MDAIF (Figueiredo, 2012), entre os vários modelos de avaliação familiar, destaca-se ao contribuir simultaneamente para a avaliação e intervenção familiar, concretamente na sua matriz operativa, sendo, por isso, imprescindível o seu recurso no presente estudo.

### ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O MDAIF (Figueiredo, 2012) apresenta como referencial epistemológico o pensamento sistémico, que integra, entre outras, a Teoria Geral dos Sistemas, Teoria da Comunicação Humana e a Cibernética. Enquanto referencial teórico e operativo de enfermagem de saúde familiar (Correia et. al, 2021), reporta-se à relação entre os elementos da família que evoluem numa interação recíproca. Apresenta como conceitos centrais: Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família (Figueiredo, 2012). Apesar de incluir os focos de enfermagem propostos pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), interpreta-os à luz do pensamento sistémico (Correia, et al., 2021).

O MDAIF constitui-se um ótimo norteador da prática do enfermeiro, uma vez que divide a avaliação familiar em três grandes dimensões (estrutural, de desenvolvimento e funcional) e, por isso, possui estrutura operativa que possibilita a interligação entre as etapas do processo de enfermagem (Correia et al., 2021). A matriz operativa deste referencial *“pretende estabelecer uma estrutura organizativa para as ligações operacionais que conferem o elemento da testabilidade”* (Figueiredo, 2012, pág. 103).

## **Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar aos cuidados continuados**

De cariz dinâmico e flexível, permite a mobilização dos seus componentes nos diversos níveis de atuação do enfermeiro. Ou seja, é passível de ser utilizado num contexto que não perspetiva a família enquanto unidade de cuidados, mas sim como recurso/contexto. A primeira dimensão avaliativa do MDAIF é a dimensão estrutural, a mesma debruça-se sobre a composição familiar, os vínculos entre os membros da família e, desta, com outros subsistemas e o seu contexto ambiental (Figueiredo, 2012). Dos instrumentos de avaliação familiar utilizados nesta dimensão realça-se o genograma, ecomapa e Escala de Graffar adaptada. Passando à dimensão do desenvolvimento, segundo Figueiredo (2012), esta foca-se nos fenómenos associados ao crescimento familiar que obriga ao reconhecimento do ciclo vital familiar, mas também à consideração da especificidade e exclusividade de cada família.

A terceira e última dimensão avaliativa do MDAIF, a dimensão funcional foca-se nas interações familiares que permitem no seu cerne a evolução conjunta, num contexto de complementaridade (Figueiredo, 2012). A escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, escala de FACES II e APGAR Familiar de Smilkstein são instrumentos aos quais faz sentido recorrer-se durante a avaliação desta dimensão.

Como concretização das intervenções que pretendem dar respostas às necessidades da família em cuidados de enfermagem, as psicoterapias de enfoque narrativo integram ferramentas essenciais na promoção da capacitação das famílias. Estas baseiam-se no princípio construtivista, já que partem do princípio de que a realidade, tal como se conhece, resulta da construção social obtida através da linguagem e diálogos estabelecidos (Cesar & Costa, 2018). As abordagens

narrativas promovem a mudança no funcionamento da família através da perturbação das narrativas dominantes sobre o problema e da construção de novas histórias, ou narrativas alternativas, para significar os eventos de vida (Cesar & Costa, 2018). Importa compreender dois conceitos cruciais desta abordagem: narrativa dominante e narrativa alternativa. A primeira, narrativa dominante, é aquela que suporta o problema, sendo que embora a forma da narrativa possa variar conforme a situação da família, o conteúdo é invariavelmente o mesmo, sendo que este aspeto inviabiliza percursos alternativos, por exemplo, na depressão, a narrativa é restrita ao tema da tristeza, já numa família a narrativa é restrita a um determinado aspeto do funcionamento da família (Dias, 2011). A segunda, narrativa alternativa, utiliza elementos da narrativa dominante, mas acrescenta-lhes novas experiências, temas ou interações, conferindo assim um sentido de possível solução ao problema verbalizado pela família (Lion, 2017).

As narrativas acompanham as alterações no sistema, isto significa que sendo adequadas a um tempo e contexto específico, as narrativas devem transformar-se (Feixas et. al., 2016). Habitualmente, as famílias percecionam como um problema, quando determinada narrativa se torna central e anula aspetos importante da identidade do sistema familiar. A “narrativa problema” (White, 2007 cit. in Sequeira & Alarcão, 2013) supostamente tem como objetivos principais dar sentido e solucionar um problema, contudo, em alguns momentos, passa a regular o sistema familiar, a definir papéis, formatos de interação (Sequeira & Alarcão, 2013).

A utilização das psicoterapias de enfoque narrativo por parte dos enfermeiros, possibilita o diálogo sobre

## Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar aos cuidados continuados

a solução em detrimento do problema, em consonância com os pressupostos do MDAIF (Figueiredo, 2012). Dá-se uma centralidade às nas forças e recursos das famílias. Para além disso, baseiam-se na crença que as famílias reúnem a capacidade para resolver os seus problemas, simplesmente, por vezes, são confrontadas com problemas que tendem a ocultar aspetos relevantes da identidade familiar e, por isso, aparentemente não são resolvíveis.

### METODOLOGIA

Estudo de caso, descritivo e exploratório. O caso refere-se a uma família com um membro em contexto de cuidados continuados. Ou seja, o contexto não prevê a família enquanto foco de cuidados, mas sim, como parceira. Posto isto, objetiva-se identificar diagnósticos e intervenções dirigidas à família, no sentido de obter ganhos em saúde para a pessoa, tendo a família como parceira de cuidados.

Enquanto referencial teórico e operativo, utilizou-se o MDAIF. Desta maneira, pode-se considerar que se procura ultimamente demonstrar a aplicabilidade do MDAIF a outros contextos além dos cuidados de saúde primários.

Para a colheita de dados recorreu-se à análise documental dos registos do processo clínico e às entrevistas, efetuadas à pessoa em situação de internamento, à filha e ao genro. Tanto a colheita, como as entrevistas foram realizadas durante a permanência da utente na UMDR, ou seja, de março a abril de 2021. As entrevistas aos membros da família foram realizadas via presencial, aquando das visitas semanais.

Todos os membros da família foram devidamente informados do intuito do estudo, sendo sempre salvaguardada a sua privacidade. Para isso, atribuiu-se aleatoriamente letras do alfabeto a cada membro da família, bem como a família como um todo (Família N). Em suma, foram considerados todos os princípios éticos, tendo o diretor técnico e administrador validado este aspeto, uma vez que não existe comissão de ética no hospital. Para uma melhor compreensão dos resultados obtidos, subdividiu-se a apresentação dos mesmos segundo o diagrama representativo do MDAIF (Figura 1). Salienta-se que apenas se avaliaram as dimensões avaliativas adequadas à família N. Tal como preconizado na matriz operativa, aos enfermeiros compete a tomada de decisão relativamente à adequação e priorização das seguintes áreas de atenção (Figueiredo, 2012).

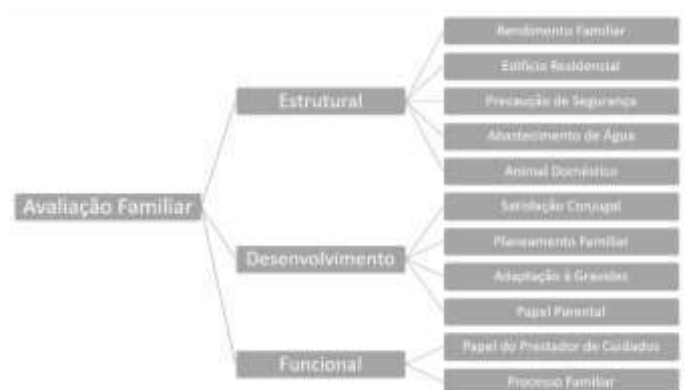


Figura 1  
Diagrama representativo do MDAIF, Figueiredo (2012).

### RESULTADOS

#### Composição familiar

A família N., do tipo família alargada, é constituída pela Sra. M de 85 anos, pela sua filha Sr. E de 60 anos e pelo seu genro Sr. A de 63 anos. A Sra. M.

## Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar aos cuidados continuados

com diagnóstico clínico de pneumonia por SARS-COV2 em janeiro 2021 esteve internada na UMDR de um Hospital da zona norte do país, durante 6 semanas para reabilitação motora e funcional. Tem como antecedentes: Hipertensão; Nefropatia hipertensiva; Doença renal crónica; Dislipidemia; Obstipação crónica; Bradicardia sinusal (pacemaker); Fibrilhação auricular paroxística e Acidente vascular cerebral em agosto de 2020, sendo dependente em grau moderado no autocuidado higiene e gestão do regime terapêutico desde então e tem como prestadora de cuidados a sua filha, a Sra. E. Neste novo internamento a Sra. M apresentava também dependência em grau moderado para autocuidado vestuário, ir ao sanitário, andar, autovigilância (Escala de Barthel de 51 pontos).

O seu genro, Sr. A, sofreu uma septicemia em 2017 ficando dependente em grau reduzido (Escala de

Barthel=84 pontos) no autocuidado: higiene e ir ao sanitário, sendo também a Sra. E a sua cuidadora. Após este evento, o casal adaptou o edifício residencial, estando o mesmo totalmente preparado para receber novamente a Sra. M.

A Sra. E refere sentir-se confortável no papel de cuidadora do marido desde 2017 e da mãe desde agosto de 2020, referindo que o regresso da mãe a casa a levará a reajustar as rotinas mais uma vez, diz mesmo “espero estar à altura, às vezes não é fácil ter duas pessoas dependentes de nós”.

Apresenta-se em seguida o genograma da família N, assim como a psicofigura de Mitchel, que permitiu explorar os laços emocionais existentes na família, compreendendo a perceção da Sra. M das interações familiares e entender se existem, por exemplo, situações de conflito entre membros que influenciem quer negativamente, como positivamente a recuperação.

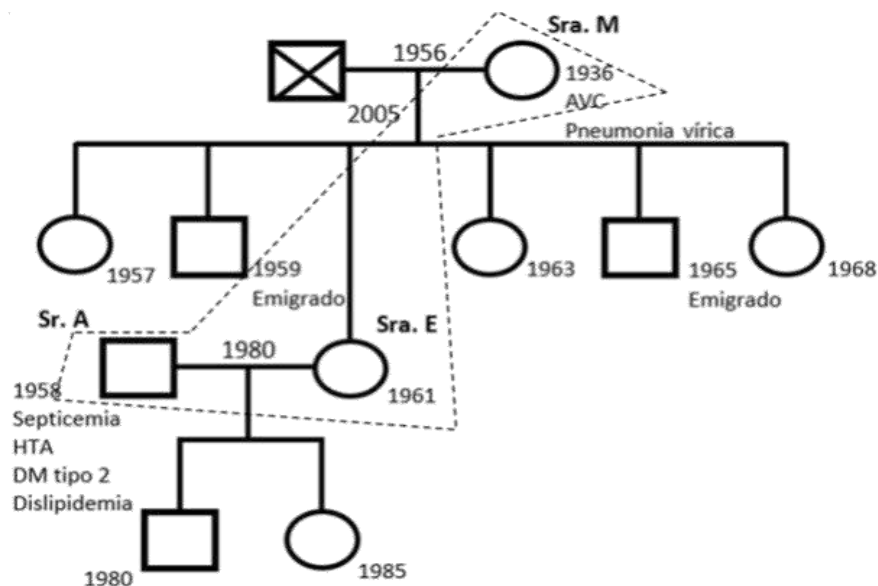


Figura 2

Genograma da Família N no ano de 2021

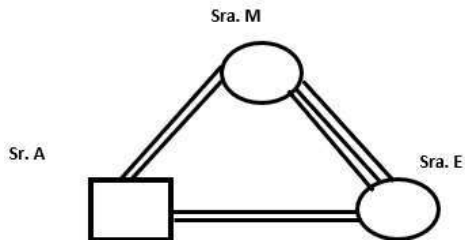


Figura 3  
Psicofigura de Mtichel Sra. M no ano de 2021

### Família extensa

O contacto com a família extensa é realizado diariamente via telefone com os objetivos principais de companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos.

### Sistemas mais amplos

Neste âmbito, recorreu-se ao ecomapa que, segundo Figueiredo (2012), fornece uma imagem visual dos contatos da família com os sistemas mais amplos, permitindo, assim, enfatizar as relações sistémicas dos indivíduos e os seus ambientes. Neste caso, é importante até porque a rede social da família é pequena, logo potencialmente menos efetiva que uma rede média face a uma situação de crise. Esta realidade pode afetar a recuperação da Sr.<sup>a</sup> M, uma vez que a Sra. E é prestadora de cuidados de dois membros da família, por isso, poderia sofrer exaustão e ter necessidade de recorrer a rede de apoio. No caso do ecomapa, os dados considerados foram colhidos junto de cada membro da família.

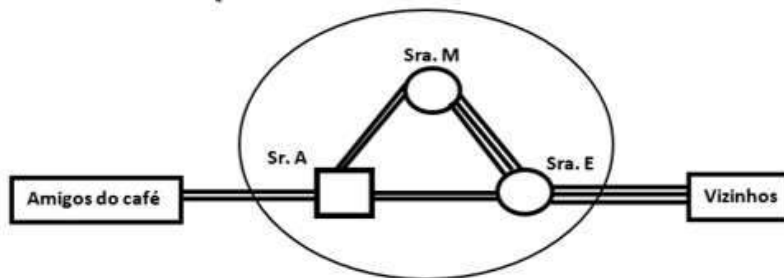


Figura 4

Ecomapa Família N no ano de 2021

### Classe social

De modo a enunciar a classe social da família, recorreu-se à Escala de Graffar Adaptada, sendo que pelo score obtido, atribuiu-se a classe média baixa. Os dados que a Escala de Graffar fornece são relevantes na medida em que podem se relacionar com o nível da literacia em saúde e também ao acesso, por exemplo, a serviços de saúde. Contudo, por si só, não permitem a nomeação de nenhum diagnóstico.

### Áreas de atenção da Dimensão estrutural

No caso da dimensão estrutural, além dos dados avaliativos, foram avaliadas as seguintes áreas de atenção: rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança e abastecimento de água.

Os dados colhidos nesta dimensão permitiram elencar forças na família, ou seja, aspetos que potencialmente ajudaram ou ajudarão a família a atravessar momentos de transição e facilitam a auto-



## **Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar aos cuidados continuados**

regulação. As forças são o rendimento familiar não insuficiente e o edifício residencial seguro. O rendimento familiar influencia diretamente a aquisição de medicamentos e equipamentos de saúde, tendo repercussão direta na gestão dos regimes terapêuticos, designadamente da Sra. M.

Quanto ao edifício residencial, destaca-se que dada a impossibilidade da visita domiciliar, não se pode ajuizar sobre este foco. Apenas pela entrevista da Sra. M e Sra. E, a hipótese diagnóstica seria edifício residencial não negligenciado. A avaliação deste parâmetro é importante na medida em que oferece dados sobre as condições de habitabilidade, que podem interferir com a sua saúde e recuperação da doença.

Para além destas, a precaução de segurança demonstrada e o abastecimento de água adequado também são identificadas como forças da família, ou seja, são fatores facilitadores para a plenitude e saúde familiar. De facto, colher dados sobre a precaução de segurança é particularmente importante no contexto dos cuidados continuados, já que, e neste caso em específico, permitiu compreender que não existem barreiras arquitetónicas. A família possui uma casa térrea, o quarto da Sra. M tem casa de banho equipada com base de chuveiro e cadeira sanitária. Por sua vez, o abastecimento de água é relevante, pois, leva a evidenciar ou não a salubridade da água.

### **Áreas de atenção da Dimensão do desenvolvimento**

Nesta dimensão, tal como anteriormente, apenas se consideraram as áreas de atenção e respetivas dimensões avaliativas, tendo como alvo de cuidados a Sra. M e a família como contexto ou parceira de cuidados. Assim sendo, avaliou-se o papel parental na perspetiva que se continua a desenvolver funções do

mesmo. Neste caso em específico, a sua avaliação permite anteceder situações de inversão de papéis advindas da horizontalidade da relação adulto-adulto nesta fase do ciclo vital, geradoras de não consenso, conflito e saturação.

### *Papel parental*

Nesta área de atenção identificaram-se exclusivamente forças, ou seja, o papel parental adequado. Os dados avaliativos contemplam a redefinição das relações com os filhos, neste caso, filha, Sra. E, visto que a Sra. M é autónoma, ou seja, tem a capacidade de tomada de decisão e cozinhava e pretende continuar a cozinhar, nem que seja o almoço de domingo, para a família. De facto, uma vez que pela idade da Sra. M e por estar dependente da sua filha, haveria o risco de existir uma inversão de papéis, caso a Sra. E não promovesse a autonomia da sua mãe, não lhe reconhecesse competência cognitiva para tomar decisões. Quanto aos restantes filhos, a Sra. M mantém de facto uma relação de grande proximidade com cada um deles, recorrendo aos mesmos e aos netos e bisnetos, de modo frequente, enquanto fonte de suporte emocional, principalmente.

### **Áreas de atenção da Dimensão funcional**

Nesta dimensão, considerou-se relevante colher dados nas duas áreas de atenção contempladas pelo MDAIF: papel de prestador de cuidados e processo familiar.

### *Papel de prestador de cuidados*

A Sra. E, é prestadora de cuidados de dois membros da família. Ou seja, é cuidadora do seu marido, Sr. A, de 63 anos de idade, após uma septicemia em 2017, sendo o mesmo dependente em grau leve no autocuidado: higiene, vestuário e ir ao sanitário. O Sr. A apresenta coletor urinário, anda com canadianas e recorre a cadeira sanita durante os cuidados de

higiene. Também já era anteriormente cuidadora da sua mãe, Sra. M, que tem 85 anos de idade, vários antecedentes pessoais dos quais se destacam a hipertensão arterial, doença renal crónica e bradicardia sinusal (pacemaker), e que, segundo o Índice de Barthel, no momento de entrada é dependente em grau moderado no autocuidado: higiene, vestuário, ir ao sanitário, andar, gestão do regime terapêutico e autovigilância. Acrescenta-se que previamente à situação de internamento, a dependência já era uma realidade, sendo que a Sra. M já recorria à cadeira sanitária durante o banho, a filha já geria o seu regime terapêutico e autovigilância.

Dadas as novas necessidades, nomeadamente no que concerne ao autocuidado: vestuário, ir ao sanitário e andar, emergiu a necessidade de avaliar a capacidade da Sra. E, para assumir as novas tarefas inerentes à prestação de cuidados da Sra. M. A avaliação permite detetar precocemente as necessidades psicológicas, e ocupacionais e, numa perspetiva preventiva, intervir face às principais dificuldades. Apesar da Sra. E já anteriormente ter sido cuidadora do marido e da mãe, importa avaliar a capacidade da prestadora de cuidados no momento atual, de modo a perceber-se se pode cuidar eficazmente da Sra. M (e do Sr. A).

Assim, quanto ao conhecimento do papel, compreendeu-se que a Sra. E tinha o conhecimento necessário, já que as novas necessidades da mãe são similares às do marido, pelo menos em termos de técnica, visto que as necessidades são individuais e únicas para cada pessoa. Quanto aos comportamentos de adesão, verifica-se, entre outros aspetos, que estimula a independência, promove a higiene/vestuário adequada e assiste na autovigilância, sendo estes comportamentos que

pretende manter após o regresso do Sra. M. ao domicílio.

Ainda que no âmbito do consenso, saturação e conflito de papel não tenham sido identificadas necessidades de cuidados, compreendendo a realidade da saturação do papel de prestador de cuidados, considerou-se relevante aprofundar a área de atenção. Assim sendo, aplicou-se alguns instrumentos de avaliação do cuidador familiar como a CADI, CAMI, CASI e Escala de Sobrecarga do Cuidador, cujos dados influíram apenas para o suporte da força: Saturação do papel não.

### *Processo familiar*

Nas dimensões operativas da área de atenção processo familiar, nomeadamente Coping familiar, Interação de Papéis e Relação Dinâmica verificou-se não existir necessidade de cuidados e, por isso, áreas consideradas como forças da família.

No âmbito da comunicação familiar, constatou-se que ao nível da comunicação emocional os membros não estavam satisfeitos relativamente ao modo de expressão dos sentimentos, assim como o impacto que os sentimentos de cada um têm na família não é percecionado como favorável.

Deste modo, identificou-se o diagnóstico de enfermagem: Processo Familiar disfuncional manifestado por Comunicação Familiar Não Eficaz e relacionado com a Comunicação Emocional Não Favorável. O objetivo da intervenção centrou-se na melhoria a comunicação familiar, sendo desenvolvidas as seguintes intervenções, que constam na matriz operativa do Modelo: promover a comunicação expressiva das emoções; promover o envolvimento da família, otimizar a comunicação na família; planear rituais na família e otimizar padrão de assertividade. As ações que concretizaram estas intervenções, visaram a

promoção da mudança através da coconstrução de narrativas alternativas, que possibilitassem a criação de novas histórias e novas realidades.

### DISCUSSÃO

A Sra. M estava desmotivada para a recuperação, contribuindo para isso a comunicação entre si e a Sra. E, prejudicada desde o seu internamento motivado pela infeção por SARS-COV2. As pessoas sujeitas a internamento, nessas condições, apresentam geralmente fadiga, falta de esperança, insegurança e negação, sendo imprescindível a intervenção do enfermeiro na transição saúde-doença enquanto facilitador (Rosas Rodrigues et. al., 2021). Neste caso, outras vivências preocupavam a utente, nomeadamente a comunicação entre a sua filha e o genro, assim como a dinâmica familiar em geral.

A comunicação familiar determina um modelo de interação entre os seus membros (Fiorini & Guisso, 2016). Também é referida a importância da capacidade de metacomunicação da família para uma dinâmica relacional saudável (Boechat et al., 2015).

Após a implementação das intervenções na área da comunicação familiar, nomeadamente a técnica das abordagens narrativas, observou-se inequivocamente a potencialidade de adesão ao regime de reabilitação. Esta foi demonstrada através da maior volição, disponibilidade, consciencialização e melhoria do humor, sendo este fator importantíssimo na passagem da dependência em grau moderado para a dependência em grau leve da Sra. M.

Este paradigma de olhar sobre a família abriu novas perspetivas para uma abordagem de intervenção que deixa de estar centrada nos problemas individuais, fraquezas ou limitações, mas sim nos processos

relacionais e nas suas competências (Alves & Carvalho, 2018). As histórias não possuem sentido em si mesmas, mas sustentam significado através dos relacionamentos (Martins & Arantes, 2018). Dá-se relevância assim aos significados e à coconstrução de mudanças, pois *“Essa forma de ver possibilita desmistificar a concepção de que o sintoma deve ser removido, e a conduta sintomática então passa a ser vista como uma pista do que precisa ser reorganizado, revisto ou aprendido”* (Cordeiro, 2019, p. 11).

### CONCLUSÃO

Após a avaliação aprofundada e respetiva intervenção, pode-se afirmar que a utilização do MDAIF em contextos diferentes dos cuidados de saúde primários é uma ferramenta essencial para os enfermeiros, não só porque facilita a continuidade de cuidados através da compreensão do sistema familiar e do processo de enfermagem resultante, como também alavanca a qualidade dos mesmos. Para além disso, intensifica a visão holística tão característica e necessária à área de saúde.

Deste modo, é evidente que as intervenções dirigidas à família presentes no plano de cuidados foram bem-sucedidas. De facto, permitiram melhorar a necessidade prioritária da utente, ou seja, através do MDAIF conseguiu-se obter de ganhos em saúde para a pessoa e, por consequência, para a sua família, que foi parceira de cuidados. Em adição, a pesquisa e os seus resultados permitem aos demais profissionais perceber que existem inúmeros benefícios, em conjugar e adaptar diferentes modelos teóricos.

O trabalho realizado ocorreu num período atípico para a humanidade criado pela pandemia de COVID -19, este facto tornou a elaboração do mesmo mais

desafiante, pela limitação de contactos e ainda pela incerteza e cansaço geral. Apesar da implicação positiva identificada gostaríamos que no futuro se continuasse a confirmar e desenvolver através de mais estudos de casos e mais investigação, nomeadamente em serviços de internamento diferenciados.

### AGRADECIMENTOS

Um agradecimento à Escola Superior de Enfermagem do Porto e aos seus docentes que sempre impeliram os seus alunos no sentido da investigação e facultaram todos os materiais que facilitassem o processo.

Um agradecimento à Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar (SPESF) que possibilitou, no âmbito do 3º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar, 2º Congresso Ibérico de Saúde Familiar e 1º Encontro Luso Brasileiro de Enfermagem de Família e Comunidade, a partilha em formato de comunicação oral do presente estudo e motivou ao investimento na sua publicação.

Um agradecimento ao Hospital de Lousada que não hesitou em abrir portas à realização do presente estudo.

E, por fim, um agradecimento especial aos profissionais da Unidade de Cuidados Continuados Média Duração e Reabilitação Lousada.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, C. O. & Carvalho, A. S. A. V. (2018). Do cuidar ao cuidar-se: um relato de intervenção em terapia familiar sistêmica. *Nova Perspectiva Sistêmica*. 27(62). 109-125. DOI: <http://dx.doi.org/10.21452/2594-43632018v27n62a07>

Boechat, I. T., Cabral, H. L. T. B., & Souza, C. H. M. (2015). A comunicação na família caracterizada pela pseudomutualidade e pelo duplo vínculo. *Revista Transformar*. 7ª Edição. 227-238. Disponível em:

<http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/42/39>

Cesar, C. C. F., Costa, J. S. (2018). *Terapia familiar sistêmica*. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A. 280 p. ISBN 978-85-522-1185-3

Cordeiro, V. B. (2019). *Abordagem Sistêmica com casais e famílias*. In Freire, L. (org). 2019. *Terapia familiar: múltiplas abordagens com casais e famílias*. 1. ed. – Curitiba: Appris Editora

Correia, C., Chaves, C., Batista, B., Rosário, H., & Teixeira, R. (2021). Aplicação Do Modelo Dinâmico De Avaliação E Intervenção Familiar - Um Estudo De Caso. *Egitania Ciencia*, n28, p. 187-203. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/35366?locale=en>

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 06 de junho (2006). *Diário da República n.º 109/2006. Série I-A. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.*

Dias, M. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistêmica - o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, n19, 139-156. DOI: 10.7559/gestaoedesenvolvimento.2011.140

Feixas V.G., Muñoz, D., Compañ, V., & Montesano, A. (2016). El Modelo Sistémico en la Intervención Familiar. (Objectes i Materials Docents. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics Facultat de Psicologia. Universidade de Barcelona). 53p. <http://hdl.handle.net/2445/31584>

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-83-7

Fiorini, M. & Guisso, L., (2016). Teoria familiar sistêmica: retrospectiva história e perspectivas atuais perspectivas atuais. *Publicações Psicologia.pt*. ISSN 1646-6977. 1-12. Disponível em: [https://www.psicologia.pt/artigos/ver\\_artigo.php?teoriafamiliar-sistemica-retrospectiva-historia-e-perspectivas-atuais&codigo=A1009](https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?teoriafamiliar-sistemica-retrospectiva-historia-e-perspectivas-atuais&codigo=A1009)

Lion, C. M. (2017). Caminhando no contexto das práticas colaborativas e narrativas: experiências profissionais transformadas. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 26(57), 21-36. Recuperado de <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/275>

Martins, P. P. S. & Arantes, M. (2018). Cerimônias de encerramento em terapia individual: expandindo os sentidos da mudança. *Nova Perspectiva Sistêmica*,

## Aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar aos cuidados continuados

27(62), 6-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.21452/2594-43632018v27n62a01>

Ministério da Saúde. (2004). *Cuidados Continuados*. Serviço Nacional de Saúde

Rosas Rodrigues, C., Pereira, F., Pinto, M., Freitas, M., & Rocha, S. (2021). As vivências do paciente hospitalizado durante a pandemia COVID-19: Revisão

Integrativa. *RIIS*, vol.4(1), 87-97. DOI <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.132>

Sequeira, J., & Alarcão, M. (2013). Porquê Não Mudam as Famílias? Narrativas de Terapias Familiares de Insucesso. *Temas em Psicologia*, Vol. 21, nº 1, 203 – 219 DOI: 10.9788/TP2013.1-15



## CUIDAR CULTURALMENTE COMPETENTE DE FAMÍLIAS MUÇULMANAS NUMA TRANSIÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

Culturally competent care of Muslim families in a developmental transition

Atención culturalmente competente a familias musulmanas en una transición del desarrollo

Cristina Jeremias\*, Fátima Rodrigues\*\*

### RESUMO

**Enquadramento:** as crenças e práticas de saúde constituem uma herança perpetuada nas famílias muçulmanas. A forma como vivenciam o nascimento é uma experiência influenciada por aspetos religiosos e socioculturais. **Objetivo:** analisar o modo como as famílias muçulmanas vivenciam o processo de transição para a parentalidade. **Metodologia:** estudo descrito observacional de natureza qualitativa. Questão de investigação: Como vivenciam as famílias muçulmanas o processo de transição para a parentalidade? Amostra de seis mulheres, oriundas de famílias muçulmanas, com idades entre 20-30 anos, residentes em Lisboa. A recolha de informação foi obtida por entrevistas semiestruturadas e os dados foram sujeitos a análise de conteúdo. Foram considerados os procedimentos éticos inerentes à pesquisa. **Resultados:** das entrevistas emergiram três categorias: Espera apoiada pela família; Nascimento é um assunto feminino; Intergeneracionalidade na transição. **Conclusões:** nas comunidades islâmicas, os papéis parentais e o desempenho da maternagem é apoiado pela família alargada para facilitar as aprendizagens essenciais, pelo que a mãe ou a sogra acompanha a gestação, assumindo as tarefas domésticas, os cuidados e a vigilância à grávida. Nos cuidados à puérpera e ao recém-nascido, estão presentes elementos tradicionais que necessitam da atenção dos profissionais de saúde.

**Palavras-Chave:** enfermagem familiar; islamismo; recém-nascido; parentalidade

### ABSTRACT

**Background:** health beliefs and practices are a perpetuated heritage in muslim families. The way they experience birth is an experience influenced by religious and sociocultural aspects. **Objective:** to analyze how muslim families experience the parental transition process. **Methodology:** described observational study of a qualitative nature. Research question: How do Muslim families experience the process of transition to parenthood? Sample of six women, from muslim families, aged 20-30 years, residing in Lisbon. The collection of information was obtained through semi-structured interviews and the data were subjected to content analysis. Ethical procedures inherent to the research were considered. **Results:** three categories emerged from the interviews: Waiting supported by the family; Birth is a female matter; Intergenerationality in transition. **Conclusions:** in Islamic communities, parental roles and the performance of maternity care are supported by the extended family to facilitate essential learning, whereby the mother or mother-in-law accompanies the pregnancy, taking on the domestic tasks, care, and surveillance of the pregnant woman. In postpartum and newborn care, there are traditional elements that need the attention of health professionals.

**Key words:** family nursing; islam; newborn; parenting.

### RESUMEN

**Marco Contextual:** las creencias y prácticas de salud son una herencia perpetua en las familias musulmanas. La forma en que experimentan el nacimiento es una experiencia influenciada por aspectos religiosos y socioculturales. **Objetivo:** analizar cómo viven las familias musulmanas el proceso de transición parental. **Metodología:** estudio observacional descrito de carácter cualitativo. Pregunta de investigación: ¿Cómo experimentan las familias musulmanas el proceso de transición a la paternidad? Muestra de seis mujeres, de familias musulmanas, de 20 a 30 años, residentes en Lisboa. La recolección de información se obtuvo a través de entrevistas semiestruturadas y los datos fueron sometidos a análisis de contenido. Se consideraron los procedimientos éticos inherentes a la investigación. **Resultados:** de las entrevistas surgieron tres categorías: Esperar con el apoyo de la familia; el nacimiento es un asunto de mujeres; Intergeneracionalidad en transición. **Conclusiones:** en las comunidades islámicas, los roles parentales y el desempeño de la maternidad son apoyados por la familia extensa para facilitar el aprendizaje esencial, mediante el cual la madre o suegra acompaña el embarazo, asumiendo las tareas del hogar, cuidado y vigilancia de la embarazada. En la atención posparto y neonatal, existen elementos tradicionales que requieren la atención de los profesionales de la salud.

**Palabras clave:** enfermería familiar; islam; recién nacido; parental.

\*PhD, student em Enfermagem - McS em Comunicação em Saúde – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - <https://orcid.org/0000-0001-8339-1606> - 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 – McS em Saúde Pública - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa <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

#### Autor de correspondência:

Cristina Jeremias  
E-mail: [cjeremias@esel.pt](mailto:cjeremias@esel.pt)

#### Como referenciar:

Jeremias, C., & Rodrigues, F. (2022). Cuidar culturalmente sensível de famílias muçulmanas numa transição de desenvolvimento. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 21-33. <https://doi:10.37914/riis.v5i2.190>

Recebido para publicação: 28/11/2021  
Aceite para publicação: 21/09/2022

### INTRODUÇÃO

O conceito de família tem sido definido de formas distintas em consonância com os quadros de referência dos indivíduos, valores e disciplina, logo, as famílias devem ser analisadas, para além da perspetiva da cultura ocidental uma vez que existe grande diversidade quer seja a nível do conceito, como das dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2012; Franklin & Mooney-Doule, 2019; Wright & Leahey, 2019). Quando falamos de transições de desenvolvimento ao longo do eixo diacrónico das famílias, é essencial clarificar como determinado grupo cultural, étnico ou religioso percebe a família. Se para alguns autores a perspetiva dominante é a família do tipo nuclear e as outras gerações fazem parte da genealogia; em contraste há culturas que não concebem a família de tipo nuclear isolada e referem-se a toda a rede ampliada, que pode incluir avós, tios, primos e afins com quem vivem em estreita proximidade, coabitam, tomam decisões e comemoram festividades. A forma de estruturar e definir as fronteiras e os limites vai determinar o modo de viver as transições da vida familiar (Franklin & Mooney-Doule, 2019).

As famílias podem ser analisadas sob múltiplas perspetivas. Para prestar cuidados culturalmente competentes a famílias, com diferentes *backgrounds*, que estejam a vivenciar transições, os profissionais de saúde precisam de compreender os fenómenos socioculturais e religiosos que as influenciam (Meleis, 2018). Este estudo tem como objetivo analisar o modo como as famílias muçulmanas vivenciam o processo de transição para a parentalidade, numa perspetiva de desenvolvimento, desde o início da formação da família até à fase do nascimento do

primeiro filho, mas centrada num nicho de famílias, que não sendo as tradicionais da cultura ocidental, merecem atenção dos profissionais de saúde pelas suas especificidades, entre estas, as muçulmanas.

As crenças e práticas de saúde constituem uma herança perpetuada nas famílias pertencentes a diferentes culturas, etnias e grupos religiosos (McFarland & Wehb-Alamah, 2018). Neste contexto, encontramos famílias muçulmanas cuja forma de vivenciar o nascimento do primogénito constitui uma experiência influenciada por aspetos religiosos e socioculturais, manifestando-se pelo grande envolvimento familiar e cumprimento de rituais inerentes ao momento (Duderija & Rane, 2019; Jeremias, 2019).

Considerando as famílias muçulmanas, importa mencionar que o conceito “muçulmano” está associado ao islamismo, significando obediência, dedicação e lealdade a Alá de livre e espontânea vontade (Küng, 2017). O Islão é um código de vida e conduta que rege todas as áreas da vida dos muçulmanos, sendo o matrimónio, a sexualidade e a gravidez uma das esferas (Barbosa e Paiva, 2017). Embora o islão seja a religião que os une, existem variações culturais nas famílias muçulmanas de origens étnicas e nacionalidades distintas, onde se poderá encontrar diferentes elementos culturais organizadores que orientam a forma de viver e estar das mesmas e, conseqüentemente a transição de desenvolvimento para a parentalidade (McFarland & Wehb-Alamah, 2018; Meleis, 2018; Duderija & Rane, 2019; Jeremias, 2019).

As famílias muçulmanas são uma presença viva em Portugal há décadas. No século XXI o fenómeno migratório, por diferentes causas, aumentou exponencialmente. O número de pessoas residentes



## **Cuidar culturalmente sensível de famílias muçulmanas numa transição de desenvolvimento**

nos Estado-Membros da União Europeia (EU) com nacionalidade de um país terceiro era, a 1 de janeiro de 2021, de 23,7 milhões, representando 5,3% da população da EU. Acresce que nessa data, havia 13,7 milhões de pessoas vivendo em um dos Estados-Membros da UE com a cidadania de outro Estado-Membro da UE. O número de pessoas que adquiriram a nacionalidade de um Estado-Membro da UE, onde residiam, foi de 729 000 em 2020, o que corresponde a um aumento de cerca de 3 % em relação a 2019 (Eurostat, 2022). Embora a população muçulmana residente em Portugal integre o universo de imigrantes, existem famílias muçulmanas portuguesas com origem nas ex-colónias e outras que se converteram ao Islão. Atualmente estima-se que residam em Portugal cerca de 50000 muçulmanos, tendo uma maior concentração demográfica nas zonas metropolitanas de Lisboa e Porto, e no distrito de Faro; cujas origens culturais são, predominantemente, de países da África do Norte e Subsariana, Ásia Meridional e Médio Oriente (Comunidade Islâmica de Lisboa, 2021).

A diversidade cultural existente em Portugal, associada à intensificação do fluxo migratório no século XXI, veio acompanhada por um aumento do apelo à capacidade organizativa das instituições, particularmente as que prestam cuidados de saúde e sociais. Os países de acolhimento, sofrem pressão para adequar as políticas e os recursos de saúde, porque todas as pessoas, independentemente da origem, religião e etnia, têm direito a receber cuidados de saúde. Quando as mulheres muçulmanas procuram os serviços de saúde para cuidados relacionados com a saúde sexual e reprodutiva, nem sempre os serviços podem prestar cuidados e fazer o acolhimento considerando as especificidades dos

diferentes grupos culturais, no que se refere a transpor as barreiras linguísticas, conhecimento das crenças, hábitos étnicos, mitos, tabus e práticas que envolvem os comportamentos sexuais e de saúde (Silva et al., 2021).

### **ENQUADRAMENTO/ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A temática em análise poderia ter diferentes abordagens, mas para a delimitar selecionamos os seguintes aspetos: construção da conjugalidade, vivência da gestação e parentalidade após o nascimento.

#### **Construção da conjugalidade**

Nas famílias muçulmanas, os filhos, sobretudo os homens, são considerados responsáveis pela continuidade do nome de família e normalmente observam obediência aos pais. Quando a filha casa, muda de família, passa a pertencer ao agregado do marido, a adotar o seu apelido e os descendentes são pertença da família paterna numa clara conceção patrilinear (Bijos, 2020). Na primeira etapa da formação da conjugalidade os membros do casal adaptam-se ao casamento assumindo as mudanças que requerem aceitação mútua aos níveis emocional, sexual, económico, cultural, espiritual e socio familiar. Não há uma única forma das famílias estruturarem o início da etapa da formação do casal. Nas sociedades ocidentais esta etapa é habitualmente marcada pela saída dos filhos de casa dos progenitores, para formarem um novo lar distinto dos ancestrais e sendo considerado intromissão, quando os familiares tendem ajudar ou opinar sobre o quotidiano dos nubentes, porque a independência é valorizada. Porém, como referem Carter e McGoldrick (2011) existem famílias, particularmente as de origem

## Cuidar culturalmente sensível de famílias muçulmanas numa transição de desenvolvimento

asiática e do médio oriente, que o novo casal não tem estatuto diferenciado, sendo a noiva integrada na família do marido de forma submissa.

Na religião islâmica a etapa que antecede o casamento, privilegia o conhecimento mútuo por meio do diálogo e do debate das ideias e não pelas relações sexuais, que constituem um fim e não um ponto de partida para a formação do casal. Na tradição islâmica é comum os muçulmanos referirem que o amor nasce a partir do enlace. O casamento no Islão legaliza a relação sexual entre homem e mulher para fins de reprodução, propagação do amor e união, sendo o islamismo promotor do casamento. Entre os muçulmanos o matrimónio é uma obrigação divina e todos devem casar-se para procriar legalmente (Barbosa & Paiva, 2017).

### A vivência da gestação

O período sem filhos proporciona ao casal um espaço durante o qual se poderá organizar a conjugalidade, gerir expetativas e planear o início da parentalidade para que a gravidez ocorra de forma planeada e desejada. O determinismo biológico reservou às mulheres a função de ser mãe, mas a maternidade, deve ser compreendida como uma construção social, que ditou ao longo dos tempos o lugar das mulheres na família e na sociedade. Como referem Cunha et al. (2020) deve-se distinguir os conceitos de maternidade e de maternagem, sendo o primeiro de carácter biológico e o segundo de ordem afetiva.

Durante a gestação ocorrem alterações biológicas, associadas a mudanças psicológicas, sociais e familiares que muitas vezes antecedem a própria gestação, sendo frequente as vivências do período gravídico e puerperal tornarem a mulher mais vulnerável ao stress, dado que ocorrem múltiplas mudanças; sendo habitual neste período a mulher

passar por um processo de ressignificação das suas representações, experienciando stress e angústia, face às mudanças na dinâmica dos contextos relacionais mais íntimos, como os conjugais e familiares e, também, os profissionais (Cunha et al. 2020).

Durante a gestação a família pode ser confrontada com alterações de saúde na grávida devido a problemas obstétricos, o que poderá ser uma preocupação na vida familiar. Sem ser relevante, mas faz parte do processo, a grávida poderá sentir vários desconfortos, como náuseas, pirose, varizes, edemas, poliúria, fadiga, astenia e outros sintomas, que passam a ter lugar de destaque no quotidiano do casal. Como salienta Figueiredo (2012, p. 84), a comunicação “direciona-se para a partilha do casal sobre receios e expetativas associadas à gravidez e parentalidade”. A enfermagem ao investigar antecedentes pessoais e fatores de risco familiares contribui para aquietar a família e compreender que não são os únicos a viver a situação podendo recrutar nos ascendentes compreensão, reforço e ensinamento para lidar com a nova etapa. Assim, será importante que estas famílias adiram precocemente ao programa de saúde materna com o correto cumprimento das consultas contempladas no programa vigente.

As mulheres muçulmanas tendem a preferir o parto eutócico, como a melhor opção para nascer, sendo mais valorizado pelas famílias, dado que a dor do parto, de acordo com as suas crenças, é considerada algo predestinado, é a permissão de Alá, sendo que as causas da dor podem ter explicações sobrenaturais ou religiosas sem qualquer referência a aspetos biomédicos (Silva et al., 2021).

### Parentalidade após o nascimento

## Cuidar culturalmente sensível de famílias muçulmanas numa transição de desenvolvimento

A família percebe a alteração da estrutura quando nasce o primeiro filho, o que poderá acarretar desequilíbrio conjugal, vulnerabilidade familiar ou ter implicações no desenvolvimento saudável da criança. A chegada do primogénito provoca mudanças na vida familiar, principalmente nos progenitores que precisam de aprender a desempenhar o novo papel, o parental e “adaptarem-se à responsabilidade permanente de serem pais” (Figueiredo, 2012, p. 85). Porém, os papéis paternal e maternal podem diferir em múltiplos aspetos, conhecimentos, experiências e expectativas.

Compreendendo a maternidade numa perspetiva sistémica que decorre num cenário de pressões socioculturais e familiares para que a mulher cumpra com a função reprodutiva, na religião islâmica a maternidade é entendida como uma função sagrada, é reconhecida a sua capacidade de cumprir uma missão divina de ser mãe, e o casal recebe o filho como um presente de Deus. A mulher ao tornar-se mãe começa a antecipar as expectativas que a família e o seu grupo cultural têm sobre a maternidade e ocupa um lugar especial de reconhecimento pela dedicação e responsabilidades inerentes ao desempenho materno (Cunha et al., 2020).

Um dos fatores que influencia a vida da família é a perspetiva do casal sobre a gravidez e se esta foi planeada e/ou desejada. Em termos religiosos a criança ser de um sexo ou de outro não é valorizado, todavia culturalmente é desejado que o primogénito seja do sexo masculino, para dar continuidade aos desígnios de família.

Os procedimentos relativos ao sexo da criança diferem, se esta for um rapaz terá que ser circuncidado, o que pode ocorrer ainda na

maternidade de forma a assegurar a identidade cultural e promover a higiene. Se a circuncisão não for realizada na primeira semana de vida, deverá ocorrer obrigatoriamente até ao final da infância. Sendo uma exigência religiosa, é um ritual importante para as famílias muçulmanas (Silva et al., 2021).

Geralmente o parto é um evento feminino, durante o qual a parturiente pode contar com a presença da mãe, sogra, irmã ou cunhada. Contudo, poderão ser acompanhadas pelo marido devido à ausência de suporte feminino, o que é frequente em casais imigrantes ou refugiados. Para as muçulmanas a presença da família nos acontecimentos de vida é muito valorizado, sendo fundamental no nascimento do novo membro. Se tal não ocorre, a maternidade é descrita como um evento solitário, mesmo quando tem a presença do marido e dos filhos. Consideram que a falta de suporte da rede familiar feminina durante o puerpério compromete o apoio no “*período de resguardo*”. No puerpério é expectável que a mulher tenha a capacidade de articular as tarefas de mãe com as de esposa no âmbito do funcionamento do casal. Espera-se que aprenda a cuidar do filho tão bem como as ancestrais, por vezes múltiplas ou que desenvolveram perícia, pois têm larga experiência no desempenho do papel maternal (Silva et al., 2021).

## METODOLOGIA

Para responder à questão de investigação: Como vivenciam as famílias muçulmanas o processo de transição para a parentalidade? Realizou-se um estudo descrito observacional de natureza qualitativa. A amostra foi constituída por seis mulheres, com idades entre 20 e 30 anos, que experienciaram a maternidade. São oriundas de famílias muçulmanas e

## Cuidar culturalmente sensível de famílias muçulmanas numa transição de desenvolvimento

na data de colheita de informação que de correu em 2020, viviam na região metropolitana de Lisboa. As entrevistas planeadas de forma semiestruturada, foram gravadas, transcritas e submetidas a análise de conteúdo. Os dados obtidos foram organizados em torno de categorias (Bardin, 2016). Em média cada entrevista demorou cerca de 30 minutos. Consideramos os procedimentos éticos inerentes à pesquisa. Obteve-se autorização do Centro Cultural Colinas do Cruzeiro para realizar as entrevistas e o consentimento informado das participantes para gravar e foi assegurado o anonimato, como exigiram.

## RESULTADOS

Para dar resposta aos objetivos da pesquisa, foram analisados os conteúdos das entrevistas de seis participantes que se disponibilizaram a integrar este estudo. As características da amostra estão sintetizadas na tabela 1. As variáveis selecionadas foram idade, profissão, número de filhos, de quem receberam apoio durante a gestação e duração do mesmo.

Tabela 1

Caracterização da amostra

| Participante | Idade | Profissão             | Nº de filhos | Apoio na gestação    | Duração do apoio   |
|--------------|-------|-----------------------|--------------|----------------------|--|
| P1           | 20    | Auxiliar de Dentista  | 0            | Da mãe e avó materna | Regressou a casa dos pais às 24 semanas de gravidez.   |
| P2           | 24    | Comerciante           | 2            | Da sogra             | Durante a gravidez e primeiros dois meses de vida dos filhos.  |
| P3           | 18    | Doméstica             | 1            | Da sogra             | Sempre, o casal vive na casa de família paterna.   |
| P4           | 28    | Educadora de Infância | 3            | Da mãe               | A mãe veio viver para casa do casal, desde o último trimestre de gravidez até ao sexto mês do primeiro filho e quarto mês de vida dos restantes. |
| P5           | 25    | Comerciante           | 2            | Da sogra e da mãe    | Sempre. Como vivem no mesmo edifício, ambas apoiam o casal.  |
| P6           | 30    | Fisioterapeuta        | 2            | Da mãe               | A mãe esteve a viver na casa do casal, desde o último trimestre de gravidez até ao sexto mês de vida dos filhos.                                 |

Da análise dos resultados emergiram três categorias relativas ao modo como as famílias muçulmanas vivenciam o processo de transição para a parentalidade. Espera apoiada pela família; consideraram que o nascimento do primeiro filho é um momento de espera que envolve toda a

família, podendo ter mais ou menos apoio dos familiares, dos pais, dos sogros, ou de outros parentes. Nascimento e puerpério é um assunto feminino; gravidez, parto, puerpério e puericultura, nas famílias muçulmanas, são assuntos das mulheres. Intergeracionalidade na

## Cuidar culturalmente sensível de famílias muçulmanas numa transição de desenvolvimento

transição; as aprendizagens para o desempenho do papel de mãe são transmitidas pelas ancestrais que apoiam a primípara no início do processo de maternagem.

### Espera apoiada pela família

A parentalidade organiza-se interligando diversos aspetos, tais como a interação com a realidade de cada criança, a relação com as famílias de origem e, também, de acordo com as expectativas socioculturais e familiares que acompanham o nascimento. Nas famílias muçulmanas, a preparação para a parentalidade que geralmente se acentua durante a gestação, está sustentada em regras religiosas e socioculturais. As mulheres têm um papel central na transição, mantendo-se junto da grávida, concedendo apoio, quer seja por parte da família materna ou da família do marido.

*“Na nossa gravidez temos de ter em conta o que a nossa religião diz e as regras da nossa cultura. É muito importante para nós e para a comunidade (...) As mães e as sogras mandam muito nas coisas da gravidez (...) no que devemos fazer e comer e no que não podemos. Elas são sábias e ensinam-nos tudo na nossa religião e cultura” (P6, 30 anos);*

*“(...) é a nossa mãe ou a sogra quem nos ajuda na gravidez. É mais a nossa mãe, mas pode ser também a nossa sogra, mas a mãe é a pessoa mais importante para nós quando estamos grávidas, é quem nos deve ensinar tudo e estar junto de nós” (P2, 24 anos).*

A mãe ou sogra acompanha a gestação, assumindo as tarefas domésticas, os cuidados à grávida e exercem influência na vigilância de saúde. Quando esta não o pode fazer, poderá assumir essa tarefa uma irmã ou tia que se predisponha a ajudar a grávida.

*“(...) enquanto estamos grávidas, é uma maravilha! [risos] Todos cuidam de nós. As nossas mães, irmãs, sogras fazem tudo lá em casa e também vão com a gente à médica” (P1, 20 anos).*

*“(...) as nossas mães ou as nossas sogras vão sempre com a gente às consultas de gravidez, é da nossa tradição elas estarem sempre com a gente...e preocupam-se muito (...)” (P1, 20 anos).*

### Nascimento e puerpério um assunto feminino

A parentalidade organiza-se interligando diversos aspetos, dos quais se salienta a interação com a realidade de cada criança, a relação com as famílias de origem e as expectativas socioculturais e familiares que acompanham o nascimento.

Na cultura muçulmana o parto e o puerpério, são assuntos do domínio feminino, sendo as grávidas acompanhadas pelas mães ou sogras quando recorrem aos serviços de saúde. Contudo, nos países não-islâmicos, o homem muçulmano começa a acompanhar a esposa nesses momentos singulares de preparação para a parentalidade. No parto, as mulheres poderão ser acompanhadas por um familiar do sexo feminino que lhe dá apoio e faz orações, solicitando a ajuda de Deus.

*“(...) no hospital a nossa mãe ou sogra está junto de nós no parto. Elas ajudam a dar força, fazem festinhas e du’ah para que tudo corra bem. Para mim foi muito bom ter a minha mãe comigo quando a minha filha nasceu, senti que Allah estava com a gente” (P4, 28 anos).*

Na tradição islâmica as questões obstétricas são um assunto do feminino, o homem geralmente não fica junto da esposa a participar no nascimento do filho, mas aguarda fora da sala de partos, muitas vezes acompanhado por familiares do sexo masculino,

## Cuidar culturalmente sensível de famílias muçulmanas numa transição de desenvolvimento

orando e fazendo *du'ah* a Deus para que Este ajude a mulher e a criança.

*"(...) o meu marido, coitado... estava lá fora com o meu sogro. O meu tio disse que ele estava tão nervoso e que só fazia era orar a Alhah, nem deixava que falassem com ele... nem nada... (...)" (P3, 18 anos);*

*"É raro um muçulmano ver os filhos nascer. Dizem que isso é coisa de mulheres. O meu marido queria ver o parto, mas o meu sogro disse para ele ficar à espera a fazer *du'ah*, porque assim é que deve ser. Quem vai estar comigo vai ser a minha mãe ou a minha sogra" (P1, 20 anos);*

*"Contra os meus pais e sogros, o meu marido assistiu ao nascimento do meu segundo filho. Foi muito comentado na comunidade. Ele disse que era um direito de pai e não desistiu da sua ideia. Até ao último momento o meu sogro disse para ela ficar junto dele a orar, que assim é que era o dever do homem muçulmano. O meu marido, disse-lhe que, embora o respeitasse muito, queria acompanhar-me nesse momento e que tinha ficado arrependido de não o ter feito quando o nosso primeiro filho nasceu e desta vez ficou junto de mim (...) foi maravilhoso!" (P6, 30 anos).*

De acordo com as normas do islão, a mulher não deve expor o corpo em público, deve cobrir todas as partes para resguardar-se de estranhos, o que leva a procurarem ser cuidadas por mulheres.

*"(...) quero sempre ser tratada por uma mulher, enfermeira ou médica (...) na nossa religião, o corpo da mulher só pode ser visto por mulheres ou pelo marido, por isso é proibido sermos vistas por homens (...)" (P5, 25 anos).*

### Intergeracionalidade na transição

Nas sociedades muçulmanas o modelo de família é geralmente de tipo patriarcal em que o poder e a decisão pertence ao homem, por outro lado, tradicionalmente, o papel da mulher é procriar, educar os filhos e gerir a vida doméstica. A maternidade completa a função, pois é considerado um valor importante, chegando a justificar, em alguns casos, o divórcio, caso a esposa seja estéril.

*"(...) Somos nós que cuidados da casa e educamos os nossos filhos. Isto é da nossa responsabilidade mesmo que trabalhemos fora de casa também. É assim na nossa religião e isto começa-se a aprender logo de pequeninas em casa do nosso país. Começamos a aprender com o exemplo da nossa mãe e pai. O pai é o chefe da família e é ele quem decide as coisas. Quando casamos, é o nosso marido" (P4, 28 anos);*

*"As mulheres são responsáveis pela casa e pelos filhos, mesmo que também tenhamos a nossa profissão, como eu... (...)" (P6, 30 anos);*

*"Quando casamos é esperado que a gravidez venha logo (...)" (P3, 18 anos);*

*"Se não engravidamos num período até três anos, começam as pressões. Se não podermos engravidar poderá haver um divórcio ou o marido arranjar uma segunda esposa (...)", (P5, 25 anos).*

Nas famílias muçulmanas os papéis familiares estão associados tradicionalmente ao género. Quando as tarefas domésticas não podem ser desempenhadas pela esposa por motivo de doença, gravidez ou puerpério, é solicitada a outra mulher, da família alargada, que a substitui nas atividades domésticas.

*"Foi a minha mãe que esteve em minha casa a cuidar de mim e do meu filho quando estive de resguardo. Ela é que limpava, cozinhava, ia às compras e*

## Cuidar culturalmente sensível de famílias muçulmanas numa transição de desenvolvimento

*ajudava-me a dar banho ao bebé, ensinou-me muitas coisas quando esteve lá em casa. Foi muito bom... (...)" (P2, 24 anos);*

*"No tempo de resguardo temos de cumprir as regras da religião e da nossa cultura. Há regras para a higiene, o que comer e o que não comer, os cuidados com a intimidade, além dos cuidados do bebé, entre outras. A minha mãe e a minha sogra ajudaram-me muito (...)" (P6, 30 anos);*

*"No período de resguardo, temos que estar no quarto durante 40 dias, é importante para nós porque é sunnah Tem que ser cumprido... (...)" (P4, 28 anos);*

*"(...) colocamos um chinelo de pele na barriga e apertamos com ligaduras para tudo voltar ao normal (...) temos que comer muita carne, feijões e amêndoas para recuperamos as forças (...) para o bebé evacuar bem dá-se uma colherzinha de mel" (P5, 25 anos).*

Nem sempre as famílias têm um suporte próximo, como no caso de famílias imigrantes. Deste modo, numa situação extrema, em que não haja um elemento do sexo feminino para dar apoio nas atividades domésticas, enquanto a puérpera não as pode realizar, será o marido a assumir esse papel.

*"(...) quando a minha mãe, teve o meu irmão, estávamos a viver na Irlanda, por causa do trabalho do meu pai. Lá conhecíamos poucas pessoas e não tínhamos muita ajuda. Então, era o meu pai que arrumava a casa e cozinhava e, também, me levava à escola. Só tinha uma vizinha, já idosa, que me ia buscar à escola e levava-me a casa. Às vezes dava o lanche a mim e à minha mãe. Era muito gentil connosco (...)" (P4, 28 anos).*

Durante o puerpério, a mãe tem o papel de cuidar e amamentar o filho, permanecendo resguardada. Apenas sai de casa para realizar as consultas de

vigilância de saúde infantil e materna. O aleitamento materno é muito valorizado no Islão e as mulheres são instruídas a amamentar até a criança completar 24 meses.

*"Quando temos os filhos temos de dar mama e cuidar deles. É o que fazemos quando estamos no resguardo (...) só saímos para levar o bebé ao centro de saúde e a nossa mãe vai também" (P6, 30 anos);*

*"Eu dei de mamar aos meus filhos até eles terem dois anos, foi de carreirinha [risos]. Dar o peito até aos dois anos a criança é sunnah na minha religião e se tivermos leite, temos mesmo de cumprir... (...)" (P4, 28 anos).*

## DISCUSSÃO

Para os muçulmanos a família é a base da sociedade. O islão, tal como outras religiões, desenvolveram uma doutrina e conceberam princípios que regulam a família. Na transição para a parentalidade, nas famílias muçulmanas, os atos necessários à vida expressam um significado religioso. Os muçulmanos seguem o Corão e a *Sunnah*, onde procuram as normas religiosas e tradicionais relacionadas com a saúde, a alimentação, a higiene pessoal, a conduta e interação social, o casamento, gravidez e nascimento, entre outras (Attum et al., 2022).

A parentalidade organiza-se interligando diversos aspetos, entre os quais Franklin e Mooney-Doule (2019) salientam a interação com a realidade de cada criança que não é um elemento passivo, a relação com as famílias de origem e também de acordo com as expectativas socioculturais e familiares que acompanham a gestação e o nascimento. O status subordinado das mulheres na sociedade islâmica pode ser tanto um preditor como uma consequência

## Cuidar culturalmente sensível de famílias muçulmanas numa transição de desenvolvimento

do casamento da jovem. As práticas socioculturais são suscetíveis de reproduzir relações de poder desiguais e manter a subordinação das mulheres. No entanto as questões de desigualdade de género são complexas, porque as assimetrias de poder residem não só na relação homem mulher, mas também entre mulheres da mesma família de diferentes idades e níveis de educação. As noras geralmente têm o status social mais baixo nas famílias (enquanto não forem mães de rapazes), sendo as sogras que geralmente têm autoridade para colocar na prática as decisões sobre cuidados de saúde, educação e despesas, embora a tomada de decisão primária tenda a permanecer com os homens. As mulheres da família extensa, acompanham as gestantes, quer seja nas atividades do lar ou na comunidade. São elas que transmitem o conhecimento cultural e enfatizam regras religiosas relativas ao período gestacional (Marphatia et al., 2017).

Nas comunidades islâmicas, prevalece uma divisão homossocial. O feminino e o masculino pertencem a ordens diferentes, e existem fronteiras para as definir delimitando os papéis de cada um (Barbosa & Paiva, 2017).

O processo de nascimento, difere de grupo para grupo. Se algumas culturas incentivam a presença do pai da criança outras excluem do parto pessoas que não podem dar à luz. McFarland & Wehb-Alamah, (2018) sublinham a importância de os cuidadores não fazerem juízos sobre padrões familiares diferentes dos da sua cultura.

Apesar dos movimentos sociais no sentido de introduzir o pai na relação com a criança desde os primeiros momentos (como nas consultas e nos exames complementares de diagnóstico), a

perspetiva tradicional da parentalidade continua a ser vivida nas famílias muçulmanas, excluindo o pai no ato do nascimento. Contudo, os muçulmanos em contexto de sociedades com culturas predominantemente não-islâmicas e que valorizam a presença paterna nos processos de maternidade, começam a romper com a tradição e a acompanhar a mulher no momento do nascimento do filho. Estes processos, sugestivos de aculturação, revelam um movimento da valorização da presença do pai desde os primeiros momentos da vida da criança (Andrews et al., 2020; Giger & Haddad, 2021).

Por motivos religiosos as parturientes procuram ser cuidadas por mulheres. Nas famílias muçulmanas é exigido que os indivíduos sejam assistidos por familiares do mesmo sexo, porque os papéis são contrastantes de acordo com o género e conferem sociabilidades distintas conforme o sexo. O corpo da mulher, de acordo com a doutrina Islâmica, não pode ser exposto a homens que não sejam o cônjuge, devendo cobrir todas as partes do corpo para resguardar-se de estranhos. Por outro lado, a intimidade é reservada ao marido e decorre no espaço doméstico, não sendo desejável que nos serviços de saúde tal regra seja desrespeitada (Bijos, 2020).

A maternidade é tida como um valor importante na sociedade islâmica, podendo a infertilidade, levar ao divórcio ou a uma situação de poligamia (Liversage, 2020). A literatura islâmica fundamenta a anterior situação como uma das finalidades do casamento islâmico - o crescimento da humanidade e a educação das crianças nos preceitos religiosos (Farooq, 2019).

As famílias muçulmanas têm um perfil patriarcal, nas quais os papéis de género estão bem definidos. O



## Cuidar culturalmente sensível de famílias muçulmanas numa transição de desenvolvimento

homem é o responsável por promover um espaço de transmissão da religião, desempenhar o papel de provedor e assegurar o bem-estar familiar. A mulher tem a responsabilidade pela gestão da economia familiar e das atividades domésticas, educação das crianças e presta cuidados de saúde ao agregado familiar (Çelik, 2020). Contudo, existem situações que podem levar o marido a assumir as responsabilidades atribuídas à esposa, como no caso de uma puérpera que não tenha apoio familiar. Na presença da mãe ou sogra, estas assumem as responsabilidades domésticas e participam nos cuidados à puérpera e ao recém-nascido, durante o período que esta fica resguardada. A oportunidade de ser cuidada pelas ancestrais proporciona a aprendizagem de práticas culturais e normas religiosas relativas aos cuidados da mulher e da criança (Attum et al., 2022).

No Islão, a amamentação é considerada um direito básico universal da criança. Ao respeitar esta norma religiosa, uma mãe muçulmana deverá amamentar o filho até aos 24 meses, desde que tenha condições para o fazer (The Qur'an, Al-Baqarah 2:233).

### CONCLUSÃO

A família deve ser compreendida a partir de arranjos diferenciados, segundo especificidades de classe, género, idade, etnia e religião, e não segundo traços homogêneos acomodados num padrão singular que evoluiu da família patriarcal à família conjugal moderna.

O ciclo vital da família está organizado de acordo com a sequência de estádios que esta atravessa desde a formação à dissolução, em que pode suceder mudança de papéis e de tarefas, que nem todas as

famílias conseguem concretizar, sem o apoio da família alargada.

A componente sociocultural tem um significado importante no modo como as funções parentais são encaradas. Nas famílias muçulmanas, o papel da mulher no processo de desenvolvimento familiar está organizado segundo um modelo matrilinear. Os membros das respetivas famílias de origem assumem novos papéis como o de avós ou de tios. Para muitos adultos esse é um momento compensador, que lhes permite maior proximidade sem as responsabilidades exigidas na paternidade, o que também permite desenvolver um novo tipo de relacionamento de adulto-adulto com os filhos (Wright & Leahey, 2019).

O desempenho e as diferenças nos papéis familiares têm uma base religiosa e cultural, podendo ser valorizados de forma diferente em cada sociedade. Habitualmente nas famílias muçulmanas, o homem desempenha atividades fora de casa, enquanto à mulher são cometidas atividades domésticas. Contudo, podem colaborar com os maridos em empresas familiares ou terem profissões independentes.

Nas consultas, de acordo com Brathwaite (2020), é necessário obter informações factuais que servem de base na avaliação do sistema familiar. Com pessoas de culturas diferentes, a apreciação torna-se ainda mais relevante, porque pode dar subsídios para promover a adesão e continuidade dos cuidados. Neste sentido, para se prestar cuidados de enfermagem culturalmente competentes, é imprescindível o desenvolvimento da investigação no âmbito da diversidade das famílias atuais, nomeadamente as culturalmente diferentes, dado que a maioria dos estudos se inserem em famílias

consideradas tradicionais na cultura ocidental (McFarland & Wehb-Alamah, 2018; Tralhão et al., 2020). Este estudo evidenciou que a religião e a cultura, têm para os muçulmanos, uma influência profunda e abrangente sobre as suas atitudes, organização e funcionamento familiar.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrews, M., Boyle, S. & Collins, W. A. (2020). *Transcultural concepts in nursing care*. (8th ed.). Wolters Kluwer.
- Attum, B., Hafiz, S., Malik, A. & Shamooun, Z. (2022). *Cultural competence in the care of Muslim patients and their families*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499933/>
- Barbosa, F. C. & Paiva, C. M. (2017). Sexo/prazer no Islam é devoção. *Religião e Sociedade*, 37(3): 198-223. <http://dx.doi.org/10.1590/0100-85872017v37n3cap08>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bijos, L. (2020). *Para além dos véus - ser mulher no islã*. Editora UFPB.
- Brathwaite, B. (2020). *Diversity & cultural awareness nursing practice*. Sage publishing company.
- Carter C. A. & McGoldrick, M. (2011). *The family life cycle: a framework for family therapy*. Gardner Press.
- Çelik, H. (2020). Mothers and parent's marital relations: influential agents in father-child relation. *World Journal of Education*, 10(1), 164-177. <https://doi.org/10.5430/wje.v10n1p164>
- Comunidade Islâmica de Lisboa (2021). *O Islão - Breve Resumo*. <https://www.comunidadeislamica.pt/islao.html>
- Cunha, A. C. B., Eroles, N. M. S. & Resende, L. M. (2020). Tornar-se mãe: alto nível de estresse na gravidez e maternidade após o nascimento. *Interação em psicologia*, 24(3); 279-287. <http://dx.doi.org/10.5380/riep.v24i3.62768>
- Duderija, A., & Rane, H. (2019). *Islam and Muslims in the west. major issues and debates*. Palgrave Macmillan.
- Eurostat (2022). Migration and migrant population statistics. *Statistics Explained*. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/SEPDF/cache/1275.pdf>
- Farooq, M. (2019). Walayah (guardianship): the authority over a woman's choice in marriage and how this reflects a desire to control and kafa'a (equality): a barrier to a woman's marriage choice? *Granite Journal*, 3(2), 20-27.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. Lusociência.
- Franklin, Q. & Mooney-Doyle, K. (2019). Social, cultural, religious, and family influences on child health promotion. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers. *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed., pp. 15-40). Elsevier.
- Giger, J. N. & Haddad, L. G. (2021). *Transcultural nursing: assessment and intervention* (8th ed.). Elsevier.
- Jeremias, C. (2019). Contributo das variáveis sociocultural e espiritual na apreciação de famílias islâmicas. In H., Ferreira et al (Org). *2º Congresso internacional de enfermagem de saúde familiar & 1º Congresso ibérico de saúde familiar - livro de resumos*. (pp. 51). Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar.
- Küng, H. (2017). *Islão – passado, presente e futuro*. Edições 70.
- Liversage A. (2020). Polygamy, wellbeing, and ill-being amongst ethnic Muslim minorities. In M. Tiilikainen, M. Al-Sharmani, S. Mustasaari, *Wellbeing of transnational Muslim families. marriage, law and gender* (pp. 78-93). Routledge.
- McFarland, M. & Wehb-Alamah, H. (2018). *Leininger's, Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices* (4th ed.) McGraw-Hill.
- Marphatia, A. A., Ambale, G. S. & Reid, A. M. (2017). Women's under-age marriage in south asia. *Frontiers in Public Health*. Doi: 10.3389/fpubh.2017.00269
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing. Development and progress* (6th ed.). Wolters Kluwer.
- Silva, S. R. O., Castro, C. M. & Monteiro, I. F. (2021). Da Síria ao Brasil: dimensões culturais de mulheres imigrantes nas percepções do cuidado e assistência à gestação, parto e pós-parto. *Idéias*, (12) 01-28. DOI 10.20396/ideias.v12i00.8658527
- Tralhão, F., Rosado, A. F., Gil, E., Amendoeira, J., Ferreira, R. & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista*

## Cuidar culturalmente sensível de famílias muçulmanas numa transição de desenvolvimento

da UIIPS da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém, 8(1), 17-30  
<http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>

The Qur'an (s. d.). English Language. *The noble qur'an*. Translation by Muhammad Taqî-ud-Dîn Al-Hilâlî and Muhammad Muhsin Khân. (pp. 51). King Fahd Complex For The Printing of the Holy Qur'an.

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



**COVID-19: OBSERVAÇÃO DE UMA FORÇA DE TRABALHO**

COVID-19: understanding a workforce

COVID-19: mirando una fuerza de trabajo

Rodrigo Silva\*, Joana Almeida\*\*, Maria Martins\*\*\*, Manuela Ferreira\*\*\*\*

**RESUMO**

**Enquadramento:** a pandemia por COVID-19 implicou na indústria fortes medidas ocupacionais e individuais. **Objetivos:** avaliar a incidência de SARS-CoV-2 e cadeias de transmissão, controlar a propagação da doença e avaliar a presença de anticorpos anti SARS-CoV-2. **Metodologia:** estudo descritivo longitudinal prospetivo (ensaio laboratorial) conduzido após aparecimento de um caso de SARS-CoV-2 numa indústria de madeira da região Norte de Portugal. Participaram no estudo 873 trabalhadores (idade média: 41,77 anos, 50,4% homens). Foram implementadas medidas de isolamento e desinfeção dos espaços e rastreio à população trabalhadora, e uma combinação de testes serológicos e de RT-PCR. **Resultados:** o caso-índice tem *link* epidemiológico fora da referida indústria. 31 trabalhadores (3,55%) apresentaram resultado positivo nos testes serológicos, tendo sido sujeitos a teste RT-PCR, de que resultou um novo caso. Posteriormente, 31 trabalhadores, foram re-testados com testes serológicos, verificando-se 10 testes positivos para IgM e 2 para IgG. **Conclusão:** o teste serológico cujo resultado é positivo ou negativo, por si só, não deve constituir prova (exclusão) infeção. Para limitar a disseminação do vírus é crucial garantir o seu diagnóstico com teste RT-PCR. A associação promissora entre a IgG e a imunidade carece de melhor evidencia. Com as medidas implementadas foi possível controlar a disseminação da doença e promover o regresso ao trabalho.

**Palavras-chave:** saúde ocupacional, SARS-CoV-2; COVID-19; testes serológicos

\*PhD, em Psiquiatria, Radiologia e Saúde Pública, Médico do trabalho da VICAIMA - <https://orcid.org/0000-0001-7579-0041> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article.

\*\* RN, Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga; Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis - <https://orcid.org/0000-0001-5307-2006> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article.

\*\*\* RN, Santa Casa da Misericórdia de Vale de Cambra; Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis - <https://orcid.org/0000-0002-9462-1072> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article.

\*\*\*\*PhD, em Ciências e Tecnologias da Saúde - Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis - <https://orcid.org/0000-0003-0019-9534> - Author contribution: study Conception and design, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

**Autor de correspondência:**  
Manuela Ferreira  
E-mail: manuela.ferreira@essnortecvp.pt

**Como referenciar:**  
Silva, R., Almeida, J., Martins, M., & Ferreira, M. (2022). COVID-19: observação de uma força de trabalho. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 35-45.  
<https://doi:10.37914/riis.v5i2.233>

Recebido para publicação: 27/03/2022  
Aceite para publicação: 10/12/2022

**ABSTRACT**

**Background:** the COVID-19 pandemic forced to extra occupational and individual measures in the industry. **Objectives:** to assess the incidence of SARS-CoV-2 and transmission chains, to control the spread of the disease and to assess the presence of anti- SARS-CoV-2 antibodies.

**Methodology:** prospective longitudinal descriptive study (laboratory test) conducted after the appearance of a case of SARS-CoV-2 in a wood industry in the North of Portugal. A total of 873 workers participated in the study (mean age: 41.77 years, 50.4% men). Isolation and disinfection measures were implemented, as well as screening of the working population, and a combination of serological tests and RT-PCR. **Results:** the original case has an epidemiological link outside the industry. 31 workers (3.55%) had a positive result in serological tests, after, these employees were subjected to RT-PCR tests, which resulted in new cases. Subsequently, the 31 persons were re-tested with serological tests, 10 positive tests for IgM and 2 for IgG were founded. **Conclusion:** the serological test whose result was positive or negative, by itself, should not constitute evidence (exclusion) of infection. To limit the spread of the virus, it is crucial to ensure that the diagnosis is made with RT-PCR tests. The promising association between IgG and immunity needs further evidence. With the measures implemented, it was possible to control the spread of the disease and give permission to return working.

**Keywords:** occupational health; SARS-CoV-2; COVID-19; serological tests

**RESUMEN**

**Marco contextual:** la pandemia por COVID-19 causó fuertes medidas ocupacionales e individuales en la industria. **Objetivos:** evaluar la incidencia de SARS-CoV-2 y cadenas de transmisión, controlar la propagación de la enfermedad y evaluar la presencia de anticuerpos anti SARS-CoV-2. **Metodología:** estudio descriptivo longitudinal prospectivo (ensayo de laboratorio) realizado tras la aparición de un caso de SARS-CoV-2 en una industria maderera del norte de Portugal. Participaron en el estudio un total de 873 trabajadores (edad media: 41,77 años, 50,4% hombres). Se implementaron medidas de aislamiento y desinfección en los espacios y tamizaje de la población trabajadora, y una combinación de pruebas serológicas y RT-PCR. **Resultados:** el caso índice tiene link epidemiológico fuera de la industria. 31 trabajadores (3,55%) presentaron resultado positivo en los test serológicos y fueron sometidos a la prueba RT-PCR, detectándose un nuevo caso. Posteriormente, se les aplicó el test serológico a los (31) trabajadores, verificándose 10 test positivos para IgM y 2 para IgG. **Conclusión:** el test serológico cuyo resultado es positivo o negativo; en sí mismo, no debe constituir una prueba (exclusión) de la infección. A fin de limitar la propagación del virus, es crucial garantizar su diagnóstico con la prueba RT-PCR. La asociación prometedor entre la IgG y la inmunidad carece de mejor evidencia. Con las medidas aplicadas, se pudo controlar la propagación de la enfermedad y promover la vuelta al trabajo.

**Palabras clave:** salud ocupacional, SARS-CoV-2, COVID-19, test serológicos

## INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, a cidade de Wuhan, na China, tornou-se o centro de um surto de uma doença, causada por um novo coronavírus, que se revelou numa ameaça a nível global (World Health Organization (WHO), 2020). A 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou a ocorrência de uma nova estirpe de coronavírus tendo sido declarada, a 11 de março de 2020, uma emergência de saúde pública. Esta é a sexta emergência de saúde pública sob o regulamento sanitário internacional depois da Influenza H1N1 (2009), Poliomielite (2014), Ébola na África Ocidental (2014), Zika (2016) e Ébola na República Democrática do Congo (2019) (Rana, Mukhtar & Mukhtar, 2020). Este vírus foi designado pelo *Coronavirus Study Group* do Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus como síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS-CoV-2) e a doença foi denominada doença coronavírus 2019 (COVID-19) pela OMS.

Uma vez que ainda não se dispõe de nenhum fármaco específico eficaz, embora já se disponha de vacinas eficazes para limitar a disseminação do SARS-CoV-2, é importante otimizar estratégias para prevenir a sua propagação (Cirrincione, Plescia, Ledda, Rapisarda, Martorana, Moldovan, ... Cannizzaro, 2020; Delgado, Mendes, Pereira & Carneiro, 2021; Ghaffari, Meurant & Ardakani, 2020). As medidas a implementar para prevenir a disseminação do SARS-CoV-2 podem ser simultaneamente ambientais, organizacionais (ocupacionais) e individuais. As medidas organizacionais gerais relativas à contenção e gestão da emergência epidemiológica da COVID-19 foram impostas pelas autoridades nacionais competentes para uma gestão adequada e proporcionada da

## Covid-19: observação de uma força de trabalho

evolução da situação epidemiológica. As medidas para a prevenção e proteção como o distanciamento social e a gestão de circuitos no local de trabalho, devem ser tomadas para evitar novas infeções ou mesmo a propagação do vírus uma vez presente (Direção Geral da Saúde (DGS), 2020c, *European Center for Disease Prevention and Control* (ECDC), 2020). As medidas ambientais e organizacionais (ocupacionais) visam reduzir o risco de transmissão do SARS-CoV-2 entre os indivíduos e através do contato com objetos, equipamentos ou superfícies ambientais contaminadas, pelo que a limpeza e desinfeção são fundamentais, a par da utilização de uma estratégia de testagem (DGS, 2020c). A par destas medidas, estão as individuais, que passam pela utilização contínua de dispositivos de proteção (máscaras cirúrgicas, luvas, aventais), e lavagem e desinfeção das mãos (Cheng, Wong, Chuangc, Soa, Chena, Sridhar, ... Yuend, 2020; Cirrincione et al., 2020; DGS, 2020c; ECDC, 2020).

Após o aparecimento de um caso positivo, torna-se importante avaliar a prevalência e incidência do SARS-CoV-2 junto dos trabalhadores, para o conhecimento da vulnerabilidade de determinada população e monitorizar a dinâmica da epidemia. Uma vez que atualmente não há evidência sobre imunidade específica na população, todos são suscetíveis à infeção por SARS-CoV-2 (*Johns Hopkins Center for Health Security*, 2020; Seow, Graham, Merrick, Acors, Steel, Hemmings, ... Doores, 2020). Emerge, portanto, a necessidade de desenvolver estudos acerca desta temática.

A menos de um mês do aparecimento do primeiro caso de COVID-19 em Portugal (1º caso notificado em Portugal foi a 2 de março de 2020) e 3 a 4 meses do primeiro caso no mundo (1º caso, a 1 de dezembro de

## Covid-19: observação de uma força de trabalho

2019, apesar de ser reportado apenas a 31 de dezembro de 2019), surge a 27 de março de 2020 o 1º Caso de SARS-CoV-2 num dos trabalhadores de uma Indústria de Madeiras da região Norte de Portugal. Assim, o primeiro caso na indústria, surge num momento em que muito pouco se conhece sobre o comportamento do vírus e grau de infecciosidade/contagiosidade e estratégias de atuação para lhe fazer face. Nesta perspetiva o Serviço de Saúde e Segurança no Trabalho (SST), preocupado com o perigo de disseminação da doença na força de trabalho, definiu a estratégia de mitigação do vírus junto dos seus trabalhadores, que passou por medidas ocupacionais e individuais e pela testagem em massa, com consentimento informado dos trabalhadores e decisão superior do presidente do grupo, depois de ouvidos os responsáveis na empresa e outros “*experts*” na área da saúde. A autoridade de saúde foi informada dos casos positivos, por este método, e procedeu no sentido da realização dos testes RT-PCR.

Nesta perspetiva o presente estudo tem como objetivos: avaliar a incidência de casos nos trabalhadores da indústria de madeiras após aparecimento de um caso de COVID-19; avaliar a existência de cadeia de transmissão de doença e avaliar a presença de anticorpos anti SARS-CoV-2 junto da população trabalhadora. Pretende-se desta forma dar resposta à questão de partida: “Haverá alguma cadeia de transmissão da COVID-19 na indústria de madeiras?”

## ENQUADRAMENTO/ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com o surgimento da COVID-19 houve um rápido desenvolvimento de ensaios moleculares e serológicos para identificação de infeções por SARS-CoV-2 (Theel,

Slev, Wheeler, Couturier, Wong & Kadkhoda, 2020). O teste de biologia molecular (*Reverse transcription - Polymerase Chain Reaction - RT-PCR*) para a deteção do RNA do vírus, é indicado para realizar um diagnóstico rápido e preciso, orientar a clínica e orientar estratégias epidemiológicas (Caruana, Croxatto, Coste, Opota, Lamoth, Jatou & Greub, 2020). O teste RT-PCR, é o mais recomendado para o diagnóstico da COVID-19 (Theel et al., 2020). Contudo, considerando a existência de transmissão assintomática e resultados falso-negativos do teste molecular RT-PCR, causados por erros de amostragem ou baixa carga viral num estágio muito inicial ou no estágio tardio da infeção, testes complementares para diagnóstico de COVID-19 tornam-se necessários (Ghaffari et al., 2020).

Os testes serológicos que detetam imunoglobulinas anti-SARS-CoV-2 têm motivado grande interesse, como alternativa ou complemento ao RT-PCR, no diagnóstico de infeção-aguda (Bastos, Tavaziva, Abidi, Campbell, Haraoui, Johnston, ... Khan, 2020; Ghaffari et al., 2020). Os testes serológicos, que detetam a presença de anticorpos imunoglobulina G (IgG) e imunoglobulina M (IgM), embora não sejam recomendados para diagnóstico de infeções virais agudas, avaliam a resposta imunológica, sendo marcadores indiretos de infeção (DGS, 2020a,b; Theel et al., 2020; Yong, Anderson, Wei, Pang, Chia, Tan, ... Lee, 2020). A vantagem desses testes, em relação ao RT-PCR, é que podem identificar indivíduos infetados pelo SARS-CoV-2, mesmo que nunca tenham tido sintomas ou tenham sintomas muito ligeiros, nem realizado o teste durante a fase aguda da doença (Bastos et al., 2020; Yong et al., 2020). Segundo a *Johns Hopkins Center for Health Security* (2020) a presença de anticorpos indica infeção prévia por SARS-CoV-2,

### METODOLOGIA

pelo que os resultados dos testes de serologia podem então ser usados para estimar a verdadeira propagação do vírus através de uma população, mesmo em indivíduos assintomáticos ou que nunca foram diagnosticados. A presença de anticorpos não indica que um indivíduo está protegido de reinfeção. Há compreensão limitada dos níveis e persistência de anticorpos necessários para imunidade protetora (Johns Hopkins Center for Health Security, 2020; Seow et al., 2020). Ainda sobre as indicações para a utilização dos testes serológicos Caruana et al. (2000) referem que apesar da sua sensibilidade variável de acordo com o tempo de infeção, a serologia representa um ativo válido: para tentar resolver possíveis discrepâncias entre uma clínica altamente sugestiva, apresentação radiológica e RT-PCR não detetado; para resolver discrepâncias entre diferentes ensaios de RT-PCR e, para fins epidemiológicos.

Segundo Guo, Ren, Yang, Xiao, Chang, Yang, ... Wang (2020) a duração média da deteção de anticorpos IgM é de 5 dias, enquanto a IgG é de 14 dias após o início dos sintomas. Dado o comportamento dos restantes vírus, seria esperado que o seu crescimento obtivesse o pico máximo aos 28 dias. Devido ao recente aparecimento deste vírus na população humana, ainda não se sabe qual a resposta imunitária existente, por quanto tempo esses anticorpos serão mantidos ou se fornecerão proteção contra reinfeção (Seow et al., 2020). Face à situação pandémica e pelo forte impacto que pode representar nas empresas, torna-se crucial evitar a transmissão da infeção por SARS-CoV-2 na força de trabalho. O SST tem um papel preponderante quanto à definição de medidas de proteção e prevenção da saúde e segurança dos seus trabalhadores (DGS, 2020c).

Trata-se de um estudo descritivo longitudinal prospetivo (ensaio laboratorial) em que se seguiu uma coorte de trabalhadores de uma indústria de madeiras da Região Norte de Portugal, de 27 de março a 7 de maio de 2020. Para tal foram incluídos todos os trabalhadores do grupo da referida indústria, perfazendo um total de 986. Como critério de exclusão foi aplicado o facto de, à data de avaliação, não se encontrarem na empresa, por situações alheias à infeção por SARS-CoV-2, tendo sido excluídos 113 trabalhadores. Os restantes 873 trabalhadores foram incluídos neste estudo.

Após diagnóstico de COVID-19 a um trabalhador da indústria de madeiras, com *link* epidemiológico extra indústria, surgiu a necessidade de implementar o presente estudo. Uma série de medidas ocupacionais e individuais foram tomadas e/ou intensificadas e complementadas, com uma estratégia de testagem em massa com testes serológicos, numa primeira fase, e posteriormente aos trabalhadores com resultado positivo, associar o teste RT-PCR SARS-CoV-2 e, por fim com o objetivo de avaliar a imunidade dos trabalhadores que testaram positivo nos primeiros testes serológicos, repetir teste serológico.

Para a concretização deste estudo foram recolhidas amostras sanguíneas, por punção venosa nas instalações da empresa, para testes serológicos para SARS-CoV-2 a todos os participantes entre 13 a 20 de abril de 2020, numa primeira fase e a 7 de maio, numa segunda fase. As amostras foram colhidas por uma equipa de consultoria e serviços, sucursal de um laboratório certificado sediado em Aveiro, onde foram posteriormente analisadas. Os soros foram testados para a presença de IgG e IgM simultaneamente pelo



## **Covid-19: observação de uma força de trabalho**

método de imunocromatografia. Estes testes apresentam um intervalo de confiança de 95%, uma sensibilidade de 94,1% e especificidade de 99,2% (Carl-Zeiss-Strasse, 2020). Posteriormente à realização dos testes serológicos para SARS-CoV-2, aos participantes que testaram positivo nos testes serológicos (IgM+ e IgG+; IgM- e IgG+; IgM+ e IgG-), foram recolhidas amostras do trato respiratório superior e/ou inferior (exsudados nasofaríngeo ou lavado nasal e/ou orofaringe) por zaragatoa para deteção de componentes do vírus, sendo os testes RT-PCR, os adequados, pela sua sensibilidade (89%) (Yong et al., 2020), para diagnóstico de novos casos realizados em laboratório de referencia (DGS, 2020a; DGS, 2020b; ECDC, 2020). As amostras por zaragatoa foram colhidas entre 16 e 30 de abril a todos os participantes com teste serológico positivo. Esteve ainda prevista a repetição dos testes por zaragatoa aos trabalhadores com teste RT-PCR detetado, neste período. Esta decisão baseou-se na recomendação da WHO (2020) do uso de testes serológicos em ambientes de pesquisa e não para a tomada de decisão clínica, que neste caso dever-se-á recorrer ao teste RT-PCR, como realizado no presente estudo.

Finalmente, a 7 de maio de 2020, foram repetidos os testes serológicos para SARS-CoV-2 à coorte de trabalhadores que testou positiva nos primeiros testes serológicos realizados (de 13 a 20 de abril), como complemento ao teste RT-PCR e para monitorizar infeções por SARS-CoV-2, e eventual imunidade, no sentido de ajudar a controlar um possível surto (Tang, Schmitz, Persing & Stratton, 2020).

A realização do estudo obteve a aprovação do presidente do grupo da indústria de madeiras da Região Norte de Portugal, depois de ouvidos os

responsáveis na empresa e outros “*experts*” na área da saúde. Aos participantes foi explicado o estudo de investigação, vantagens e desvantagens, a garantia de sigilo e o anonimato, bem como o modo de participação e possibilidade de desistência a qualquer momento sem prejuízo, tendo sido obtidos consentimentos escritos para a sua participação. Este estudo obteve o parecer positivo da Comissão de Ética da ESSNorteCVP (parecer nº 1/2021.)

Os dados foram tratados através da estatística descritiva com recurso ao programa *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS, versão 23.0.

## **RESULTADOS**

A amostra é constituída por 873 trabalhadores da indústria de madeiras, dos quais 50,4% dos participantes são homens (510 trabalhadores). A idade média dos trabalhadores é de 41,77 anos, com um desvio padrão de 11,30 anos.

A maioria dos trabalhadores foi testada com teste serológico para COVID-19 no mês de abril de 2020 (entre 13 a 20 de abril), com exceção de 16 trabalhadores que foram testados nos meses de maio/junho por, à data da primeira avaliação, não se encontrarem na empresa, por situações alheias à infeção por SARS-CoV-2.

Do total de trabalhadores, 842 testaram negativo para os testes serológicos para SARS-CoV-2 (96,4%). Os restantes trabalhadores, 27 testaram positivo para IgM e negativo para IgG (3,1%), e 4 testaram positivo tanto para IgM como para IgG (0,5%). Os resultados destes 31 trabalhadores foram comunicados às autoridades de saúde das respetivas regiões, de acordo com o local de residência dos mesmos, que promoveram a realização de teste RT-PCR SARS-CoV-2, tendo a

## Covid-19: observação de uma força de trabalho

colheita sido realizada em abril de 2020. Destes trabalhadores, 2 testaram detetado (um deles o caso índice e outro um trabalhador que posteriormente saiu da indústria, por termo de contrato). Nove trabalhadores repetiram o teste RT-PCR SARS-CoV-2, cujo resultado foi não detetado.

Em maio, os 31 trabalhadores que testaram positivo para testes serológicos SARS-CoV-2, foram elegidos

para repetir teste, mas apenas 28 aceitaram, dos quais 2 mantiveram resultado positivo para IgM e IgG (7,1%) (incluindo o caso índice), 7 mantiveram resultado positivo para IgM e negativo para IgG (25%), 1 manteve IgM positivo mas o IgG negativou (3,6%), os restantes 18 mantiveram resultado de IgG negativo mas o IgM, que na primeira avaliação era positivo (64,1%), nessa avaliação foi negativo (Figura 1).

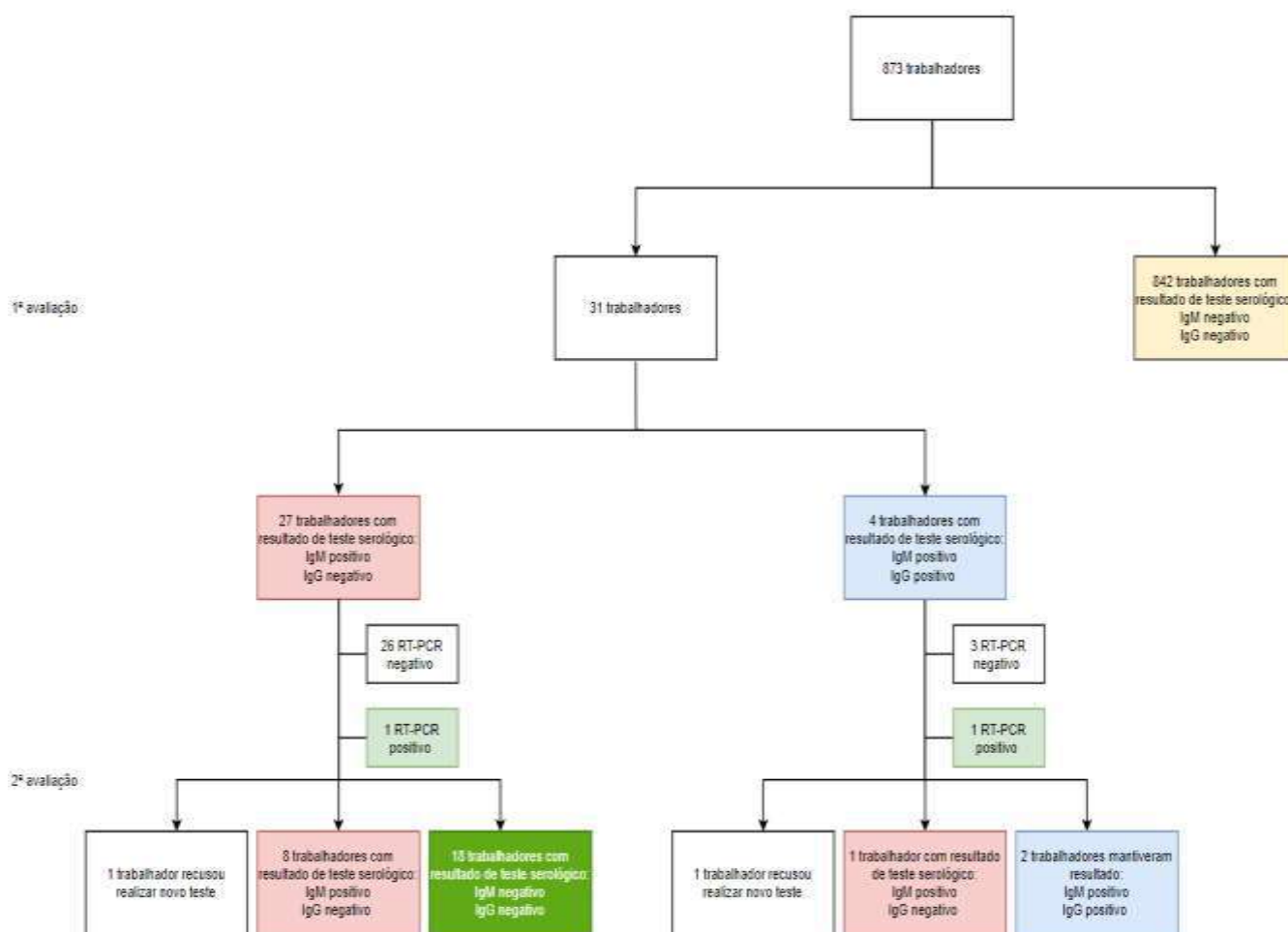


Figura 1

Representação dos resultados dos testes segundo as avaliações

## DISCUSSÃO

A 26 de fevereiro surge a orientação da DGS sobre os procedimentos de prevenção, controlo e vigilância em empresas (DGS, 2020b). A partir desta, a indústria de

madeiras aperfeiçoou e adaptou o seu plano de contingência, definido os efeitos da infeção de trabalhadores por SARS-CoV-2 na indústria, o que fazer em caso de suspeita de infeção por SARS-CoV-2 (área de isolamento, procedimentos específicos, responsabilidades, comunicação de contactos

## Covid-19: observação de uma força de trabalho

próximos de alto e baixo risco às autoridades de saúde), promoção do distanciamento físico dos trabalhadores em 2 metros (sempre que aplicável), aposta no teletrabalho (sempre que aplicável), definição de circuitos, disponibilidade de lavatórios e/ou solução alcoólica em todas as divisões da indústria acessíveis aos trabalhadores, desfasamento de horário e regras para as refeições, uso de equipamentos de proteção individual (máscara social/cirúrgica), aplicação de tapete para desinfeção de pés em locais estratégicos da indústria e divulgação e comprometimento junto dos trabalhadores do plano de contingência da indústria.

Após diagnóstico de COVID-19 a um trabalhador da indústria foram definidas estratégias de controlo de disseminação da doença: limpeza e desinfeção do posto de trabalho do caso positivo e das áreas por ele frequentadas, identificação e isolamento profilático dos contactos próximos considerados de alto risco de exposição com o caso positivo, que em articulação com a autoridade de saúde, procederam à realização de RT-PCR (DGS, 2020c; Hellewell, Abbott, Gimma, Bosse, Jarvis, Russell, ... Edmunds, 2020). O Serviço de SST da indústria de madeiras efetuou acompanhamento a todos os contactos, no sentido de avaliar e acompanhar o aparecimento de sinais e sintomas de COVID-19. Cirrincione et al. (2020) corrobora a intervenção referindo que a par das medidas organizacionais, ambientais e pessoais, uma boa gestão de emergência contribui para a redução do risco de contaminação da força de trabalho e de toda a população.

Foi ainda, estrategicamente, realizado o rastreamento de contactos em massa com testes serológicos, numa primeira fase, e posteriormente aos trabalhadores

com resultado positivo nos testes serológicos, associar o teste RT-PCR para diagnóstico de COVID-19 e, por fim com o objetivo de avaliar a imunidade dos trabalhadores que testaram positivo nos primeiros testes serológicos, repetir teste serológico (Caruana et al., 2000; DGS, 2020b; Ghafari et al., 2020; Hellewell et al., 2020).

Com este estudo concluímos que o caso índice de COVID 19 não constituiu *link* epidemiológico do outro caso de COVID-19. As medidas ocupacionais e individuais implementadas sob a orientação do Serviço de SST, em colaboração com o Conselho de Administração da indústria de madeiras da Região Norte de Portugal e autoridade de saúde local mostraram-se eficazes na interrupção da cadeia de transmissão da doença junto dos trabalhadores da indústria, mitigando a possibilidade de surto (Cirrincione et al., 2020; DGS, 2020c; ECDC, 2020; Hellewell et al., 2020).

De todas as medidas implementadas, após o aparecimento do caso índice, para controlar a transmissão da SARS-CoV-2, destacamos a celeridade de resposta, o isolamento de contactos de alto risco e a testagem de todos os trabalhadores da referida indústria. Este resultado é corroborado por Hellewell et al. (2020) que referem que na maioria dos cenários, o rastreio de contactos e o isolamento do caso são suficientes para controlar um novo surto de COVID-19 em 3 meses. De facto, a probabilidade de controle aumenta com uma rápida resposta desde o aparecimento dos sintomas até ao isolamento, com o rastreamento de contactos e baixa transmissão da doença antes do aparecimento de sintomas. A realização de um ensaio serológico revela-se importante para compreender a expansão do

## Covid-19: observação de uma força de trabalho

possibilidade de que a deteção de anticorpos produzidos secundariamente a determinada infeção possa ser devida, por exemplo, a uma infeção causada por outro agente (Conceição, Lopes, Ramos, Cristóvão, Vieira, Pingarilho ... Parreira, 2020).

Continuamos a envidar esforços para uma melhor compreensão da apresentação deste vírus nos humanos, pelo que, embora a literatura da especialidade não aponte, consideramos repetir os testes serológicos aos 31 trabalhadores que apresentaram IgM positivo.

Tendo em conta o estudo e corroborando o conhecimento adquirido até à data, não se pode afirmar que se verifique imunidade para o SARS-CoV-2 (Johns Hopkins Center for Health Security, 2020). É promissor realizar novos estudos para avaliar a resposta imunitária a longo prazo (Ghafari et al., 2000).

### CONCLUSÃO

Neste estudo identificaram-se dois casos de COVID-19 entre finais de março a inícios de maio de 2020 numa indústria de madeiras na região Norte de Portugal, sem *link* epidemiológico entre si, o que evidência não se tratar de uma cadeia de transmissão.

Embora promissor o entendimento sobre a IgG e imunidade, neste contexto, não nos é permitido concluir que a resposta ao vírus SARS-CoV-2, se realize nos moldes de outros vírus já conhecidos. Deste estudo evidencia-se a necessidade de uma adequada interpretação dos resultados dos testes serológicos uma vez que um resultado negativo, por si só, não deve constituir prova de exclusão de infeção por SARS-CoV-2. Para limitar a disseminação do vírus é necessária a certeza da sua evidência.

A perceção do risco de adquirir doença levou à indústria de madeiras impor uma variedade de medidas de proteção quer individual, quer coletiva. Todas as medidas de prevenção e controlo incluídas neste estudo e suportadas no plano de contingência elaborado pela indústria, assim como a consciencialização de medidas de distanciamento social e de etiqueta respiratória junto dos trabalhadores podem ter explicado a baixa taxa de reatividade positiva ao nível dos anticorpos anti SARS-CoV-2 observado nesta população, e a ausência de relação entre os dois casos, evidenciou o adequado papel do serviço de SST da indústria na mitigação da infeção.

Este estudo teve algumas limitações, uma delas foi o facto de apenas ter sido incluídos com RT-PCR os trabalhadores que testaram positivo nos testes serológicos. De facto, permanece a dúvida se terá havido casos positivos (RT-PCR) junto dos trabalhadores que testaram negativo nos serológicos e que permaneceram assintomáticos. Outra limitação prende-se com o facto de o SARS-CoV-2 ser um vírus emergente, com várias mutações, não sendo conhecida informação fiável e consensual quanto à produção e duração de anticorpos, sendo essa limitação um problema comum em estudos de infeções recentes, em que há pouca evidência acerca da temática.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bastos, M., Tavaziva, G., Abidi, S., Campbell, J., Haraoui, L., Johnston, J., ... Khan, F. (2020). Diagnostic accuracy of serological tests for covid-19: systematic review and meta-analysis. *JMB*, 370: m2516. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2516>
- Caruana, G., Croxatto, A., Coste, A., Oposta, O., Lamoth, F., Jatón, K. & Greub, G. (2020). Diagnostic

- strategies for SARS-CoV-2 infection and interpretation of microbiological results. *Clinical Microbiology and Infection*, 26, 1178-1182. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.06.019>
- Cheng, V., Wong, S., Chuangc, V., Soa, S., Chena, J., Sridhar, S., ... Yuend, K. (2020). The role of community-wide wearing of face mask for control of coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic due to SARS-CoV-2. *Journal Infection*, 2020, 81(1), 107-114. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.04.024>
- Cirrincone, L., Plescia, F., Ledda, C., Rapisarda, V., Martorana, D., Moldovan E., ... Cannizzaro, E. (2020). COVID-19 Pandemic: Prevention and Protection Measures to Be Adopted at the Workplace. *Sustainability*, 12 (3603), 18. <https://doi.org/10.3390/su12093603>
- Conceição, C., Lopes, D., Ramos, J., Cristóvão, J., Vieira, M., Pingarilho, M., ... Parreira, R. (2020). COVID-19: o que são, o que nos dizem, e quais as limitações dos métodos de diagnóstico de base não-molecular. *Comissão de Saúde Ocupacional, Biossegurança e Qualidade (CoSOBQ) do Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa*. <https://www.ihmt.unl.pt/covid-19-o-que-sao-o-que-nos-dizem-e-quais-as-limitacoes-dos-metodos-de-diagnostico-de-base-nao-molecular/>.
- Delgado, B., Mendes, I., Pereira, S. & Carneiro, L., (2021). Impacte da COVID-19 na atividade física e qualidade de vida de doentes em reabilitação cardíaca. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(2) 29-40. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.120>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2020a). *Orientação nº 015/2020 de 23/03/2020 – COVID-10: Diagnóstico Laboratorial*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152020-de-23032020-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2020b). *Circular Informativa Conjunta Nº 003/CD/100.20.200. Testes Laboratoriais para SARS-CoV-2; Testes rápidos*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-conjunta-dgsinfarmedinsa-n-003cd10020200-de-27052020-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2020c). *Orientação nº 006/2020 de 26/02/2020 – Infecção por SARS-CoV-2 (COVID 19): Procedimentos de prevenção, controlo e vigilância em empresas*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0062020-de-26022020-pdf.aspx>.
- European Center for Disease Prevention and Control (ECDC). (2020). *COVID-19 clusters and outbreaks in occupational settings in the EU/EEA and UK, 11 August, 2020*. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-eighth-update-8-april-2020.pdf>.
- Ghafari, A., Meurant, R. & Ardakani, A. (2020). COVID-19 Serological Tests: How Well Do They Actually Perform? *Diagnostics*, 10 (453), 1-14. <https://doi.org/10.3390/diagnostics10070453>
- Guo, L., Ren, L., Yang, S., Xiao, M., Chang, D., Yang, F., ... Wang, J. (2020). Profiling Early Humoral Response to Diagnose Novel Coronavirus Disease (COVID-19). *Clinical Infectious Diseases*, 71, 778-785. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa310>
- Hellewell, J., Abbott, S., Gimma, A., Bosse, N., Jarvis, C., Russell, T., ... Edmunds, W. (2020). Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. *Lancet Glob Health*, 8, e448-6. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30074-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30074-7)  
[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30273-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30273-5)
- Johns Hopkins Center for Health Security (2020). *Serology testing for COVID-19*. <https://www.centerforhealthsecurity.org/resources/COVID-19/COVID-19-fact-sheets/200228-Serology-testing-COVID.pdf>
- Rana, W., Mukhtar, S. & Mukhtar, S. (2020). *Mental health of medical workers in Pakistan during the pandemic COVID-19 outbreak*. *Asian Journal of Psychiatry*, 51. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102080>
- Seow, J., Graham, C., Merrick, B., Acors, S., Steel, K., Hemmings, O., ... Doores, K. (2020). Longitudinal evaluation and decline of antibody responses in SARS-CoV-2 infection. *Nat Microbiol*. 5(12), 1598–1607. <https://doi.org/10.1038/s41564-020-00813-8>
- Tang, Y., Schmitz, J., Persing, D. & Stratton, C. (2020). Laboratory Diagnosis of COVID-19: Current Issues and Challenges. *Journal of Clinical Microbiology*, 58(6), e00512-20. <https://doi.org/10.1128/JCM.00512-20>
- Theel, E., Slev, P., Wheeler, S., Couturier, M., Wong, S. & Kadkhoda, K. (2020). The Role of Antibody Testing for SARS-CoV-2: Is There One? *Journal of Clinical Microbiology*. 58 (8). e00797-20. <https://doi.org/10.1128/JCM.00797-20>

## **Covid-19: observação de uma força de trabalho**

World Health Organization.WHO. (2020). *Advice on the use of point-of-care immunodiagnostic tests for COVID-19: Scientific brief.*  
[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/sb-2020-1-poc-immunodiagnosics-2020-04-08-e.pdf?sfvrsn=4c26ac39\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/sb-2020-1-poc-immunodiagnosics-2020-04-08-e.pdf?sfvrsn=4c26ac39_2)

Yong, S., Anderson, D., Wei, W., Pang, J., Chia, W., Tan, C., ... Lee, V. (2020). Connecting clusters of COVID-19: an epidemiological and serological investigation. *Lancet Infect Dis*, 20, 809–815.



**RELAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS E COMPORTAMENTOS ASSERTIVOS DOS ENFERMEIROS**

Relationship between sociodemographic and professional characteristics and assertive behaviors of nurses

Relación entre características sociodemográficas y profesionales y conductas asertivas de los enfermeros

Dora Machado\*, Assunção Almeida\*\*, João Tavares\*\*\*

**RESUMO**

**Enquadramento:** comunicar assertivamente apresenta-se como uma habilidade social. É indispensável à prática de enfermagem, nomeadamente de saúde familiar, para assegurar o sucesso das relações com utentes, famílias e equipa. **Objetivos:** analisar a relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros das Unidades de Saúde Familiar de um ACeS da região norte de Portugal e a adoção de comportamentos assertivos. **Metodologia:** quantitativa, do tipo transversal descritivo-correlacional. Amostra constituída por 66 enfermeiros. Dados recolhidos através de questionário eletrónico, constituído por duas partes: características sociodemográficas e profissionais e escala de avaliação de comportamentos assertivos dos enfermeiros. **Resultados:** os enfermeiros adotam frequentemente comportamentos assertivos com o utente e com a equipa multidisciplinar ( $4,86 \pm 0,65$ ). Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a experiência em outros serviços e o gosto pelo local de trabalho e a adoção de comportamentos assertivos. Evidenciou-se uma correlação positiva entre o tempo de serviço na carreira e a adoção de comportamentos assertivos. **Conclusões:** os elevados níveis de comportamentos assertivos evidenciados garantem uma prática eficaz e segura, para profissionais e utentes. As características profissionais, contrariamente às sociodemográficas, foram as que apresentaram mais relação com os comportamentos assertivos. Promover ambientes favoráveis à prática pode ser determinante para a assertividade dos enfermeiros.

**Palavras-chave:** comunicação; assertividade; enfermagem familiar

\*MSc, em Enfermagem de Saúde Familiar - ACeS Grande Porto III - <https://orcid.org/0000-0001-8135-7201> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article  
\*\* PhD, em Ciências da Saúde na Escola Superior de Saúde de Aveiro - <https://orcid.org/0000-0003-4021-5949> - Author contribution: data analysis and interpretation, critical revision of the article  
\*\*\* PhD, em Gerontologia e Geriatria na Escola Superior de Saúde de Aveiro - <https://orcid.org/0000-0003-3027-7978> - Author contribution: data analysis and interpretation, critical revision of the article

**Autor de correspondência:**  
Dora Machado  
E-mail: [dora.ribeiromachado@gmail.com](mailto:dora.ribeiromachado@gmail.com)

**Como referenciar:**  
Machado, D., Almeida, A., & Tavares, J. (2022). Relação entre características sociodemográficas e comportamentos assertivos dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 47-58.  
<https://doi:10.37914/riis.v5i2.236>

Recebido para publicação: 05/04/2022  
Aceite para publicação: 10/12/2022

**ABSTRACT**

**Background:** communicating assertively presents itself as a social skill. It is essential to nursing practice, namely family health, to ensure the success of relationships with users, families, and the team. **Objectives:** to analyze the relationship between the sociodemographic and professional characteristics of nurses in the Family Health Units of an ACeS in the north of Portugal and the adoption of assertive behaviors. **Methodology:** quantitative, cross-sectional descriptive-correlational type. Sample consisting of 66 nurses. Data collected through an electronic questionnaire, consisting of two parts: sociodemographic and professional characteristics and an assessment scale for nurses' assertive behaviors. **Results:** nurses often adopt assertive behaviors with the patient and with the multidisciplinary team ( $4.86 \pm 0.65$ ). There was a statistically significant relationship between experience in other services and liking for the workplace and the adoption of assertive behaviors. There was a positive correlation between the length of service in the career and the adoption of assertive behaviors. **Conclusions:** the high levels of assertive behavior evidenced guarantee an effective and safe practice for professionals and users. The professional characteristics, contrary to the sociodemographic ones, were the ones that were more related to assertive behaviors. Promoting environments favorable to the practice can be decisive for the assertiveness of nurses.

**Keywords:** communication; assertiveness; family nursing

**RESUMEN**

**Marco contextual:** comunicar asertivamente es una habilidad social, indispensable en la práctica de la enfermería, sobre todo de la salud familiar, ya que asegura el éxito de las relaciones con los usuarios, las familias y el equipo. **Objetivos:** analizar la relación entre características sociodemográficas y profesionales de enfermeros de las Unidades de Salud Familiar de un ACeS del norte de Portugal y la adopción de comportamientos asertivos. **Metodología:** cuantitativa, transversal, descriptivo-correlacional. Muestra compuesta por 66 enfermeras. Datos recogidos mediante un cuestionario electrónico, compuesto por dos partes: características sociodemográficas y profesionales y escala de evaluación de los comportamientos asertivos de las enfermeras. **Resultados:** los enfermeros suelen adoptar conductas asertivas con paciente y equipo multidisciplinario ( $4,86 \pm 0,65$ ). Hubo relación estadísticamente significativa entre experiencia en otros servicios y gusto por el lugar de trabajo y adopción de conductas asertivas. Hubo correlación positiva entre antigüedad en la carrera y adopción de conductas asertivas. **Conclusiones:** los altos niveles de comportamiento asertivo evidenciados garantizan una práctica eficaz y segura para profesionales y usuarios. Las características profesionales, a diferencia de las sociodemográficas, fueron las que más se relacionaron con conductas asertivas. Promover ambientes favorables a la práctica puede ser determinante para la asertividad de los enfermeros.

**Palabras clave:** comunicación; asertividad; enfermería de la familia



## **INTRODUÇÃO**

A prática de cuidado de enfermagem, com consequente transmissão de conhecimentos, relação terapêutica de ajuda e trabalho em equipa, centra-se na comunicação. Neste processo partilham-se informações capazes de influenciar indivíduos e comunidades na promoção da saúde e prevenção da doença. Daí a importância da comunicação na cultura de segurança do local de trabalho (Nakamura et al., 2017).

O recurso à assertividade permitirá exprimir claramente sentimentos e desejos e defender os direitos individuais, garantindo a liberdade do outro (Alves, 2016), maior respeito, satisfação do indivíduo nas atividades diárias e segurança do utente (Nakamura et al., 2017), a aceleração da sua recuperação e a proteção do profissional da pressão diária a que está exposto (Alves, 2016).

Existe uma crescente preocupação na Enfermagem, sobre as posturas excessivamente racionais e relações marcadas pelo egocentrismo que podem resultar na desumanização de cuidados e em conflitos interpessoais. O desenvolvimento de habilidades sociais poderá ajudar a diminuir um comportamento distante e frio, por parte do profissional, reduzindo, consequentemente, reações de frustração ou cólera em doentes e famílias (Alves, 2016). Inserida nestas classes de comportamentos sociais adequados está a assertividade que se destaca como uma das mais importantes (Montezeli et al., 2018). Tornar-se mais assertivo é uma das chaves para o sucesso das relações com utentes e famílias, por potenciar um maior reconhecimento e respeito do enfermeiro, enquanto pessoa e profissional (Haladin et al., 2015).

Tendo em conta o supracitado, o presente estudo tem como objetivo analisar a relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros das Unidades de Saúde Familiar de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do norte de Portugal e a adoção de comportamentos assertivos.

## **ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Comunicar assertivamente assegura eficácia e eficiência na transmissão de informação (Montezeli et al., 2018). A falta de assertividade precipita conflitos, frustrações e perda primordial de informação, podendo colocar em causa o processo de cuidados (Nakamura et al., 2017). Comunicar assertivamente significa defender e expressar, aberta e honestamente, direitos, sentimentos e desejos pessoais, sem que se violem os direitos do outro. Implica a responsabilidade pelas ações tomadas, o respeito pelas opções e pontos de vista dos restantes, clareza no uso das palavras e saber escutar (Alves, 2016). Ser assertivo poderá contribuir para um maior reconhecimento, para a satisfação no desempenho de tarefas e no relacionamento com equipa e utentes (Haladin et al., 2015; Nakamura et al., 2017) e para o progresso de cura e bem-estar do utente (Alves, 2016).

Por tudo isto e para assegurar uma abordagem holística, a comunicação assertiva é essencial na Enfermagem. Contudo, a literatura não clarifica se, atualmente, os enfermeiros são ou não assertivos (Marinho & Borges, 2020). Também foi escassa, nem sempre concordante e pouco atual os estudos identificados que abordassem a influência de características sociodemográficas e profissionais nesta habilidade social. Variáveis como a idade, sexo, estado civil e habilitações literárias foram as mais reportadas,

## Relação entre características sociodemográficas e profissionais e comportamentos assertivos dos enfermeiros

embora a evidência não seja consensual. No que concerne à idade, por um lado, investigadores defendem que indivíduos mais velhos tendem a ser mais assertivos, já que indivíduos mais novos ficarão desconfortavelmente tensos quando adotam a assertividade como resposta (Vagos & Pereira, 2010); por outro lado, persiste a crença de que enfermeiros mais velhos serão menos assertivos, dada a evolução da independência que a profissão tem vivido (Kilkus, 1993).

Em relação ao sexo, alguns estudos reportam não haver relação entre essa variável e o nível de assertividade (Kılıç & Sevinç, 2017; Silva et al., 2017). Outros estudos, consideram que indivíduos do sexo feminino tendem a adotar com maior frequência comportamentos assertivos, já que são mais emocionais (Vagos & Pereira, 2010). Igualmente para o estado civil. Algumas investigações evidenciaram que não apresenta relação com o nível de assertividade (Vagos & Pereira, 2010), outras (Sousa & Araujo, 2015) demonstraram que as pessoas casadas adotam menos comportamentos assertivos, devido à diminuição do repertório de habilidades sociais, pelo decréscimo da rede social onde se envolvem para favorecimento da relação com o cônjuge.

A influência das habilitações literárias na adoção de comportamentos assertivos é também controversa, verificando-se autores que defendem que as mesmas não se relacionam (Kılıç & Sevinç, 2017) e os que apresentaram correlação significativa, onde mais anos de escolaridade, em especial grau académico superior, se traduzem em maior adoção de comportamentos assertivos (Kilkus, 1993). Uma explicação apontada é o facto do desafio de concluir um curso superior exigir maior assertividade. Por outro lado, um maior nível de

formação académica trará mais conhecimento e, com isso, uma autonomia superior, resultando em comportamentos mais assertivos (Kilkus, 1993).

No que concerne a características profissionais, autores defendem que indivíduos com posições de chefia tendem a ser mais assertivos (Amaro & Jesus, 2008), bem como profissionais que apresentem um vínculo ao quadro institucional (Amaro & Jesus, 2007), já que a incerteza contratual poderá ser um elemento destabilizador, por impedir projetos a longo prazo, resultando em comportamentos menos adequados (Cerqueira, 2021). A satisfação laboral também parece relacionar-se positivamente com a adoção de comportamentos assertivos (Amaro & Jesus, 2008).

## METODOLOGIA

Estudo quantitativo, transversal descritivo-correlacional, que teve por base as hipóteses: i) há uma relação entre as características sociodemográficas dos enfermeiros e a adoção de comportamentos assertivos; e ii) há uma relação entre as características profissionais dos enfermeiros e a adoção de comportamentos assertivos.

Estudo realizado num ACeS do norte de Portugal, após aprovação da Comissão de Ética para a Saúde (parecer n.º 53/2021). Este ACeS inclui 16 USF, com um total de 108 enfermeiros (94 do sexo feminino e 14 do sexo masculino) em funções como Enfermeiro de Família. Recorreu-se a uma amostragem de carácter não-probabilístico, por conveniência. Definiram-se como critérios de inclusão da investigação exercer funções como enfermeiro em USF do ACeS Maia Valongo e aceitar participar no estudo. O critério de exclusão foi não exercer funções em USF do ACeS Maia Valongo.

Na recolha de dados utilizou-se um questionário

## Relação entre características sociodemográficas e profissionais e comportamentos assertivos dos enfermeiros

constituído por duas partes: (i) questionário sociodemográfico, profissional e de satisfação laboral, para caracterização da amostra, por abordagem de variáveis como sexo, estado civil, idade, habilitações literárias, categoria profissional, vínculo contratual e realização profissional; (ii) Escala de Avaliação dos Comportamentos Assertivos dos enfermeiros, que avalia a adoção de comportamentos comunicacionais assertivos, desenvolvida e validada por Amaro e Jesus (2007). Medida de autorrelato, sob a forma de Likert, com 6 itens, variando entre Nunca (1) e Sempre (6), que inclui duas subescalas: (A) avalia os comportamentos assertivos com os utentes, constituída por 6 itens; (B) avalia os comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar, constituída por 18 itens. As respostas obtidas permitem classificar a adoção de comportamentos assertivos em três níveis: [1-3] pouca frequência; [3-4] alguma frequência; [4-6] muita frequência (Amaro & Jesus, 2007). Os dados de consistência interna (Alpha de Cronbach) para a escala global e subescala A e B foram de 0,898, 0,760 e 0,895, respetivamente (Amaro & Jesus, 2007). Neste estudo obteve-se um Alpha de Cronbach para a escala global, subescala A e B de 0,940, 0,832 e 0,936, revelando muito boa consistência interna para a escala total e para a subescala B e boa consistência interna para a subescala A (Pestana & Gageiro, 2014).

Previamente à recolha de dados, foi solicitada autorização à Direção do ACeS e aos Coordenadores das unidades envolvidas. Na recolha utilizou-se um questionário eletrónico, tendo sido enviado a cada um dos enfermeiros um e-mail com acesso ao link do questionário, onde constava o consentimento informado. Processo que decorreu entre 19 de julho de

2021 e 19 agosto de 2021. Como estratégia de adesão ao estudo, foram enviados lembretes a cada 10 dias.

Para analisar as características sociodemográficas recorreu-se a estatística descritiva (frequência e percentagem, média e desvio padrão). O estudo da normalidade da distribuição realizou-se através do Kolmogorov-Smirnov (K-S), não estando os pressupostos da normalidade assegurados foram utilizados testes não paramétricos. Para avaliação de relação de independência entre uma variável quantitativa e uma qualitativa dicotómica recorreu-se ao teste não paramétrico MannWhitney (U). Para avaliar a relação de independência entre uma variável quantitativa e qualitativa policotómica recorreu-se ao teste não paramétrico Kruskal Wallis (H). Para avaliar a correlação de independência entre duas variáveis quantitativas ou entre duas variáveis qualitativas ordinais foi aplicado o teste Pearson (r), ou correspondente não paramétrico Rho Spearman (rs), sendo que:  $r < 0,2$  – associação muito fraca;  $0,2 \leq r < 0,4$  – associação fraca;  $0,4 \leq r < 0,7$  – associação moderada;  $0,7 \leq r < 0,9$  – associação elevada;  $0,9 \leq r \leq 1$  – associação muito elevada (Pestana & Gageiro, 2014). No tratamento dos dados utilizou-se o Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 27, e um nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

Foram enviados 108 questionários tendo-se obtido resposta de 66 enfermeiros (taxa de resposta 61,1%), que constituiu a amostra. A média de idade foi de  $47,61 \pm 6,5$  anos, variando entre os 36 e os 59 anos. A maioria dos enfermeiros eram do sexo feminino (81,8%), casados (74,2%) e licenciados (86,4%).

A amostra dividiu-se entre as categorias de Enfermeiro

## Relação entre características sociodemográficas e profissionais e comportamentos assertivos dos enfermeiros

(50%) e de Enfermeiro Especialista (50%). A maioria tinha experiência em outros serviços (65,15%), não tinha formação em Enfermagem de Saúde Familiar (57,58%) e encontrava-se em contrato em funções públicas (77,27%). As médias de tempo de serviço: na carreira foi de 23,65±6,98 anos (variando entre os 0 e os 37 anos); na categoria profissional foi de 17,39±9,24 anos (variando entre os 0 e os 33 anos); e na USF foi de 11,59±3,43 anos (variando entre os 2 e os 17 anos).

Optou-se por se diferenciar das características sociodemográficas e profissionais variáveis que condicionam a satisfação no trabalho, sendo estas o gosto pelo local de trabalho, a consideração de que as ideias do próprio são escutadas e colocadas em prática e que possui as condições de trabalho adequadas e o sentimento de realização profissional.

Mais de três quartos da amostra (92,42%) gostavam do seu local de trabalho e consideravam que as suas ideias eram escutadas e colocadas em prática (77,3%). Pouco mais de metade (54,5%) considerava ter as condições de trabalho adequadas e 74,2% sentiam-se realizados enquanto enfermeiros.

A adoção de comportamentos assertivos pelos enfermeiros da amostra foi elevada, já que a análise da Escala de Avaliação dos Comportamentos Assertivos dos enfermeiros evidenciou uma média de 4,86±0,65 (mínimo 3,46 e máximo 6). A subescala Comportamentos assertivos com o utente foi a que apresentou o valor mais elevado (5,09±0,63). A subescala comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar obteve valores médios de 4,78±0,73 (Tabela 1).

Tabela 1

Pontuação para o questionário de adoção de comportamentos assertivos e dimensões

|   | M           | Dp          | mín.        | máx.        |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Comportamentos assertivos com o utente                  | 5,09        | 0,63        | 3,83        | 6,00        |
| Comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar | 4,78        | 0,73        | 2,89        | 6,00        |
| <b>Comportamentos assertivos – total da escala</b>      | <b>4,86</b> | <b>0,65</b> | <b>3,46</b> | <b>6,00</b> |

Nota: M - média; Dp - desvio padrão; mín. - mínimo; máx. - máximo

Ressalva-se que, para teste de hipóteses, na variável estado civil, agruparam-se os elementos da amostra que se encontravam solteiros aos que se encontravam divorciados/separados, formando a variável “não casados”, e agruparam-se os “casados” com os que se encontravam em situação de “união de facto”, formando a variável “casado/união de facto”. Nas habilitações literárias optou-se por se excluir o único elemento com bacharelato e agruparam-se os

elementos com pós-graduação aos elementos com mestrado, variável que se denominou “pós-graduada”. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a escala total e subescalas de comportamentos assertivos e o sexo, o estado civil e as habilitações literárias. Também não se verificou correlação estatisticamente significativa entre a variável idade e a escala total de adoção de comportamentos assertivos e cada uma das suas dimensões (Tabela 2).

## Relação entre características sociodemográficas e profissionais e comportamentos assertivos dos enfermeiros

Tabela 2

Relação entre comportamentos assertivos e variáveis sociodemográficas

| Variáveis qualitativas        | Total escala de comportamentos assertivos |                        | Comportamentos assertivos com o utente |                        | Comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar |                          |
|-------------------------------|---|------------------------|--|------------------------|---|--------------------------|
|                               | Mediana                                   | Teste estatístico      | Mediana                                | Teste estatístico      | Mediana   | Teste estatístico        |
| Sexo                          |   |                        |  |                        |   |                          |
| Feminino                      | 5,02                                      | U=259,50<br>$p=0,283$  | 5,33                                   | U=295,00<br>$p=0,628$  | 4,97  | U=249,50<br>$p=0,215$    |
| Masculino                     | 4,66                                      |                        | 5,00                                   |                        | 4,69  |                          |
| Estado civil                  |   |                        |  |                        |   |                          |
| Não casados                   | 5,04                                      | U=216,00<br>$p=0,072$  | 5,33                                   | U=278,00<br>$p=0,442$  | 5,08  | U=208,50<br>$p=0,055$    |
| Casado/união facto            | 4,83                                      |                        | 5,16                                   |                        | 4,75  |                          |
| Habilitações Literárias       |   |                        |  |                        |   |                          |
| Licenciatura                  | 4,96                                      | U=215,00<br>$p=0,795$  | 5,16                                   | U=212,50<br>$p=0,756$  | 4,94  | U=225,50<br>$p=0,960$    |
| Pós-Graduada                  | 5,16                                      |                        | 5,33                                   |                        | 4,97  |                          |
| <b>Variável quantitativas</b> |   |                        |  |                        |   |                          |
|                               |   | Teste estatístico      |  | Teste estatístico      |   | Teste estatístico        |
| Idade                         |   | $r=0,150$<br>$p=0,229$ |  | $r=0,081$<br>$p=0,518$ |   | $r=0,155$<br>$p=0,213^*$ |

Nota: U – teste Mann Whitney; r – Pearson; p – nível de significância

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a escala total e subescalas de comportamentos assertivos e a variável profissional vínculo à USF. Também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a escala de adoção de comportamentos assertivos e subescalas com as variáveis: categoria profissional e formação em Enfermagem de Saúde Familiar (Tabela 3). Verificou-se evidência estatística para afirmar que a adoção de comportamentos assertivos difere consoante a experiência em outros serviços para a escala total ( $U(2)=317,50$ ,  $p=0,017$ ), para a subescala comportamentos assertivos com o utente

( $U(2)=330,500$ ,  $p=0,027$ ) e para a subescala comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar ( $U(2)=340,00$ ,  $p=0,037$ ), sendo o valor da mediana mais elevado nos profissionais com experiência em outros serviços (Tabela 3).

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre a escala total e as subescalas de adoção de comportamentos assertivos e os tempos de serviço na USF e na categoria profissional. Verificou-se correlação significativa, positiva e fraca entre o tempo de serviço na carreira e a escala total de comportamentos assertivos ( $r_s=0,304$ ,  $p=0,013$ ) e a dimensão comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar ( $r_s=0,333$ ,  $p=0,006$ ) (Tabela 3).

## Relação entre características sociodemográficas e profissionais e comportamentos assertivos dos enfermeiros

Tabela 3

Relação entre comportamentos assertivos e variáveis profissionais

| Variáveis qualitativas                     | Total escala de comportamentos assertivos |                   | Comportamentos assertivos com o utente |                   | Comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar |                   |
|--|---|-------------------|--|-------------------|---|-------------------|
|  | Mediana                                   | Teste estatístico | Mediana                                | Teste estatístico | Mediana   | Teste estatístico |
| Vínculo à USF                              |   | H(2)=3,920        |  | H(2)= 1,443       |   | H(2)=3,956        |
| Termo certo                                | 3,96                                      | $p=0,141$         | 4,66                                   | $p=0,486$         | 3,88  | $p=0,138$         |
| Termo incerto                              | 5,06                                      |                   | 5,16                                   |                   | 4,94  |                   |
| Funções Públicas                           | 4,96                                      |                   | 5,33                                   |                   | 5,00  |                   |
| Categoria Profissional                     |   | U=398,50          |  | U=395,50          |   | U=413,00          |
| Enfermeiro                                 | 4,83                                      | $p=0,061$         | 4,83                                   | $p=0,055$         | 4,72  | $p=0,091$         |
| Enfermeiro Especialista                    | 5,16                                      |                   | 5,33                                   |                   | 5,05  |                   |
| Experiência outros serviços                |   | U=317,50          |  | U=330,500         |   | U=340,00          |
| Sim  | 5,08                                      | $p=0,017$         | 5,33                                   | $p=0,027$         | 4,94  | $p=0,037$         |
| Não  | 4,62                                      |                   | 4,83                                   |                   | 4,55  |                   |
| Formação ESF                               |   | U=514,00          |  | U=521,00          |   | U=510,00          |
| Sim  | 4,87                                      | $p=0,815$         | 5,16                                   | $p=0,886$         | 4,80  | $p=0,775$         |
| Não  | 5,00                                      |                   | 5,16                                   |                   | 4,97  |                   |
| Variável quantitativas                     | Teste estatístico                         |                   | Teste estatístico                      |                   | Teste estatístico                                       |                   |
| Tempo de serviço na carreira               | $r_s=0,304^*$                             | $p=0,013$         | $r_s=0,180$                            | $p=0,147$         | $r_s=0,333^{**}$  | $p=0,006$         |
| Tempo de serviço na USF                    | $r_s=0,011$                               | $p=0,929$         | $r_s=-0,133$                           | $p=0,288$         | $r_s=0,036$   | $p=0,774$         |
| Tempo de serviço na categoria profissional | $r=0,032$                                 | $p=0,800$         | $r=-0,070$                             | $p=0,574$         | $r=0,074$   | $p=0,557$         |

Nota: U – teste Mann Whitney; p – nível de significância; rs – Rhô de Spearman; H – Kruskal-Wallis.

Verificou-se evidência estatística para afirmar que a adoção de comportamentos assertivos varia consoante o gosto pelo local de trabalho, para a escala total ( $U(2)=52,00$ ,  $p=0,012$ ) e para a dimensão comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar ( $U(2)=43,50$ ,  $p=0,005$ ), sendo o valor

de mediana superior nos profissionais que gostam do seu local de trabalho (Tabela 4). Não se verificou relação estatisticamente significativa entre as restantes variáveis de satisfação no trabalho com a escala total de comportamentos assertivos e suas subescalas (Tabela 4).

## Relação entre características sociodemográficas e profissionais e comportamentos assertivos dos enfermeiros

Tabela 4

Relação entre CA e variáveis de satisfação no trabalho

| Variáveis qualitativas       | Total escala de comportamentos assertivos |                   | Comportamentos assertivos com o utente |                   | Comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar |                   |
|------------------------------|---|-------------------|--|-------------------|---|-------------------|
|                              | Mediana                                   | Teste estatístico | Mediana                                | Teste estatístico | Mediana   | Teste estatístico |
| Gosto local trabalho         |   |                   |  |                   |   |                   |
| Sim                          | 5,00                                      | U=52,00           | 5,16                                   | U=131,00          | 4,94  | U=43,50           |
| Não                          | 4,20                                      | $p=0,012$         | 5,16                                   | $p=0,601$         | 3,77  | $p=0,005$         |
| Sentimento ideias escutadas  |   |                   |  |                   |   |                   |
| Sim                          | 5,04                                      | U=273,50          | 5,33                                   | U=303,50          | 4,94  | U=275,50          |
| Não                          | 4,66                                      | $p=0,095$         | 5,16                                   | $p=0,225$         | 4,72  | $p=0,101$         |
| Condições trabalho adequadas |   |                   |  |                   |   |                   |
| Sim                          | 4,96                                      | U=505,50          | 5,00                                   | U=494,50          | 4,86  | U=519,50          |
| Não                          | 4,98                                      | $p=0,657$         | 5,33                                   | $p=0,556$         | 4,94  | $p=0,792$         |
| Realização como enfermeiro   |   |                   |  |                   |   |                   |
| Sim                          | 5,00                                      | U=367,00          | 5,33                                   | U=358,00          | 4,94  | U=370,50          |
| Não                          | 4,96                                      | $p=0,468$         | 5,00                                   | $p=0,389$         | 4,89  | $p=0,500$         |

Nota: U – teste Mann Whitney; p – nível de significância

### DISCUSSÃO

A presente investigação analisou a associação entre características sociodemográficas e profissionais de enfermeiros a exercer funções em USF e a adoção de comportamentos assertivos, com utentes e equipa multidisciplinar.

Obteve-se uma taxa de resposta de 61,1%, justificável pela condição pandémica vivida, que implicou a mobilização de enfermeiros para unidades dedicadas ao acompanhamento de doentes com sintomas respiratórios e à vacinação e, consequentemente, um aumento de trabalho.

Em relação à caracterização da amostra, esta foi na sua maioria do sexo feminino, espelhando a realidade portuguesa (Ordem dos Enfermeiros, 2021), com idade média de 47 anos. A taxa de resposta foi de 61,1%, tendo-se verificado uma taxa superior para indivíduos do sexo masculino - 85,7% para 56,8% no sexo feminino.

Os enfermeiros adotam comportamentos assertivos na sua relação com os utentes e equipa multidisciplinar, sendo o valor médio elevado ( $4,86 \pm 0,65$ ), o que reforça o reportado em outros estudos (Amaro & Jesus, 2008; Costa, 2009; Kilkus, 1993).

Neste estudo não se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre a adoção de comportamentos assertivos, com utentes e equipa multidisciplinar, e as características sociodemográficas. Dados que corroboram com resultados de estudos nacionais e internacionais, que não evidenciam diferenças entre a adoção de comportamentos assertivos e a idade, o estado civil, as habilitações literárias (Vagos & Pereira, 2010) e o sexo (Kiliç & Sevinç, 2017; Silva et al., 2017). Não obstante, apesar de não se verificar relação entre a idade e a adoção de comportamentos assertivos, o facto é que a média destes comportamentos foi elevada e as idades,

## Relação entre características sociodemográficas e profissionais e comportamentos assertivos dos enfermeiros

além de apresentarem alguma homogeneidade (mín. 36; máx. 59), implicavam maior maturidade ( $47,61 \pm 6,5$  anos), o que poderá sugerir, tal como defendido por alguns autores (Kilkus, 1993; Vagos & Pereira, 2010) que a maturidade aumenta a assertividade. A ausência de relação entre o sexo e a adoção de comportamentos assertivos poderá justificar-se, como defende Silva et al. (2017), com o facto da assertividade ser independente de questões biológicas e se relacionar com questões comportamentais, apresentando-se como um comportamento aprendido e não como uma habilidade social de natureza fisiológica. Por outro lado, o resultado obtido com o estado civil, pode dever-se à amostra do estudo, que é totalmente constituída por enfermeiros que diariamente lidam com utentes, famílias e equipa multidisciplinar, mantendo uma rede social ampla, que ajuda a trabalhar as habilidades sociais. Por fim, a falta de relação detetada entre as habilitações literárias e os comportamentos assertivos, poderá advir do facto da amostra apresentar grau académico elevado (licenciatura ou superior), parecendo ser certo que o conhecimento aumenta a assertividade (Amaro & Jesus, 2007).

Em relação às variáveis profissionais, neste estudo não se verificou diferença estatisticamente significativa entre a adoção de comportamentos assertivos e a categoria profissional e o vínculo laboral, tal como evidenciado nos estudos de Gerry (1989) e Almeida (2009), respetivamente. Uma possível explicação poderá ser a ausência de enfermeiros gestores neste estudo, que, segundo Amaro e Jesus (2008), tendem a apresentar maior assertividade. Além disso, no caso das USF enfermeiros e enfermeiros especialistas desempenham funções com o mesmo grau de

responsabilidade e autonomia. A falta de relação verificada entre a adoção de comportamentos assertivos e o vínculo laboral poderá estar relacionada com o aumento de trabalho motivado pela pandemia, que acarretou alguma estabilidade, e com o facto da filosofia das USF não se alterar consoante o contrato de trabalho do indivíduo.

Já a experiência em outros serviços relacionou-se de forma estatisticamente significativa com a adoção de comportamentos assertivos. Apesar de não se terem encontrado estudos que relacionassem estas duas variáveis, em 1989 Gerry explicava que o conhecimento adquirido através da experiência permite que o enfermeiro ganhe poder e dessa forma resista a situações de exploração, por adoção de respostas mais assertivas, capazes de expor as suas ideias e valores.

A formação em Enfermagem de Saúde Familiar não se relacionou de forma estatisticamente significativa com a adoção de comportamentos assertivos. Também não se encontraram estudos que relacionassem as duas variáveis, contudo esta formação considera-se como um incremento às habilitações literárias por si só elevadas, como já referido.

O tempo de serviço na carreira correlacionou-se positivamente com a adoção de comportamentos assertivos, contrariando o estudo de Costa (2009) que não verificou correlação entre as variáveis. Uma possível explicação poderá ser o facto do tempo de serviço aumentar conhecimento, levando a um empoderamento do indivíduo e, com isso, uma adoção de comportamentos mais assertivos.

Os tempos de serviço na USF e na categoria profissional não se correlacionaram com a assertividade. A explicação poderá residir, por um



lado, no facto das experiências profissionais, com utentes e equipa, decorrerem essencialmente do tempo de serviço como enfermeiros, independentemente do local onde exerçam a sua atividade e do tempo na categoria profissional. Por outro lado, verificaram-se médias elevadas nas duas categorias (tempo na categoria profissional= $17,39\pm 9,24$ ; tempo de serviço na USF= $11,59\pm 3,43$ ) que legitimam um nível superior de confiança, com equipa e utente, e, por isso, uma adoção frequente de comportamentos assertivos.

À exceção do gosto pelo local de trabalho, as variáveis de satisfação laboral não influenciaram a adoção de comportamentos assertivos. Contudo, no estudo com dirigentes de um grupo empresarial Queirós (2015) concluiu que a assertividade se relacionava com a satisfação laboral. A diferença detetada poderá justificar-se, por um lado, pelo elevado nível de comportamentos assertivos da amostra, que se refletirá na diminuição do risco de conflitos laborais e melhores relações interpessoais, aumentando a satisfação e desempenho profissionais (Costa, 2009). E, por outro, porque a adoção de comportamentos assertivos, em contexto laboral, se relaciona mais com capacidade para regular as emoções, conhecimento do trabalhador dos seus direitos assertivos e maior facilidade em expressar assertivamente sentimentos positivos, por uma cultura mais permissiva para os mesmos (Freitas, 2001), e não tanto com o sentimento de ideias escutadas e colocadas em prática, condições adequadas de trabalho e sentimento de realização profissional. Aliás, o facto do profissional sentir que as suas ideias não são escutadas, não impede que as exponha assertivamente, quando muito, poderá inibir a sua apresentação.

## **CONCLUSÃO**

Os enfermeiros adotam comportamentos assertivos de forma elevada com utentes e equipa multiprofissional. Neste estudo a assertividade não se relacionou com as características sociodemográficas. Contudo, o tempo de serviço na carreira, a experiência em outros serviços e o gosto pelo local de trabalho demonstraram relacionar-se de forma positiva com os comportamentos assertivos dos enfermeiros.

Esta habilidade social, tal como defendido por diversas investigações, previne conflitos, melhora relacionamentos com a equipa multidisciplinar, aumenta a satisfação laboral, permite uma atuação mais crítica, holística e desviada de um modelo biomédico, e pode ser aprendida. Ainda assim, existe uma lacuna no reconhecimento da sua importância para a prática de enfermagem, verificada pela falta de investimento das instituições em formações na área.

Este estudo apresenta limitações. A colheita de dados foi realizada por questionários de autopreenchimento e, por isso, as respostas podem estar sujeitas ao viés de desejabilidade. Além disso, o tamanho da amostra e a amostragem de carácter não-probabilístico num único ACeS limitam a possibilidade de generalização dos resultados. Por último, o desenho do estudo não permitiu determinar se os valores obtidos se mantinham constantes ao longo do tempo e/ou se foram influenciados pela pandemia.

Ainda assim, ficou clara a importância da adoção da assertividade para assegurar uma cultura de segurança e qualidade, facto que as instituições de saúde deverão ter em conta. Aliás, considerando os resultados obtidos, devem priorizar a promoção de ambientes favoráveis à aprendizagem e prática e o aumento de

experiências dos enfermeiros, nomeadamente por facilitação dos processos de mobilidade entre serviços.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, H.F.O. (2009). *Comunicação, stresse e estratégias de adaptação nos enfermeiros do instituto português de oncologia de Coimbra de Francisco Gentil, EPE* [Master's thesis, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Estudo Geral Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/17916>

Alves, H. (2016). *Competências motivacionais, emocionais e comunicacionais em estudantes estagiários da área da saúde* [Doctoral dissertation, Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais]. Repositório da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/900>

Amaro, H.J., & Jesus, S.N. (2007). Comportamentos comunicacionais assertivos e burnout nos profissionais de Enfermagem. *Nursing*, (221), 6 -16. <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/2884-comportamentos-comunicacionais-assertivos-e-burnout-nos-profissionais-de-enfermagem#.X9EK6tj7RPZ>

Amaro, H.J., & Jesus, S.N. (2008). Assertividade e Satisfação Profissional nos Enfermeiros: Um estudo exploratório. In M. M. M. Siqueira, S. N. Jesus & V. B. Oliveira (Org.), *Psicologia da Saúde – Teoria e Pesquisa* (301 - 320). Universidade Metodista de São Paulo.

Cerqueira, F.G. (2021). *A precariedade laboral e os desafios na inserção profissional de jovens diplomados* [Master's thesis, Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto Politécnico Do Porto]. Repositório P. Porto. <http://hdl.handle.net/10400.22/18461>

Costa, A.M.G. (2009). *Inteligência emocional e assertividade nos enfermeiros* [Master's thesis, Universidade do Algarve, Escola Superior de Educação de Beja]. Repositório da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/240>

Freitas, J.S. (2001). *O comportamento assertivo e a motivação dos professores da escola técnica da universidade federal do Paraná* [Master's thesis, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico]. Repositório Institucional da Universidade Federal de Santa Catarina.

<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/106506>

Gerry, E.M. (1989). An investigation into the assertive behaviour of trained nurses in general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 14(12), 1002-1008. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1989.tb01510.x>

Haladin, N., Ibrahim, N., & Rajab, A. (2015). Nurses' assertive communication: A review and future directions. *LSP International Journal*, 2(2), 27-35. [https://www.researchgate.net/publication/327971387\\_Nurses%27\\_Assertive\\_Communication\\_A\\_Review\\_and\\_Future\\_Directions](https://www.researchgate.net/publication/327971387_Nurses%27_Assertive_Communication_A_Review_and_Future_Directions)

Kılıç, S.P., & Sevinç, S. (2017). The relationship between cultural sensitivity and assertiveness in nursing students from Turkey. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*, 29(4), 379–386. <https://doi.org/10.1177/1043659617716518>

Kilkus, S.P. (1993). Assertiveness among professional nurses. *Journal of advanced nursing*, 18(8), 1324–1330. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18081324.x>

Marinho, A.S., & Borges, L.M. (2020). As Habilidades Sociais de Enfermeiras Gestoras em Equipes de Saúde da Família. *Psico-USF*, 25, 573–583. <https://www.scielo.br/j/pusf/a/L8Md5mZfPQcd4ht7H SKZz3H/?lang=pt>

Montezeli, J.H., Almeida, K.P., & Haddad, M.C.F.L. (2018). Nurses' perceptions about social skills in care management from the perspective of complexity. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 52(0). <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017048103391>

Nakamura, Y., Yoshinaga, N., Tanoue, H., Kato, S., Nakamura, S., Aoishi, K., & Shiraiishi, Y. (2017). Development and evaluation of a modified brief assertiveness training for nurses in the workplace: A single-group feasibility study. *BMC Nursing*, 16, 29. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0224-4>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Ordem dos Enfermeiros Nacional: Anuário estatístico*. ordemenfermeiros.pt. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/bu/2020\\_Anu%C3%A1rioEstatisticos.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/bu/2020_Anu%C3%A1rioEstatisticos.pdf)

Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Sílabo.

## Relação entre características sociodemográficas e profissionais e comportamentos assertivos dos enfermeiros

- Queirós, S.F.P. (2015). *Satisfação laboral e desempenho profissional: Um estudo de caso para diagnóstico e intervenção* [Master's thesis, Faculdade de Letras da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/81071>
- Silva, K.K.O., Carvalho, S.Q.C., Gouveia, C.N.N.A., Macêdo, W.K.R., Vieira, G.C., Lira, P.D.G. & Guimarães, R. G. (2017). Investigação da assertividade em relação ao género: Existe diferença?. In. L.C.S. Elias, F.M. Versuti, A.R. Pinola, S.R. Loureiro, M.A. Santos, M.R.G. C. Zanini & J.R. Campos (Org.), *Habilidades sociais e relações interpessoais: Teoria, pesquisa e prática*, (315-316). Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto.
- Sousa, V.F.S., & Araujo, T.C.C.F. (2015). Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 900–915. <https://doi.org/10.1590/1982-370300452014>
- Vagos, P., & Pereira, A. (2010). A proposal for evaluating cognition in assertiveness. *Psychological Assessment*, 22(3), 657-665. <https://doi.org/10.1037/a0019782>

**TRATAMENTO COM PERFUSÃO SUBCUTÂNEA CONTÍNUA DE INSULINA NA ADOLESCÊNCIA – A PERCEÇÃO MATERNA**

Treatment with Continuous Subcutaneous Insulin Infusion in Adolescence – Mother's views

Tratamiento con infusión continua de insulina subcutánea en la adolescencia - Percepción materna

Lígia Lima\*, Ester Rute Silva\*\*, Luísa Andrade\*\*\*

**RESUMO**

**Enquadramento:** a Diabetes Mellitus tipo 1 é uma doença crónica que afeta maioritariamente crianças e jovens. No seu tratamento a insulino terapia é essencial. A insulina pode ser administrada por Múltiplas Injeções Diárias (MID) ou por sistema de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina (PSCI). Este último tem vantagens, mas o processo de adaptação é exigente. **Objetivo:** conhecer a percepção das mães relativa ao sistema de PSCI no tratamento da DM1 dos adolescentes. **Metodologia:** estudo qualitativo descritivo e exploratório. A recolha de dados foi realizada por entrevista semiestruturada a 10 mães de adolescentes com DM1 com tratamento por PSCI. A análise foi realizada pelo método de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** da análise das entrevistas emergiram quatro categorias: A transição para PSCI, Bem-estar do adolescente e família, Autonomia do adolescente e Limitações do dispositivo e respetivas subcategorias que expõem a percepção das mães de adolescentes com DM1 sobre tratamento com PSCI. **Conclusão:** o tratamento com PSCI proporciona melhor qualidade de vida ao adolescente e à sua família e favorece a autonomia dos adolescentes. O processo de adaptação coloca-lhes desafios sendo fulcral o suporte dos profissionais de saúde. Identificaram-se limitações no dispositivo que se desejam ultrapassadas atendendo à inovação tecnológica atual.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus tipo 1; adolescente; sistemas de infusão de insulina; mães

\*PhD, em Psicologia na Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0003-4556-0485> - Author contribution: study conception and design, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

\*\* MSc, em Saúde Infantil e Pediatria no Centro Materno Infantil do Norte - <https://orcid.org/0000-0003-2954-4901> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

\*\*\* PhD, em Ciências de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0002-5715-855X> - Author contribution: study Conception and design, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

**Autor de correspondência:**

Luísa Andrade  
E-mail: [luisandrade@esenf.pt](mailto:luisandrade@esenf.pt)

**Como referenciar:**

Lígia, L., Silva, E.R., & Andrade, L. (2022). Tratamento com perfusão subcutânea contínua de insulina na adolescência – a percepção materna. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 59-69. <https://doi:10.37914/riis.v5i2.237>

Recebido para publicação: 22/04/2022  
Aceite para publicação: 11/12/2022

**ABSTRACT**

**Background:** type 1 Diabetes Mellitus is a chronic disease that affects mostly children and young people. In its treatment, insulin therapy is essential. Insulin can be administered by Multiple Daily Injections (MDI) or by continuous subcutaneous insulin infusion (CSII) system. The latter has advantages, but the adaptation process is demanding. **Objective:** to identify mother's views regarding the PSCI system in the treatment of DM1 of adolescents. **Methodology:** qualitative descriptive and exploratory study. Data collection was performed by semi-structured interview with 10 mothers of adolescents with DM1 who underwent treatment for DM1 with CSII. Its analysis was performed by Bardin's content analysis method. **Results:** from the analysis of the interviews, four categories emerged: The transition to CSII, Adolescent and family well-being, Adolescent autonomy and Limitations of the device and respective subcategories that expose the perception of mothers of adolescents with DM1 about treatment with CSII. **Conclusion:** treatment with CSII provides a better quality of life for adolescents and their families and favors the autonomy of adolescents. The adaptation process poses challenges and the support of health professionals is essential. Some limitations were identified in the device that hopefully will be overcome by the current technological innovations.

**Keywords:** Diabetes Mellitus Type 1; adolescent; insulin infusion systems; mothers

**RESUMEN**

**Marco contextual:** la diabetes mellitus tipo 1 es una enfermedad crónica que afecta principalmente a niños y jóvenes. En su tratamiento la terapia con insulina es esencial. La insulina se puede administrar mediante inyecciones diarias múltiples (MID) o mediante el sistema de infusión continua de insulina subcutánea (ICIS). Este último tiene ventajas, pero el proceso de adaptación es exigente. **Objetivo:** conocer la percepción de las madres respecto al sistema ICIS en el tratamiento de la DM1 de adolescentes. **Metodología:** estudio cualitativo descriptivo y exploratorio. La recolección de datos se realizó mediante entrevista semiestructurada con 10 madres de adolescentes con DM1 que se sometieron a tratamiento con ICIS. Su análisis se realizó mediante el método de análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** del análisis de las entrevistas surgieron cuatro categorías: La transición al ICIS, Bienestar del adolescente y la familia, Autonomía del adolescente y Limitaciones del dispositivo y respectivas subcategorías que exponen la percepción de las madres de adolescentes con DM1 sobre el tratamiento con ICIS. **Conclusión:** el tratamiento con ICIS proporciona una mejor calidad de vida a los adolescentes y sus familias y favorece la autonomía de los adolescentes. El proceso de adaptación plantea desafíos y el apoyo de los profesionales de la salud es fundamental. Se identifican algunas limitaciones en el dispositivo que se desea superar dada la innovación tecnológica actual.

**Palabras clave:** Diabetes Mellitus Tipo 1; adolescente; sistemas de infusión de insulina; madres

## **INTRODUÇÃO**

A Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1) é uma condição crónica mais frequente em crianças e jovens (Katsarou et al., 2017) e de acordo com dados de 2015, da Diabetes – registo das Crianças e jovens (DOCE) a DM1 afetava 3 327 indivíduos entre os 0-19 anos, o que correspondia a 0,16% da população portuguesa (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

O tratamento da DM1 assenta numa tríade terapêutica que inclui o controlo da alimentação e da atividade física, para além da administração de insulina exógena (Patterson et al., 2019). Neste complexo regime de tratamento, a par da monitorização contínua da glicose (MCG), a insulinoterapia pode ser realizada através de dois sistemas, ou seja, com Múltiplas Injeções Diárias (MID) ou com recurso a sistemas de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina (PSCI), denominada também de bomba de insulina (Katsarou et al., 2017). O tratamento com PSCI tem obtido melhor ajuste da insulina basal às necessidades diárias e circadianas, proporcionado melhor controle glicémico e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida (Alvarenga et al., 2022; Rosner et al., 2019).

Em Portugal, a maioria das crianças e adolescentes encontram-se atualmente a realizar o seu tratamento com PSCI, uma vez que uma decisão governamental, descrita no despacho nº 13277/2016 publicado no Diário da República nº 213/2016, II série, determinou que, de forma progressiva, no âmbito do Programa Nacional para a Diabetes, todos os utentes em idade pediátrica elegíveis e inscritos na plataforma PSCI, tivessem acesso a esta modalidade de tratamento até ao final do ano 2019. Assim, esta é uma realidade recente no âmbito dos cuidados de saúde

providenciados aos adolescentes com DM1 que urge conhecer de forma mais aprofundada, para melhor orientar os profissionais de saúde nas decisões clínicas associadas ao acompanhamento destes utentes e suas famílias. Neste contexto, o objetivo deste estudo foi conhecer a percepção das mães relativa ao sistema de PSCI no tratamento da DM1 dos adolescentes.

## **ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

O tratamento da DM1 é complexo e exigente, tendo implicações na qualidade de vida da criança/adolescente e da sua família (Mueller-Godeffroy et al, 2018). Os pais de crianças com DM1 reconhecem que há uma profunda alteração na vida da família após o diagnóstico e as necessidades de apoio por parte dos profissionais de saúde vão para lá da aquisição de habilidades na gestão da doença, em particular no primeiro ano após o diagnóstico (Iversen et al., 2018).

O tratamento com insulina é central na gestão da DM1 e a PSCI e a MID são as formas mais comumente utilizadas. Têm sido desenvolvidos estudos comparativos entre estas duas formas de administração e gestão da insulina com a avaliação de variáveis clínicas, da percepção de qualidade de vida dos indivíduos com DM1 e da sobrecarga dos cuidadores. Na revisão realizada por Rosner et al. (2019), o tratamento com PSCI resultou numa redução da hemoglobina glicada A1c (HbA1c). Fureman et al. (2021) sugerem, todavia, que a diminuição da HbA1c no tratamento com PSCI pode resultar, em parte, de esta abordagem terapêutica ter um acompanhamento mais sistemático por parte das equipas multidisciplinares no sentido da capacitação da pessoa com DM1 e da sua família.

## Tratamento com perfusão subcutânea contínua de insulina na adolescência – a percepção materna

Iniciar o tratamento com um sistema de PSCI obriga a um processo de adaptação e exige a aquisição de competências e habilidades por parte dos envolvidos sendo essencial um acompanhamento ajustado às suas necessidades. Pelo que na adaptação ao dispositivo é expectável observarem-se tensões entre as expectativas e a experiência e será também provável que, numa fase inicial, existam dificuldades na articulação entre a gestão do dispositivo e as outras componentes da autogestão (Reidy et al., 2018).

A literatura vai apontando a importância de apoiar os pais na gestão da DM1 dos seus filhos adolescentes, evidenciando que quando o tratamento passa a ser realizado com bomba de insulina, o nível de sobrecarga sentido pelos pais diminui (Mueller-Godeffroy et al., 2018). Em estudos qualitativos, os pais identificam várias vantagens no sistema PSCI, nomeadamente na qualidade de vida do filho adolescente e globalmente no funcionamento da família (Alsaleh et al., 2014; Rankin et al., 2015). Também num estudo do tipo experimental (RTC) conduzido por Blair et al. (2019) os pais de crianças ou adolescentes com DM1 tratados com PCSI apresentaram uma melhor percepção acerca da qualidade de vida dos seus filhos do que os pais de crianças ou adolescentes tratados com MID. Mas para apoiar os pais e melhor responder às suas necessidades é fundamental conhecer as suas experiências a nível da gestão da DM1 e do seu tratamento.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de carácter qualitativo, de tipo descritivo e exploratório.

Para a consecução do estudo constituiu-se uma amostra de conveniência (Ribeiro, 2010). Os

participantes foram pais e mães com filhos adolescentes com sistema PSCI para o tratamento da DM1 e história de tratamento com injeções múltiplas, que manifestaram disponibilidade para participar no estudo, tendo-se voluntariado apenas mães. Atendendo à objetividade da problemática em estudo e à similitude dos dados obtidos, uma amostra 10 participantes revelou ser a dimensão adequada para dar resposta ao objetivo do estudo (Rego et al., 2018). A recolha dos dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada, que decorreu no Serviço de Consulta Externa. O guião foi elaborado no sentido de a mãe abordar as seguintes temáticas: o processo de preparação para utilização do Sistema de PSCI; a gestão da diabetes tipo 1 com utilização do sistema de PSCI, vantagens e desvantagens percebidas, mudanças decorrentes da utilização do sistema de PSCI nos diferentes aspetos da vida do adolescente e mudanças ocorridas no seio familiar; a satisfação com o tratamento com sistema de PSCI, em comparação com o anterior de injeções múltiplas. As entrevistas decorreram entre abril e junho de 2020 e foram gravadas com recurso a gravador de áudio e, posteriormente, transcritas.

A participação no estudo foi voluntária tendo cada participante, após explicação do estudo, assinado o consentimento informado, após parecer favorável da Comissão de Ética -Parecer Nº 2019.32(028DEFI/029-CE) do Centro Hospitalar onde decorreu o estudo.

Com o propósito de salvaguardar a confidencialidade dos dados recorreu-se a códigos de identificação das entrevistas com recurso à letra “M” e com o número correspondente à gravação (M1 a M10) e não existiu qualquer menção na entrevista a dados que pudessem

## Tratamento com perfusão subcutânea contínua de insulina na adolescência – a percepção materna

identificar a participante e o acesso a esta foi restrito aos autores envolvidos na sua análise.

A análise de dados foi sequencial e orientada pelas fases do método de análise de conteúdo de Bardin (2009). As entrevistas foram sujeitas a análise, sendo a categorização efetuada à posteriori, tendo emergido categorias e subcategorias, às quais se associaram as unidades de registo.

### RESULTADOS

A amostra de participantes constituiu-se por 10 mães com idades compreendidas entre os 40 e os 50 anos de idade com filhos entre os 12 e os 16 anos de idade com DM1 a realizarem tratamento com PSCI e tendo previamente iniciado tratamento com injeções múltiplas. No que se refere à situação profissional todas estavam no ativo. A idade de diagnóstico da

DM1 dos filhos foi entre os 4 e os 9 anos de idade. As participantes assumiam o papel de cuidadoras principais e viviam com os filhos.

Da análise dos discursos relativos à percepção das mães sobre a utilização dos sistemas de perfusão contínua de insulina no tratamento da DM1 dos adolescentes, emergiram quatro categorias: A TRANSIÇÃO PARA PSCI, BEM-ESTAR DO ADOLESCENTE E FAMÍLIA, AUTONOMIA DO ADOLESCENTE e LIMITAÇÕES DO DISPOSITIVO. As categorias resultaram de uma agregação semântica, tendo por base a relação entre as subcategorias e as unidades de registo.

Na tabela 1 estão representados os resultados da análise de conteúdo expondo as categorias e as subcategorias, no sentido de facilitar a compreensão da agregação dos dados.

Tabela 1

Grade de categorias e subcategorias que emergiram do processo de análise.

| <b>Categorias</b>                  | <b>Subcategorias</b>                          |
|------------------------------------|---|
| Transição para PSCI                | Desafios                                      |
|                                    | Suporte percebido por parte dos profissionais |
| Bem-estar do adolescente e família | Melhor qualidade de vida                      |
|                                    | Melhor gestão da doença                       |
|                                    | Tratamento menos invasivo                     |
| Autonomia do adolescente           | Alimentação                                   |
|                                    | Atividade física                              |
|                                    | Vida social                                   |
| Dispositivo                        | Limitações                                    |
|                                    | Potencialidades                               |

A Categoria TRANSIÇÃO PARA O PSCI dá a conhecer a exigência do processo de adaptação dos adolescentes e da sua família ao sistema de administração de insulina na DM 1. Os DESAFIOS que lhes são colocados e O SUPORTE PERCEBIDO POR PARTE DOS PROFISSIONAIS de saúde foram as subcategorias

identificadas, que mostram as dificuldades e os recursos percebidos pelas participantes.

Na análise por subcategorias e considerando os DESAFIOS, a adaptação a esta nova forma de administração de insulina, foi pautada por dificuldades onde o stresse e o medo foram manifestos.

## Tratamento com perfusão subcutânea contínua de insulina na adolescência – a percepção materna

*“No início foi complicado, não foi fácil...Durante a noite era muito mais complicado, tinha medo que ele fizesse mais hipos e, às vezes, com formação de bolhas tivesse os corpos cetônicos positivos e que daí viessem outras complicações. Foi um bocadinho mais stressante...” (M3)*

As participantes consideraram a aquisição de conhecimentos e competências necessários para a utilização do sistema PSCI um processo difícil, que se prolongou no tempo. A dor associada à colocação do cateter e a dificuldade em estabilizar os valores de glicemia foram aspetos evidenciados nos testemunhos.

*“Durante as sessões a informação é muita, vemo-nos aflitos com tanta documentação que nos é entregue, assim uma coisa muito complicada porque é muita informação num curto espaço de horas, foram três manhãs, mas depois quando começamos a pôr as coisas em prática vão surgindo as dúvidas...” (M5)*

*“Inicialmente as noites eram difíceis, porque ele estava sempre com hiperglicemias, com corpos cetônicos positivos...” (M3)*

Ainda na categoria TRANSIÇÃO PARA O PSCI a subcategoria O SUPORTE PERCEBIDO POR PARTE DOS PROFISSIONAIS evidencia a percepção da importância do seu papel no processo de educação terapêutica na transição para a PSCI.

*“Em relação à educação para a saúde e no que diz respeito à bomba em si, à forma como iríamos utilizar, acho que foi muito bom. Tive muita clarificação em relação a tudo, todas as dúvidas que nós tínhamos foram esclarecidas, a enfermeira e a médica foram muito assertivas. Só tenho a dizer bem, explicaram-nos muito bem.” (M3)*

Complementar a abordagem teórica com a componente prática revelou-se uma mais-valia. O treino no manuseamento dos dispositivos com recurso à simulação contribuiu para a aquisição de habilidades.

*“a bomba estava colocada numa almofada, e nós íamos experimentando, testando, para ver as dúvidas, e foi assim durante uma semana.” (M5)*

As participantes reconhecem o apoio dos profissionais enfermeiros e médicos e técnicos no processo de transição para o sistema, enfatizando a sua disponibilidade.

*“Sempre que precisamos eles ajudam, a gente liga e eles ajudam ...” (M 1)*

*“A comunicação foi clara e a disponibilidade para acompanhamento e esclarecimento de dúvidas, foi positivo poder telefonar se necessário diretamente para o profissional de saúde, transmite segurança. Tivemos todo o apoio e esclarecimento, tanto a nível médico, enfermagem e mesmo da Medtronic para encontrar soluções para problemas que surgiram.” (M10)*

A categoria BEM-ESTAR DO ADOLESCENTE E FAMÍLIA expõe a percepção das participantes relativa aos benefícios do PSCI, constituindo-se pelas subcategorias: MELHOR QUALIDADE DE VIDA; MELHOR GESTÃO DA DOENÇA e TRATAMENTO MENOS INVASIVO.

Na subcategoria MELHOR QUALIDADE DE VIDA as participantes relatam que a percepção que a vida da família melhorou com o tratamento com o sistema de PSCI, conforme se expressa no seguinte excerto:

*“Na família há um maior conforto na gestão da doença e liberdade, possibilitando rotinas e atividades normais.” (M8)*

Ainda dentro da categoria bem-estar do adolescente e família surge a subcategoria TRATAMENTO MENOS INVASIVO que reconhece no PSCI uma forma de tratamento menos dolorosa sendo este um aspeto importante na melhoria do bem-estar do adolescente e da família. Picar um filho é um processo penoso e desgastante, pelo que a redução do número de picadas para administração de insulina e controlo da glicemia é percebido como muito positivo.



## Tratamento com perfusão subcutânea contínua de insulina na adolescência – a percepção materna

*“Era doloroso para mim estar sempre a picar o meu filho com as canetas. A sensação que eu tinha, sempre a espetar, sempre a espetar... a picar o menino, não gostava daquilo, mas tinha que ser pois sem isso não se sobrevive. Agora com a bomba não. Estou a dar-lhe a insulina e ao mesmo tempo estou a abraçá-lo, estamos com carinhos.” (M2)*

A subcategoria MELHOR GESTÃO DA DOENÇA revela-se nos testemunhos das participantes quando referem que o PSCI permitiu uma estabilização dos níveis glicémicos e diminuição dos episódios de hipoglicemias e hiperglicemias. As participantes valorizam a melhor adequação do tratamento às necessidades individuais dos filhos.

*“Tem menos hipoglicemias e hiperglicemias (....) é fantástico.” (M3)*

*“Permite ter um melhor controle dos valores da glicemia, principalmente nos tempos que a nossa menina não está conosco. Com este método temos valores de insulina mais constantes e com doses mais precisas.” (M6)*

Através dos relatos das entrevistadas, foi possível perceber que a qualidade de vida foi globalmente incrementada com o uso do sistema de PSCI e são reconhecidas as vantagens ao nível do controlo da DM1.

A adolescência é uma fase marcada pela progressiva autonomia do indivíduo, quando este tem uma DM1 essa autonomia relativamente aos pais fica seriamente comprometida, e neste sentido, o uso de PSCI na gestão da doença revela-se como um fator facilitador. Essa percepção é revelada nos testemunhos das participantes do presente estudo e que se retratam na categoria AUTONOMIA DO ADOLESCENTE e considerando a diversidade de áreas em que ela se evidencia emergiam as subcategorias: ALIMENTAÇÃO, ATIVIDADE FÍSICA e VIDA SOCIAL.

No que se reporta à subcategoria ALIMENTAÇÃO, esta é uma necessidade básica, mas é também um ato social e dos relatos evidencia-se que esta constitui uma grande preocupação para as famílias com adolescentes com DM1. Efetivamente a alimentação é um elemento central na gestão da doença. Pelo exposto, a liberdade em torno das opções alimentares que o sistema de PSCI possibilita foi um dos aspetos que as participantes referiram.

*“Só de vermos que o menino pode comer a qualquer hora, vamos a qualquer lado, a um restaurante...” (M2)*

*“...maior liberdade e flexibilidade ao nível da alimentação.” (M7)*

A subcategoria ATIVIDADE FÍSICA mostra como as participantes percebem que a utilização do sistema de PSCI veio contribuir para uma maior liberdade em relação à prática de exercício físico por parte dos filhos, pois podem realizar exercício facilmente, desconectando o sistema, sem se colocar em risco.

*“Exercício físico normal, ele faz quatro treinos por semana, depois ao fim-de-semana tem mais um jogo, ele retira a bomba uma hora e meia antes, portanto ele faz os cálculos que tem que fazer, para aquele período de tempo que está parado, são mais ou menos três horitas, faz os cálculos...” (M5).*

*“Para fazer natação ou qualquer tipo de exercício físico foi fácil adaptação porque basta retirar a máquina e fazer o desporto.” (M6)*

No entanto, uma participante verbalizou que a realização do exercício físico com o sistema de PSCI, exigia alguns cuidados adicionais em termos técnicos e uma maior vigilância metabólica.

*“...a bomba obrigou-o a ter muito maior cuidado com os corpos cetónicos, avaliar mais vezes, e às vezes como a cânula entorta ele percebe que está com corpos cetónicos positivos e impede-o de fazer exercício físico.” (M4)*

## Tratamento com perfusão subcutânea contínua de insulina na adolescência – a percepção materna

A VIDA SOCIAL é uma outra subcategoria da categoria autonomia do adolescente. Na opinião das mães este é um contexto importante para o desenvolvimento do adolescente e valorizam a autonomia que os filhos conquistaram neste âmbito através do uso de PSCI na gestão da doença.

*“Ele agora até tem uma namorada e diz que não tem nenhum tipo de problemas em ter a bomba, não se sente inferiorizado em relação aos outros.” (M4)*

*“Na escola e no meio dos amigos o meu filho conseguiu voltar a ser mais normal. Esta é a expressão dele mesmo.” (M9)*

Pese embora as participantes terem demonstrado satisfação com o tratamento com PSCI, foi feita referência às LIMITAÇÕES que identificam no seu uso e as expectativas que têm sobre as POTENCIALIDADES do mesmo, sendo estas as subcategorias que representam a categoria DISPOSITIVO.

No que se refere à subcategoria relativa às LIMITAÇÕES, a ocorrência de problemas no funcionamento e segurança do dispositivo foram as mais evidenciadas.

*“seria muito benéfico que não houvesse formação tantas bolhas de ar nos cartuchos e prolongadores, o que obriga a purgar a máquina com frequência. Também poderia ser encontrada uma forma de adaptação de cartuchos pré-recargados para evitar a formação de bolhas.” (M6)*

*“mudanças muito frequentes de sensores devido as complicações locais, a obstrução do cateter” (M10).*

A inexistência de alarmes para avisar quando o adolescente entra numa hiperglicemia ou hipoglicemia foi também mencionada como uma limitação, sugerindo que este seria particularmente seguro no período noturno.

*“A bomba... devia ter alarmes. ... não ter conexão com o sistema do telemóvel, com uma aplicação... se fosse a*

*bomba em si, se fizesse tudo, ótimo, isso é que era bom, isso era o ideal”. (M2)*

O uso dispositivo pode ainda constituir um entrave em contextos específicos como a praia, onde o seu uso é mais visível.

*“... ele está numa fase complicada da adolescência, com 16 anos, e o ano passado eu vi pela primeira vez que ele estava um bocadinho envergonhado de ir para a praia com o cateter colocado” (M5)*

Não haver uma interligação entre a leitura dos valores de glicemia e as descargas de insulina.

*“...não ser autónoma da medição de glicemia, uma vez que o cateter já está em contacto com os capilares; estar apenas conectada com o seu medidor de glicemia, não estabelecendo ligação com outros, por exemplo, com o Libre.” (M8)*

A subcategoria POTENCIALIDADES mostra que no entender das participantes o dispositivo tem aspetos que devem ser desenvolvidos de modo a oferecer outras funcionalidades.

*“...penso que há mais potencialidades do que as aplicadas. Por exemplo, a X não tem um dispositivo de extração dos dados da bomba para um sistema operativo IOS ..., julgo que já se poderia ter avançado mais no desenvolvimento das funcionalidades possíveis para a bomba de insulina.” (M8)*

## DISCUSSÃO

Perante a DM1, os familiares são confrontados com novos desafios em matéria de conhecimentos de saúde e aquisição de competências que lhes permitam atuar de forma a gerir eficazmente a doença (Iversen et al., 2018), o que frequentemente gera sentimentos de stresse e ansiedade (Florêncio & Cerqueira, 2021). Estes tipos de sentimentos foram também descritos pelos participantes no processo de transição para a terapêutica com o Sistema de PSCI, que globalmente

## Tratamento com perfusão subcutânea contínua de insulina na adolescência – a percepção materna

consideraram difícil. As hipoglicemias, a formação de ar no sistema que dá origem à hiperglicemia e à presença de corpos cetônicos positivos, a colocação de cateter e dor inerente à colocação, foram alguns dos desafios evocados pelas mães dos adolescentes com DM1, aspetos que na revisão de Alvarenga et al. (2022) foram também identificados como dificuldades na utilização da bomba.

A educação terapêutica foi descrita de forma bastante positiva, porquanto existiu clarificação em relação aos procedimentos do Sistema de PSCI e as dúvidas colocadas foram sempre esclarecidas. Foi referido como aspeto negativo, o excesso de informação teórica e procedimentos práticos, simultâneos, ministrados num curto espaço de tempo. Esta dificuldade foi também reportada num estudo de Alsaleh et al. (2013) sobre a implementação de um programa educacional estruturado de apoio à transição para o sistema de PSCI, em que os pais sugeriram que previamente à formação sobre o sistema se desse alguma informação para aliviar a sobrecarga de transmissão de conhecimentos nas sessões formativas.

As participantes, reportando-se ao suporte dos profissionais de saúde, manifestaram a enorme importância do apoio recebido e a sua permanente disponibilidade e acompanhamento, por vezes com recurso ao telefone, sempre que em casa surgiram dificuldades no processo terapêutico. A importância do apoio da equipe de saúde é reconhecida na literatura como revela a revisão de Trandafir et al. (2022). No estudo previamente referido de Alsaleh et al. (2013), quer os pais quer as crianças e os adolescentes descreveram o apoio telefónico

permanente dos profissionais de saúde como muito útil e positivo.

No global, as mães revelaram-se satisfeitas com o sistema PSCI e consideraram que este era promotor do bem-estar do adolescente e da família, resultados também identificados na literatura (Alvarenga et al., 2022; Alsaleh et al., 2014; Rankin et al., 2015; Shee et al., 2019). O impacto positivo da bomba de insulina na qualidade de vida da família tem sido já demonstrado em outros estudos, em que os pais descrevem mudanças que aproximam a vida familiar do que consideram uma rotina mais “normal”, por trazer uma maior flexibilidade a nível dos estilos de vida (Rankin et al., 2015) e da realização de atividades sociais (Alsaleh et al., 2014). Em relação às vantagens do sistema PSCI a nível da gestão da doença, as entrevistadas referiram sobretudo o melhor controlo dos sintomas de hipoglicemia e hiperglicemias, considerado fundamental para manter os valores glicémicos dentro dos parâmetros normais, bem como a maior facilidade no processo da autonomia do adolescente. Também na revisão de Alvarenga et al. (2022), a grande maioria dos estudos revelou que a utilização do sistema de PSCI resultava nestes benefícios clínicos. Uma das outras vantagens desta modalidade de tratamento referida pelas mães como contribuindo para o bem-estar dos seus filhos foi o facto de este ser menos invasivo. Na literatura sobre os fatores desencadeadores de stresse nos pais de crianças e adolescentes com DM1, é frequente a referência à dificuldade de causar sofrimento através das picadas para administração de insulina e a percepção de que o sistema PSCI traz claras vantagens a este nível (Rankin et al., 2015).

Um dos aspetos mais vinculados pelas mães foi a mais-valia do sistema de PSCI para a autonomia dos

## Tratamento com perfusão subcutânea contínua de insulina na adolescência – a percepção materna

adolescentes na gestão da doença. As mães revelaram que com o sistema de PSCI as melhorias neste âmbito foram significativas, permitindo-lhes por exemplo, a nível da alimentação, passar de um regime rígido para um regime mais flexível, em termos de horários e variedade alimentar. Num estudo de revisão de Alsaleh et al. (2012), a maior liberdade na escolha alimentar foi identificada como a maior vantagem da bomba pela maioria das famílias (78%).

Outro dos aspetos vitais para o desenvolvimento físico e psicossocial dos adolescentes é a prática de exercício físico (Nadella, Indyk, & Kamboj, 2017) e que também parece ser facilitada pelo uso da bomba de insulina. Neste âmbito, as mães apontaram mais uma vez as vantagens do sistema de PSCI, uma vez que permite administrar a insulina necessária para o tempo de exercício sem utilizar o aparelho, com benefícios óbvios na prevenção das hipoglicemias. Também se evidenciou da análise das entrevistas, que os cuidadores consideravam que com a utilização do sistema de PSC, os adolescentes obtiveram maior liberdade e flexibilidade na sua vida social, no âmbito da escola e dos relacionamentos interpessoais, contribuindo significativamente para uma maior autonomia, um aspeto muito valorizado nos estudos onde se evidenciam os benefícios do sistema PSCI como revela a revisão de Alvarenga et al. (2022). Este é um domínio particularmente relevante para o adolescente, onde se concretizam importantes tarefas desenvolvimentais como a individuação dos pais e uma maior independência na ocupação dos tempos livres. As mães também fizeram referência a aspetos menos satisfatórios no tratamento com a bomba, sugerindo que o sistema de PSCI pudesse ser melhorado com algumas características técnicas que facilitassem a

vigilância durante a noite, como a presença de sinais sonoros ou uma aplicação tecnológica que conectasse, por exemplo, com o telemóvel e gerasse um alerta antes do adolescente entrar em hiperglicemia ou hipoglicémia. Algumas das limitações apontadas, nomeadamente a de não existir conexão entre a bomba e o sensor de monitorização flash da glicose, são funcionalidades que embora não estejam presentes nos modelos disponibilizados gratuitamente através do SNS aos utentes, já existem em modelos mais recentes e tecnicamente mais sofisticados, que dado o seu custo, não são acessíveis a muitas famílias. A literatura aponta para as vantagens destas novas características técnicas dos dispositivos, nomeadamente, do sistema “closed-loop” na facilitação das atividades de vida do adolescente e sua família (Rankin et al, 2021). No processo de recrutamento apesar de estar prevista a participação de pais, o facto de estes não aderido pode ser considerado uma limitação do estudo. Os resultados seriam enriquecidos se nos participantes estivessem outros elementos da família, inclusive os próprios adolescentes.

## CONCLUSÃO

A diabetes tipo 1 é uma doença crónica autoimune caracterizada pela deficiente produção de insulina. As pessoas portadoras da DM1 estão sujeitas um tratamento complexo, tendo-se vindo a observar uma grande evolução nos dispositivos médicos utilizados no tratamento da mesma. A administração de insulina por PSCI têm-se mostrado como uma forma de tratamento vantajoso que confere melhor qualidade de vida à pessoa com diabetes Mellitus tipo 1 e à sua família.

## Tratamento com perfusão subcutânea contínua de insulina na adolescência – a percepção materna

De acordo com os testemunhos das mães, a bomba de insulina proporciona melhor qualidade de vida, melhor gestão da doença e um tratamento menos invasivo, conferindo maior bem-estar do adolescente com DM1 e sua família. O adolescente adquire maior autonomia na gestão do seu padrão alimentar e de exercício e facilita a sua interação social. Mas o processo de adaptação ao dispositivo é exigente e obriga à aquisição de conhecimentos e capacidades dos envolvidos. Neste sentido é essencial os profissionais de saúde desenvolverem um trabalho de capacitação dos pais e dos adolescentes e terem disponibilidade para um acompanhamento contínuo neste processo de adaptação. Todavia, o ritmo vertiginoso com que a inovação tecnológica e digital acontece atualmente cria inúmeras possibilidades na evolução dos dispositivos utilizados na gestão da DM1, pelo que se deseja uma maior otimização do sistema com mais e melhores funcionalidades.

Os resultados expõem a importância e necessidade de um acompanhamento contínuo pelos profissionais de saúde e evidenciam a premência de um investimento na inovação em tecnologia de ponta para a otimização destes recursos e que a acessibilidade a estes seja universal.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarenga, C.S., La Banca, R.O., Neris, R.R., de Cássia Sparapani, V., Fuentealba-Torres, M., Cartagena-Ramos, ... & Nascimento, L.C. (2022). Use of continuous subcutaneous insulin infusion in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus: a systematic mapping review. *BMC Endocrine Disorders*, 22(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12902-022-00950-7>
- Alsaleh, F.M., Smith, F.J., & Taylor, K.M. (2012). Experiences of children/young people and their parents, using insulin pump therapy for the management of type 1 diabetes: qualitative review. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 37(2), 140-147. doi: 10.1111/j.1365-2710.2011.01283
- Alsaleh, F.M., Smith, F.J., Thompson, R. & Taylor, K.M. (2013). A structured educational insulin pump therapy programme: the views of children/young people and their parents. *European Diabetes Nursing*, 10, 25-30. <https://doi.org/10.1002/edn.220>
- Alsaleh, F.M., Smith, F.J., Thompson, R., Al-Saleh, M.A., & Taylor, K.M. (2014). Insulin pump therapy: impact on the lives of children/young people with diabetes mellitus and their parents. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 36(5), 1023–1030. <https://doi.org/10.1007/s11096-014-9990-1>
- Blair, J.C., McKay, A., Ridyard, C., Thornborough, K., Bedson, E., Peak, M., ... & Gamble, C. (2019). Continuous subcutaneous insulin infusion versus multiple daily injection regimens in children and young people at diagnosis of type 1 diabetes: pragmatic randomised controlled trial and economic evaluation. *BMJ*, 365. <https://doi.org/10.1136/bmj.l1226>
- Bardin, L. (2009). Análise de conteúdo. Edições 70
- Florêncio, A., & Cerqueira, M., (2021). A família da criança com doença crónica no domicílio: emoções no cuidar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 4(2). <https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.109>
- Fureman, A.L., Lilja, M., Lind, T., Särnblad, S., Bladh, M., & Samuelsson, U. (2021). Comparing Continuous Subcutaneous Insulin Infusion and Multiple Daily Injections in children with type 1 diabetes in Sweden from 2011 to 2016—a longitudinal study from the Swedish National Quality Register (SWEDIABKIDS). *Pediatric Diabetes*. <https://doi.org/10.1111/pedi.13217>
- Gajewska, K.A., Biesma, R., Bennett, K., & Sreenan, S. (2020). Barriers and facilitators to accessing insulin pump therapy by adults with type 1 diabetes mellitus: a qualitative study. *Acta Diabetologica*, 58(1), 93-105. doi:10.1007/s00592-020-01595-5
- Iversen, A.S., Graue, M., Haugstvedt, A., & Råheim, M. (2018). Being mothers and fathers of a child with type 1 diabetes aged 1 to 7 years: a phenomenological study of parents' experiences. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1), 1487758. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1487758>
- Katsarou, A., Gudbjörnsdóttir, S., Rawshani, A., Dabelea, D., Bonifacio, E., Anderson, B.J., ... Lernmark,

- Å. (2017). Type 1 diabetes mellitus. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, 17016. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.16>
- Mueller-Godeffroy, E., Vonthein, R., Ludwig-Seibold, C., Heidtmann, B., Boettcher, C., Kramer, M., . . . Therapy, P. (2018). Psychosocial benefits of insulin pump therapy in children with diabetes type 1 and their families: The pumpkin multicenter randomized controlled trial. *Pediatric Diabetes*, 19(8), 1471-1480. doi:10.1111/pedi.12777
- Nadella, S., Indyk, J.A., & Kamboj, M.K. (2017). Management of diabetes mellitus in children and adolescents: engaging in physical activity. *Translational pediatrics*, 6(3), 215. doi:10.21037/tp.2017.05.01
- Patterson, C.C., Karuranga, S., Salpea, P., Saeedi, P., Dahlquist, G., Soltesz, G., & Ogle, G.D. (2019). Worldwide estimates of incidence, prevalence and mortality of type 1 diabetes in children and adolescents: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 157. doi:10.1016/j.diabres.2019.107842
- Rankin, D., Harden, J., Noyes, K., Waugh, N., Barnard, K., & Lawton, J. (2015). Parents' experiences of managing their child's diabetes using an insulin pump: a qualitative study. *Diabetic Medicine: a Journal of the British Diabetic Association*, 32(5), 627–634. <https://doi.org/10.1111/dme.12683>
- Rankin, D., Kimbell, B., Hovorka, R., & Lawton, J. (2021). Adolescents' and their parents' experiences of using a closed-loop system to manage type 1 diabetes in everyday life: qualitative study. *Chronic illness*, 1742395320985924. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/1742395320985924>
- Reidy, C., Bracher, M., Foster, C., Vassilev, I., & Rogers, A. (2018). The process of incorporating insulin pumps into the everyday lives of people with Type 1 diabetes: A critical interpretive synthesis. *Health Expectations*, 21(4), 714-729. <https://doi.org/10.1111/hex.12666>
- Shee, A., Prior, S., Reeves, N., Smith, M., & Luccisano, S. (2019). Parental satisfaction on multiple daily injections, insulin pump and flexible multiple daily injections used for children with Type 1 diabetes mellitus. *American Journal of Pediatrics*, 5(2), 43-50. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2020.08.101>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016). Diabetes: factos e números - O ano de 2015 - Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/OND-2017\\_Anexo2.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/OND-2017_Anexo2.pdf)
- Rego, A., Pina, M., & Meyer Jr, V. (2018). Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*, 17(2), 43-57.
- Ribeiro, L. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (2ª ed). Placebo
- Rosner, B., & Roman-Urrestarazu, A. (2019). Health-related quality of life in paediatric patients with Type 1 diabetes mellitus using insulin infusion systems. A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 14(6), e0217655. doi:10.1371/journal.pone.0217655
- Trandafir, L.M., Moisa, S.M., Vlaiculescu, M.V., Butnariu, L.I., Boca, L.O., Constantin, M.M.L., ... & Burlacu, A. (2022). Insulin Pump Therapy Efficacy and Key Factors Influencing Adherence in Pediatric Population—A Narrative Review. *Medicina*, 58(11), 1671. <https://doi.org/10.3390/medicina58111671>



## O FUNCIONAMENTO FAMILIAR EM FAMÍLIAS COM FILHOS ADULTOS COM DEFICIÊNCIA: ESTUDO DESCRITIVO-CORRELACIONAL

The family functioning of families with adult children with disabilities: a descriptive-correlational study

El funcionamiento familiar en familias con hijos adultos con discapacidad: un estudio descriptivo-correlacional

Inês Fonseca\*, Marlene Cruz\*\*, Maria Henriqueta Figueiredo\*\*\*, Vanessa Monteiro\*\*\*\*, Carla Pinho\*\*\*\*\*, Liliana Borges\*\*\*\*\*

### RESUMO

**Enquadramento:** a presença de um filho com deficiência é um desafio avassalador. Cada família é única, com necessidades próprias e promover um funcionamento familiar saudável é essencial para a saúde individual e coletiva dos seus membros. **Objetivos:** caracterizar as famílias com filho adulto com deficiência e compreender o funcionamento familiar das mesmas. **Metodologia:** estudo descritivo correlacional, amostra não probabilística por conveniência, de quarenta famílias cujos filhos frequentam uma instituição do distrito da Guarda. Dados recolhidos através de questionário, sujeitos a estatística descritiva e inferencial (testes não paramétricos U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis). **Resultados:** a generalidade da amostra é constituída por filhos com idades entre 31 e 45 anos, semelhantemente distribuídas por sexo. A maioria das famílias apresenta níveis de funcionamento familiar equilibrados. O sexo feminino influencia positivamente a subescala coesão e comunicação e o masculino a desmembrada e caótica. Às famílias com filhos mais novos estão relacionadas a médias superiores na subescala emaranhada, bem como nos que apresentam deficiência física. **Conclusão:** a existência de uma deficiência interfere no funcionamento familiar, com diferenças quanto ao sexo e idade do filho com deficiência. O enfermeiro de família, elemento decisivo na abordagem diagnóstica, elabora estratégias e cria programas multidisciplinares direcionados a estas famílias.

**Palavras-chave:** relações familiares; comunicação; pessoas com deficiência; saúde da família

\*MSc, em Enfermagem Comunitária no Instituto Politécnico da Guarda Escola Superior de Saúde - <https://orcid.org/0000-0002-0959-711X> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article  
 \*\*RN, em Enfermagem no Instituto Politécnico da Guarda Escola Superior de Saúde - <https://orcid.org/0000-0001-8560-9453> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation  
 \*\*\*PhD, em Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0001-7902-9751> - Author contribution: Study conception and design, Data analysis and interpretation  
 \*\*\*\*MSc, em Enfermagem Comunitária - Universidade Católica Portuguesa - <https://orcid.org/0000-0003-2078-9128> - Author contribution: drafting of the article, critical revision of the article  
 \*\*\*\*\*PhD, em Educação no Instituto Piaget, Escola Superior de Saúde de Vila Nova de Gaia - <https://orcid.org/0000-0002-6313-532X> - Author contribution: drafting of the article, critical revision of the article  
 \*\*\*\*\*Msc, em Enfermagem Comunitária na ARS LVT USF Almonda - <https://orcid.org/0000-0003-4996-4575> - Author contribution: drafting of the article, critical revision of the article

#### Autor de correspondência:

Inês Fonseca  
 E-mail: inalexandra@gmail.com

#### Como referenciar:

Fonseca, I., Cruz, M., Figueiredo, M.H., Monteiro, V., Pinho, C., & Borges, L. (2022). O funcionamento familiar em famílias com filhos adultos com deficiência: estudo descritivo-correlacional. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 71-83. <https://doi:10.37914/riis.v5i2.196>

Recebido para publicação: 30/11/2021  
 Aceite para publicação: 21/09/2022

### ABSTRACT

**Background:** the presence of a child with a disability is an overwhelming challenge. Each family is unique, with its own needs, and promoting healthy family functioning is essential for the individual and collective health of its members. **Objectives:** characterize families with an adult child with disabilities and understand their family functioning. **Methodology:** correlational descriptive study, non-probabilistic convenience sample, of forty families whose children attend an institution in the district of Guarda. Data collected through a questionnaire, subject to descriptive and inferential statistics (Nonparametric Mann-Whitney and Kruskal-Wallis U tests). **Results:** the majority of the sample consists of children aged between 31 and 45 years, similarly distributed by sex. Most families have balanced levels of family functioning. The female gender positively influences the cohesion and communication subscale and the male gender the dismembered and chaotic subscale. Families with younger children are related to higher averages on the tangled subscale, as well as those with physical disabilities. **Conclusion:** the existence of a disability interferes with family functioning, with differences regarding the sex and age of the disabled child. The family nurse, a decisive element in the diagnostic approach, develops strategies and creates multidisciplinary programs aimed at these families.

**Keywords:** family relationships; communication; disabled people; family heal

### RESUMEN

**Marco contextual:** la presencia de un niño con una discapacidad es un desafío abrumador. Cada familia es única, con sus propias necesidades, y promover un funcionamiento familiar saludable es fundamental para la salud individual y colectiva de sus miembros. **Objetivos:** caracterizar familias con un hijo adulto con discapacidad y comprender su funcionamiento familiar. **Metodología:** estudio descriptivo correlacional, muestra no probabilística por conveniencia, de cuarenta familias cuyos hijos asisten a una institución del distrito de Guarda. Datos recolectados a través de un cuestionario, sujeto a estadística descriptiva e inferencial (pruebas U no paramétricas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis). **Resultados:** la mayoría de la muestra está compuesta por niños con edades comprendidas entre 31 y 45 años, igualmente distribuidos por sexo. La mayoría de las familias tienen niveles equilibrados de funcionamiento familiar. El género femenino influye positivamente en la subescala cohesión y comunicación y el género masculino en la subescala desmembrado y caótico. Las familias con niños más pequeños se relacionan con promedios más altos en la subescala de enredados, así como aquellas con discapacidades físicas. **Conclusión:** la existencia de una discapacidad interfiere en el funcionamiento familiar, existiendo diferencias en cuanto al sexo y edad del hijo discapacitado. La enfermera de familia, elemento decisivo en el abordaje diagnóstico, desarrolla estrategias y crea programas multidisciplinares dirigidos a estas familias.

**Palabras clave:** relaciones familiares; comunicación; personas con deficiencia; salud familiar



## **INTRODUÇÃO**

As famílias com filhos com deficiência enfrentam exigências e desafios peculiares, que podem condicionar as suas relações, dinâmica e funcionamento familiar, traduzindo-se num elevado impacto na saúde familiar e individual. Trata-se de uma área pouco estudada, que necessita de um maior aprofundamento e atenção por parte da comunidade científica (Oliveira & Poletto, 2015).

A maioria dos estudos dedica-se a famílias com crianças com deficiência, existindo escassa produção científica no que toca a famílias com filhos adultos com deficiência. Nos poucos estudos existentes os resultados são inconsistentes, não possibilitando consensos ou a generalização de conclusões, o que dificulta a atenção e a abordagem a estas famílias (Silva & Dessen, 2014).

A literatura destaca o impacto que o nascimento de uma criança com deficiência representa numa família, mas também reconhece que esta situação poderá ser definitiva e acompanhar a família ao longo dos tempos, sendo crucial estudar continuamente estas famílias, não se limitando à infância, dado que se assiste a um aumento da esperança média de vida (Oliveira & Poletto, 2015). A entrada do filho com deficiência na fase adulta e as transições com as quais a família se depara ao longo do ciclo vital, a par com a deficiência, representam enormes desafios e apresentam especificidades, que podem fragilizar a esfera familiar (Londero et al., 2021; Pereira, 2018).

A deficiência, ao longo dos tempos, associa-se a uma certa invisibilidade com uma diversidade de modelos de análise e compreensão sobre o tema, que se repercutem na construção atual da identidade das pessoas com

deficiência e, também, nas respostas institucionais e políticas sociais existentes (Moreira, 2019).

Quanto ao tipo de deficiência (deficiência física, deficiência sensorial e deficiência intelectual), de acordo com a classificação proposta por Dias & Oliveira (2013), a deficiência sensorial (visual e auditiva) é a mais prevalente (Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal (ACAPO), 2021; Associação de Surdos do Porto (ASP), 2021).

Ramos (2019) propõe uma reflexão sobre a deficiência tendo por base o conhecimento científico, a opinião dos cidadãos com deficiência, dos profissionais envolvidos, dos contextos culturais e da visão inclusiva e da política. Segundo Pinto et al. (2014), é imprescindível a sensibilização dos profissionais de saúde no que respeita às dificuldades dos familiares ao lidarem com as condições especiais impostas pela deficiência, devendo contribuir com os seus conhecimentos e práticas, no sentido de capacitar e auxiliar estas famílias a enfrentar as limitações e as adversidades.

De acordo com Ramos (2019) as famílias com filho adulto com deficiência, encontram-se numa situação vulnerável, dado que integram um grupo minoritário, o que sustenta a importância da informação, formação e desenvolvimento de competências, estratégias e políticas com vista ao apoio das mesmas. Aponta a necessidade de melhorar as competências parentais e familiares, com vista a enfrentarem as situações emocionais e de stresse associadas.

Face ao exposto, revela-se fundamental que o enfermeiro procure compreender o funcionamento familiar das famílias com filho adulto com deficiência e os fatores que o influenciam, reconhecendo que esta

## **O funcionamento familiar em famílias com filhos adultos com deficiência: estudo descritivo-correlacional**

condição tem implicações não só na própria pessoa, mas em todo o sistema familiar.

O presente estudo teve como objetivos: caracterizar as famílias com filho adulto (maior de 18 anos) com deficiência no que diz respeito à idade, sexo, tipo de deficiência e tipo de família e compreender o funcionamento familiar das mesmas, determinando possíveis relações entre as variáveis independentes e o funcionamento familiar.

### **ENQUADRAMENTO /FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Estão patentes várias representações individuais e coletivas de crenças e atitudes referentes à deficiência e à pessoa com deficiência, que influenciam comportamentos, práticas, concepções, estratégias e políticas adotadas pela sociedade na inclusão da pessoa com deficiência, que podem promover o acolhimento e inclusão da pessoa com deficiência e sua família ou, pelo contrário, favorecer a discriminação, a violência e a exclusão (Ramos, 2019).

Ramos (2019) enumera a desvalorização das pessoas com deficiência pela sociedade, a diversidade de representações atribuídas a este conceito, os diversos tipos de deficiência existentes, a complexidade dos fatores individuais e coletivos associados como obstáculos ao desenvolvimento de estratégias e políticas coordenadas, bem como de apoios e estruturas adaptadas à deficiência. Também Pinho & Ramos (2019) constata as baixas expectativas da sociedade face às pessoas com deficiência, que limitam a sua integração social, educacional e profissional e contribuem para acentuar as incapacidades que as afetam.

Neste sentido, a carência de informação e a escassez de apoios são fatores que contribuem para acentuar a vulnerabilidade e o isolamento das pessoas com deficiência e suas famílias. Pinto (2019) destaca que, apesar do esforço a que se tem assistido nos últimos anos, é evidente uma escassez de respostas sociais para a população adulta com deficiência, remetendo para a família a responsabilidade, quase total, dos cuidados a estas pessoas.

Embora o significado atribuído à deficiência tenha sofrido alterações significativas, sendo atualmente mais aceite e compreendido na comunidade, a pessoa com deficiência, independentemente da sua causa ou tipo, representa um grupo com características e necessidades peculiares, que envolvem o sistema familiar no seu todo. A deficiência acarreta mudanças consideráveis na estrutura familiar, que precisa de se reorganizar e adaptar (Lara & Pinos, 2017).

Neste sentido, a deficiência congénita ou adquirida gera uma crise no sistema familiar, afetando toda a dinâmica familiar e função familiar, bem como as perspetivas para o futuro, exigindo reconstrução dos papéis, na estrutura e estilo de vida familiar (Londero et al., 2021). A família pode encarar a deficiência do filho como uma oportunidade de crescimento, união e fortalecimento das relações familiares ou como um risco para o desenvolvimento dos outros membros da família e interferir nas suas relações de modo negativo (Alves & Serralha, 2019).

O papel que a família desempenha é um fator determinante para a inclusão da pessoa com deficiência e a desvalorização da importância da dinâmica familiar pode comprometer a inserção desse elemento na

## O funcionamento familiar em famílias com filhos adultos com deficiência: estudo descritivo-correlacional

sociedade, sendo a família a âncora na busca de soluções (Cedeño et al., 2020).

Salienta-se a importância da dinâmica familiar, na sua visão sistêmica, sendo que a qualidade de vida da família que integra um filho com deficiência está correlacionada com a estrutura familiar, com os padrões comunicacionais, interação familiar, bem como a hierarquia paterna nessa relação (Tomaz et al., 2019).

O apoio prestado pela família pode ser de diferentes tipos como apoio emocional através da expressão de preocupação, interesse, empatia e afeto e apoio instrumental, dedicando tempo, providenciando os recursos materiais necessários e disponibilidade para a resolução dos problemas (Cedeño et al., 2020). Também o apoio social da família alargada e amigos e dos profissionais de saúde contribuem para uma melhoria na qualidade de vida familiar (Londero et al., 2021).

Existem três fatores essenciais que afetam a dinâmica familiar, e são vistos como moduladores do funcionamento e na capacitação da família para a adaptação nas diferentes situações, designadamente: os recursos disponíveis, as competências comunicacionais e a sobrecarga de dificuldades (Tomaz et al., 2019). A adaptação da família com um filho deficiente é um processo contínuo, complexo e inacabado, uma vez que o desenvolvimento do filho as necessidades e contextos implicam adaptações constantes (Tomaz et al., 2019).

A família com filho com deficiência tende, muitas vezes, à superproteção desse membro que pode ser prejudicial ao seu desenvolvimento, suprimindo a autonomia do filho (Oliveira & Poletto, 2015).

Para Santos & Oliveira (2015), o modo como cada família ultrapassa os momentos de crise decorrentes da

deficiência está relacionado com os seus recursos e com o grau de restrição da deficiência. É importante que a família reconheça as suas forças e potencialidades e que uma esforços para utilizar os recursos e estratégias ao seu alcance, de forma a enfrentar as crises e as dificuldades com que são confrontados. A resiliência e as estratégias de coping assumem uma grande importância neste contexto, sendo essenciais para um funcionamento familiar saudável.

Os pais enfrentam ao longo de toda a vida as preocupações com o filho com deficiência, relacionadas com as incertezas do futuro associadas ao seu próprio envelhecimento e estado de saúde, assim como ao futuro dos filhos, dada a oferta de serviços escassa, designadamente de instituições que cuidem das pessoas com deficiência à medida que envelhecem e as listas de espera que podem ser longas (Robinson et al., 2018). Revelam ainda, que essa preocupação tem sido intensificada, uma vez que o avanço da medicina contribuiu para o aumento da esperança média de vida das pessoas com deficiência.

Para além disso, a partir de determinada fase da vida os pais deixam de conseguir cuidar dos filhos e tornam-se os filhos os cuidadores dos pais, existindo uma inversão de papéis. Mas no caso de existir um filho com deficiência, essa situação é pouco provável. Neste contexto, Oliveira & Poletto (2015) relatam a preocupação dos pais face ao futuro do filho com deficiência, que temem a possibilidade de serem afetados por doenças, pelo envelhecimento e pela própria morte, receando igualmente a sobrecarga atribuída aos filhos sem deficiência, sobre os quais recaem algumas responsabilidades.

## O funcionamento familiar em famílias com filhos adultos com deficiência: estudo descritivo-correlacional

Os profissionais de saúde devem considerar as necessidades de intervenção em todos os membros da família, dado que tal contribui positivamente para a percepção e a experiência dos pais em relação à qualidade de vida familiar, melhorando também a satisfação com a parentalidade e com as interações familiares (Londero et al., 2021). As famílias com baixos níveis socioeconômicos e de escolaridade apresentam maior vulnerabilidade, prejudicando a qualidade de vida, baixa autoestima e níveis baixos do funcionamento familiar (Londero et al., 2021).

Para além de outras características importantes da família, avaliar o funcionamento familiar permite perceber de que forma a esfera familiar representa um foco de suporte e apoio para o indivíduo ou, se pelo contrário, a mesma se constitui como uma fonte de stresse (Costa, 2018). A importância de estudar o funcionamento familiar prende-se com a influência que este conceito assume não só na saúde familiar, mas também na saúde individual.

Olson e colaboradores desenvolveram o Modelo Circumplexo, explicativo do funcionamento familiar, que constitui a base teórica da FACES (Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar) e descreve diferentes tipos de famílias (Olson et al., 1979). Olson (2011) reforça a utilidade deste modelo, uma vez que é baseado na família enquanto sistema, integrando três dimensões: a coesão familiar, a flexibilidade familiar e a comunicação.

Olson & Gorall (2006) referem-se à coesão familiar como a relação emocional existente entre os membros da família. Alguns dos aspetos utilizados para avaliar a coesão familiar são: ligação emocional, limites, tempo,

espaço, amigos, tomada de decisão, interesses e recreação, tendo como foco a coesão versus união da família (Olson, 2000). A coesão familiar é distribuída em quatro níveis, dois níveis centrais ou equilibrados (separada e coesa) e dois níveis extremos ou desequilibrados (desmembrada ou emaranhada). As famílias que têm níveis equilibrados de coesão são famílias em que os elementos são próximos uns dos outros, sem serem dependentes, são superlativos e contam uns com os outros na resolução de problemas, têm rituais e atividades conjuntas, mas mantêm a sua autonomia (Olson, 2000).

No que diz respeito à flexibilidade, Olson & Gorall (2006) descrevem-na como a capacidade de liderança e organização de papéis, regras e negociações que caracterizam a família. À semelhança do que acontece na dimensão da coesão familiar, Olson (2011) considera quatro níveis de flexibilidade familiar, sendo que dois deles são considerados equilibrados (estruturada e flexível) e os restantes dois são desequilibrados (rígida e caótica). As famílias flexíveis têm capacidade para promover mudanças, uma liderança democrática, onde os papéis se encontram definidos e as regras são firmes e vão sofrendo alterações ao longo do ciclo vital (Olson & Gorall, 2003).

Quanto à comunicação, surge como uma competência facilitadora do funcionamento familiar, uma vez que ajuda as famílias a ajustarem os seus níveis de coesão e de flexibilidade e engloba a capacidade de escuta, diálogo, autorrevelação, clareza, respeito e consideração (Olson, 2011).

O Modelo Circumplexo assenta no pressuposto de que níveis de coesão e flexibilidade equilibrados conduzem a

## O funcionamento familiar em famílias com filhos adultos com deficiência: estudo descritivo-correlacional

funcionamentos familiares mais saudáveis, enquanto que níveis de coesão e flexibilidade desequilibrados se encontram associados a funcionamentos familiares problemáticos (Olson & Gorall, 2006).

Javadian (2011) comparou a adaptabilidade e a coesão em famílias com e sem crianças com deficiência, que revelou que nas famílias nas quais o filho tem deficiência os níveis de coesão são superiores e os da adaptabilidade são semelhantes, o que pode ser explicado pelo relacionamento estável que surge habitualmente entre os pais e o filho com deficiência.

Por sua vez, Dodd et al. (2009) encontraram semelhanças no funcionamento familiar e o envolvimento com o lazer da família entre famílias tradicionais e famílias com crianças com deficiência.

A saúde familiar assenta “na capacidade da família para criar estratégias que permitam a sua funcionalidade, mantendo a organização, produzindo mudanças estruturais e responder às necessidades individuais dos seus membros” (Ferreira et al., 2020, p.9).

Para isso, têm contribuído diversas teorias e investigações na área da intervenção familiar que enfatizam a família enquanto objeto de estudo. Perante a importância que se atribui atualmente à família, é imperativo que os profissionais de saúde compreendam a sua especificidade e a incluam como objeto do seu estudo, desenvolvendo as competências necessárias para envolver a rede familiar na sua prática diária de cuidados.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritivo, transversal e correlacional. Constituíram a

amostra famílias com filho adulto (maior de 18 anos,) com deficiência que frequentam uma Instituição Pública de Solidariedade Social da região centro. A amostra foi selecionada recorrendo a um método não probabilístico por conveniência. Foram incluídos no estudo progenitores com mais de 18 anos que tinham um filho adulto com deficiência (maior de 18 anos), num total de quarenta famílias, que aceitaram participar no estudo de forma livre e esclarecida.

Para recolha de dados optou-se por um questionário de autopreenchimento. Foi realizado pré-teste a cinco famílias. Depois de efetuadas as alterações sugeridas, resultou o instrumento de recolha de dados final, apresentado em quatro partes. A primeira parte constituída por questões de caracterização sociodemográfica do filho adulto com deficiência; a segunda por questões sobre o tipo de deficiência do filho adulto com deficiência; a terceira sobre o tipo de família do filho adulto com deficiência e a quarta parte com a avaliação do funcionamento familiar da família com filho adulto com deficiência.

O funcionamento familiar foi avaliado com recurso à escala FACES IV, traduzida e validada para a população portuguesa por Sequeira et al. (2015), e foi utilizada após a autorização destes autores. Esta escala é constituída por 62 itens, sendo 42 distribuídos em duas subescalas equilibradas (coesão e flexibilidade) e em quatro subescalas desequilibradas (desmembrada, emaranhada, rígida e caótica), cada qual com 7 itens. O instrumento inclui também as subescalas de comunicação e de satisfação, cada uma com dez itens. A recolha dos dados decorreu no período de agosto de 2020 e março de 2021.

## O funcionamento familiar em famílias com filhos adultos com deficiência: estudo descritivo-correlacional

Este estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética. Com vista ao cumprimento de todos os procedimentos éticos, foi ainda solicitado aos participantes a assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido, realizado em duplicado.

O tratamento estatístico dos dados foi processado através do programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 28.0. Foi efetuada uma análise descritiva, recorrendo a medidas de tendência central como a média, a moda e a mediana e a medidas de dispersão tais como o desvio-padrão e variância. No que diz respeito à análise inferencial, foram utilizados os testes não paramétricos (U de *Mann-Whitney* e o *Kruskal-Wallis*). Esta decisão prendeu-se com o facto de não estarem reunidas as condições de aplicabilidade dos testes paramétricos, nomeadamente a normalidade da distribuição amostral. Quanto ao nível de significância ( $\rho$ ), neste estudo, foi considerado um  $\rho < 0,05$ .

Com o intuito de se conseguirem resultados mais precisos e tendo em conta que a FACES IV permite o cálculo das pontuações por subescalas e o cálculo dos rácios da coesão, flexibilidade e circunflexo total, realizou-se a inferência estatística tendo em conta tanto

as pontuações das subescalas da FACES IV como os rácios.

### RESULTADOS

Relativamente à amostra utilizada, que consiste em 40 famílias, a distribuição da amostra segundo o filho adulto com deficiência, está dividida de igual número pelo sexo, localizando-se na faixa etária entre os 18 e os 61 anos, sendo mais representativa (37,5%) as idades 31-45 anos, e a média é de 38,68 anos (DP= 11,36).

Dos 40 filhos, 19 apresentam mais do que um tipo de deficiência (física, visual, auditiva e/ou intelectual) e 17 do tipo intelectual, sendo que 42,5% provêm de famílias nucleares e 40% de monoparentais.

No estudo do funcionamento familiar, as subescalas equilibradas [coesão (26,63) e flexibilidade (23,27)] assumiram valores médios mais representativos do que as subescalas desequilibradas [desmembrada (16,33), emaranhada (19,53), rígida (19,75) e caótica (16,68)]. Esta caracterização pode ser analisada na tabela abaixo (tabela 1).

Tabela 1

Caraterização do funcionamento familiar das famílias com filho adulto com deficiência por subescala da FACES IV

| Subescalas da FACES IV | Xmín | Xmáx | $\bar{X}$ | DP   | Amplitude |
|------------------------|------|------|-----------|------|-----------|
| Coesão                 | 13   | 35   | 26,63     | 5,44 | 22        |
| Flexibilidade          | 13   | 32   | 23,75     | 4,83 | 19        |
| Desmembrada            | 7    | 28   | 16,68     | 5,23 | 21        |
| Emaranhada             | 13   | 28   | 19,53     | 3,36 | 15        |
| Rígida                 | 12   | 28   | 19,75     | 4,04 | 16        |

## O funcionamento familiar em famílias com filhos adultos com deficiência: estudo descritivo-correlacional

|             |    |    |       |      |    |
|-------------|----|----|-------|------|----|
| Caótica     | 7  | 28 | 16,33 | 5,18 | 21 |
| Comunicação | 10 | 45 | 35,55 | 8,12 | 35 |
| Satisfação  | 10 | 45 | 33,18 | 8,78 | 35 |

No que diz respeito às subescalas da comunicação e satisfação, a média relativa às pontuações foi de 35,55 e 33,18, respetivamente.

No tratamento dos dados, procedeu-se à conversão das pontuações brutas, referentes a cada subescala da FACES IV para os respetivos valores percentuais, através da utilização das tabelas de conversão complementares à mesma, e surgiram dados que permitiram a atribuição de um nível a cada subescala. Esta determinação permite perceber que nas subescalas equilibradas os níveis correspondentes tendem a ser intermédios ou elevados, ao contrário das desequilibradas.

Desses dados destaca-se um nível muito elevado de coesão (32,5%), um nível intermédio de flexibilidade (50%), nível alto para a comunicação (55%), nível muito baixo para a desmembrada (57,5%), nível baixo nas emaranhadas (60%) e rígida (62,5%), nível muito baixo para a caótica (65%) e, por fim, nível baixo de satisfação (32,5%), sendo que este último se aproxima do valor alto com 30%.

Na distribuição do funcionamento familiar por rácios da FACES IV, a dimensão que maior valor obteve foi a coesão. No entanto, o facto de observar-se média de rácios superiores a 1, o que nos indica uma tendência para um funcionamento familiar equilibrado para esta amostra.

Para melhor compreensão do funcionamento familiar das famílias com filho adulto com deficiência, apresentam-se agora os resultados relativos à análise inferencial. De modo a estabelecer a relação entre as variáveis independentes (idade e sexo do filho adulto com deficiência, tipo de deficiência do filho adulto com deficiência e tipo de família do filho adulto com deficiência) e o funcionamento familiar das famílias com filho adulto com deficiência utilizaram-se os testes: U de Mann-Whitney (U) e o de Kruskal-Wallis ( $\chi^2$ ), cujos resultados se apresentam na tabela que se segue (tabela 2).

## O funcionamento familiar em famílias com filhos adultos com deficiência: estudo descritivo-correlacional

Tabela 2

Diferenças entre o sexo do filho adulto com deficiência nas subescalas da FACES IV, tendo em conta os resultados do teste U de Mann-Whitney

| Subescalas da FACES IV | Sexo           |                | U       | $\rho$       |
|------------------------|----------------|----------------|---------|--------------|
|                        | Masculino      | Feminino       |         |              |
|                        | $\bar{X}$ (DP) | $\bar{X}$ (DP) |         |              |
| Coesão                 | 24,40 (5,91)   | 28,85 (3,92)   | 105,500 | <b>0,010</b> |
| Flexibilidade          | 22,25 (5,76)   | 25,25 (3,18)   | 139,000 | 0,098        |
| Desmembrada            | 18,65 (6,17)   | 14,70 (3,15)   | 126,500 | <b>0,046</b> |
| Emaranhada             | 19,70 (3,77)   | 19,35 (2,98)   | 197,500 | 0,946        |
| Rígida                 | 19,45 (4,55)   | 20,05 (3,56)   | 170,000 | 0,412        |
| Caótica                | 18,60 (5,73)   | 14,05 (3,38)   | 114,000 | <b>0,020</b> |
| Comunicação            | 32,60 (9,99)   | 38,50 (4,12)   | 121,000 | <b>0,032</b> |
| Satisfação             | 30,20 (10,42)  | 36,15 (5,56)   | 139,500 | 0,100        |

Referente às diferenças entre o sexo do filho adulto com deficiência nas subescalas da FACES IV, verifica-se uma diferença estatisticamente significativa na coesão ( $\rho=0,010$ ), onde se comprova uma média superior nas famílias com filho adulto com deficiência do sexo feminino. Também nas subescalas desmembrada e caótica observa-se uma diferença estatisticamente significativa ( $\rho=0,046$  e  $\rho=0,020$ ), com uma média superior nas famílias com filho adulto com deficiência do sexo masculino. No que diz respeito à comunicação, também existem diferenças estatisticamente significativas ( $\rho=0,032$ ), sendo as famílias com filho adulto com deficiência do sexo feminino as que revelam resultados mais favoráveis nesta subescala. Assim, verifica-se a existência de uma associação entre

o sexo do filho adulto com deficiência e as subescalas coesão, desmembrada, caótica e comunicação.

Da análise das diferenças entre as faixas etárias do filho adulto com deficiência nas subescalas da FACES IV, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas para a subescala emaranhada ( $\rho=0,011$ ), onde pontuaram mais as famílias com filho adulto com deficiência com idade igual ou inferior a 30 anos.

Quanto às diferenças entre o tipo de família do filho adulto com deficiência nas subescalas da FACES IV, não existem diferenças estatisticamente significativas.

As diferenças entre o sexo do filho adulto com deficiência nos rácios da FACES IV, permitem averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas nos rácios da coesão ( $\rho=0,006$ ), flexibilidade ( $\rho=0,015$ ) e



## O funcionamento familiar em famílias com filhos adultos com deficiência: estudo descritivo-correlacional

circumplexo total ( $\rho=0,009$ ), sendo que as famílias com filho adulto com deficiência do sexo feminino apresentam médias mais elevadas quando comparado com as famílias com filho adulto com deficiência do sexo masculino.

Relativamente às diferenças entre as faixas etárias do filho adulto com deficiência nos rácios da FACES IV, não se registam diferenças estatisticamente significativas ( $\rho>0,05$ ).

No que diz respeito à relação entre as variáveis independentes e os rácios da FACES IV, observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nos rácios da coesão ( $\rho=0,006$ ), flexibilidade ( $\rho=0,015$ ) e circumplexo total ( $\rho=0,009$ ), sendo que as famílias com filho adulto com deficiência do sexo feminino apresentam médias mais elevadas quando comparado com as famílias com filho adulto com deficiência do sexo masculino.

### DISCUSSÃO

Relativamente à idade da amostra estudada, a sua amplitude mostra uma tendência para o aumento da esperança média de vida, podendo este facto estar relacionado com o contributo da medicina para o aumento da esperança média de vida das pessoas com deficiência (Oliveira & Poletto, 2015). Este retrato social implicará respostas sociais adequadas no futuro, como refere Moreira (2019).

Contrariamente aos resultados obtidos na amostra, na qual não se identificou nenhum caso com deficiência sensorial (visual e auditiva), a nível nacional e mundial os

estudos apontam para uma maior prevalência desta deficiência (ACAPO, 2021; ASP, 2021).

No que diz respeito ao funcionamento familiar, este estudo encontra-se em consonância com o realizado por Javadian (2011) que destaca uma relação entre o equilíbrio e a existência de filhos com deficiência. Também Olson and Gorall (2006), no Modelo Circumplexo, afirmam que níveis de coesão e flexibilidade equilibrados conduzem a funcionamentos familiares mais saudáveis.

Estudos apontam para dinâmicas familiares de adaptação quando existem alterações de forma a encontrar um equilíbrio, e conduzir a um nível de funcionamento familiar mais saudável. Embora a existência de um filho com deficiência possa ser exemplo disso (Silva & Dessen, 2014), vários autores reconhecem o elevado nível de stress que afeta este tipo de famílias e a necessidade de haver reorganização familiar aquando da colocação de problemas, como forma de as tornar mais coesas (Lara & Pinos, 2017).

A comunicação e a satisfação apresentam pontuações mais elevadas comparativamente com as restantes subescalas, o que é previsível tendo em conta que nestas subescalas o número de questões é superior, o que se traduz numa possibilidade de pontuações máximas mais elevadas. A comunicação é o elemento facilitador do funcionamento do sistema familiar e determinantes nas relações entre os membros e o meio social (Costa, 2018). De acordo com Lara & Pinos (2017), estas famílias apresentam competências superiores de deteção de risco e necessidades, procura de recursos, adaptabilidade e flexibilidade, empatia e paciência.

## **O funcionamento familiar em famílias com filhos adultos com deficiência: estudo descritivo-correlacional**

Em suma, este tipo de famílias apresenta níveis de funcionamento familiar equilibrados, com médias superiores a um para todos os rácios e uma correlação positiva para as famílias com filhas, semelhante ao que Dodd et al. (2009) demonstraram no funcionamento familiar com as famílias com filhos sem deficiência, coexistindo relatos de aspetos positivos e negativos do funcionamento familiar, predominando os aspetos positivos (Silva & Dessen, 2014). Os filhos do sexo feminino influenciam positivamente a coesão e a comunicação e os do sexo masculino as subescalas desmembrada e caótica. Compreende-se com o facto de as mulheres serem, habitualmente, mais facilitadoras da comunicação que os homens, e porque a comunicação permite o ajustamento de níveis de coesão e flexibilidade equilibradas (Olson, 2011).

Os filhos com idade igual ou superior a 30 anos relacionam-se com médias superiores na subescala emaranhada. A presença de deficiência física no filho influencia o aumento da pontuação da subescala emaranhada (Silva & Dessen, 2014).

Em relação aos rácios de coesão, flexibilidade e circumplexo total da amostra em estudo, o facto de as suas médias serem superiores a um permitiu-nos tirar conclusões mais globais acerca do funcionamento familiar destas famílias, tendo sido evidente que a maioria das famílias em estudo apresenta um funcionamento familiar equilibrado, tal como preconizado por Olson (2011).

De acordo com Lara & Pinos (2017) as famílias com filho com deficiência apresentam não só aspetos negativos, mas também inúmeros pontos fortes como competências superiores na deteção de necessidades e

riscos, procura de recursos, adaptabilidade e flexibilidade, empatia e paciência.

### **CONCLUSÃO**

A deficiência de um filho pode traduzir-se de diversas formas no seio familiar, podendo interferir ao nível do seu funcionamento, seja positiva ou negativamente, enfrentando ainda as crises e transições comuns às restantes famílias.

Este estudo permitiu-nos perceber que as famílias com filho adulto com deficiência apresentam um funcionamento familiar equilibrado, uma vez que os rácios relativos à escala de FACES IV são, em média, superiores a um e as pontuações das subescalas equilibradas são elevadas, enquanto as das subescalas desequilibradas são baixas. Para além disso, também as pontuações referentes à comunicação se revelaram adequadas. Quanto à satisfação, as pontuações médias foram semelhantes às da comunicação, embora a maioria das famílias tenha revelado níveis baixos de satisfação.

Os dados obtidos demonstraram que o facto de se ter um filho com deficiência do sexo feminino influencia positivamente, tanto as subescalas coesão e comunicação, como os rácios avaliados pela FACES IV. Já no que diz respeito às famílias com filho adulto com deficiência do sexo masculino, existe uma associação com as subescalas desmembrada e caótica, comprovada pelas médias mais elevadas nas mesmas.

Tendo em conta os resultados obtidos no presente estudo, propõe-se o envolvimento da equipa multidisciplinar na abordagem do filho adulto com

## O funcionamento familiar em famílias com filhos adultos com deficiência: estudo descritivo-correlacional

deficiência e sua família, com vista à capacitação destas famílias para o desempenho de um papel ativo na sua saúde. Revela-se essencial uma abordagem que reconheça as fragilidades e que potencialize as aptidões e competências destas famílias, orientada para a promoção de um funcionamento familiar saudável.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de saúde familiar, assume um papel preponderante perante a saúde destas famílias, dado que apresenta um contacto próximo com as mesmas ao longo do ciclo vital que lhe permite antever, prevenir e identificar problemas no seio familiar, bem como, mobilizar os seus próprios recursos internos e externos. Como limitações do estudo, apontam-se o tamanho amostral reduzido e a técnica de seleção da amostra, as quais comprometem a representatividade das famílias com filho adulto com deficiência.

Destaca-se a necessidade de desenvolver investigações que contribuam para uma melhor compreensão desta problemática, nomeadamente, estudos que adotem uma abordagem comparativa entre o funcionamento familiar das famílias com filho adulto com deficiência e sem deficiência. Propõe-se ainda que a avaliação do Funcionamento Familiar inclua a participação dos vários elementos da família.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACAPO. Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal (2021). *Glossário*. <http://www.acapo.pt/deficiencia-visual>

ASP. Associação de Surdos do Porto (2021). Algumas definições úteis sobre a surdez: <http://www.asurdosporto.org.pt/artigo.asp?idartigo=7>

Alves, C. M. P. & Serralha, C. A. (2019) Repercussões emocionais em indivíduos que possuem irmãos com deficiência: uma revisão integrativa. *Contextos Clínicos*, 12 (2), 476–508. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2019.122.05>

Cedeño, H. C., Rosado, I. M., & Sabando, K. M. (2020). El Funcionamiento parental y la percepción de apoyo en los estudiantes con diversidad funcional. *Revista Científica Sinapsis*, 1(16). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=8474692>

Costa, A. (2018). Critérios para avaliação familiar. In Rebelo, L. (Ed.) *A família em Medicina Geral e Familiar – conceitos e práticas* (pp. 105-111). Almedina.

Dias, S., & Oliveira, M. (2013). Deficiência intelectual na perspetiva histórico-cultural: contribuições ao estudo do desenvolvimento adulto. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 19(2), 169-182. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382013000200003>

Dodd, D., Zabrieski, R., Widmer, M., & Eggett, D. (2009). Contributions of Family Leisure to Family Functioning Among Families that Include Children with Developmental Disabilities. *Journal of Leisure Research*, 41 (2), 261-286. <https://doi.org/10.1080/00222216.2009.11950169>

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

Javadian, R. (2011). A comparative study of adaptability and cohesion in families with and without a disabled child. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 2625-2630. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.514>

Lara, E., & Pinos, C. (2017). Families with a disabled member: impact and family education. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 237, 418-425. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.084>

Londero, A.D., de Souza, A.P.R., Rechia, I. C., van Hoogstraten, A. M. R. J., & Franco, V. D. (2021). Adaptação parental ao filho com deficiência: revisão sistemática da literatura. *Interação em Psicologia*, 25(2). <http://dx.doi.org/10.5380/riep.v25i2.60759>

Moreira, C.D. (2019). A deficiência como questão de dignidade e direitos humanos. In Garcia, A., Ribeirinho,

## O funcionamento familiar em famílias com filhos adultos com deficiência: estudo descritivo-correlacional

- C., Bracons, H., & Desmet, L. (Eds). *Deficiência: Perspetivas e Desafios na Contemporaneidade* (pp. 43-49). Edições Universitárias Lusófonas.
- Oliveira, I., & Poletto, M. (2015). Vivências emocionais de mães e pais de filhos com deficiência. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 16 (2), 102-119. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v16n2/v16n2a09.pdf>
- Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Russell, C. S. (1979). Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family process*, 18 (1), 3-28. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1979.00003.x>
- Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22 (2), 144-167. doi:10.1111/1467-6427.00144.
- Olson D. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: validation study. *Journal of marital and family therapy*, 37(1), 64-80. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x>
- Olson, D., & Gorall, D. (2003). Circumplex model of marital and family systems. In Walsh, F. *Normal Family Processes* (3ª ed.) (pp. 514-547). New York: Guilford Press.
- Olson, D., & Gorall, D. (2006). *FACES IV & the circumplex model*. Society of pediatric psychology: [https://societyofpediatricpsychology.org/sites/default/files/files/3\\_innovations.pdf](https://societyofpediatricpsychology.org/sites/default/files/files/3_innovations.pdf)
- Pereira, M. (2018). Importância da avaliação familiar na doença. In Rebelo, L. *A família em Medicina Geral e Familiar – conceitos e práticas* (pp. 73-91). Almedina.
- Pinho, A., & Ramos, M. (2019). Deficiência mental e desafios da inclusão social. In Garcia, A., Ribeirinho, C., Bracons, H., & Desmet, L. (Eds). *Deficiência: Perspetivas e Desafios na Contemporaneidade* (pp. 137-152). Edições Universitárias Lusófonas.
- Pinto, M., Assis, F., Santos, N., Torquato I., & Collet, N. (2014). Significado do cuidado à criança deficiente com necessidades especiais: relato de mães. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13 (3), 549 - 555.
- Pinto, P.C. (2019). Cultura, deficiência e família: repensar as políticas sociais à luz dos direitos humanos In Garcia, A., Ribeirinho, C., Bracons, H. e Desmet, L. (Eds). *Deficiência: Perspetivas e Desafios na Contemporaneidade* (pp. 51-64). Edições Universitárias Lusófonas.
- Ramos, M.N.P. (2019). Cultura, deficiência e família: Abordagem inter(cultural), de saúde e inclusão. In Garcia, A., Ribeirinho, C., Bracons, H., & Desmet, L.(Eds). *Deficiência: Perspetivas e Desafios na Contemporaneidade* (pp. 293-315). Edições Universitárias Lusófonas.
- Robinson, S., Hastings, R. P., Weiss, J. A., Pagavathsing, J., & Lunsy, Y. (2018). Self-compassion and psychological distress in parents of young people and adults with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(3), 454-458. <https://doi.org/10.1111/jar.12423>
- Santos A., & Oliveira, V. (2015). A família como elemento para a inclusão social do deficiente. *Ideias & Inovação*, 2 (2), 47 -58. <https://periodicos.set.edu.br/ideiaseinovacao/article/view/2207>
- Sequeira, J., Cerveira, C. Silva, M. I., Neves, S., Vicente, H., Espírito-Santo, H., & Guadalupe, S. (2015). *Validation of FACES IV for the Portuguese Population*. Instituto Superior Miguel Torga.
- Silva, S., & Dessen, M. (2014). Relações familiares na perspectiva de pais, irmãos e crianças com deficiência. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 20 (3), 421-434. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382014000300008>
- Tomaz, R. V. V., Santos, V. D. A., Silva de Avó, L. R. D., Germano, C. M. R., & Melo, D. G. (2017). Impacto da deficiência intelectual moderada na dinâmica e na qualidade de vida familiar: um estudo clínico-qualitativo. *Cadernos de Saúde Pública*, 33 (11), <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00096016>.



**ATITUDES MATERNAS FACE À AMAMENTAÇÃO E SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL**

Maternal attitudes toward breastfeeding and satisfaction with social support

Actitudes maternas hacia la lactancia materna y satisfacción con el apoyo social

Vanessa Verga\*, Dulce Garcia Galvão\*\*

**RESUMO**

**Enquadramento:** o suporte social é multidimensional, onde o significado influencia a decisão de amamentar. **Objetivos:** caracterizar as atitudes maternas face à amamentação em mães de lactentes; Verificar a influência das características sociodemográficas, experiência de gravidez, experiência de aleitamento atual nas atitudes maternas face à amamentação; Analisar a associação entre satisfação com o suporte social e atitudes maternas face à amamentação.

**Metodologia:** estudo quantitativo, descritivo- correlacional, com 403 mães. Aplicou-se *online* em Junho/2019, após parecer da UICISA:E: questionário e Escala Atitudes Maternas face à Amamentação e Escala de Satisfação com o Suporte Social. **Resultados:** a maioria da amostra obteve elevado nas atitudes perante o comportamento e moderado na norma subjetiva e decisão de amamentar. O estado civil, número de gestações anteriores, tempo de permanência no domicílio após o parto, manutenção atual da amamentação e atividades sociais obteve-se associação estatisticamente significativa.

**Conclusão:** exige-se enfermeiros reconhecedores do suporte social no empoderamento da mulher na promoção, proteção e apoio na amamentação.

**Palavras-chave:** aleitamento materno; apoio social; satisfação pessoal; enfermagem

**ABSTRACT**

**Background:** the social support is multidimensional, where its meaning influences the decision of breastfeeding. **Objectives:** to characterize the maternal attitudes toward breastfeeding in mums of infants; To verify the influence of sociodemographic characteristics, pregnancy experience, current infant feeding experience in maternal attitudes toward breastfeeding; Analyse the association between the satisfaction with social support and the maternal attitudes toward breastfeeding. **Methodology:** a quantitative and descriptive-correlational study, involving 403 mums. Data collection was online, in June/2019, after consent of the UICISA:E: a questionnaire, the Maternal Attitudes toward Breastfeeding Scale and Satisfaction with Social Support Scale. **Results:** the majority presented high in attitudes towards the behavior and moderate in the subjective norm and breastfeeding decision. Marital status, number of previous pregnancies, length of stay at home after delivery, current maintenance of breastfeeding and social activities obtained a statistically significant association. **Conclusion:** it's required watchful nurses of the social support for women empowerment in the promotion, protection and support of breastfeeding.

**Keywords:** breastfeeding; social support; personal satisfaction; nursing

**RESUMEN**

**Marco contextual:** el apoyo social es multidimensional, donde su significado influye en la decisión de amamentar. **Objetivos:** caracterizar las actitudes maternas hacia la lactancia materna en madres de bebés; Verificar la influencia de las características sociodemográficas, la experiencia de embarazo y la experiencia actual de lactancia en las actitudes maternas hacia la lactancia materna; Analizar la asociación entre satisfacción con el apoyo social y las actitudes maternas hacia la lactancia materna.

**Metodología:** estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional, con 403 madres. Aplicado online en Junio/2019, previo consentimiento de la UICISA:E: cuestionario y Escala Actitudes Maternas hacia la Lactancia Materna y Escala de Satisfacción con el Apoyo Social. **Resultados:** la mayoría presentó elevado hacia el comportamiento y moderado en la norma subjetiva y en la decisión de amamentar. El estado civil, el número de embarazos previos, la duración de la estadia en le hogar después del parto, el mantenimiento actual de la lactancia materna y las actividades sociales fueron estadísticamente significativos. **Conclusión:** se requiere enfermeras reconocedoras del apoyo social en el empoderamiento de la mujer hacia la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna.

**Palabras clave:** lactancia materna; apoyo social; satisfacción personal; enfermería

\* MSc, em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra: Pólo Hospitalar Pediátrico-  
<https://orcid.org/0000-0002-8800-7375>

Author Contributions: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

\*\* Pós-doutoramento em Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP; ESCA, UICISA: E - <https://orcid.org/0000-0002-2496-2162> - Author Contributions: Study conception and design, Critical revision of the article

Autor de correspondência:

Vanessa Verga

E-mail: [van.verga@gmail.com](mailto:van.verga@gmail.com)

Como referenciar:

Verga, V., & Galvão, D.G. (2022). Atitudes maternas face à amamentação e satisfação com o suporte social. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 85-95.  
<https://doi:10.37914/riis.v5i2.181>

Recebido para publicação: 27/10/2021  
Aceite para publicação: 21/12/2022

### INTRODUÇÃO

É reconhecida, unanimemente, a relevância do aleitamento materno (AM) para as mães, bebês e sociedade (Marques & Ramalho, 2015). Os seus benefícios são vastos e relatados a curto e longo prazo para o lactente, não obstante, os benefícios para a mãe e para a díade mãe-criança (Levy & Bértolo, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) aconselha o AM exclusivo até ao sexto mês de vida e complementado pelo menos até aos dois anos; a nível nacional, a Direção-Geral da Saúde (2015) incita a amamentação e admite-a como indicador de qualidade dos cuidados de saúde. Apesar das recomendações, existe um persistente declínio na prática, impondo-se a necessidade de uma procura direcionada às suas razões.

O suporte social é amplamente divulgado como fator preponderante na promoção e manutenção do AM. Porém, a importância que a mãe lhe confere, interfere na sua ligação à amamentação, exigindo-se um cuidado direcionado pelos profissionais de saúde. Estes possuem uma vital responsabilidade na disseminação de informação e experiências face à amamentação, sendo fulcral uma atenção abrangente, na inclusão da perspetiva emocional, cultural e apoio social da mãe (Fialho, Lopes, Dias & Salvador, 2014).

Os objetivos orientadores deste estudo são: Caracterizar as atitudes maternas face à amamentação (AMA) em mães de lactentes; Comparar a influência das características sociodemográficas, experiência de gravidez, experiência de aleitamento atual e principal fonte de informação sobre aleitamento materno nas AMA; Analisar a associação entre satisfação com o suporte social (SSS) e AMA.

### ENQUADRAMENTO/ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As evidências científicas são transparente nas inúmeras vantagens da amamentação e amplamente difundidas por diversas iniciativas; no entanto, a OMS (2018) anuncia que somente 44% das crianças iniciam o AM na primeira hora de vida e apenas 40% faz AM exclusivo até aos seis meses de vida. Leng, Shorey, & He (2019) reforçam que a amamentação exclusiva até ao 6º mês permanece um desafio mundial.

Em Portugal, apesar dos incentivos à promoção do AM, a prevalência da amamentação mantém-se longe do desejado, sendo exigido um aprofundamento dos fatores que contribuem para esse declínio: uns correntemente identificados, outros de difícil reconhecimento e outros ignorados (Galvão, 2002). Os dados mais recentes demonstram que, continuamente, e não obstante a elevada incidência de AM na 1ª hora de vida, a maioria das mães portuguesas não cumpre o seu desejo de amamentar, desistindo precocemente (Levy & Bértolo, 2012; Nelas, Coutinho, Chaves, Amaral, & Cruz, 2017).

É fulcral admitir a pluralidade de fatores que influenciam a amamentação, podendo afetar positiva ou negativamente o seu sucesso, tornando-se, então, um desafio para os profissionais de saúde (Fialho et al., 2014). São largos os estudos que mencionam e identificam o suporte social como um desses fatores, no pressuposto que emoções negativas, como ansiedade e impotência, são motivados devido a apoio inadequado, tal como o cansaço e exaustão (Levy & Bértolo, 2012; Lima, et al., 2019).

O suporte social é descrito por Souza, Nespoli, & Zeitoune (2016) como um conjunto de relações interpessoais de apoio emocional, material, de serviços ou informações que determinam as

## Atitudes maternas face à amamentação e satisfação com o suporte social

singularidades da pessoa. Estes relacionamentos são instituídos entre indivíduos de confiança, que demonstram preocupação com a mulher e que a amam, valorizam e ajudam (Monte, Leal, & Pontes, 2013).

Os mesmos autores reforçam que é vital compreender o cenário circundante da mãe, o seu ciclo de convivências e os elementos que poderão pesar na sua decisão, ponderando-os em todos os momentos de cuidado prestados ao núcleo e durante a transição gravídico-púerpera. Deste modo, não é suficiente os profissionais de saúde considerarem os aspetos técnicos relativos ao AM mas exige-se uma reflexão da experiência, com um olhar amplo e ponderado à multiplicidade de dimensões que englobam a amamentação, em especial na rede de apoio social à mãe e cultura familiar, admitindo sempre a mulher como protagonista: valorizando-a, escutando-a e empoderando-a (Lima, et al., 2019).

É preponderante que os profissionais sejam detentores de um vasto património teórico e prático para que a educação em saúde face ao AM seja direccionado e eficaz, na promoção de sentimentos de competência e confiança materna, para o bem-estar do bebé mas também como contribuição em saúde (Nelas et al., 2017).

### METODOLOGIA

Conceptualizou-se um estudo quantitativo e descritivo-correlacional, numa amostra não-probabilística, por bola de neve, constituída por 403 mães, de primeira vez e criança única, de termo, saudáveis e lactentes (entre 1 e 23 meses de idade), autonomamente se no momento estejam a amamentar ou não. A escolha dos critérios de

amostragem foi para exclusão de experiências prévias que pudessem comprometer a experiência de aleitamento, e consequentemente as atitudes das mães face à amamentação (como prematuridade, filhos anteriores, patologias). Os fatores de exclusão definidos são: mulheres menores de 18 anos e sem domínio da língua portuguesa.

A divulgação foi *online*, recorrendo a grupos dedicados às mães na plataforma *Facebook*, mencionando que se conhecerem outras mulheres com particularidades semelhantes, se agradecia o reenvio do instrumento, assegurando paralelamente a sua difusão semanal para aquisição do máximo número de respostas. A colheita de informação ocorreu em junho de 2019.

Posteriormente à obtenção de parecer favorável pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Referência n.º 577/04-2019), foi primeiramente apresentando às participantes os elementos primordiais do estudo e sua finalidade, impondo-se o seu consentimento informado. Optou-se pela aplicação informática gratuita *Google Forms*, uma vez que a mesma assegura o anonimato e confidencialidade dos dados, garantindo a privacidade das participantes e porque o programa não consente a reformulação ou repetição após submissão.

A resposta ao instrumento teve duração média de 20 minutos, sendo organizado por: questionário (englobando três subdivisões: a primeira com sete questões alusivas às variáveis sociodemográficas, a segunda com seis questões referentes à experiência de gravidez e a terceira com dez questões sobre a experiência de aleitamento atual); Escala de Atitudes Maternas face à Amamentação (AMA) de Levy (1996)



## Atitudes maternas face à amamentação e satisfação com o suporte social

e Escala de Satisfação com o Suporte Social (SSS) de Pais-Ribeiro (2011).

A Escala AMA (Levy, 1996) tem por base a Teoria da Ação Refletida de Fishbein e Ajzen, que demarca a intenção e ação como duas determinantes básicas: uma pessoal e a outra reflete a influência social; junta dois fatores: atitudes perante o comportamento (fator e avaliação pessoal, que poderá ser negativa ou positiva das consequências de um dado comportamento) e norma subjetiva (intenção e percepção pessoal da pressão social exercida sob a pessoa, para ter ou não certo comportamento). É composta por um questionário de auto-preenchimento, dividido em sete partes (a 6ª e 7ª parte não foram abrangidas pois devem ser aplicadas a gestantes), cotada numa escala de *Likert* com 7 opções de resposta.

Na 1ª e 2ª parte, cada uma constituída por 16 itens, é realizada uma análise das atitudes perante o comportamento. Nas restantes partes, constituídas por 12 itens, analisa-se a norma subjetiva. A decisão de amamentar compreende a totalidade dos itens. Os valores de *alpha de cronbach* conseguidos na Escala AMA e a cada uma das partes são: 0,53 na 1ª parte, 0,73 na 2ª parte, 0,81 na 3ª parte, 0,94 na 4ª parte e 0,87 na 5ª parte.

A Escala SSS (Pais-Ribeiro, 2011) produzida para medição da satisfação com o suporte social existente e sustentado em Wethington e Kessler, sustenta que a percepção de suporte social explica melhor a saúde do que as de suporte social tangível. Também é de auto-preenchimento, constituída por 15 afirmações, dividida por 4 dimensões (satisfação com os amigos – 5 itens, intimidade – 4 itens, satisfação com a família – 3 itens e atividades sociais – 3 itens) e cotada numa

escala de *Likert* com 5 opções de resposta. Os valores de *alpha de cronbach* referentes à Escala SSS e a cada uma das partes são: 0,86 para a satisfação com os amigos, 0,71 para a intimidade, 0,81 para a satisfação com a família e 0,74 para a atividades sociais.

Nenhuma das escalas apresentam grupos de corte para sua classificação, tendo-se elegido a subdivisão em Baixo, Moderado e Elevado, conforme o intervalo de cotação de cada dimensão.

Os dados reunidos foram introduzidos na base *Statistical Package for the Social Science*, versão 24, para sua análise e tratamento. Foi efetuada estatística descritiva e testes estatísticos não paramétricos; na apreciação descritiva foram descritas as frequências, medidas de tendência central e de variabilidade. Decidiu-se pela disposição em tabelas e análise inferencial com a aplicação do teste Qui-Quadrado, julgando-se os valores de significância e de diferença estatisticamente significativa, o *V de Cramer*. Quando frequências esperadas inferiores a 5, não se cumprindo a aplicabilidade deste teste, optou-se pelo Teste de Fisher bilateral.

## RESULTADOS

A amostra envolveu 403 mulheres, com intervalo de idades entre os 19 e 44 anos, a generalidade casada, residia apenas com o companheiro/marido, referenciou rendimento mensal familiar entre os 1500-2500€, habitava em meio urbano, detém título de ensino superior e encontrava-se empregada. Relativamente à experiência de gravidez, apresentaram-se em percentagem superior: sem gestação anterior, com gravidez planeada e vigiada, sem problemas, de parto eutócico e com formação prévia em AM. Face à experiência de aleitamento

### Atitudes maternas face à amamentação e satisfação com o suporte social

atual, aferindo-se: idade do bebé com intervalo entre 1 e 23 meses e a maioria mencionou permanência no domicílio após o parto por 6 meses ou mais, realização de contacto pele a pele, ter recebido ensinamentos sobre AM, particularmente por um enfermeiro e estava a amamentar no momento de resposta; a principal fonte de informação e ajuda sobre AM foram os profissionais de saúde.

Considerando na Tabela 1, que atenta na Escala AMA, na dimensão atitudes perante o comportamento averiguou-se que pouco mais de metade da amostra alcançou classificação elevada, não havendo cotações com fraco. O mesmo não se aplica na norma subjetiva onde se expõe fraco em 21,6% das mães inquiridas, concentrando-se a maioria no moderado. A cotação total da escala, relativa à decisão de amamentar apresenta identicamente a maioria no moderado.

Tabela 1

Estatística resumo relativa à distribuição da Escala AMA (n=403)

| Dimensões                        |                 | n   | %     |
|----------------------------------|-----------------|-----|-------|
| Atitudes perante o comportamento | Moderado: 17-32 | 185 | 45,9  |
|                                  | Elevado: >32    | 218 | 54,1  |
|                                  | Total           | 403 | 100,0 |
| Norma Subjetiva                  | Baixo: 1-16     | 87  | 21,6  |
|                                  | Moderado: 17-32 | 257 | 63,8  |
|                                  | Elevado: >32    | 59  | 14,6  |
|                                  | Total           | 403 | 100,0 |
| Decisão de Amamentar             | Moderado: 34-66 | 349 | 86,6  |
|                                  | Elevado: >66    | 54  | 13,4  |
|                                  | Total           | 403 | 100,0 |

Nas características sociodemográficas em associação com as AMA, expostas na Tabela 2, o teste Qui-quadrado demonstra associação entre o estado civil e as AMA, porém, o V de *Cramer* evidencia uma fraca

associação. Não se precisam associações estatisticamente significativas comparativamente a outras variáveis e as AMA.

## Atitudes maternas face à amamentação e satisfação com o suporte social

Tabela 2

Estadística resumo da associação das AMA com as características sociodemográficas

| Características Sociodemográficas |                                    | AMA      |       |         |       | X <sup>2</sup> | p    | φ <sub>c</sub> | Teste de Fisher |
|-----------------------------------|------------------------------------|----------|-------|---------|-------|----------------|------|----------------|-----------------|
|                                   |                                    | Moderado |       | Elevado |       |                |      |                |                 |
|                                   |                                    | n        | %     | n       | %     |                |      |                |                 |
| Estado Civil                      | Casada                             | 222      | 63,6  | 27      | 50,0  | 3,67           | 0,05 | 0,09           | -               |
|                                   | Solteira/Viúva/Divorciada          | 127      | 36,4  | 27      | 50,0  |                |      |                |                 |
|                                   | Total                              | 349      | 100,0 | 54      | 100,0 |                |      |                |                 |
| Coabitação                        | Marido/companheiro                 | 331      | 94,8  | 50      | 92,6  | -              | -    | -              | 0,52            |
|                                   | Marido/companheiro e/ou Avós/Outro | 18       | 4,2   | 4       | 7,4   |                |      |                |                 |
|                                   | Total                              | 349      | 100,0 | 54      | 100,0 |                |      |                |                 |
| Local de Residência               | Urbano                             | 248      | 71,1  | 33      | 61,1  | 2,19           | 0,14 | -              | -               |
|                                   | Rural                              | 101      | 28,9  | 21      | 38,9  |                |      |                |                 |
|                                   | Total                              | 349      | 100,0 | 54      | 100,0 |                |      |                |                 |
| Escolaridade Materna              | Ensino Básico/Secundário           | 61       | 17,5  | 9       | 16,7  | 0,02           | 0,88 | -              | -               |
|                                   | Ensino Superior                    | 288      | 82,5  | 45      | 83,3  |                |      |                |                 |
|                                   | Total                              | 349      | 100,0 | 54      | 100,0 |                |      |                |                 |
| Situação Profissional Materna     | Empregada                          | 300      | 86,0  | 44      | 81,5  | 0,75           | 0,39 | -              | -               |
|                                   | Desempregada                       | 49       | 14,0  | 10      | 18,5  |                |      |                |                 |
|                                   | Total                              | 349      | 100,0 | 54      | 100,0 |                |      |                |                 |

Nota. X<sup>2</sup> = Qui-quadrado; p = Significância estatística; φ<sub>c</sub> = V de Cramer.

Atentando à Tabela 3, na associação entre a experiência de gravidez e aleitamento atual e as AMA constatou-se haver associação estatisticamente significativa entre as AMA e as variáveis: número de

gestações anteriores, tempo de permanência no domicílio após o parto e manutenção atual da amamentação contudo, uma fraca associação entre a variável e as AMA.

## Atitudes maternas face à amamentação e satisfação com o suporte social

Tabela 3

Estadística resumo da associação das AMA com a experiência de gravidez e de aleitamento atual

|  |                                | AMA      |       |         |       | X <sup>2</sup> | p    | φ <sub>c</sub> | Teste de Fisher | de |
|--|--------------------------------|----------|-------|---------|-------|----------------|------|----------------|-----------------|----|
|  |                                | Moderado |       | Elevado |       |                |      |                |                 |    |
|  |                                | n        | %     | n       | %     |                |      |                |                 |    |
| Número de Gestações Anteriores           | 0                              | 255      | 73,1  | 30      | 55,6  | 7,63           | 0,02 | 0,14           | -               |    |
|  | 1                              | 72       | 20,6  | 20      | 37,0  |                |      |                |                 |    |
|  | >=2                            | 22       | 6,3   | 4       | 7,4   |                |      |                |                 |    |
|  | Total                          | 349      | 100,0 | 54      | 100,0 |                |      |                |                 |    |
| Gravidez Planeada                        | Sim                            | 312      | 89,4  | 45      | 83,3  | 1,70           | 0,19 | -              | -               |    |
|  | Não                            | 37       | 10,6  | 9       | 16,7  |                |      |                |                 |    |
|  | Total                          | 349      | 100,0 | 54      | 100,0 |                |      |                |                 |    |
| Ocorrência de Problemas na Gravidez      | Sem Problemas                  | 297      | 85,1  | 43      | 79,6  | 1,06           | 0,30 | -              | -               |    |
|  | Com Problemas                  | 52       | 14,9  | 11      | 20,4  |                |      |                |                 |    |
|  | Total                          | 349      | 100,0 | 54      | 100,0 |                |      |                |                 |    |
| Tipo de Parto                            | Eutócico                       | 137      | 39,3  | 25      | 46,3  | 2,90           | 0,41 | -              | -               |    |
|  | Cesariana                      | 114      | 32,7  | 17      | 31,5  |                |      |                |                 |    |
|  | Ventosa                        | 29       | 8,2   | 6       | 11,1  |                |      |                |                 |    |
|  | Fórceps                        | 69       | 19,8  | 6       | 11,1  |                |      |                |                 |    |
|  | Total                          | 349      | 100,0 | 54      | 100,0 |                |      |                |                 |    |
| Formação em AM                           | Sim                            | 180      | 51,6  | 25      | 46,3  | 0,52           | 0,47 | -              | -               |    |
|  | Não                            | 169      | 48,4  | 29      | 53,7  |                |      |                |                 |    |
|  | Total                          | 349      | 100,0 | 54      | 100,0 |                |      |                |                 |    |
| Tempo Permanência Domicílio após o Parto | <6                             | 142      | 47,3  | 29      | 65,9  | 5,29           | 0,02 | 0,13           | -               |    |
|  | >=6                            | 158      | 52,7  | 15      | 34,1  |                |      |                |                 |    |
|  | Total                          | 300      | 100,0 | 44      | 100,0 |                |      |                |                 |    |
| Contato Pele a Pele                      | Sim                            | 213      | 61,0  | 36      | 66,7  | 0,63           | 0,43 | -              | -               |    |
|  | Não                            | 136      | 39,0  | 18      | 33,3  |                |      |                |                 |    |
|  | Total                          | 349      | 100,0 | 54      | 100,0 |                |      |                |                 |    |
| Ensinos sobre AM                         | Sim                            | 280      | 80,2  | 43      | 79,6  | 0,01           | 0,92 | -              | -               |    |
|  | Não                            | 69       | 19,8  | 11      | 20,4  |                |      |                |                 |    |
|  | Total                          | 349      | 100,0 | 54      | 100,0 |                |      |                |                 |    |
| Quem realizou ensinos                    | Enfermeiro                     | 243      | 86,8  | 34      | 79,1  | 1,82           | 0,18 | -              | -               |    |
|  | Outro Profissional             | 37       | 13,2  | 9       | 20,9  |                |      |                |                 |    |
|  | Total                          | 280      | 100,0 | 43      | 100,0 |                |      |                |                 |    |
| Decisão amamentar                        | Decisão própria                | 329      | 97,9  | 50      | 98,0  | -              | -    | -              | 1,00            |    |
|  | Conselho Profissional de Saúde | 7        | 2,1   | 1       | 2,0   |                |      |                |                 |    |
|  | Total                          | 336      | 100,0 | 51      | 100,0 |                |      |                |                 |    |
| Principal fonte de informação sobre AM   | Profissionais de saúde         | 217      | 62,2  | 37      | 68,5  | 1,87           | 0,39 | -              | -               |    |
|  | Redes sociais/internet         | 120      | 34,4  | 14      | 25,9  |                |      |                |                 |    |
|  | Família/amigo                  | 12       | 3,4   | 3       | 5,6   |                |      |                |                 |    |
|  | Total                          | 349      | 100,0 | 54      | 100,0 |                |      |                |                 |    |
| Principal fonte de ajuda sobre AM        | Profissionais de saúde         | 226      | 64,8  | 33      | 61,1  | 1,65           | 0,44 | -              | -               |    |
|  | Redes sociais/internet         | 96       | 27,5  | 14      | 25,9  |                |      |                |                 |    |
|  | Família/amigos                 | 27       | 7,7   | 7       | 13,0  |                |      |                |                 |    |
|  | Total                          | 349      | 100,0 | 54      | 100,0 |                |      |                |                 |    |

Nota. X<sup>2</sup> = Qui-quadrado; p = Significância estatística; φ<sub>c</sub> = V de Cramer; AM – Aleitamento Materno

Por último, na Tabela 4, a relação entre a satisfação com o suporte social e as AMA verificou-se a subsistência de associação estatisticamente bastante significativa face às atividades sociais e as AMA

### Atitudes maternas face à amamentação e satisfação com o suporte social

todavia, o valor de coeficiente de *Cramer* revela fraca associação. Correlacionou-se a elevadas AMA, as mulheres que apresentaram classificação moderado na dimensão satisfação com os amigos e intimidade, classificação elevada na dimensão satisfação com a

família e classificação baixo na dimensão atividades sociais. No geral, comprovou-se que as mulheres com cotação moderado na satisfação com o suporte social possuem tendência a apresentar, em maior percentagem, elevadas AMA.

Tabela 4

Estatística resumo da associação das AMA com a satisfação com o suporte social

| Satisfação com o Suporte Social |                 | AMA      |       |         |       | X <sup>2</sup> | p    | φ <sub>c</sub> |
|---------------------------------|-----------------|----------|-------|---------|-------|----------------|------|----------------|
|                                 |                 | Moderado |       | Elevado |       |                |      |                |
|                                 |                 | n        | %     | n       | %     |                |      |                |
| Satisfação com os Amigos        | Baixo: 5-11     | 44       | 12,6  | 6       | 11,1  | 1,54           | 0,46 | -              |
|                                 | Moderado: 12-18 | 156      | 44,7  | 29      | 53,7  |                |      |                |
|                                 | Elevado: >18    | 149      | 42,7  | 19      | 35,2  |                |      |                |
|                                 | Total           | 349      | 100,0 | 54      | 100,0 |                |      |                |
| Intimidade                      | Baixo: 4-9      | 46       | 13,2  | 7       | 13,0  | 0,58           | 0,75 | -              |
|                                 | Moderado: 10-15 | 156      | 44,7  | 27      | 50,0  |                |      |                |
|                                 | Elevado: >15    | 147      | 42,1  | 20      | 37,0  |                |      |                |
|                                 | Total           | 349      | 100,0 | 54      | 100,0 |                |      |                |
| Satisfação com a Família        | Baixo: 3-7      | 28       | 8,1   | 3       | 5,6   | 2,01           | 0,37 | -              |
|                                 | Moderado: 10-15 | 86       | 24,6  | 18      | 33,3  |                |      |                |
|                                 | Elevado: >15    | 235      | 67,3  | 33      | 61,1  |                |      |                |
|                                 | Total           | 349      | 100,0 | 54      | 100,0 |                |      |                |
| Atividades Sociais              | Baixo: 3-7      | 132      | 37,8  | 32      | 59,3  | 9,04           | 0,01 | 0,15           |
|                                 | Moderado: 10-15 | 148      | 42,4  | 16      | 29,6  |                |      |                |
|                                 | Elevado: >15    | 69       | 19,8  | 6       | 11,1  |                |      |                |
|                                 | Total           | 349      | 100,0 | 54      | 100,0 |                |      |                |
| Satisfação com o Suporte Social | Baixo: 15-35    | 25       | 7,2   | 5       | 9,3   | 2,02           | 0,36 | -              |
|                                 | Moderado: 36-55 | 179      | 51,3  | 32      | 59,3  |                |      |                |
|                                 | Elevado: >55    | 145      | 41,5  | 17      | 31,5  |                |      |                |
|                                 | Total           | 349      | 100,0 | 54      | 100,0 |                |      |                |

Nota. X<sup>2</sup> = Qui-quadrado; p = Significância estatística; φ<sub>c</sub> = V de Cramer

### DISCUSSÃO

Remetendo às inquietações que guiaram esta investigação e atentando na significação de norma subjetiva, os resultados alcançados e em concordância com o estudo de Fernandes (2013), eleva-se a

complexidade que enlaça a pressão social nas atitudes maternas face à amamentação, para aprimoramento do cuidar e incessável desassossego ao suporte circundante da mãe e bebé.

### Atitudes maternas face à amamentação e satisfação com o suporte social

No presente estudo, apurou-se que maioria das mulheres são casadas, sublinhando-se os resultados na decisão de amamentar. O facto das mulheres usufruírem de um apoio presente, especialmente do marido/companheiro, manifesta-se uma atuação positiva nas suas atitudes face à amamentação (Souza et al., 2016); aparecendo nas sociedades modernas a transição das famílias alargadas pelas famílias nucleares (Carvalho & Gomes, 2017). Sendo irrefutável que o pai do bebé é uma influência positiva no início e duração da amamentação, é primordial o seu envolvimento durante a gravidez, assegurando a sua cooperação ativa e reduzindo respostas negativas na tomada de decisão e proteção do AM (Carvalho & Gomes, 2017; Davidson & Ollerton, 2020).

Carvalho & Gomes (2017) afirmam uma maior prevalência do AM exclusivo e seu predomínio correlacionado a um nível mais elevado de escolaridade materna; as mulheres inquiridas, a maior parte possui curso superior, relacionando-se a percentagens expressivas de elevadas AMA.

No presente estudo, verificou-se um forte cuidado em possuir uma assistência adequada e focada durante o momento gravídico, tendo a maioria das mães mencionado uma gravidez planeada. Um não planeamento da gestação pode prejudicar a decisão da mulher de amamentar, porém, e em consonância com Conceição & Fernandes (2015), não se obtiveram resultados estatisticamente significativos que verificassem a associação entre as variáveis.

Santana, Giugliani, Vieira, & Vieira (2018) intensificam o conceito que um parto distócico tem sido ponderado como fator de risco ao abandono da amamentação, completando que um parto vaginal é apontado como fator de proteção a manutenção do AM. Nesta

investigação atestou-se 59,8% de parto instrumentalizado, todavia, não foi exposta associação entre o tipo de parto e as AMA sublinhando-se que “manter a harmonia entre os elementos mecânicos, fisiológicos, psicológicos, emocionais e espirituais do nascimento é tarefa daqueles que se encontram presentes no momento decisivo e mágico do parto” (Carvalho & Gomes, 2017, p. 185).

O suporte social é extraordinariamente relevante nos distintos períodos (pré-natal, puerpério e pós-parto), considerando-se profundamente interligado com a disponibilidade percebida de relacionamentos interpessoais e como atendem às vigentes necessidades da mulher (Monte et al., 2013; Nelas et al., 2017). Primo, Dutra, Lima, Alvarenga, & Leite (2015) realçam que é crucial o conhecimento da rede social da mãe, para que se possa identificar as pessoas mais importantes e perceber o seu possível papel no processo de amamentação, para que a mulher se sinta segura e capaz na decisão.

Hoje em dia, as mulheres mostram uma propensão gradual na procura de significação e compreensão dos processos maternos e são intervenientes ativas nas redes sociais, apreciadas atualmente como fonte de apoio e conhecimento na parentalidade (Carvalho & Gomes, 2017). O mesmo autor menciona ser um acontecimento global associado à mudança de núcleos familiares (onde se denota uma rede presencial menor), procurando aprovação e orientações nas redes sociais, também por ser uma ferramenta de baixo custo e habilitando as mães à procura de soluções rapidamente; não obstante que muitas mulheres podem deixar de procurar ajuda especializada por julgarem que as suas perguntas foram respondidas, erguendo-se a demanda de

atenção dos profissionais de saúde, para que chegue às mães informações exactas e significativas, tal como apoio habilitado à sua vivência de parentalidade.

Reforça-se a relevância do papel do profissional de saúde na concretização de ensinamentos e oferta de formações sobre aleitamento, articulados ao processo de promoção e proteção da amamentação, enfatizando-se a congruência da comunicação, acolhimento e processo educativo em saúde, orientado por saberes e em resposta às expectativas dos envolvidos, propiciando a adesão das famílias ao AM (Brandão, Santos, Lima, Santos, & Monteiro, 2009), sendo que estes são indicados neste estudo como principal fonte de informação e ajuda face ao AM.

### CONCLUSÃO

Considerando as aceções das dimensões referidas por Levy (1996) e o conhecimento presente das atitudes materna face à amamentação, apurou-se que as atitudes perante o comportamento alcançam maior percentagem em elevado; por sua vez, a norma subjetiva exibe percentagem superior em moderado, juntamente com percentagem significativa com cotação baixo. Salienta-se que os resultados alcançados relativos à norma subjetiva são semelhantes em estudos anteriores, reforçando o peso que a pressão e suporte social detêm na decisão de amamentar, carecendo de um olhar atento e astuto do profissional de saúde a toda a envolvimento da criança e mãe.

Evidencia-se que o suporte social às mães é comumente apregoado como influenciador na decisão e manutenção da amamentação, não se encontrando evidências científicas focadas à sua

avaliação e impacto na criança, mulher, família, sociedade e saúde.

Os profissionais de saúde usufruem um papel singular, na procura do cuidar integral, mediante a educação e proteção, promoção e apoio da amamentação próximo da mulher, família e comunidade, exigindo-se uma parceria entre todos, na melhoria e consolidação do conhecimento. Assim, propõe-se a concretização de estudos sobre Conhecimentos sobre aleitamento materno e confiança na resolução de dificuldades nos pais e Apreciação do suporte social na manutenção prolongada da amamentação e implicações na saúde.

Como limitações do estudo menciona-se a técnica de amostragem em Bola de Neve que delimita a não-generalização à população-alvo e embora a amostra inclua 403 mulheres, relata-se escassas frequências em determinadas integrantes das variáveis, limitando testes estatísticos e representação dos resultados. Salienta-se a escassez de bibliografia nacional e recente, dificultando a discussão e comparação de dados obtidos, intensificando a necessidade intrínseca de investigação para percepção das verdadeiras necessidades das mulheres. Outro aspeto comporta a escolha de propagação do instrumento *online* e tempo de preenchimento, o que poderá não ter assegurado que fosse preenchido em local livre de ruído/interrupções, o que certamente possibilitaria às participantes atenderem melhor às perguntas e respostas.

Admitindo as limitações da presente investigação, eleva-se o seu interesse, na inquietação com a satisfação do suporte social e atitudes maternas face à amamentação, na promoção de condições e intervenções direcionadas e adaptadas à individualidade de cada díade e família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brandão, I., Santos, J., Lima, K., & Santos, A. (2009). *O papel do enfermeiro na promoção ao aleitamento materno: uma revisão narrativa*. XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação. Universidade do Vale do Paraíba.  
[http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2011/anais/arquivos/0649\\_0784\\_01.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/0649_0784_01.pdf)
- Carvalho, M., & Gomes, C. (2017). *Amamentação: bases científicas* (4ª ed.). Guarabara Koogan.
- Conceição, S., & Fernandes, R. (2015). Influência da gravidez não planejada no tempo de aleitamento materno. *Revista da Escola Anna Nery*, 19 (4), 600-605. doi: 10.5935/1414-8145.20150080
- Davidson, E., & Ollerton, R. (2020). Partner behaviours improving breastfeeding outcomes: an integrative review. *Women and Birth*, 33, 15-23. doi: 10.1016/j.wombi.2019.05.010
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa nacional para vigilância da gravidez de baixo risco*. Lisboa, Portugal. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Fernandes, C. (2013). *Atitudes maternas face à amamentação*. (Dissertação de Mestrado) Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu.  
<https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1738>
- Fialho, F., Lopes, A., Dias, I., & Salvador, M. (2014). Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno. *Revista Cuidarte*, 5 (1), 670- 678. <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v5n1/v5n1a11.pdf>
- Galvão, D. (2002). *Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes*. (Tese de Doutoramento), Universidade do Porto, Instituto de Ciências Médicas de Abel Salazar. <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/64575>
- Leng, R., Shorey, S., & He, H. (2019). Integrative review of the factors that influence fathers' involvement in the breastfeeding of their infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 16-26. doi: 10.1016/j.jogn.2018.10.005
- Levy, L. (1996). *O sucesso no aleitamento materno: contributo de uma intervenção clínica*. (Tese de Doutoramento) Faculdade de Medicina de Lisboa. <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1625>
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual do aleitamento materno*. Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Lima, S., Santos, E., Erdmann, A., Farias, P., Aires, J., & Nascimento, V. (2019). Percepção de mulheres quanto à prática do aleitamento materno: uma revisão integrativa. *Revista Online Cuidado Fundamental*, 11 (1), 248-254. doi: 10.9789/2175-5361.2019.v11i1.248-254
- Marques, S., & Ramalho, S. (2015). Aleitamento materno: um estudo descritivo, no centro de saúde da região do oeste. *Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 33-40. doi: 10.17060/ijodaep.2015.n1.v1.252
- Monte, G., Leal, L., & Pontes, C. (2013). Rede social de apoio à mulher na amamentação. *Cogitare Enfermagem*, 18 (1), 148-155. doi: 10.5380/ce.v18i1.31321
- Nelas, P., Coutinho, E., Chaves, C., Amaral, O., & Cruz, C. (2017). Dificuldades na amamentação no primeiro mês de vida: impacto dos contextos de vida. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2), 183-192. doi: 10.17060/ijodaep.2017.n1.v3.987
- OMS. Organização Mundial de Saúde (2018). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf?ua=1>
- Pais- Ribeiro, J. (2011). *Escala de Satisfação com o Suporte Social*. Placebo.
- Primo, C., Dutra, P., Lima, E., Alvarenga, S., & Leite, F. (2015). Redes sociais que apoiam a mulher durante a amamentação. *Cogitare Enfermagem*, 20 (2), 426- 433. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37453/25554>
- Santana, G., Giugliani, E., Vieira, T., & Vieira, G. (2018). Factors associated with breastfeeding maintenance for 12 months or more: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 94 (2), 104-122. doi: 10.1016/j.jped.2017.06.013
- Souza, M., Nespoli, A., & Zeitoune, R. (2016). Influência da rede social no processo de amamentação: um estudo fenomenológico. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 20 (4). doi: 10.5935/1414-8145.20160107





**INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS NA GESTÃO DO LUTO EM CUIDADOS PALIATIVOS: SCOPING REVIEW**

Developed interventions in grief management in palliative care: scoping review

Intervenciones desarrolladas en el manejo del duelo en cuidados paliativos: scoping review

Joana Sousa\*, Raquel Ferreira\*\*, Virgínia Guedes\*\*\*

**RESUMO**

**Enquadramento:** a intervenção dos profissionais de saúde no processo de luto é uma necessidade de saúde no processo de fim-de-vida do doente paliativo e sua família. **Objetivo:** mapear a evidência científica sobre quais as intervenções desenvolvidas pelos profissionais de saúde na gestão do luto no contexto de cuidados paliativos. **Metodologia:** scoping review, seguindo a mnemónica P (participantes), C (conceito) e C (contexto) recomendada pelo Joanna Briggs Institute. **Resultados:** foram selecionados três artigos, dois dos quais se referem a programas de gestão do luto pela perda de uma familiar criança e um pela perda de familiar adulto. As intervenções desenvolvidas pelas equipas de saúde na gestão do luto iniciam-se no processo de fim-de-vida da pessoa. Relacionam-se com o suporte, criação de memórias e manutenção do contacto com a família após a morte da pessoa. **Conclusão:** o processo de luto associado à perda de uma criança é muito complexo e requer uma visão muito particular. Mais estudos devem ser desenvolvidos sobre as intervenções direcionadas na gestão de luto em cuidados paliativos.

**Palavras-chave:** luto; intervenções; equipa de saúde; cuidados paliativos

\*PhD, em Enfermagem de cuidados paliativos na Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0002-1272-9910> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article  
 \*\*RN, em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0003-0225-3397> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article  
 \*\*\*RN, em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0002-9654-3303> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

**Autor de correspondência:**  
 Virgínia Guedes  
 E-mail: [guedes.vir@mail.com](mailto:guedes.vir@mail.com)

**Como referenciar:**

Sousa, J., Ferreira, R., & Guedes, V. (2022). Intervenções desenvolvidas na gestão do luto em cuidados paliativos: scoping review. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 97-109. <https://doi:10.37914/riis.v5i2.189>

Recebido para publicação: 21/11/2021  
 Aceite para publicação: 06/05/2022

**ABSTRACT**

**Background:** the intervention of health professionals in the grieving process is a health need in the end-of-life process of the palliative patient and his family. **Objective:** to map the scientific evidence on which interventions health professionals develop in the grief management in the palliative care setting. **Methodology:** scoping review, following the mnemonic P (participants), C (concept) and C (context) recommended by the Joanna Briggs Institute. **Results:** three articles were selected, two of which refer to grief management programs for the loss of a child family member and one for the loss of an adult family member. The interventions developed by the health teams in the management of grief begin in the person's end-of-life process. They are related to support, creation of memories and maintenance of contact with the family after the person's death. **Conclusion:** the grieving process associated with the loss of a child is very complex and requires a very particular view. Further studies should be developed on targeted interventions in grief management in palliative care.

**Key-words:** bereavement; interventions; health care team; palliative care

**RESUMEN**

**Marco contextual:** la intervención de los profesionales sanitarios en el proceso de duelo es una necesidad sanitaria en el proceso de final de vida del paciente paliativo y su familia. **Objetivo:** mapear la evidencia científica sobre cuáles son las intervenciones desarrolladas por los profesionales de la salud en la gestión del duelo en el contexto de los cuidados paliativos. **Metodología:** scoping review, siguiendo los nemotécnicos P (participantes), C (concepto) y C (contexto) recomendados por el Instituto Joanna Briggs. **Resultados:** se seleccionaron tres artículos, dos de los cuales se refieren a programas de manejo del duelo por la pérdida de un familiar infantil y uno por la pérdida de un familiar adulto. Las intervenciones desarrolladas por los equipos de salud en el manejo del duelo comienzan en el proceso de final de vida de la persona. Están relacionados con el apoyo, la creación de recuerdos y el mantenimiento del contacto con la familia tras la muerte de la persona. **Conclusión:** el proceso de duelo asociado a la pérdida de un hijo es muy complejo y requiere una visión muy particular. Deben desarrollarse más estudios sobre las intervenciones específicas en la gestión del duelo en los cuidados paliativos.

**Palabras clave:** duelo; equipo de salud; intervenciones; cuidados paliativos

### INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos buscam qualidade de vida baseada principalmente na prevenção e alívio do sofrimento de doentes que possuem doenças ameaçadoras de vida, englobando as esferas de ordem física, psicológica, social, emocional e espiritual. Abrangem o apoio à família em processo de luto, encarando a vivência deste período como necessário, tornando possível a compreensão da construção da identidade coletiva da família (Pimenta & Capelas, 2019).

O conceito de luto tem vindo a sofrer alterações ao longo dos anos, uma vez inicialmente visto como um processo causador de doença física ou mental, sendo na atualidade é estudado como um processo normal e esperado quando existe a quebra de um vínculo. Parkes (2001), ao fazer uma revisão histórica sobre o estudo do luto, refere que nos séculos XVII e XVIII, este era considerado causa de morte e prescreviam-se medicações para o chamado luto patológico. Em 1835, Benjamin Rush, médico americano, receitava ópio para enlutados e considerava que aqueles que morriam de problemas cardíacos tinham como causa o que ele chamava de “coração partido”. O mesmo autor estudou doentes adultos com patologias psiquiátricas, internados entre 1949 e 1951 e verificou que o índice de morte do cônjuge nos seis meses anteriores ao internamento era seis vezes maior do que o encontrado em população não enlutada (Parkes, 2001). Sem dúvida, estes estudos trouxeram uma nova luz às considerações sobre as consequências do luto em populações específicas.

Mesmo na sociedade contemporânea, é difícil lidar com a morte, sendo ela muitas vezes um tabu.

Tendencialmente esquecemo-nos que somos mortais e quando nos confrontamos com a proximidade da morte num familiar ou amigo, existe uma desestruturação de identidade, acompanhada de muito sofrimento (Azevedo & Siqueira, 2020), que poderá ser vivida de diferentes formas, de acordo com as características de cada pessoa e da circunstância da morte do outro.

O luto é definido como uma “*resposta adaptativa a uma experiência de perda de vínculo afetivo que desencadeia um processo dinâmico de mudança e de transformação envolvendo dimensões físicas, psicológicas, comportamentais, espirituais e socioculturais da experiência humana*” (Barbosa, 2016, p.553). O luto é uma experiência vinculada diretamente à pessoa e aos seus familiares, porém, para os profissionais de saúde, é também um grande desafio trabalhar com o cuidado entre a vida e a morte (Fernandes, Costa, Morais, Duarte, Zaccara & Batista, 2016).

No contexto dos cuidados paliativos, podemos considerar que o início do luto familiar decorre ainda na fase de diagnóstico da doença. Existem várias formas de lidar com esta fase, desde a hesitação na partilha do diagnóstico, conspiração de silêncio, raiva ou culpa (Silva, Silva, Trovo & Silva, 2017). Os projetos familiares estão ameaçados e devem ser modificados, constituindo-se claramente uma crise familiar, caracterizada por incerteza e ansiedade que afetam os membros da família (Silva et al., 2017). Nesta fase, a família começa a viver o luto antecipatório, pela antecipação de mudanças e perdas. Os cuidados paliativos direcionados para a gestão do luto deverão iniciar-se neste momento (Silva et al., 2017).

Na verdade, as necessidades no processo de luto dependem muito de cada pessoa e da família. Embora a maioria dos indivíduos disponha de recursos internos e informais suficientes para se adaptar a essa transição de vida, outros são mais vulneráveis e podem estar em risco de desenvolver um luto complicado que levará a problemas de ordem física ou psíquica (Silva et al, 2017). De acordo com Pimenta & Capelas (2019), a intervenção no luto proporciona a vivência e a elaboração saudável do luto por parte da família, possibilitando também a detecção de um luto complicado. O trabalho de luto, por parte da família, inicia-se com a desorganização advinda da perda significativa e, progressivamente, desenvolve-se através de processos e reações que diminuem a dor da separação e promovem a reformulação pessoal e existencial, mediante a integração da perda (Pimenta & Capelas, 2020).

A intervenção dos profissionais de saúde no processo de luto é uma necessidade de saúde tão ou mais importante do que todas as outras, no processo de fim-de-vida do doente paliativo e sua família. Deste modo e de acordo com Pimenta & Capelas (2019), há uma necessidade de protocolar o apoio ao luto, na prevenção de complicações e intervenções no processo de luto, com base científica e fundamentada, através de programas formalmente definidos e publicados. No sentido de dar resposta a esta necessidade, em Portugal a Direção Geral da Saúde (DGS) publicou recentemente uma norma denominada por um Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado (DGS, 2019), que visa a avaliação do risco de luto em todas as pessoas que estejam a vivenciar um processo de luto. Este modelo prevê a

diferenciação de três tipos de intervenção de acordo com o nível do risco, progressivamente: a intervenção universal, a intervenção seletiva, que prevê a referência para saúde mental e a intervenção indicativa, realizada em consultas de luto (DGS, 2019). Uma revisão integrativa de literatura mostrou que a morte de um doente constitui também uma quebra de um vínculo e fonte de sofrimento para o profissional de saúde, bem como que o trabalho em equipa é muito importante neste contexto (Lima, Araujo & Mendes, 2020). Acrescenta também que o trabalho em equipa é muito importante no contexto da prestação de cuidados ao doente e família em luto, uma vez que quando não existe uma ligação entre os trabalhos dos vários profissionais envolvidos, torna-se difícil haver um planeamento integrado das intervenções psicossociais no alívio do sofrimento dos envolvidos (Lima, Araujo & Mendes, 2020).

Com base na complexidade e multidimensionalidade do processo de luto, bem como a sua importância na vida do doente e dos familiares enlutados, nas vivências e marcas que poderá deixar, assim como a grande influência que as equipas de saúde em cuidados paliativos têm na vivência deste processo de forma positiva ou negativa, torna-se importante uma abordagem sobre este tema. Assim, surge como questão de investigação central desta pesquisa: quais as intervenções que as equipas de saúde desenvolvem na gestão do luto, no contexto de cuidados paliativos? Para responder a esta questão desenvolvemos uma revisão do tipo *scoping*, que apresentamos a seguir.

### PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE REVISÃO

A realização desta *scoping review* tem como principal objetivo: mapear as intervenções das equipas de profissionais de saúde em cuidados paliativos na gestão do luto. A metodologia utilizada para obter respostas a nossa questão de investigação foi a elaboração de uma *scoping review* segundo as recomendações preconizadas pelo *Joanna Briggs Institute* (2015).

Utilizando a estratégia participants, concept e context (PCC), foram incluídos na *scoping review* estudos que:

- a) quanto ao tipo de participantes, sejam profissionais das equipas envolvidas na prestação de cuidados paliativos, pelo que estas equipas devem integrar duas ou mais profissões diferentes, podendo ser enfermeiros, capelões, médicos, psicólogos, assistentes sociais, entre outros;
- b) quanto ao conceito, refiram intervenções dirigidas à gestão do luto, sendo que estas intervenções devem ser dirigidas ao doente e/ou família em processo de luto e devem ter o propósito de ajudar na vivência deste processo, manutenção de um luto significativo para os envolvidos, avaliação do risco de luto complicado e prevenção;
- c) no contexto de cuidados paliativos, não sendo necessariamente nos serviços de cuidados paliativos, desde que estejam a ser efetivamente prestados este tipo de cuidados ao doente e família. Tal pode acontecer em locais onde não existam serviços de cuidados paliativos, mas as equipas prestem de forma intencional e integrada este tipo de cuidados, assim como doentes que estejam internados noutras tipologias de serviços e seja assumida pela instituição/serviço uma abordagem paliativa ao

doente, sendo accionada a equipa de apoio de cuidados paliativos. De igual modo serão considerados estudos cujo contexto seja hospitalar/ institucional ou domiciliário.

A elaboração da questão de investigação seguiu o acrónimo PCC (População, Conceito, Contexto) (Peters, Godfrey, Khalil, McInerney, Parker, & Soares, 2015; Tricco, Lillie, Zarin, O'Brien, Colquhoun, & Leva, 2018), sendo que se construiu a seguinte questão:

### **Quais as intervenções desenvolvidas pelas equipas de profissionais de saúde na gestão do luto em cuidados paliativos?**

Para a pesquisa dos estudos relevantes realizou-se com base em termos de pesquisa extraídos de artigos científicos relacionados com o tema, sendo eles: *grief, loss, bereavement, mourning, healthcare team, interventions*. Posteriormente foram procurados os respectivos descritores científicos no *MeSH Browser* e *CINAHL headings*.

A pesquisa foi conduzida em duas bases de dados disponíveis na EBSCOhost (ESEP): CINAHL e MEDLINE, utilizando as seguintes frases booleanas, respetivamente: *(grief or bereavement) AND multidisciplinary care team AND (treatment or practice guidelines)* e *(grief or bereavement or mourning) AND patient care team AND (best practice interventions or treatment or practice guidelines as topic)*.

Como limitadores de pesquisa, foram considerados apenas estudos em inglês, português ou espanhol e publicados em revistas académicas, com acesso a texto completo. A relevância dos artigos para a revisão foi analisada por dois revisores independentes.

**RESULTADOS**

O processo de seleção dos estudos está descrito no fluxograma PRISMA. Assim, após a pesquisa nas bases de dados via EBSCOhost da biblioteca da ESEP, foram identificados 803 estudos na base de dados CINAHL e 111 na Medline, num total de 914 estudos. Removidos os duplicados (n=18) passamos à leitura por título e resumo dos restantes 896 estudos. Destes, foram

removidos 871 por não se enquadrarem nos critérios de inclusão PCC, assim como não se incluírem nos limitadores definidos, ficando 25 estudos para leitura integral. Dos estudos elegíveis para leitura integral (n=25), 11 foram removidos por não se enquadrarem na população, 11 pelo conceito e 1 pelo contexto. Incluímos, assim, 3 estudos na síntese.

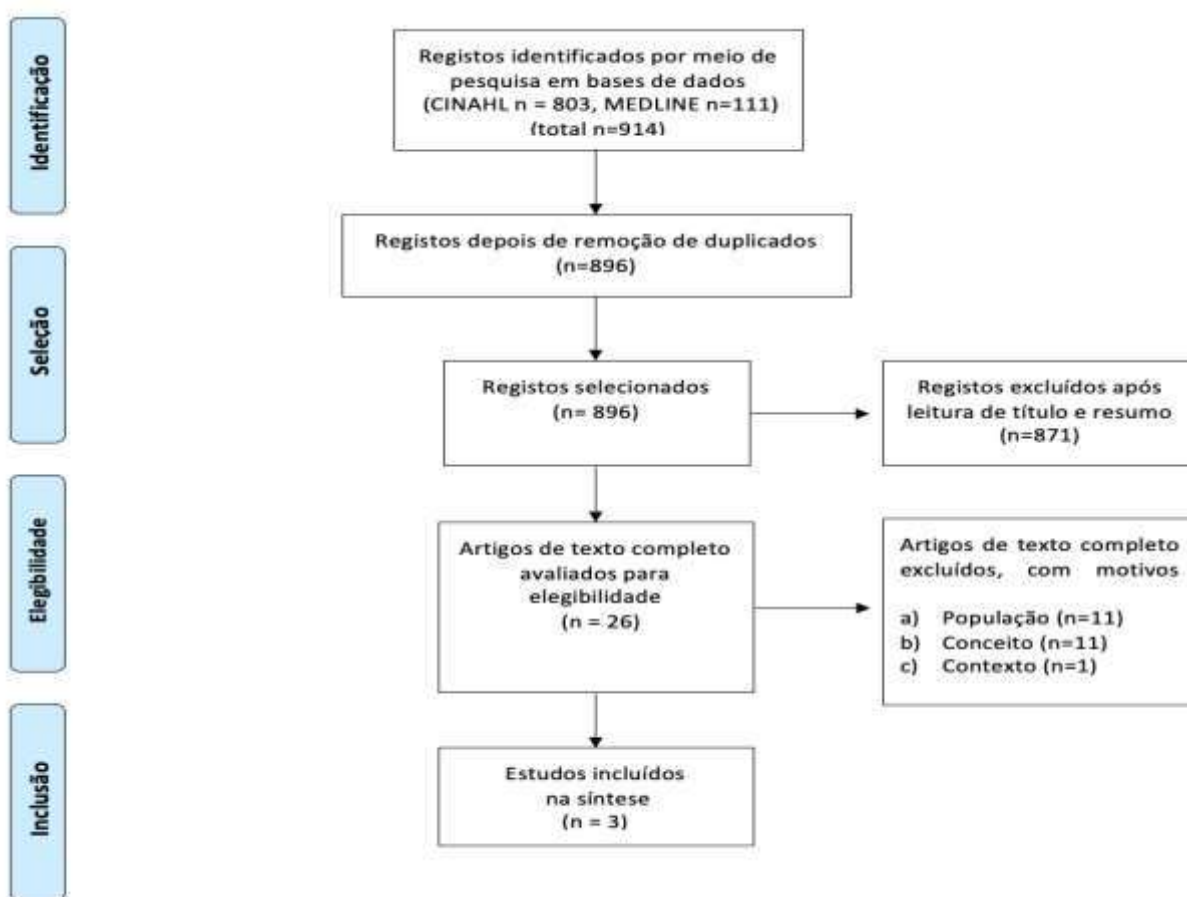


Figura 1  
Fluxograma Prisma adaptado

Os 3 estudos elegíveis foram integralmente analisados, e deles foram extraídos e sintetizados os dados que respondem à questão de investigação e objetivo desta revisão. A tabela 1 apresenta a síntese de dados

resultante da análise dos 3 estudos, no que diz respeito aos autores, ano e país de origem, objetivo do estudo, método, participantes, intervenções e resultados, respetivamente.

## Intervenções desenvolvidas na gestão do luto em cuidados paliativos: scoping review

Tabela 1

Síntese de dados extraídos dos estudos selecionados

| <b>Autores, Ano de publicação e país de origem</b> | <b>Objetivo</b>  | <b>População</b>  | <b>Método</b>  | <b>Tipo de intervenção</b>  | <b>Duração da intervenção</b>  | <b>Resultados</b>   | <b>Conclusões</b>  |
|--|--|---|--|---|--|---|--|
| Davidson, Tang & Titler, 2003, EUA                 | Descrever um protocolo baseado em evidência sobre o apoio ao luto que fornece uma orientação de intervenção projetada para ajudar os membros da família, antes e depois da morte do seu familiar em fim-de-vida, em ambiente de lar de idosos. | Destinado a: equipa da linha da frente: enfermeiros, assistentes sociais, capelães, profissionais que cuidam de pessoas idosas em fim-de-vida e fornecem suporte para as mesmas e suas famílias, e ainda, gestores que desenvolvem políticas e procedimentos em contexto dos lares de idosos. | Descritiva (descrição do protocolo baseado na evidência) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação da figura de "líder de luto", que deve existir em todos os turnos de trabalho;</li> <li>- Programa de formação sobre o protocolo destinado a todos os profissionais;</li> <li>- Identificação de todas as famílias em processo de luto;</li> <li>- Fornecimento de informação sobre os serviços de cuidados paliativos, antes da morte do residente;</li> <li>- Apoio à família durante o processo de morte e durante a morte, pelos líderes de luto;</li> <li>- Avaliação do risco de processo de luto complicado dos membros da família enlutada;</li> <li>- Assinatura e envio de cartão de condolências à família enlutada pelo líder de luto;</li> <li>- Auxílio da família na recolha dos pertences do falecido no espaço onde vivia;</li> <li>- Realização de memoriais das pessoas falecidas com regularidade, aos quais os elementos da equipa são convidados e incentivados a participar.</li> </ul> | Desde que um residente é identificado como um doente paliativo, até cerca de 1 mês após a sua morte. | Avaliados através do preenchimento de um instrumento de avaliação 1 mês após morte de um residente com o qual o protocolo foi utilizado (questionário de avaliação do luto familiar). | O uso deste protocolo pode reduzir a incerteza e aumentar a confiança dos profissionais que prestam cuidados às famílias antes e depois da morte do familiar, e pode garantir a todas as famílias receber apoio consistente durante a experiência de luto. |
| DeJong-Berg & deVlaming,                           | Descrever o desenvolvimento de um  | Equipas de cuidados   | Descritiva (descrição de um                              | - Criação de memórias: imprimir ou fazer  | Desde o período de fim-de-vida até pelo menos  | O programa tem um questionário de satisfação  | Apesar da maioria dos pais   |

## Intervenções desenvolvidas na gestão do luto em cuidados paliativos: scoping review

|                     |   |                               |                                      |   |                                       |   |  |
|---------------------|---|-------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------------------|---|--|
| <p>2005, Canadá</p> | <p>programa de acompanhamento no luto pelo serviço de cuidados paliativos pediátricos e explorar as lições aprendidas e desafios enfrentados no desenvolvimento do mesmo.</p> | <p>paliativos pediátricos</p> | <p>programa de <i>follow-up</i>)</p> | <p>um molde da mão da criança, em argila; cortar e preservar uma madeixa de cabelo da criança; criar uma colcha e uma caixa de memórias.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilidade dos fotografos do hospital para fotografar as crianças e suas famílias;</li> <li>- Remodelação dos quartos das crianças, com privacidade e conforto para elas e suas famílias;</li> <li>- Pasta com material relativo ao processo de luto, para providenciar à família após a morte da criança;</li> <li>- Envio de um cartão de compaixão;</li> <li>-Telefonemas de seguimento;</li> <li>- Referenciação para os serviços comunitários, serviços de aconselhamento e grupos de suporte no luto;</li> <li>- Coração de recordação em cerâmica de 2 peças (pequeno coração inserido/encaixado num de maiores dimensões), oferecido no momento da morte da criança. A peça maior era destinada à família, e a pequena, à criança;</li> <li>- "Sussurros de esperança", cartas enviadas à família num intervalo de 2 semanas, 3 e 6 meses, e 1 ano após a morte da criança;</li> </ul> | <p>1 ano após a morte da criança.</p> | <p>das famílias que apenas foi introduzido posteriormente e não está desenvolvido neste artigo, estando apenas referido no final.</p> | <p>sobreviverem à perda de um filho e ao luto, e terem a capacidade de lidar com a vida e, com a dor e manifestar sentimentos de bem-estar, um programa de acompanhamento da dor, perda e luto, como este, é considerado vital para manter o contacto, informar apoiar os pais e famílias destas crianças.</p> |
|---------------------|---|-------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------------------|---|--|



## Intervenções desenvolvidas na gestão do luto em cuidados paliativos: scoping review

|   |  |  |  |   |                              |   |   |
|---|--|--|--|---|------------------------------|---|---|
| Michelson, Blehart, Hochberg & James, 2013, EUA | Descrever dados sobre a implementação da fotografia de luto em pediatria e o impacto de tais programas nos profissionais de saúde. | 29 profissionais de saúde (médicos, capelães, especialistas em saúde infantil, enfermeiros, assistentes sociais) que cuidaram de 59 crianças em fim-de-vida e suas famílias. | Implementação de programa sobre fotografia de luto (estudo piloto) com avaliação do seu impacto nos profissionais (aplicação de questionários) | - Fotografia profissional: o fotógrafo tem experiência específica em fotografia de luto e experiência em apoio ao luto.<br>- Uso de técnicas de luz, estilo documentário, sem poses por parte dos participantes;<br>- Edição de um álbum e apresentação/oferta à família. | Últimos dias e horas de vida | A maioria dos profissionais referiu que o programa os ajudou a sentirem-se melhor no seu papel (70%). Grande parte dos profissionais (80%) referiu ainda que as famílias pareciam gratas pelo serviço. Da análise qualitativa, obtiveram-se 4 categorias: valor do programa (valorização da família, benefícios para as famílias e apoio aos profissionais de saúde), aspetos positivos, aspetos negativos e sugestões de melhoria. | A implementação de fotografia no luto é viável, apesar das barreiras significativas. Os profissionais de saúde devem ser treinados para fazer este importante trabalho, que além de criar memórias para a família enlutada, pode trazer benefícios para os próprios profissionais na prevenção da exaustão emocional. |
|---|--|--|--|---|------------------------------|---|---|

### DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objetivo central deste trabalho foi identificar e mapear as intervenções desenvolvidas pelas equipas de saúde na gestão do luto, na prestação dos cuidados paliativos ao doente e sua família. Assim, 3 estudos deram resposta a este objetivo -o mais antigo data de 2003, e o mais recente, de 2013. Todos eles foram desenvolvidos no continente americano, sendo que 2 nos EUA, e 1 no Canadá.

O primeiro estudo (Davidson, Tang & Titler, 2003), desenvolvido nos EUA, descreve-nos um protocolo utilizado numa residência de idosos, aplicado aos residentes identificados como doentes paliativos, desde o momento dessa identificação, até cerca de pelo menos um 1 mês após a sua morte. A instituição deste protocolo prevê a formação dos elementos que

estão na linha da frente do processo de fim-de-vida e luto dos residentes e suas famílias, nomeadamente sobre: processo de morte, teoria do luto, habilidades de comunicação e suporte, cuidados culturalmente sensíveis, questões instrumentais e legais da morte, e documentação de apoio ao luto. Este programa multidisciplinar é desenvolvido por enfermeiros, capelães, assistentes sociais, entre outros, sendo uma das principais figuras, o líder de luto. Este elemento da equipa deverá estabelecer uma interface entre a instituição e a família da pessoa em fim-de-vida. Duas das principais intervenções na gestão do luto, transversal a todas as fases do processo, são a escuta e a presença. Os autores referem que os líderes devem estar mais preocupados em escutar a família do que

em dizer a coisa certa, assim como passar o máximo de tempo com a pessoa em fim-de-vida e sua família, sabendo quando se deve afastar do quarto para dar privacidade (Davidson et al., 2003). De salientar que o processo de apoio à família começa por iniciativa da instituição em contactar a mesma, e comunicar o estado de saúde do familiar, e informar sobre todos os serviços de apoio no fim-de-vida a este e à sua família. Durante o suporte dado à família, é realizada uma avaliação do risco de luto complicado pelo líder de luto, o que poderá levar a acionar recursos adicionais (profissional especializado) caso se verifique um maior risco. Após a morte do familiar, é enviado um cartão de condolências à família. É realizado também um acompanhamento da família na recolha dos pertences do familiar no espaço em que este vivia. Salienta-se também neste protocolo, a realização de memoriais das pessoas falecidas, nos quais estas são recordadas, pelo que os familiares são convidados a participar, assim como os próprios profissionais da instituição são encorajados a estar presentes.

O segundo estudo incluído nesta revisão descreve também um programa de acompanhamento de luto, mas numa unidade de cuidados paliativos pediátricos. Este acompanhamento estende-se desde o fim-de-vida da criança, até cerca de um ano após a sua morte, e é dirigido à família próxima, particularmente aos pais. O luto pela perda de um filho é particularmente específico quando comparado com o luto de um familiar adulto. De acordo com os autores, o trabalho dos pais no luto não é romper o vínculo com a criança falecida, mas sim mudar a sua representação interior, integrando a criança na vida dos pais de uma forma diferente de quando esta estava viva (deJong-Berg &

deVlaming, 2005). Assim, as intervenções das equipas de saúde na gestão do luto centram-se muito particularmente na criação de memórias da criança na fase do luto antecipatório, que permanecerão com os pais após a sua morte, tais como: gravar a sua mão em argila ou desenhá-la com tintas, cortar uma madeixa do seu cabelo, tirar fotografias durante o final da sua vida, e ainda, criar uma caixa de memórias. A personalização e remodelação dos quartos onde as crianças se encontram com a família visam também criar um espaço íntimo, familiar e acolhedor, para que vivam este processo com mais significado. Salienta-se também um ritual em que, muito perto da morte da criança, o enfermeiro oferece um duplo coração em cerâmica, resistente à cremação, do qual a parte interna poderá ser colocada junto da criança e a parte externa ficará na posse dos pais, possuindo uma mensagem de consolação. Após a morte da criança, a equipa da instituição envia um “cartão de compaixão” à família e o seguimento inicia-se com um primeiro telefonema pelo qual é obtido o consentimento informado dos pais para continuarem a ser acompanhados pela equipa. A família é informada de todos os serviços comunitários que pode usufruir, como grupos de apoio e serviços de aconselhamento. É mantido o contacto com a família através de “sussurros de esperança”, que são cartas enviadas periodicamente até ao 1º aniversário da morte da criança. Aí espera-se que seja o fim do acompanhamento do processo de luto pela equipa, informando, porém, que os pais podem continuar a ser acompanhados, se assim o desejarem (deJong-Berg & deVlaming, 2005).

O último e mais recente estudo, Michelson, Blehart,

Hochberg & James (2013), descreve o impacto da implementação de um programa de fotografia em luto, na perspectiva dos profissionais de saúde. Tal como o estudo anterior, este programa é dirigido à idade pediátrica e acompanha especialmente a criança em fim-de-vida e família próxima. Usa a fotografia como meio de intervenção no processo de luto. Um fotógrafo profissional, com formação e experiência em cuidados paliativos pediátricos é chamado pela equipa, quando esta acha o momento oportuno. Este fotógrafo captura imagens realistas nos momentos de fim-de-vida da criança, preferencialmente sem poses, de forma a registar estes íntimos momentos com todas as emoções e sentimentos intrínsecos, na forma mais genuína e bela possível, usando a técnica de documentário. É realizado um álbum que é facultado aos pais, sem custos. De salientar que todo este acompanhamento é realizado com o consentimento explícito dos pais. Os profissionais de saúde envolvidos neste programa referiram que este traz vantagens para a família no processo de luto, e para os profissionais de saúde, podendo ajudar a prevenir a exaustão.

Quando analisados os 3 estudos, 1 deles relacionado com o luto da perda de um familiar adulto, e 2 relacionados com o luto pela perda de uma criança, podemos concluir que a duração deste acompanhamento é superior quando se trata da perda de um filho (deJong-Berg & deVlaming, 2005). O período de acompanhamento em luto de uma criança tem a duração de cerca de um ano, enquanto que, quando se trata da perda de um familiar adulto, este período dura cerca de apenas 1 mês. Esta diferença é compreensível, pelo processo de luto ser bastante mais complexo no primeiro caso. Confrontando este

resultado com a norma 3/2019 da DGS, constata-se que a mesma prevê o último contacto com a família enlutada cerca de 6 meses após a morte do familiar, para uma última avaliação do luto prolongado e eventual referenciação. Também se verificam algumas diferenças na natureza das intervenções, pelo que, quando se trata de uma morte precoce, as intervenções centram-se bastante na criação de memórias físicas durante o processo de fim-de-vida. Intervenções comuns a ambas as idades se prendem com a escuta e a presença durante o processo de morte e, após o estabelecimento de contacto com a família através do envio de cartões e telefonemas. Fernandes et al. (2016) referem que a morte de um ente querido é um evento doloroso, e quando se trata da perda de um filho, é um fator de risco para o desenvolvimento de um luto complicado, pelo tipo de laço afetivo entre pais e filhos caracterizado como complexo e intenso. Deste modo, a equipa profissional deverá adaptar as suas intervenções para cada realidade, de modo a melhor acompanhar situações em que o risco de complicação do luto é maior.

Os resultados desta revisão de literatura evidenciam particularmente a ideia proferida por Pimenta & Capelas (2019), de que “atualmente verifica-se uma falta de evidência para orientar o desenvolvimento e a alocação deste tipo de intervenção em cuidados paliativos, incluindo programas para desenvolver a capacidade da comunidade” (p.10) para a gestão do luto, uma vez que apenas três estudos que cumpriam os requisitos foram encontrados nas bases de dados científicas.

No que diz respeito às intervenções desenvolvidas pelas equipas de cuidados paliativos, as intervenções

encontradas na revisão estão em concordância com as intervenções referidas por outros autores. Pimenta & Capelas (2020) no seu estudo retrospectivo, constatou que as equipas de cuidados paliativos participantes que desenvolviam ações dirigidas à gestão do luto, usavam, de uma forma considerável, a chamada telefónica, pelo que os autores referem não ser muito adequada para despistar o luto complicado caso esta seja usada isoladamente, pois não permite uma avaliação verdadeira e presencial do familiar enlutado. De acordo com os resultados deste estudo, os profissionais de saúde envolvidos nos programas de gestão do luto foram essencialmente médicos, capelães, enfermeiros e assistentes sociais. Uma revisão bibliométrica realizada sobre o tema constatou que os profissionais de saúde que mais se envolvem no acompanhamento de familiares enlutados são os enfermeiros e os psicólogos (Fernandes et al., 2016). Os primeiros por acompanharem o doente e a família em toda a fase do processo e pela sua comunicação sensível e empática característica da competência profissional. Os segundos, pela especificidade profissional neste campo de atuação. De salientar que Pimenta & Capelas (2020) apresentaram estes dois grupos profissionais, enfermeiros e psicólogos, de igual forma como os mais interventivos nas atividades de gestão de luto.

A escuta ativa e a presença são duas intervenções que foram referidas nos resultados da revisão. Silva et al. (2017), referem que o enfermeiro deverá utilizar, na relação terapêutica entre si e o familiar enlutado, estratégias de comunicação como a escuta ativa, reafirmações verbais, o toque terapêutico, o olhar, o sorriso, a presença frequente e o uso de perguntas

abertas, transmitindo a mensagem de solicitude compassiva. Em conformidade, Pimenta & Capelas (2019) referem que “ao invés de tentar descobrir as palavras mais acertadas a proferir, deve centrar-se na escuta ativa, na presença, no toque, disponibilizando tempo de qualidade, fazendo o outro sentir-se acompanhado e protegido” (p.12).

Outras intervenções referidas na literatura também estão em conformidade com os resultados do nosso estudo, tais como as cartas de condolências, consulta de seguimento (Pimenta & Capelas, 2020), visita domiciliária e grupos de apoio, além de outras não encontradas nos resultados, como exercícios de escrita (Pimenta & Capelas, 2019).

### CONCLUSÕES

As intervenções desenvolvidas pelas equipas de saúde na gestão do luto são várias e iniciam-se no processo de fim-de-vida da pessoa doente. De referir a instituição de processos formativos dos profissionais de saúde e a educação pelos mesmos da família enlutada sobre as questões relacionadas com o luto. Conclui-se que a base das intervenções são a escuta e a presença dos profissionais de saúde. A avaliação do risco de luto patológico também é uma intervenção desenvolvida. Os profissionais de saúde também informam e orientam a família sobre as questões práticas e legais relacionadas com a morte do familiar. A criação de memórias da pessoa, enquanto viva, particularmente evidente quando se trata de uma criança é de extrema importância. O uso da fotografia, como instrumento de criação de memórias, mesmo que capture os momentos de sofrimento nos últimos dias de vida pode ser eficaz na gestão do luto da família

e dos profissionais de saúde. Outras intervenções desenvolvidas são os telefonemas à família após a morte, envio de cartões e referência para os recursos comunitários. Importa salientar que o processo de perda e luto associado à morte de uma criança é muito complexo e merece uma visão muito particular, devendo ser alvo de estudos específicos para esta faixa etária. No entanto, não invalida que as intervenções usadas nesta faixa etária para a gestão de luto, não possam ser aplicadas a faixas etárias superiores. Sugere-se a realização de mais estudos sobre as intervenções desenvolvidas pelos profissionais na gestão do luto, uma vez que poucos estudos publicados descrevem programas de acompanhamento, protocolos ou estudos piloto, sendo necessário haver um maior investimento nesta área. Para uma revisão da literatura mais completa sugere-se a pesquisa complementar em base de dados espanholas, visto o luto ser uma das áreas aprofundadas pela comunidade científica espanhola. A realização de estudos primários nesta área, passíveis de serem correlacionados com estudos sobre a melhoria de cuidados nesta área, seria uma mais-valia para a evolução na intervenção no luto em cuidados paliativos.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, D. & Siqueira, A. (2020). Terapia do luto: Intervenções clínicas na elaboração do processo de luto. *Revista FAROL*, 9(9), 341-355
- Barbosa, A. (2016). *O Luto em Cuidados Paliativos*. In A. Barbosa, I. Galriça Neto, P. Pina & F. Tavares, Manual de cuidados paliativos (pp.533-630). Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética
- Davidson, K.M. (2003). Evidence-based protocol: family bereavement support before and after death of a nursing home resident. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(1), 10–18. 10.3928/0098-9134-20030101-08
- DeJong-Berg, M.A., & deVlaming D. (2005). Paediatric nursing. Bereavement care for families part 1: a review of a paediatric follow-up programme. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(10), 533–539. 10.12968/ijpn.2005.11.10.19981
- DGS. Direção Geral da Saúde. (2019). *Norma DGS n. 003/2019 de 23 abril 2019 - Modelo de Intervenção Diferenciada no Luto Prolongado em Adultos*. Ministério da Saúde.
- Fernandes, M., Costa, S., Morais, G., Duarte, M., Zaccara, A. & Batista, P. (2016). Palliative care and grief: a bibliométrica study. *EscAnnaNery*, 20(4), e20160102. 10.5935/1414-8145.20160102
- Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute. <https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
- Lima, M.C., Araújo, A.H.I.M., & Mendes, M.I.O.I. (2020). A influência dos cuidados de enfermagem e a equipe multiprofissional no luto da família: uma revisão de literatura. *Revista JRG De Estudos Académicos*, 3(7), 516–534. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4277982>
- Michelson, K.N., Blehart, K., Hochberg, T., James, K., & Frader, J. (2013). Bereavement Photography for Children: Program Development and Health Care Professionals' Response. *DeathStudies*, 37(6), 513–528. 10.1080/07481187.2011.649942
- Parkes, C. M. (2001). *A historical overview of the scientific study of bereavement*. In M. S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 25–45). American Psychological Association. 10.1037/10436-001
- Peters, M.D., Godfrey, C.M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., Soares, C.B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*, 13(3), 141-6. doi: 10.1097/XEB.0000000000000050
- Pimenta, S.& Capelas, M.L.V. (2019). A abordagem do luto em cuidados paliativos. *Cadernos De Saúde*, 11(1), 5-18. 10.34632/cadernosdesaude.2019.7247
- Pimenta, S. & Capelas, M.L.V (2020). Intervenção no processo de luto em Portugal pelas equipas de

## Intervenções desenvolvidas na gestão do luto em cuidados paliativos: scoping review

cuidados paliativos. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 23-35.10.34632/cadernosdesaude.2020.5281

Silva, V., Silva, R, Trovo, M. & Silva, M. (2017). Roy's Adaptation Model and the Dual Process Model of Grieving substantiating palliative nursing care to the family. *O Mundo da Saúde*. 40, 521-536. 10.15343/0104-7809.201740A521536.

Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., & Levac, D. et al. (2018). *PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation*  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30178033>



## SEGURANÇA NO USO DO MEDICAMENTO NO DOENTE CRÍTICO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Safety use of medication in critical care patients: integrative literature review

Seguridad en el uso de los medicamentos en pacientes críticamente enfermos: revisión integrativa de la literatura

Inês Correia\*, Maria Lurdes Martins\*\*

### RESUMO

**Enquadramento:** o doente crítico está particularmente vulnerável à exposição a incidentes relacionados com medicação, devido à elevada complexidade de cuidados. **Objetivos:** analisar quais as intervenções de enfermagem que promovem a segurança no uso do medicamento no doente crítico. **Metodologia:** revisão integrativa da literatura. Foram selecionados os motores de busca PubMed, EBSCO, Scielo e B-On e incluídos na amostra nove artigos. **Resultados:** a complexidade dos doentes críticos, com situações clínicas vulneráveis e necessidade de múltiplas medicações em simultâneo, associados a stress e rácio enfermeiro-doente inadequado, resultam em erros de medicação. A equipa multidisciplinar deve estar atenta a todas as fases da medicação, pelo que uma comunicação eficaz e centrada no doente é fundamental na segurança do medicamento. **Conclusão:** os enfermeiros, enquanto elementos-chave da prestação de cuidados ao doente crítico, têm um papel crucial na segurança no uso do medicamento. Todo o processo de prevenção de danos neste âmbito constitui um enorme desafio, que exige uma avaliação e monitorização minuciosas, sendo a sua responsabilidade garantir a prestação de cuidados seguros, eficientes e centrados nas necessidades do doente e família.

**Palavras-chave:** enfermagem; cuidados críticos; tratamento farmacológico; segurança do paciente

\*MSc, em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa - <https://orcid.org/0000-0002-6586-8260> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article  
 \*\*PhD, em Enfermagem Instituto de Ciências na Saúde da Universidade Católica Portuguesa - <https://orcid.org/0000-0002-5318-3184> - Author contribution: Data analysis and interpretation, Critical revision of the article

**Autor de correspondência:**  
 Inês Correia  
 E-mail: inees.filipa@hotmail.com

### Como referenciar:

Correia, I., & Martins, M.L. (2022). Segurança no uso do medicamento no doente crítico: revisão integrativa da literatura. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 111 - 122. <https://doi:10.37914/riis.v5i2.205>

Recebido para publicação: 07/12/2021  
 Aceite para publicação: 12/10/2022

### ABSTRACT

**Background:** the critically ill patient is particularly vulnerable to medication-related incidents, due to the high complexity of care. **Aims:** analyze the nursing interventions that promote medication safety in critical care patients. **Methodology:** integrative review on four data-bases, PubMed, EBSCO, Scielo and B-On. Nine articles were included. **Results:** medication safety is considered a major quality indicator in healthcare organizations. Implementing a safety culture is important, since it recognizes that highly risk interventions are performed and error is inevitable. The complexity of care in critically ill patients implies a vulnerable condition, where multiple medications are needed, which when associated with stress and poor nurse-patient ratio, can result in medication errors. The healthcare team should be aware of all stages of medication; therefore, communication is essential in medication safety. **Conclusion:** the nursing team, as key-elements of care delivery in critically ill patients, have an important role in medication safety. Therefore, the process of preventing errors is a considerable challenge, requiring evaluation and monitoring thorough. The nursing team has to guarantee a safe efficient and focused care for the patient and family.

**Keywords:** nursing; critical care; drug therapy; patient safety

### RESUMEN

**Marco contextual:** el paciente crítico es especialmente vulnerable a los errores de medicación, debido a la alta complejidad de sus cuidados. **Objetivos:** Analizar las intervenciones de la actuación enfermera en la promoción de la seguridad de los medicamentos en el paciente crítico. **Metodología:** revisión integrativa de la literatura científica en los siguientes buscadores electrónicos: PubMed, EBSCO, Scielo y B-On. Fueron seleccionados nueve artículos. **Resultados:** la complejidad de los pacientes críticos, con situaciones clínicas vulnerables y necesidades múltiples de medicación, asociados al estrés y a una ratio alta enfermera-paciente contribuyen en errores de medicación. El equipo multidisciplinar debe prestar especial atención a las fases del proceso de medicación, por lo que una comunicación eficaz y centrada en el paciente es fundamental en la seguridad de la medicación. **Conclusión:** el personal de enfermería son un elemento clave en la atención al paciente crítico, desempeñan una labor fundamental en la seguridad de los medicamentos. Todo el proceso de prevención de daños en este ámbito constituye un gran desafío que requiere una evaluación y un seguimiento exhaustivo, y es su responsabilidad garantizar la prestación de una atención segura, eficiente y centrada en las necesidades del paciente y de la familia.

**Palabras-chave:** cuidados de enfermería; cuidados críticos; tratamiento farmacológico; seguridad del patient



## **INTRODUÇÃO**

A segurança do doente é uma prioridade das organizações, na medida em que promove os ganhos em saúde e melhora os outcomes para os indivíduos, contribuindo indubitavelmente para a qualidade dos cuidados prestados. A Organização Mundial da Saúde [OMS, 2021], define a segurança do doente, como um conjunto organizado de atividades que criam processos, procedimentos, cultura, comportamentos, tecnologias e ambientes no seio dos cuidados de saúde, com a finalidade de tornar o risco para o doente substancialmente mais baixo, reduzindo a ocorrência de danos evitáveis. Desta forma, o erro é menos provável, reduzindo o seu impacto quando ocorre. Os incidentes associados aos cuidados de saúde, são aqueles que, em qualquer circunstância, podem resultar ou resultam, em dano desnecessário para o doente (Direção Geral da Saúde, 2011). A OMS (2019), considera que esta é, provavelmente, uma das dez principais causas de morte e dano em todo o mundo. A segurança do doente é uma temática sensível e da maior importância para todos, implicando um compromisso na prestação de cuidados. Globalmente, as práticas pouco seguras no uso da medicação e os erros medicamentosos são a principal causa de incidentes e de dano que poderia ser prevenido. Estima-se que os custos associados a erros de medicação sejam, anualmente, de cerca de 42 biliões de dólares (OMS, 2017). No âmbito do terceiro “Global Safety Challenge”, a OMS (2017) aborda o tema da segurança na medicação, através da criação do programa “Medication Without Harm”. Este tem como objetivo que, em todo o mundo, se reduzam os danos evitáveis relacionados com a medicação em cerca de 50%, nos próximos 5 anos. Foram identificadas quatro

problemáticas: os doentes e a comunidade, a medicação, os profissionais de saúde e os sistemas e práticas associadas à medicação. Deste modo, estabeleceram-se três áreas prioritárias: a polimedicação, situações de alto risco e a transição de cuidados, cada uma delas substancialmente associada a dano, pelo que a sua gestão adequada poderá ajudar a diminuir o risco associado para os doentes (Sheikh et al., 2017). Também a DGS (2015), priorizou a melhoria da segurança na prestação de cuidados e redução do número de incidentes, através da criação da Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (Despacho nº 5613/2015, 2015), de onde emergiu o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015). Desta última transparece o objetivo “aumentar a segurança na utilização da medicação”.

Como sabemos, o medicamento é um elemento fundamental no combate de diversas doenças, sendo a tecnologia de saúde mais utilizada nos diferentes contextos, assumindo uma relevância vital na pessoa em situação crítica. Segundo Patrick (2011, p.4), cuidar da pessoa em situação crítica consiste na “(...) prestação de cuidados a indivíduos de todas as idades, que apresentam alterações de saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitam de outras intervenções”, pelo que requer uma intervenção especializada baseada nos elos da cadeia de sobrevivência, isto é, desde o pré até ao intra-hospitalar. Assim, os cuidados de enfermagem centram-se num conjunto de intervenções específicas, com um grau de complexidade elevado e requerem competências exímias. Deste modo, é possível atuar de forma segura e com qualidade, tendo por base o cuidado de carácter holístico.

## Segurança no uso do medicamento no doente crítico: revisão integrativa da literatura

A OMS, citada pela DGS (2015) (Despacho nº 28/2015), afirma que cerca de 8% a 10% dos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), são vítimas de incidentes associados a medicação. A evidência científica sugere ainda que as admissões de caráter urgente, estão particularmente associadas a erros medicamentosos, sobretudo no que diz respeito à administração endovenosa (25% - 70%) (Millichamp & Johnston, 2019). A preparação e administração de medicação é uma das principais responsabilidades dos enfermeiros, ocupando cerca de 40% do seu trabalho (Karavasiliadou & Athanasakis, 2014). Como tal, e tratando-se de procedimentos de elevado risco, os enfermeiros são a última linha de defesa contra erros associados à medicação (Pop & Finocchi, 2016). O doente crítico está particularmente vulnerável à exposição a incidentes relacionados com medicação, sobretudo devido à elevada complexidade de cuidados. Torna-se, assim, primordial compreender a influência da atuação do enfermeiro nesta temática, sobretudo no que diz respeito à identificação, desenvolvimento e implementação de medidas que contribuam para a segurança do processo de medicação.

### PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE REVISÃO

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com a finalidade de sintetizar resultados de pesquisas previamente realizadas sobre a temática em estudo. Para organização da informação foi utilizado o modelo Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses [Prisma] (2015). Posteriormente, foram avaliados os artigos escolhidos tendo por base os critérios de inclusão previamente estabelecidos, fazendo-se, concomitantemente, uma recolha preliminar das suas principais conclusões. Foi estabelecida a seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem que promovem a segurança do medicamento no doente crítico?”, tendo como referência a estratégia PICO (Tabela 1), bem como a definição dos critérios de inclusão e exclusão (Tabela 2). A presente revisão integrativa da literatura tem como objetivo o mapeamento das intervenções de enfermagem que promovem a segurança do uso do medicamento no doente crítico.

Tabela 1

Metodologia PICO para a formulação da questão de investigação

|           |                       |  |
|-----------|-----------------------|--|
| <b>P</b>  | População             | Enfermeiros  |
| <b>I</b>  | Fenómeno de interesse | Promoção da segurança do medicamento no doente crítico                 |
| <b>Co</b> | Contexto              | Hospitalar – Serviço de Urgência, UCI, Unidade de Cuidados Intermédios |

(Joanna Briggs Institute, 2020)

Tabela 2

Critérios de inclusão e exclusão dos artigos

| Critérios de seleção | Critérios de inclusão  | Critérios de exclusão  |
|----------------------|--|--|
| População            | Enfermeiros  | Outros profissionais de saúde                                    |
| Contexto             | Hospitalar, nomeadamente cuidados intensivos, urgência, cuidados intermédios | UCI Pediátrica, Neonatologia e outros contextos não hospitalares |
| Data de publicação   | 2016-2021  | Anterior a 2016  |
| Idioma da publicação | Inglês   | Outra língua   |
|                      | Disponibilidade do texto   | Full text – Texto integral de livre acesso                       |
|                      |  | Resumos e estudos ainda em curso                                 |

Procedeu-se à pesquisa para identificação dos descritores, tendo estes sido validados no MeSH (Medical Subject Headings): Critical Care Nursing, Drug Therapy e Patient Safety. Foi realizada a sua interseção através do operador booleano [AND], pela ordem anteriormente descrita. Foram selecionados os motores de busca PubMed, EBSCO, Scielo e B-On, pela sua abrangência e elevado reconhecimento na área da saúde, com os seguintes limitadores: free full text,

últimos 5 anos (2016-2021) e língua inglesa. A pesquisa foi realizada durante o mês de janeiro de 2021. Na amostra inicial foram incluídos 170 artigos. Utilizou-se a metodologia PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, & Altman, 2009) para sistematizar o processo de inclusão dos estudos, estando a seleção dos artigos espelhada no diagrama de fluxo (Figura 1). O nível de evidência utilizado para a sua análise foi o proposto por Melnyk & Fineout-Overholt (2011).

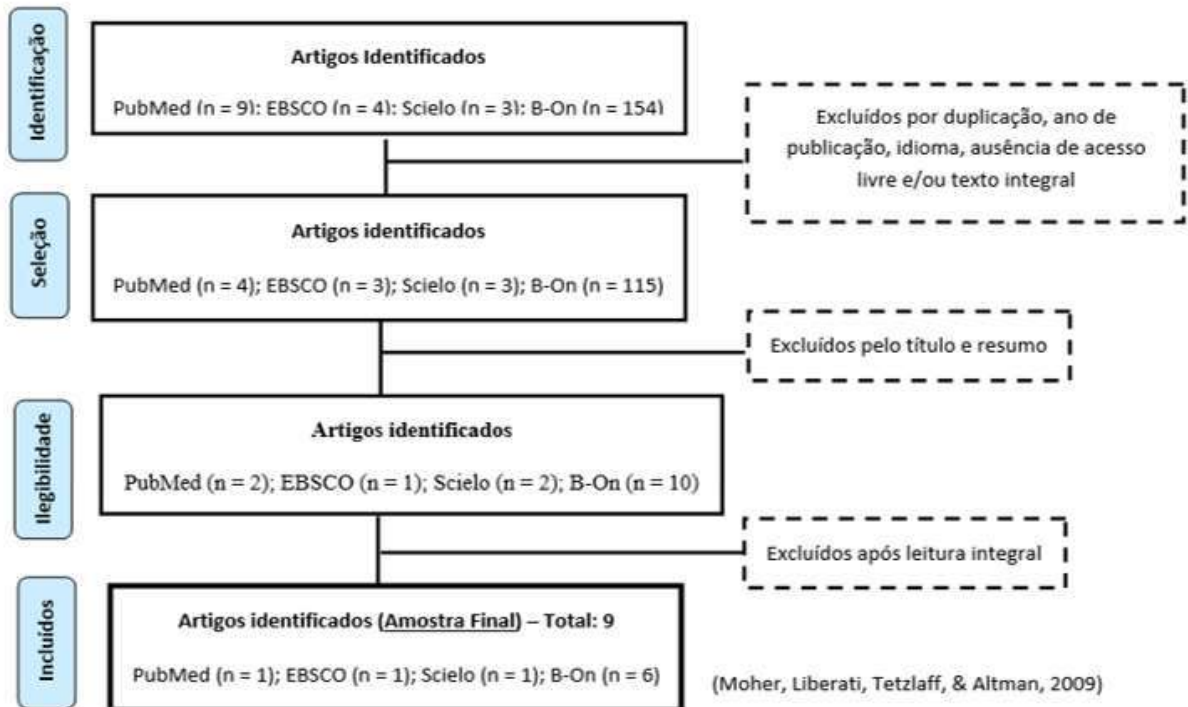


Figura 1

Diagrama PRISMA

**RESULTADOS**

Os resultados da amostra final encontram-se espelhados na tabela 3, onde estão incluídos os dados relativos ao título, autores, data de publicação,

objetivos, metodologia e resultados, segundo a JBI (2014), dos nove artigos incluídos nesta revisão integrativa da literatura.

Tabela 3

Resumo dos artigos incluídos na revisão integrativa de literatura

| Título / Autores / Ano  | Metodologia   | Resultados   |
|---|---|--|
| “Causes of Medication Errors in Intensive Care Units from the Perspective of Healthcare Professionals” - Sedigheh Farzi, Alireza Irajpour, Mahmoud Saghaei, Hamid Ravaghi (2017)                            | Estudo qualitativo descritivo onde se incluíram 16 UCI de 7 hospitais universitários do Irão.   | As causas de erro na medicação em UCI foram divididas em 4 categorias: a falta de atenção/pouca importância dada pelos profissionais de saúde à segurança da medicação; comunicação e colaboração ineficaz entre a equipa multidisciplinar; fatores ambientais; gestão inadequada dos recursos humanos disponíveis.  |
| “Medication errors and risk areas in critical care unit” – Juan Gracia, Julio Garrido, Álvaro Sanz, Ricardo Serrano (2020)  | Foram analisadas 2634 medicações, incluindo as fases de prescrição, transcrição e administração, num total de 87 doentes críticos durante o ano de 2018.  | Na fase de prescrição verificou-se a maior percentagem de causa (71%) e ocorrência de erros de medicação (68%). A prescrição de mais de 4 a 5 medicações aumenta a probabilidade de erro, por isso há um aumento do risco de interações medicamentosas e reações adversas. A grande maioria dos erros verifica-se em determinados grupos farmacológicos (antibióticos e medicações de alto risco) e via de administração (por sonda nasogástrica [SNG]).   |
| “Potencial intravenous drug interactions in intensive care” – Maiara Moreira, Maria Mesquita, Marlucci Stipp, Graciele Paes (2017)  | Estudo quantitativo, exploratório retrospectivo. Foram analisados processos clínicos de doentes internados em UCI de um hospital universitário no Rio de Janeiro, entre Junho de 2013 e Junho de 2014.                        | Existe maior probabilidade de interações medicamentosas em doentes polimedicados, como é o caso dos doentes em cuidados intensivos. Os enfermeiros têm um papel preponderante na avaliação e individualização dos cuidados ao doente, tendo em conta a sua situação clínica, pelo que devem exercer a sua autonomia no que diz respeito à medicação.   |
| “Nurses’ perceptions of high-alert medication administration safety: A qualitative descriptive study” – Laura Sessions, Kenneth Catchpole, David Chair, Margaret Chair, Lynne Nemeth, Teresa Kelechi (2019) | Estudo qualitativo descritivo. Foram entrevistados 18 enfermeiros de dois hospitais dos Estados Unidos da América de Julho a Setembro de 2017, a exercer funções em UCI, serviço de urgência, oncologia, medicina e cirurgia. | Foram identificados 3 fatores para a promoção da segurança em medicações de alto risco: a presença de uma cultura organizacional que promova a segurança; colaboração entre a equipa multidisciplinar; competência e dedicação dos enfermeiros. No que diz respeito à prevalência do erro em medicações de alto risco, o uso inconsistente da dupla verificação, excesso de trabalho e distrações, são fatores catalisadores. O uso de sistemas de rastreabilidade dos medicamentos ( <i>Bar Code Scanning</i> ), foi considerada uma solução viável para a diminuição dos erros em medicação de alto risco. |
| “Intravenous Fluid Management in Critically Ill Adults: A Review” - Ashley Barlow, Brooke Barlow, Nancy Tang, Bhavik M. Shah, Amber E. King (2020)  | Artigo de revisão, publicado na Revista <i>Critical Care Nurse</i>  | O doente crítico requer uma individualização do tipo de fluidoterapia a administrar, volume, ritmo de perfusão, duração e objetivo a atingir tendo em conta a sua situação clínica.  |
| “Progressive Care Nurses Improving Patient Safety by Limiting   | Observacional analítico.  | As interrupções evitáveis diminuíram 83% na PCCU1 e 53% na PCCU2 após a implementação  |

## Segurança no uso do medicamento no doente crítico: revisão integrativa da literatura

|  |   |  |
|--|---|--|
| Interruptions During Medication Administration” - Fran Flynn, Julie Evanish, Josephine Fernald, Dawn Hutchinson, Cheryl Lefaiver (2016)  |   | do protocolo NUPASS. A implementação de estratégias baseadas na evidência limitam o número de interrupções e conseqüentemente promovem a segurança do doente.  |
| “The impact of interruptions on medication errors in hospitals: na observational study of nurses” – Maree Johnson, Paula Sanchez, Rachel Langdon, Tracy Levett-Jones, Gabrielle Weidemann, Vicki Aguilar, Bronwyn Everett (2017) | Estudo observacional não participante, prospetivo. Observação de 25 enfermeiros em cinco unidades médico-cirúrgicas e duas UCI na Austrália, durante a preparação e administração de medicação em horários específicos. | A grande maioria das interrupções foi iniciada por enfermeiros (sobre os doentes e sobrecarga de trabalho), sobretudo no momento de preparação da medicação, tendo sido o tempo médio da interrupção de 2.5 minutos. Cerca de 34% os eventos adversos de medicação ocorreram por falha a nível procedimental, a grande maioria associada à falha na dupla verificação. |
| “Interventions to support safe medication administration by emergency department nurses: An integrative review” - Tracey Millichamp Amy Johnston (2019)  | Revisão Integrativa da Literatura.  | As intervenções que promovem a segurança da medicação foram divididas em 4 categorias: protocolos, educação, tecnologia e feixes de intervenção ( <i>bundles</i> ). A evidência relativamente a este tema é muito heterogénea e com baixa/média qualidade. A melhoria da segurança do medicamento neste âmbito necessita de maior investigação.                        |
| “Nurses’ clinical reasoning practices that support safe medication administration: an integrative review of the literature.” – Emily Rohde, Elizabeth Domm (2018)  | Revisão Integrativa da Literatura.  | O pensamento crítico é o guia orientador dos enfermeiros na prática clínica e como tal, é parte fundamental na promoção da segurança do medicamento.   |

### DISCUSSÃO

A literatura é unânime em afirmar que a segurança no uso do medicamento é um elemento-chave para a prestação de cuidados de qualidade e excelência no âmbito das organizações de saúde. Os diferentes sistemas para utilização do medicamento, resultam de várias intervenções interdependentes, com foco no doente e cuja finalidade é garantir um regime terapêutico seguro, efetivo, apropriado e eficaz. Daqui emerge o conceito de Cultura de Segurança, que se trata de um modelo que integra os comportamentos individuais e organizacionais, baseado em atitudes, convicções e valores, cuja finalidade é minimizar o possível dano para o doente (DGS, 2011).

As organizações de saúde devem priorizar uma cultura de segurança, isto é, reconhecer que são executadas atividades de alto risco e que os erros são inevitáveis.

Deste modo, é fundamental garantir a presença de um ambiente em que os seus profissionais sejam capazes de comunicar os erros, promovendo assim segurança no uso do medicamento, tal como Sessions et al. (2019) relatam. Estes basearam o seu estudo no Modelo do Queijo Suíço de Reason, onde é estabelecido que os erros ocorrem devido a falhas no sistema, quando os fatores protetores/defesa sucumbem em simultâneo. Tal facto pode ser observado nas fatias do queijo suíço, onde, quando os buracos se alinham, as falhas que previnem a ocorrência de erros ficam expostas. Os fatores protetores previnem: falhas latentes, associadas a questões organizacionais e de gestão; e falhas ativas, cometidas por aqueles que prestam contato direto aos doentes (Reason, 2000).

Farzi et al. (2017), salientam a influência dos fatores ambientais e de gestão neste âmbito. A complexidade

dos doentes em UCI, isto é, situações clínicas vulneráveis, com necessidade de múltiplas medicações em simultâneo, associados a *stress* e rácio enfermeiro-doente inadequado, resultam em erros de medicação. Também os equipamentos e infra-estruturas são mencionados, nomeadamente a luz insuficiente, excesso de ruído e a desorganização de armários e gavetas de medicação.

No que concerne à componente organizacional, Rohde e Domm (2017), consideram que o uso de estratégias por parte dos enfermeiros para evitar ou prevenir erros de medicação pode ser agrupado em três categorias: a identificação, a interrupção (questionamento) e a correção do erro. É a partir do seu próprio conhecimento e da compreensão dos fatores organizacionais que influenciam a sua ocorrência que os enfermeiros clarificam as prescrições e comunicam com outros colegas e/ou outros profissionais de saúde. A adoção destas medidas promove a segurança na administração da medicação e cria uma liderança mais sólida, reduzindo a ocorrência de erros.

A equipa multidisciplinar deve estar atenta a todas as fases da medicação, desde a prescrição por parte dos médicos até à administração pelos enfermeiros. Moreira et al. (2017), reiteram a importância de uma comunicação eficaz e centrada no doente como uma componente fundamental na segurança da medicação. Por outro lado, Farzi et. al (2017), salientam o impacto da falta de comunicação e colaboração entre as equipas de saúde, nomeadamente entre médico-enfermeiro e entre estes com o doente/família. Uma colheita de dados pouco exaustiva de toda a história clínica de um doente admitido em UCI, pode originar erros na prescrição médica, incluindo interações

medicamentosas e em duplicado, podendo aumentar ou diminuir o efeito de certos fármacos, senão for tida em conta a medicação habitual. Neste sentido, torna-se necessário ajustar a medicação habitual do doente com a do internamento, minimizando o erro e as suas possíveis consequências. Este processo é designado de reconciliação da medicação e, segundo Farzi et al. (2017), requer uma monitorização minuciosa e regular do regime medicamentoso para assegurar uma correta avaliação antes de alterar, suspender ou acrescentar novas medicações. Requer uma participação ativa e eficiente do doente e família, em parceria com a equipa multidisciplinar, sendo essencial para reduzir erros relacionados com prescrições e, conseqüentemente, diminuir o risco de dano (Iglésias-Ferreira, 2013). Deste modo, qualquer conflito que exista no seio da equipa pode comprometer a segurança do doente e inevitavelmente, a qualidade dos cuidados prestados.

A avaliação prévia da prescrição médica permite compreender o regime terapêutico, contribuindo para a prevenção de interações medicamentosas e minimizando o risco de incidentes. Segundo Moreira et al. (2017), os enfermeiros assumem um papel de relevo na análise criteriosa de cada prescrição, tendo em conta as especificidades do doente, exercendo a sua autonomia para, por exemplo, alterar o horário de determinada medicação ou, até mesmo, sugerir a substituição de algum fármaco.

As interações medicamentosas caracterizam-se pela alteração na ação de determinado fármaco, causado pelo uso prévio ou concomitante de outros fármacos. O efeito terapêutico pode ser potencializado, através de uma ação sinérgica, ou reduzido, através de uma ação antagonista. Contudo, há interações

medicamentosas que podem ser intencionais e benéficas para o doente, tais como a utilização de Fentanil e Propofol. Mas, mesmo esta interação deve ser devidamente vigiada e monitorizada (Hammes et al, 2008). Moreira et al. (2017) e Gracia et al. (2020), são unânimes em afirmar que a polimedicação em UCI, ou seja, a prescrição de inúmeros fármacos (sobretudo mais de quatro a cinco), está intimamente relacionada com a probabilidade de ocorrência de interações medicamentosas.

No estudo realizado por Gracia et al. (2020), foram analisadas 2634 doses unitárias de medicação num total de 87 doentes críticos, tendo-se verificado um número significativo de interações medicamentosas (1811), onde 58% foram moderadas, 8% severas e 1% contra-indicadas. Moreira et al. (2017), afirmam que os enfermeiros estão numa posição particularmente privilegiada neste âmbito, uma vez que estão presentes nas diferentes etapas do processo de medicação. O conhecimento dos fármacos que se administra é fundamental para prevenir eventuais interações medicamentosas. A sua identificação precoce e a adoção de uma intervenção proactiva é essencial, pois estas muitas das vezes traduzem-se na mitigação de consequências adversas para o doente, como o aumento do número de dias de hospitalização e o aumento da mortalidade (Gracia et al. 2020).

Sessions et al. (2019), evidenciam a segurança da administração de medicação de alto risco ou de alerta máximo. A DGS (2015), define esta medicação como sendo detentora de um risco elevado de originar dano ao doente, devido a falhas na sua utilização. Neste grupo inserem-se sobretudo os antitrombóticos, antidiabéticos, insulinas, citostáticos, anestésicos, sedativos e opióides. Pelo facto de necessitarem de um

ajuste frequente da dose (a partir de parâmetros bioquímicas e fisiológicos), estes fármacos podem mais facilmente provocar dano. Como tal, Sessions et al. (2019), sugerem três componentes fundamentais para promover a segurança da medicação de alto risco: a implementação de uma cultura organizacional de segurança, a colaboração entre a equipa de saúde e a competência/dedicação da equipa de enfermagem. Estas devem ser indissociáveis, na medida em que uma cultura organizacional que suporte a colaboração, educação, adoção de protocolos e tecnologia, é fundamental para prevenir erros associados a este tipo de medicação.

A administração de fluidos é um procedimento amplamente utilizado em todas as UCI. Barlow et al. (2020), realçam que pela complexidade associada à própria dinâmica do doente crítico, a necessidade de fluidoterapia pode mudar frequentemente e de forma abrupta. Há uma maior predisposição para alterações na distribuição desses fluidos e maiores perdas de volume. Deste modo, esta intervenção farmacológica requer uma individualização do tipo de fluidos, volume, ritmo de perfusão, duração e uma compreensão da sua finalidade, tendo em conta a situação clínica do doente.

De acordo, com Barlow et al. (2020), a utilização do algoritmo dos 5 R's, isto é, Ressuscitação (*Resuscitation*), Rotina de Manutenção (*Routine Maintenance*), Substituição (*Replacement*), Redistribuição (*Redistribuition*) e Reavaliação (*Reassessment*), demonstrou ser uma ferramenta útil e simples para a administração segura e eficaz de fluidoterapia. Apesar de ser uma intervenção que, muitas das vezes, ajuda a salvar vidas, não podemos esquecer que os riscos associados são elevados,

## Segurança no uso do medicamento no doente crítico: revisão integrativa da literatura

podendo influenciar os *outcomes* para o doente, nomeadamente pelo aumento da morbi-mortalidade. Uma gestão adequada da fluidoterapia requer um conhecimento amplo da homeostasia, uma compreensão da sua composição e o seu possível impacto. Os enfermeiros têm um papel fulcral pelo que devem compreender as diferentes propriedades de cada um dos fluidos a administrar e prever os possíveis resultados que daí possam surgir. Para isso, tornam-se particularmente importantes as avaliações clínicas e laboratoriais, onde se inclui a avaliação física, sinais vitais, débitos urinários, alterações nos eletrólitos, função renal e equilíbrio ácido-base. Só assim é possível identificar antecipadamente possíveis alterações e garantir que se obtém os resultados esperados para aquele doente, minimizando a possibilidade de toxicidade, visto que a sua utilização em excesso tem consequências graves. A escolha do tipo de fluidos a administrar, a dose e duração necessitam de ser escolhidos criteriosamente, garantindo uma intervenção individualizada, de acordo com as necessidades do doente e com uma monitorização minuciosa de todo este processo (Barlow et al. 2020).

Segundo Westbrook (2010), citado por Farzi et al. (2017), qualquer interrupção no trabalho da equipa de enfermagem aumenta os erros de medicação em 12.5% e a severidade do erro aumenta com o número sucessivo de interrupções. Se o enfermeiro não for interrompido, essa probabilidade desce para os 2.3%, de acordo com Odom-Forren (2010) citado por Farzi et al. 2017. Esta temática é abordada por Flynn et al. (2016), onde é afirmado que o ambiente de trabalho é, naturalmente, muito vulnerável à ocorrência de erros, sobretudo em atividades complexas ou de risco como

a da medicação, uma vez que as constantes interrupções e o *multitasking* afetam a capacidade de atenção, foco e memória. No estudo realizado por Johnson et al. (2017), com o objetivo de identificar as diferentes interrupções durante a preparação e administração de medicação, constaram-se 101 interrupções em 56 eventos relacionados com medicação, perfazendo um total de 99% (55/56), tendo sido a grande maioria delas iniciada por enfermeiros (40%), no momento de preparação (73.3%). O tempo médio de afastamento da tarefa da medicação foi de 2.5 minutos. Flynn et al. (2016), também realçam os telefonemas como sendo uma das principais fontes de interrupções. Acrescentam ainda que a utilização de estratégias baseadas na evidência, ajudam a diminuir interrupções evitáveis e promovem a segurança do doente.

Um erro de medicação é definido como qualquer evento que pode ser evitado, em qualquer fase do processo farmacológico e que pode causar dano ao doente. Todos os artigos incluídos nesta revisão integrativa da literatura salientam este conceito. Gracia et al. (2020), identificaram os antibióticos como sendo um dos grupos farmacológicos mais utilizados em UCI, existindo por isso uma grande suscetibilidade para a ocorrência de erros. Farzi et al. (2017), dão como exemplo a duração prolongada da sua prescrição, podendo conduzir a sobredosagem. Também a administração de medicação por sonda nasogástrica foi identificada por Gracia et al. (2020) como sendo fonte de erros, maioritariamente pela manipulação errada da sua forma terapêutica, nomeadamente pela impossibilidade de ser esmagada para administração por alteração das suas substâncias ativas.



## Segurança no uso do medicamento no doente crítico: revisão integrativa da literatura

Farzi et al. (2017), realçam que uma prescrição incompleta da medicação, ou seja, não incluir informações sobre a dosagem ou cuidados especiais com determinado fármaco, causou erros. Também a falta de conhecimento por parte dos enfermeiros relativamente à diluição dos fármacos, a falha na observação após a sua diluição, bem como a falta de monitorização durante e após a sua administração foram considerados fatores relevantes neste âmbito.

Millichamp e Johnston (2019), salientam a importância da segurança do medicamento nos serviços de urgência (SU). Sugerem que a admissão em SU está associada a uma grande vulnerabilidade para a ocorrência de erros, provavelmente devido à administração de medicações de elevado risco, à necessidade urgente/emergente de cuidados, à agudização do doente e à pouca familiaridade com as características individuais de cada pessoa e pela elevada rotatividade de doentes. A segurança do medicamento em SU é um processo dotado de alta complexidade e de difícil monitorização, referem Millichamp e Johnston (2019). Acrescentado que a dupla verificação neste processo é ainda alvo de discórdia no seio da evidência científica. Existem estudos que referem que o seu ganho a nível prático é diminuto e que mesmo assim há erros que não são identificados. Por outro lado, existe quem defenda o seu uso, sobretudo em populações vulneráveis, como a pediatria e a neonatologia, e quando existe administração de medicação de alto risco, nomeadamente por via endovenosa. A prescrição eletrónica com base no peso estimado do doente surge também como outras das sugestões para prevenir o erro de medicação neste contexto.

O sistema de rastreabilidade dos medicamentos administrados aos doentes, vulgarmente conhecido por *Bar Code Scanning*, consiste na atribuição de um código de barras, a cada medicamento na fase de reembalagem e etiquetagem. O doente é identificado através de um código de leitura único através de uma pulseira. Como tal, os diferentes códigos são comparados com a prescrição médica, alertando para fármacos que não correspondem ao prescrito, a expiração de prazos de validade, dosagem excessiva e quando o código do doente não corresponde à correta medicação (GS1 Portugal, 2016). Sessions et al. (2019), reiteram a importância deste tipo de *software* para a promoção da segurança da medicação e prevenção do dano ainda que, seja fácil contornar este método, por falha no *scan* da pulseira ou do medicamento, por exemplo. Existe, por isso, uma necessidade contínua de monitorização e melhoria do uso deste sistema, estando ainda pouco estudado na literatura.

Rohde e Domm (2017), salientam a utilização do pensamento crítico pelos enfermeiros, na segurança da medicação. Consideram que, a prestação de cuidados centrados no doente, bem como a aplicação de conhecimentos e competências, são fundamentais, até porque a administração segura dos fármacos requer muito mais do que os saber manusear; implica a utilização do pensamento crítico, antes, durante e após as intervenções.

## CONCLUSÃO

É consensual afirmar que qualidade e segurança andam de mãos dadas e são cruciais na prestação de cuidados de saúde, sendo uma responsabilidade de todos nós. Cada vez mais as organizações de saúde procuram ir de encontro às expectativas de uma

sociedade cada vez mais informada e ciente da importância de intervenções seguras e preferencialmente isentas de risco.

A utilização segura do medicamento, requer um esforço coletivo, não só dos profissionais de saúde como das próprias organizações. Como tal, a implementação de uma cultura de segurança é fundamental. Particularmente no doente crítico, estamos perante um teatro de operações imprevisível e complexo, com a administração de múltiplas medicações, muitas delas de alto risco e com grande probabilidade de interações medicamentosas. Assim, o trabalho em equipa é essencial. A comunicação e a colaboração entre todos tem de ser exímia. A prestação de cuidados tem de ser planeada de forma meticulosa, para que o risco de dano para o doente seja o menor possível. As componentes organizacionais e de gestão podem comprometer a segurança da medicação, nomeadamente devido a rácios inadequados, *stress* e constantes interrupções. As promoções da aprendizagem e da continuidade formativa têm de ser priorizadas, salientando-se a utilização do pensamento crítico e a incessante procura do conhecimento na evidência científica. Os enfermeiros, enquanto elementos-chave da prestação de cuidados ao doente crítico e pela sua permanência constante, têm um papel crucial na segurança do medicamento. Todo o processo de prevenção de danos neste âmbito constitui um enorme desafio, que exige uma avaliação e monitorização minuciosas, sendo a sua responsabilidade garantir a prestação de cuidados seguros, eficientes e centrados nas necessidades do doente e família. Só assim se torna possível a prestação de cuidados de excelência.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barlow, A., Barlow, B., Tang, N., Shah, B. & King, A. (2020). Intravenous Fluid Management in Critical Ill Adults. *Critical Care Nurse*. 40(6), 17–27.
- Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde (2015). Diário da República nº28/2015, II série, nº28. <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>
- Despacho nº 5613/2015 do Ministério da Saúde (2015). Diário da República nº102/2015, II série, nº102. <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- DGS. Direção Geral da Saúde. (2015). Norma nº 014/2015 de 06/08/2015. [https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc\\_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx).
- DGS. Direção Geral da Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente - Relatório Técnico*. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>.
- Farzi, S., Irajpour, A., Saghaei, M., & Ravaghi, H. (2017). Causes of medication errors in intensive care units from the perspective of healthcare professionals. *Journal of Research in Pharmacy Practice*, 6(3), 158-165.
- Flynn, F., Evanish, J.Q., Fernald, J.M., Hutchinson, D.E., & Lefaiver, C. (2016). Progressive care nurses improving patient safety by limiting interruptions during medication administration. *Critical Care Nurse*, 36 (4), 19–35.
- Gracia, J., Sanz, Á., Serrano, R., & Garrido, J. (2020). Medication errors and risk areas in a critical care unit. *Journal of Advanced Nursing*. 00:1–10.
- Hammes, J., Pfuetzenreiter, F., Silveira, F., Koenig, Á., & Westphal, G. (2008). Prevalência de potenciais interações medicamentosas droga-droga em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20 (4), 349-354
- Iglésias-Ferreira, P. (2013). Reconciliação da Medicação: Um conceito aplicado ao Hospital. *Boletim Do CIM, ROF 106* (Jan/Mar2013).
- JBÍ (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition / Supplement*. The Joanna Briggs Institute.

- Johnson, M., Sanchez, P., Langdon, R., Manias, E., Levett-Jones, T., Weidemann, G., Aguilar, V., & Everett, B. (2017). The impact of interruptions on medication errors in hospitals: an observational study of nurses. *Journal of Nursing Management*, 25 (7), 498–507.
- Karavasiliadou, S., & Athanasakis, E. (2014). An inside look into the factors contributing to medication errors in the clinical nursing practice. *Health Science Journal*, 8 (1), 32–44.
- Millichamp, T., & Johnston, A.N.B. (2019). Interventions to support safe medication administration by emergency department nurses: An integrative review. *International Emergency Nursing*, 49, 100811.
- Melnyk, B., & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Open Medicine*, 3(2), 123-130.
- Moreira, M., Mesquita, M., Stipp, M. & Paes, G. (2017). Potential intravenous drug interactions in intensive care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51:e03233.
- OMS (2021). *Global Patient Safety Plan 2021-2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health care*. Disponível em [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/gpsap/global-patient-safety-action-plan-2021-2030\\_third-draft\\_january-2021\\_web.pdf?sfvrsn=6767dc05\\_15](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/gpsap/global-patient-safety-action-plan-2021-2030_third-draft_january-2021_web.pdf?sfvrsn=6767dc05_15).
- OMS (2019). *Patient safety: global action on patient safety – report by Director General*. Documento A72/26. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327526>.
- OMS (2017). *Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety*. Disponível em <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>.
- Patrick, V. C. (2011). Enfermagem de urgência: uma visão história. In P. K. Howard & R. A. Steinmann (Eds). *Sheehy enfermagem de urgência: Da teoria à prática* (L. C. Leal, Trad.) (6ª ed.) (pp. 3-8). Lusociência.
- Pop, M., & Finocchi, M. (2016). Medication Errors: A Case-Based Review. *Advanced Critical Care*, 27(1), 5–11.
- PRISMA (2015). *PRISMA – Transparent reporting of systematic reviews and meta-analyses*. <http://www.prisma-statement.org/>.
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *British Medical Journal*, 320(7237), 768–770.
- Rohde, E., & Domm, E. (2017). Nurses’ clinical reasoning practices that support safe medication administration: An integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), e402–e411.
- Sessions, L., Nemeth, L., Catchpole, K., & Kelechi, T. (2019). Nurses’ perceptions of high-alert medication administration safety: A qualitative descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(12), 3654–3667.
- Sheikh, A., Dhingra-Kumar, N., Kelley, E., Kieny, M. P., & Donaldson, L. J. (2017). The third global patient safety challenge: Tackling medication-related harm. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(8), 546.

**PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS SOBRE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA NA PANDEMIA: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Scientific publications on family nursing in the pandemic: a literature review

Publicaciones científicas sobre enfermería familiar en la pandemia: una revisión de la literatura

Margarida Abreu\*, Maria José Peixoto \*, Maria Rui Sousa\*\*\*, Suellen Matos\*\*\*\*

**RESUMO**

**Enquadramento:** desde o aparecimento da COVID-19 os enfermeiros de família desempenharam um papel central no apoio às famílias. Mas, neste âmbito, a nível das publicações desconhece-se as suas temáticas. **Objetivos:** identificar e analisar as publicações relacionadas com enfermagem de família durante o aparecimento do SARS-Cov2 e a instalação da pandemia.

**Metodologia:** revisão integrativa, realizada na biblioteca virtual de Saúde, Pubmed, Ebsco, Scielo, Lilacs, IBESC e Google Scholar. Incluiu literatura teórica e empírica, divulgada entre janeiro de 2020 e janeiro 2021, em inglês e português. Os dados foram processados pelo software IRAMUTEQ e feita análise de similitude. **Resultados:** foram selecionados 8 artigos. Os temas focados nas publicações de acordo com a árvore de coocorrência, foram: 1- mudança da prática e do ensino de enfermagem de família durante a COVID-19; 2- as necessidades dos próprios enfermeiros face à COVID-19; 3- as estratégias utilizadas pelos enfermeiros de família. Estes resultados corroboram que a pandemia teve um impacto significativo na prática, no ensino, na Investigação e nas publicações científicas. **Conclusão:** o conhecimento dos enfermeiros de família permitiu-lhes avaliar e intervir nas famílias que necessitam de apoio, educar os enfermeiros para oferecerem cuidados de enfermagem de família de qualidade e realizar pesquisas sobre a intervenção destes.

**Palavras-chave:** enfermagem de família; covid-19; modelos de cuidado

\*PhD, em Ciências de Enfermagem - MSc em Ciências de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0003-0136-6816> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

\*\* PhD, em Ciências de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0003-4131-4279> - Author contribution: data analysis, drafting of the article, critical revision of the article

\*\*\* PhD, em Ciências de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0002-6669-8339> - Author contribution: data analysis, drafting of the article, critical revision of the article

\*\*\*\*PhD, em Enfermagem na Universidade Federal da Paraíba - <https://orcid.org/0000-0002-5881-3827> - Author contribution: data collection, data analysis, drafting of the article, critical revision of the article

**Autor de correspondência:**  
Margarida Abreu  
E-mail: mabreu@esenf.pt

**Como referenciar:**

Abreu, M., Peixoto, M.J., Sousa, M.R., & Matos, S. (2022). Publicações científicas sobre enfermagem de família na pandemia: uma revisão da literatura. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 123-131. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.210>

Recebido para publicação: 21/12/2021  
Aceite para publicação: 12/05/2022

**ABSTRACT**

**Background:** since the appearance of COVID-19, family nurses have played a central role in supporting families. However, the themes published in this scope, are unknown. **Objectives:** to identify and analyze publications related to family nursing during the emergence of SARS-Cov2 and the onset of the pandemic. **Methodology:** integrative review, performed in the Virtual Health Library, Pubmed, Ebsco Scielo, Lilacs, IBESC and Google Scholar. It included theoretical and empirical literature, published between January 2020 and January 2021, in English and Portuguese. Data were processed by the IRAMUTEQ software and similarity analysis was performed. **Results:** 8 articles were selected. The themes focused on the publications according to the co-occurrence tree were: 1- change in the practice and teaching of family nursing during COVID-19; 2- the needs of nurses themselves in the face of COVID-19; 3- the strategies used by family nurses. These results corroborate that the pandemic had a significant impact on practice, teaching, research and scientific publications. **Conclusion:** the knowledge of family nurses allows them to assess and intervene in families that need support, educate nurses to provide quality family nursing care and conduct research on their intervention.

**Keywords:** family nursing; covid-19; healthcare models

**RESUMEN**

**Marco contextual:** desde la aparición del COVID-19, las enfermeras familiares han jugado un papel central en el apoyo a las familias. Sin embargo, se desconocen los temas publicados en este ámbito. **Objetivos:** identificar y analizar publicaciones relacionadas con la enfermería familiar durante el surgimiento del SARS-Cov2 y el inicio de la pandemia. **Metodología:** revisión integrativa, realizada en la Biblioteca Virtual en Salud, Pubmed, Ebsco Scielo, Lilacs, IBESC y Google Scholar. Incluyó literatura teórica y empírica, publicada entre enero de 2020 y enero de 2021, en inglés y portugués. Los datos fueron procesados por el software IRAMUTEQ y se realizó un análisis de similitud. **Resultados:** se seleccionaron 8 artículos. Los temas enfocados en las publicaciones según el árbol de co-ocurrencia fueron: 1- cambio en la práctica y enseñanza de la enfermería familiar durante el COVID-19; 2- las necesidades de las propias enfermeras ante el COVID-19; 3- las estrategias utilizadas por las enfermeras de familia. Estos resultados corroboran que la pandemia tuvo un impacto significativo en la práctica, la enseñanza, la investigación y las publicaciones científicas. **Conclusión:** el conocimiento de las enfermeras de familia les permite evaluar e intervenir en familias que necesitan apoyo, educar a las enfermeras para brindar una atención de enfermería familiar de calidad y realizar investigaciones sobre su intervención.

**Palabras clave:** enfermería de la familia; covid-19; modelos de atención de salud

## **INTRODUÇÃO**

No cenário mundial, o início de 2020 foi caracterizado por um surto de uma pneumonia causada por uma variação do coronavírus, cujo primeiro caso foi relatado em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, China (Oliveira et al., 2020). O aumento do número de casos rapidamente caracterizou a infecção como um surto, de forma que, no final de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a situação como emergência de saúde pública. Dado que a COVID-19 afetou todo o mundo de uma forma alarmante (Dong et al., 2020), a OMS declarou a doença como uma pandemia a 11 de março de 2020 e instituiu medidas de prevenção e de tratamento (Oliveira et al., 2020).

Existem evidências que as competências dos enfermeiros de família nas áreas de avaliação e de intervenção podem ajudar as famílias a satisfazer as suas necessidades de saúde-doença. Por este motivo a enfermagem de família é considerada uma componente essencial da prática de enfermagem (Huang et al., 2020), nomeadamente, por melhorar a prática do enfermeiro de família (Jin et al., 2020). De facto, desde o aparecimento da COVID-19 os enfermeiros de família têm continuado a desempenhar um papel central no apoio às famílias para manterem a saúde, acederem aos serviços de saúde e continuarem a gerir as doenças crónicas, mesmo com todas as contingências decorrentes das medidas de contenção e mitigação que foram sendo implementadas. Assim, a investigação que se tem desenvolvido nos últimos 40 anos sobre enfermagem de família mostra que a educação e o treino em enfermagem de família é essencial para apoiar os enfermeiros na sua prática profissional, resultando em

melhores cuidados de saúde para as famílias (Jin et al., 2020; Svavarsdottir et al., 2015) e que, face ao envelhecimento da população, terá que ser cada vez mais personalizada, conveniente e profissional (Huang et al., 2020). No entanto, os conhecimentos teóricos e a experiência profissional atuais no âmbito da enfermagem de família, oferecem, de forma inequívoca, o necessário para ajudar as famílias a recuperar das consequências a longo prazo esperadas e inesperadas desta pandemia e influenciar a saúde e o bem-estar de cada membro da família.

Neste âmbito, a nível das publicações científicas desconhece-se as temáticas privilegiadas durante a pandemia.

Os objetivos deste estudo são identificar e analisar as temáticas das publicações relacionadas com os enfermeiros de família durante o aparecimento do SARS-Cov2 e a instalação da pandemia.

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE REVISÃO**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura de acordo com as etapas preconizadas por Whitemore & Knafl (2005): (1) formulação do problema; (2) pesquisa da literatura; (3) avaliação dos dados; (4) análise e interpretação dos dados; (5) apresentação dos resultados. Este tipo de revisão inclui todo o tipo de literatura sobre o assunto em estudo. A questão que gerou este estudo foi quais as temáticas relacionadas com os enfermeiros de família, publicadas durante o aparecimento do SARS-Cov2 e a instalação da pandemia?

A pesquisa da literatura foi realizada nas seguintes bases de dados: biblioteca virtual de saúde, plataformas Pubmed (via Medline), Ebsco, Scielo, Lilacs, IBESC e Google Scholar. Os descritores

## Publicações científicas sobre enfermagem de família na pandemia: uma revisão da literatura

selecionados foram: enfermagem de família; enfermagem de família e covid-19; cuidados em enfermagem de família e covid-19, em português e inglês. A pesquisa envolveu duas etapas: i) busca inicial nas bases de dados, que envolveu a análise das palavras contidas no título e resumo e dos termos e indexação utilizados para descrever o artigo; ii) uma

segunda busca, utilizando os descritores previamente definidos em conjunto com os termos indexados. A busca foi realizada nos meses de fevereiro a junho de 2021, por duas pesquisadoras. Os critérios de inclusão foram: (i) artigos redigidos em inglês e português; (ii) publicados entre janeiro de 2020 e janeiro de 2021 e (iii) ter acessível o texto completo. Aplicados os critérios, as 359 potenciais fontes relevantes passaram a oito.

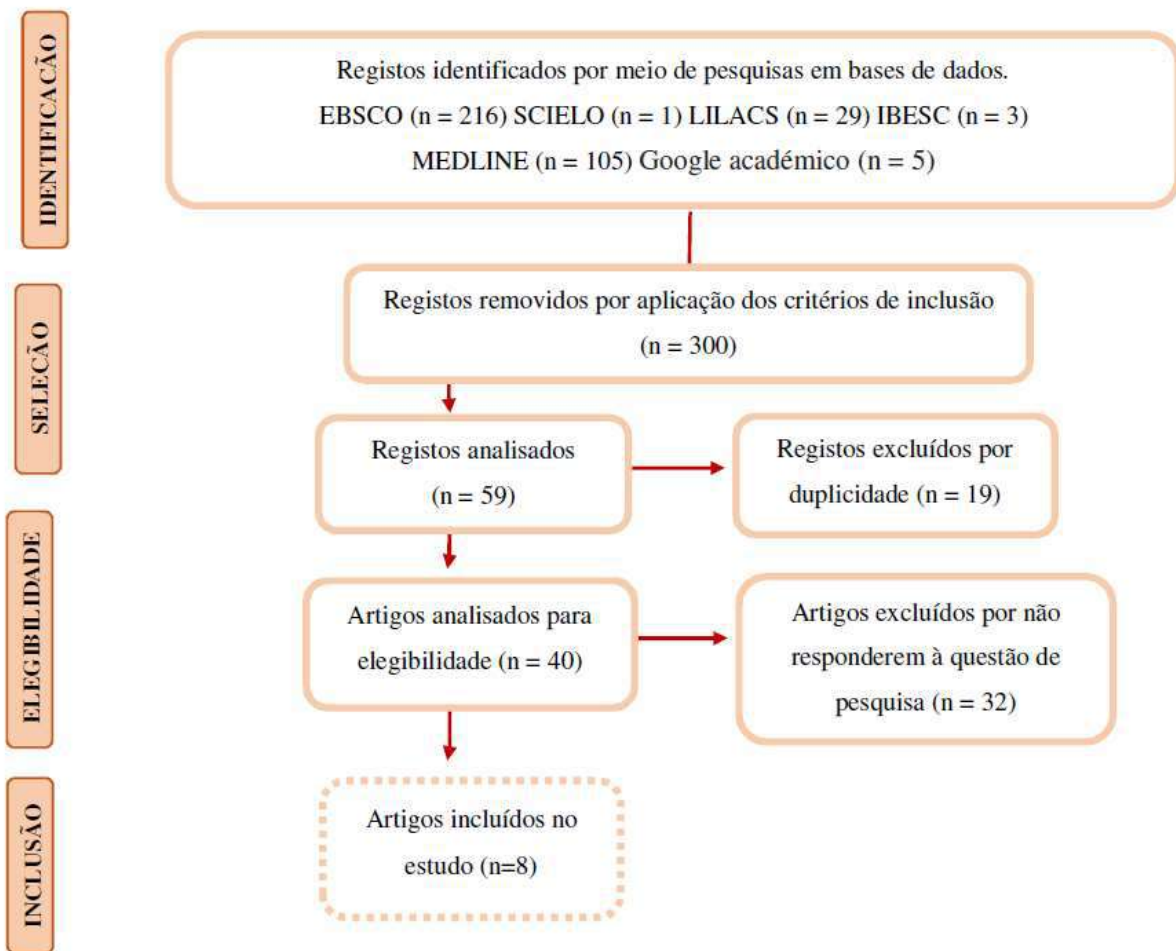


Figura1

Fluxograma do processo de colheita da RI. Porto, Portugal – 2021

Quanto à avaliação dos dados, a amostra final de 8 artigos foi submetida a avaliação de qualidade

metodológica, nomeadamente, a leitura cuidadosa, a avaliação crítica e raciocínio clínico e os níveis de

## Publicações científicas sobre enfermagem de família na pandemia: uma revisão da literatura

evidência para eficácia, com base nas diretrizes do Joanna Briggs Institute (JBI, 2014a, 2014b). Destes, a maior parte (75%) variava entre o nível 4 e 5, considerando que eram predominantemente descritivos e de opinião de peritos e 25% foram avaliados no nível de evidência 1, considerando o seu carácter experimental (RCTs). Os dados foram processados pelo software IRAMUTEQ e feita análise de similitude.

## RESULTADOS

Dos oito artigos, 50% são de origem europeia, sendo a maior parte de origem holandesa (N=3) (Broekema et al., 2020a; Broekema et al., 2020b; Luttik et al., 2020); os autores mais citados foram Luttik (N=3) e Broekema (N=2), membros do grupo de pesquisa europeu de Saúde Familiar (Tabela 1).

Tabela 1

Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa quanto aos autores, país de publicação, jornal e título. Porto, Portugal, 2021. (N=8).

| ID | Primeiro autor/ano       | País      | Jornal  | Título  |
|----|--------------------------|-----------|---|---|
| E1 | Adams et al. (2020)      | Austrália | Australian Journal of Child and Family Health Nursing | Enfermagem de família, materna e da criança em tempos de COVID-19: experiência do serviço de saúde materno-infantil de Vitória  |
| E2 | Broekema et al. (2020a)  | Holanda   | Health & Social Care in the Community                 | Perspetivas de pacientes e familiares sobre as ferramentas de trabalho dos enfermeiros de família e os benefícios da conversação em cuidados de saúde domiciliários holandeses  |
| E3 | Broekema et al. (2020b)  | Holanda   | Scandinavian Journal of Caring Sciences               | Aplicação pelos enfermeiros das componentes da conversação de enfermagem de família no domicílio: Análise de conteúdo qualitativo   |
| E4 | Wright (2020)            | Canadá    | Journal of Family Nursing                             | Vencer o medo durante o distanciamento social ou a auto quarentena: Mesmo com medo do desaparecimento das pipocas   |
| E5 | Luttik et al. (2020)     | Holanda   | Journal of Family Nursing                             | A pandemia de COVID-19: Um assunto de família   |
| E6 | Jin et al. (2020)        | China     | Medicine  | A enfermagem de família com uma rede de apoio melhora o resultado clínico e a qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: Um padrão consolidado de relato de ensaio clínico controlado randomizado compatível. |
| E7 | Huang et al. (2021)      | Japão     | Japan Journal of Nursing Science                      | Tendências e foco da pesquisa em enfermagem de família com base na Web of Science: Uma análise bibliométrica  |
| E8 | Østergaard et al. (2021) | Dinamarca | Journal of Clinical Nursing                           | Efeito da conversação terapêutica de enfermagem de família em pacientes com insuficiência cardíaca e seus familiares: Resultados secundários de um ensaio multicêntrico randomizado   |

## Publicações científicas sobre enfermagem de família na pandemia: uma revisão da literatura

Na tabela 2 observa-se que 50% dos estudos abordam estratégias de intervenção utilizadas em enfermagem de família: três estudos abordam as conversas

terapêuticas (Broekema et al., 2020a; Broekema et al., 2020b; Østergaard et al. et al., 2021) e um aborda o recurso ao trabalho em rede (Jin et al., 2020).

Tabela 2

Distribuição dos estudos sobre enfermagem de família quanto ao autor, objetivos, resultados e conclusões. Porto, Portugal, 2021. (N=8).

| ID | Primeiro autor/ano     | Objetivos  | Resultados   | Conclusões  |
|----|------------------------|--|--|---|
| E1 | Adams et al. (2020)    | Descrever as experiências e adaptações das universidades e do Serviço de Saúde Materno-Infantil de Vitória, no contexto da pandemia  | Oferta de um curso de graduação na área da criança, família e comunidade flexível pela Trobe University. Oferta de um serviço móvel pelas enfermeiras numa área rural de Victoria.   | Desafio das modificações da prática; Benefícios das mudanças na prática Inovação no ensino de enfermagem.   |
| E2 | Broekema et al. (2020) | Propor um modelo com os benefícios e mecanismos de funcionamento da conversação de enfermagem familiar no domicílio a partir da perspectiva de pacientes e seus familiares | Elaboração de um modelo com três partes: mecanismos de trabalho percebidos durante a conversação de enfermagem familiar; benefícios percebidos e seus mecanismos de trabalho durante e imediatamente após a conversa e os benefícios percebidos a longo prazo e seus mecanismos de trabalho. | As famílias cuidadas no domicílio consideram as conversas terapêuticas utilizada pelos enfermeiros de família é uma intervenção valiosa para otimizar a sua situação de saúde atual e futura. |
| E3 | Broekema et al. (2020) | Descrever como os enfermeiros aplicam as componentes da conversação utilizada em enfermagem de família na sua prática no domicílio.  | Implicitamente os enfermeiros introduzem as componentes da conversação de enfermagem de família, tais como, estrutura familiar e a partilha da história da família.  | Este estudo demonstra a aplicabilidade das componentes das conversas terapêuticas de enfermagem de família nos cuidados de saúde no domicílio.  |
| E4 | Wright (2020)          | Refletir sobre o que acontece se os próprios enfermeiros de família tiveram de cumprir distanciamento social e quarentena.   | -  | Os enfermeiros de família obrigados a manter o distanciamento ou a auto-quarentena podem vencer o próprio medo.   |
| E5 | Luttik et al. (2020)   | -  | -  | O resultado da COVID-19 exige um aumento substancial dos recursos necessários para os enfermeiros (a)   |



**Publicações científicas sobre enfermagem de família na pandemia: uma revisão da literatura**

|    |                          |   |   |   |
|----|--------------------------|---|---|---|
|    |                          |   |   | avaliarem e intervirem nas famílias que precisam de apoio, (b) educarem os enfermeiros para oferecerem cuidados de enfermagem familiar qualificados, e (c) realizarem pesquisas que forneçam evidências que a avaliação e intervenção de enfermagem família são eficazes na abordagem sofrimento de doença. |
| E6 | Jin et al. (2020)        | Explorar os efeitos do recurso da enfermagem de família a uma rede na evolução clínica e na qualidade de vida de pacientes com doença cardíaca submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio.  | A intervenção de enfermagem de família baseada no trabalho em rede tem potencial para melhorar a saúde mental, a qualidade do sono e função pulmonar dos pacientes.   | A intervenção de enfermagem de família baseada no trabalho em rede tem potencial para melhorar os resultados clínicos de pacientes submetidos a revascularização do miocárdio.  |
| E7 | Huang et al. (2021)      | Explorar as tendências de desenvolvimento e o alvo da pesquisa através da análise da literatura relacionada com a enfermagem de família entre 1986 a 2018.  | As pesquisas tiveram como alvos assuntos tradicionais, como "enfermagem", "família", "enfermeira" e "cuidado". Mas também há novos focos como "qualidade de vida", "paliativo", "cuidador", "criança" e "demência". "drogas, medicina, clínica, psicologia, educação, saúde" "a" "enfermagem, sociedade". | A pesquisa sobre enfermagem de família precisa ser mais explorada no futuro.  |
| E8 | Østergaard et al. (2021) | Avalia o efeito a curto, médio e longo prazo das conversas terapêuticas de enfermagem familiar adicionado aos cuidados convencionais versus cuidados convencionais em apoio social, família saúde e funcionamento da família em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca e sua família. | Aumento do suporte social a curto, médio prazo e longo prazo entre os pacientes e seus familiares no grupo de intervenção em comparação com o grupo de controle. Pacientes e seus familiares relataram aumento de reforço, feedback, capacidade de tomada de decisão e colaboração com a enfermeira.      | As conversas terapêuticas de enfermagem familiar permitiram maior apoio, feedback, por parte do enfermeiro e maior capacidade na tomada de decisão e colaboração com o enfermeiro dos pacientes e seus familiares em relação aos cuidados convencionais.  |

De acordo com a interface dos resultados da análise de similitude com a identificação das coocorrências entre as palavras entre os seguintes termos (Figura 2):

enfermagem, intervenção, familiar, mudança, futuro, família, prático, conversa, reduzir, saúde, cuidado, paciente, estudo, medo, covid-19, estar, medo,

## Publicações científicas sobre enfermagem de família na pandemia: uma revisão da literatura

componentes e aplicar auxiliando na identificação da estrutura do campo representacional das publicações

relacionadas com enfermagem de família durante aparecimento do SARS-Cov2 e a instalação da pandemia.



Figura 2

Resultados da análise de similitude.

Conforme a árvore de cocorrência, os resultados indicaram as publicações relacionadas com enfermagem de família durante o aparecimento do SARS-Cov2 e a instalação da pandemia abordaram: 1 – mudança da prática e do ensino de enfermagem de família durante a COVID-19; 2- as necessidades dos

pópios enfermeiros face à COVID-19; 3- as estratégias utilizadas pelos enfermeiros de família.

### DISCUSSÃO

A saúde familiar manifesta-se pela capacidade de a família criar estratégias que permitam a sua

## Publicações científicas sobre enfermagem de família na pandemia: uma revisão da literatura

funcionalidade e dar resposta às necessidades individuais dos seus membros (Ferreira et al., 2020). Estas autoras consideram que as intervenções de enfermagem de família se centram na família e em cada indivíduo que a constitui.

Assim, considerando os objetivos do estudo, identificar e analisar as publicações relacionadas com enfermagem de família durante o aparecimento do SARS-Cov2 e a instalação da pandemia, os resultados obtidos através da análise com recurso ao IRAMUTEQ permitiram-nos verificar, em relação ao estudo E1, que as palavras que mais se destacaram foram *enfermagem, mudança, prático e medo*, uma vez que as primeiras experiências e adaptações ao serviço de saúde no período da pandemia trouxeram modificações forçadas na prática, com soluções inovadoras para mudanças no treino dos estudantes e na prestação de cuidados pelos profissionais. O estudo de Danesh, Garosi e Golmohamadpour (2021) veio corroborar estes resultados.

Quanto aos estudos E2 e E3, geraram-se associações entre as palavras *conversa, família, familiar, saúde, cuidado, paciente, aplicar, componentes, futuro, estudo, estar e enfermagem* sugerindo um conjunto de estratégias de enfrentamento a médio e longo prazo entre familiares cuidadores e profissionais de enfermagem. Estes resultados estão em consonância com os observados por Patungo, Thome e Nompo (2021).

No que se refere à análise de similitude nos estudos E4, E5 e E6, verificou-se uma conexão entre as palavras *medo, família, COVID-19, intervenção, cuidado e prático* auxiliando na identificação dos cuidados da enfermagem de família durante a pandemia. Estes dados, ressaltam que os enfermeiros estão a vencer o

medo dia a dia, principalmente aqueles que mantêm contacto direto com utentes com COVID-19 e que estão a adquirir habilidades de avaliação e intervenção em enfermagem de família mais eficazes, no sentido de fornecer melhores cuidados de enfermagem voltados para a família e a comunidade (Danesh et al., 2021).

Relativamente à conexão entre as palavras *enfermagem, família, futuro, cuidados e enfermagem* incluídas nos estudos E7 e E8, esta permitiu enfatizar que a enfermagem de família precisa ser mais explorada no sentido de fornecer cuidados de enfermagem mais direcionados ao apoio social, para o fortalecimento da saúde da família e melhoria do bem-estar dos pacientes. Patungo et al. (2021) encontraram resultados semelhantes no seu estudo.

## CONCLUSÃO

Considerando que os termos mais referidos assumem maior relevância nas publicações relacionadas com enfermagem de família, estes encontram-se vinculadas à enfermagem, intervenção, familiar, mudança, futuro, componentes e aplicar. Estes resultados sugerem que as publicações ilustram como a pandemia teve e terá um impacto significativo na prática (ex. o distanciamento físico), no ensino (ex. restrições impostas para o ensino clínico dos estudantes) e na Investigação em enfermagem de família (ex. restrições no acesso aos serviços e aos participantes dos estudos).

Estes resultados contribuem ainda para tomarmos consciência que o conhecimento dos enfermeiros de família lhes permitiu avaliar e intervir nas famílias que necessitaram de apoio, educar os enfermeiros para oferecerem cuidados de enfermagem de família de

qualidade e realizarem pesquisas sobre a intervenção dos enfermeiros de família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams C., Ridgway, L., & Hooker, L. (2020). Maternal, child and family nursing in the time of COVID-19: The victorian maternal and child health service experience. *Australian Journal of Child and Family Health Nursing*, 17(1), 12-15. DOI:[10.33235/ajcfhn.17.1.12-15](https://doi.org/10.33235/ajcfhn.17.1.12-15)
- Broekema S., Paans, W., Oosterhoff, A., Roodbol, P. F., & Luttik, M.L. (2020a). Patients' and family members' perspectives on the benefits and working mechanisms of family nursing conversations in Dutch home healthcare. *Health & Social Care in the Community*, 29(3), 259–269.
- Broekema, S., Paans, W., Roodbol, P. F., & Luttik, M.L. (2020b). Nurses' application of the components of family nursing conversations in home health care: A qualitative content analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34, 322–331.
- Danesh, M. K., Garosi, E., & Golmohamadpour, H. (2021). The COVID-19 pandemic and nursing challenges: A review of the early literature. *Work*, 69(1), 23 – 36.
- Dong, E., Du, H., & Gardner, L. (2020). An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *The Lancet. Infectious Diseases*, 20(5), 533–534. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30120](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30120)
- Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M. J., Paiva, M., & Figueiredo M. H. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção familiar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 7-20. [doi.org/10.37914/riis.v3i2](https://doi.org/10.37914/riis.v3i2)
- Huang, Q., Ronghuang, Q., Yinhuang, R., Fanghuang, Y., & Yansun, H. (2020). Trends and hotspots of family nursing research based on web of science: A bibliometric analysis. *Japan Nursing Science*, 18, e12401. <https://doi.org/10.1111/jjns.12401>
- Jin, L., Pan, R., Huang, L., Zhang, H., Jiang, M., & Zhao, H. (2020). Family nursing with the assistance of network improves clinical outcome and life quality in patients underwent coronary artery bypass grafting: A consolidated standards of reporting trials-compliant randomized controlled trial. *Medicine*, 99(50), e23488. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023488>
- JBI. Janna Briggs Institute (2014a). *Reviewers' manual*. Adelaide, Australia: Joanna Briggs Institute. <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/ReviewersManual.pdf>
- JBI. Joanna Briggs Institute (2014b). *New JBI levels of evidence*. Adelaide, Australia: Joanna Briggs Institute. <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/ReviewersManual.pdf>
- Luttik, M. L., Mahrer-Imhof, R., García-Vivar, C., Brødsgaard, A., Dieperink, K. B., Imhof, L., Østergaard, B., Svavarsdottir, E. K., & Konradsen, H. (2020). The COVID-19 pandemic: A family affair. *Journal of Family Nursing*, 26(2), 87–89.
- Oliveira, A.C., Lucas, T.C., & Iquiapaza, R.A. (2020). O que a pandemia da Covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução? *Texto e Contexto em Enfermagem*, 29, e20200106. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106>
- Østergaard. B., Mahrer-Imhof, R., di Shamali, M., Nørgaard, B., Jeune, B., Pedersen, K. S., & Lauridsen, J. (2021). Effect of family nursing therapeutic conversations on patients with heart failure and their family members: Secondary outcomes of a randomised multicentre trial. *Journal of Clinical Nursing*, 30(5-6), 742-756.
- Patungo, V., Thome, A. L. & Nompo, R. S. (2021). Family nursing care during the COVID-19 pandemic. In *The 4th International Virtual Conference on Nursing, KnE Life Sciences*, p. 490–495. doi 10.18502/kls.v6i1.8639
- Svavarsdottir, E. K., Sigurdardottir, A. O., Konradsdottir, E., Stefansdottir, A., Sveinbjarnardottir, E. K., Ketilsdottir, A., Blondal, K., Jónsdóttir, A., Bergs, D., & Guðmundsdottir, H. (2015). The process of translating family nursing knowledge into clinical practice. *Journal Of Nursing Scholarship: An official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 47(1), 5–15. <https://doi.org/10.1111/jnu.12108>
- Whitemore, R., & Knaf, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (5), 546-553.
- Wright, L. M. (2020). Conquering fear during social-distancing or self-quarantine: Even fearing the disappearance of popcorn. *Journal of Family Nursing*, 26(3), 187–189. doi: 10.1177/1074840720923421





# RIIS

Revista de  
Investigação &  
Inovação em Saúde



## Normas de publicação da revista RIIS

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

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

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

A RIIS tem uma periodicidade de publicação semestral.

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

### ARTIGOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Metodologia:**

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

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

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

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

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



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

**(Exemplos para a elaboração das Referências bibliográficas)**

## ESPECIFICAÇÃO DE AUTOR

### Com 1 Autores

Bolander, V. (1998)

### Com 2 a 7 Autores:

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

### Com mais de 7 autores:

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

### Editor como Autor:

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

### Autor Coletivo:

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

### Sem Autor Expresso:

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

## PUBLICAÇÃO SEM ANO

Autor (s.d.).

## LIVROS

### Um autor

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

### Dois a sete autores

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

### Oito ou mais autores, coloque os seis primeiros nomes dos autores, seguido de reticências e o último autor

Benavente, A., Silva, R., Gomes, P., Aníbal, A., Guerra, B., Santos, P., ... Simões, C. (1987). *Do outro lado da escola*. Lisboa. Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.

Akai, K., Hayashi, M., & Nishimatsu, Y. (Eds). (1981). *Weak rock: soft fractured and weathered rock: proceedings of the international symposium Tokyo, 1981*. Rotterdam: A. A. Balkema,

## Capítulo de livros

Napolitano, J. (2013). Development, sustainability and international politics. In L. Meuleman (Ed.), *Transgovernance: Advancing sustainability governance* (pp. 163-211). Berlin: Springer

## Coletividade autor:

Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Direção Geral da Saúde

## Teses, dissertações e outras provas académicas

Ferreira, P. (2004). *Melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde ao doente diabético tipo 2* (Tese de Mestrado). Instituto de Higiene e Medicina Social da Faculdade de Medicina

## Atas de congressos

Congresso Nacional de bibliotecários, arquivística e documentalista (1987). *Integração europeia: um desafio à informação: atas de conferência*. Coimbra: Minerva, 1987.

## ARTIGOS DE PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS

**(Nota:** A nível de autores segue as regras do livro)

Gomes, R. M. (2012, janeiro). Serra da Estrela. *Revista Fugas*, 152, (4), 20-21.

## DOCUMENTOS LEGISLATIVOS E JUDICIAIS

Decreto-Lei nº 192/89 de 08 de junho (1989). *Diário da República nº 131/89. I Série*. Ministério, da agricultura pescas e alimentação. Lisboa, Portugal.

PORTARIA nº 1111/89 de 29 de dezembro (1989) *Diário da República nº 298. I Série*. Ministérios das Finanças e da Indústria e Energia. Lisboa, Portugal.

## DOCUMENTOS ELETRÓNICOS

### Livros

Almodovar, A., & Cardoso, J. L. (1998). *A history of portuguese economic thought* London: Routledge. Retirado de URL:<http://www.ebrary.com/lib/mctbrasil>

### Artigos de publicações periódicas

Nono, M. A. & Mizukami, N. (2002). Casos de ensino e processos de aprendizagem profissional docente. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 83 (203), 172. retirado de <http://site.ebrary.com/lib/mctbrasil/Doc?id=10055894&ppg=172>. ISSN 0034-71803.

## CHECKLIST DE AUTOVERIFICAÇÃO

### 1. ESTRUTURA DO ARTIGO Tipo

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

#### Informação dos autores

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

#### Título

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

#### Resumo

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

#### Palavras-chave

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

#### Formatação do texto

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

### Tabelas e figuras

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

### Citações

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

### Referências

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

### 2. PROCEDIMENTOS DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

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



# Corpo Editorial | Editorial | Consejo Editorial

## Editor

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa  
Unidade de Investigação e Desenvolvimento

## Editor Chefe

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

## Editor Adjunto

Fernanda Príncipe, PhD  
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

## Secretariado Editorial

Odete Silva  
Manuela Castro

## Conselho Editorial

Alice Brito - PhD  
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Ana Paula Macedo - PhD  
Universidade do Minho

Ana Torres - PhD  
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Celeste Dias - PhD  
Centro Hospitalar Universitário de São João

Cláudia Maria Gomes de Sousa - PhD  
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Carlise Rigon Dalla Nora - PhD  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Cintia Fassarella - PhD  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Cristina Araújo Martins - PhD  
Universidade do Minho

Elsa Maria Oliveira Pinheiro de Melo - PhD  
Escola Superior de Saúde da Universidade Aveiro

Ester Goutan Roura - PhD  
Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya

Fernanda Bastos - PhD  
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Fernando Alberto Soares Petronilho - PhD  
Universidade do Minho

Germano Couto - PhD  
Universidade Fernando Pessoa

Henrique Pereira - PhD  
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Irma da Silva Brito - PhD  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

José Vilelas - PhD  
Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

Maria Goreti Silva Ramos Mendes - PhD  
Universidade do Minho

Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo - PhD  
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Maria Manuela Frederico Ferreira - PhD  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Maria Manuela Henriques Pereira Ferreira - PhD  
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Maria Otilia Brites Zangão - PhD  
Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Maribel Domingues Carvalhais - PhD  
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Miguel Padilha - PhD  
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro - PhD  
Escola Superior de Saúde de Santa Maria

Paula Encarnação - PhD  
Universidade do Minho

Rafaela Schaefer - PhD  
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Raquel Simões de Almeida - PhD  
Escola Superior de Saúde-IPP/ANARP

Rui Miguel Freitas Gonçalves – PhD

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

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

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