

RIIS

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde

Revista de Investigação & Inovação em Saúde

Vol. 6 N. 1 | Março 2023

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

Pedagogical challenges in higher health education to promote critical thinking and sustainability in digital age

The digital age has revolutionized the way we live, work, teach and learn. However, it has also presented new pedagogical challenges that must be addressed to promote critical thinking and Sustainable Development Goals. In their fifth and most recent edition of the book 'Teaching for Quality Learning at University', Biggs, Tang & Kennedy (2022) show that the challenges posed to higher education institutions since the beginning of the 21st century have led to the democratization of access to this level of education. This increase in student participation and diversity has led to the need to rethink pedagogical models that respond to different educational needs.

At the beginning of this second decade, the COVID-19 pandemic accelerated the need for institutions' digital transition. The ubiquity of digital technologies in this digital age has meant that teachers have to deal with how these can be used effectively in teaching, learning and assessment. Higher education institutions and teachers must find new strategies for genuine student engagement that promote the quality and effectiveness of teaching, including outcome-based teaching and learning. Therefore, it is important to discuss the pedagogical challenges in higher health education and how they can be addressed to promote critical thinking and sustainability in the digital age.

One of the significant challenges facing higher health education is the digital divide. While digital technology has made education more accessible, many students still lack access to digital resources. Addressing the

digital divide requires institutions to invest in digital infrastructure and provide students with access to necessary digital resources. Additionally, institutions should develop strategies to support students who may struggle with the use of digital technology.

Another pedagogical challenge in higher health education is fostering active learning. Digital technology can support active learning by providing students with access to interactive simulations, online discussions, and multimedia resources. To promote active learning, institutions should incorporate digital technology into their teaching methods and provide opportunities for students to engage with digital resources actively. However, the use of digital technology in higher health education also raises ethical issues. Institutions should develop policies and guidelines to address ethical issues related to the use of digital technology in education. Additionally, students should be provided with opportunities to learn about ethical issues related to the use of digital technology in healthcare.

Critical thinking is an essential skill for healthcare professionals, which is even more pressing in the digital age. With the abundance of information available, it is crucial to develop critical thinking skills to analyze and evaluate the quality of information. Higher health education institutions should incorporate critical thinking into their curriculum and provide students with opportunities to develop and practice critical thinking skills. However, the use of

digital technology in higher health education also raises ethical issues. Institutions should develop policies and guidelines to address ethical issues related to the use of digital technology in education. Additionally, students should be provided with opportunities to learn about ethical issues related to the use of digital technology in healthcare.

Promoting sustainability is another challenge. Digital technology has the potential to support sustainability by reducing the carbon footprint of institutions and providing students with opportunities to learn about sustainability issues. Health higher education institutions can integrate sustainable practices into their curriculum by teaching students about the interlinkages between health and sustainable development, and provide students with opportunities to engage in sustainability initiatives. By emphasizing the importance of sustainable practices in healthcare management, students can become responsible healthcare professionals who are aware of the social and environmental impact of their actions.

Health higher education institutions can encourage interdisciplinary collaboration among healthcare professionals, environmental experts, and other

stakeholders to address health and sustainability challenges. This can be achieved through joint research projects, interdisciplinary coursework, and community outreach programs. By working together, these groups can create innovative solutions to address health and sustainability challenges in their communities.

Due to this digital, higher health education institutions face various pedagogical challenges in promoting critical thinking and creating responses to Sustainable Development Goals. Institutions must be proactive in addressing these challenges to provide students with the knowledge and skills they need to succeed in the digital age and to prepare healthcare professionals for the future.

Reference

Biggs, J., Tang, C. & Kennedy, G. (2022). *Teaching for Quality Learning at University*. (5 ed). Open University Press.

PhD, Presidente do Conselho Pedagógico na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

Sumário | Summary | Resúmen

EDITORIAL

Pedagogical challenges in higher health education to promote critical thinking and sustainability in digital age

Sónia Novais

ARTIGOS DE INVESTIGAÇÃO

- 7 Desafios das famílias no decorrer da pandemia por covid-19: percepções de enfermeiros
Margarida Silva, Teresa Barros, Helena Loureiro, Manuela Ferreira, Maria Henriqueta Figueiredo
- 19 Contributos na avaliação do grau de satisfação da pessoa em cuidados paliativos
Custódio Sérgio Soares, Carla Pinho, Maria Inês Costa
- 35 Atitudes dos estudantes de enfermagem perante a pessoa com doença mental
Diana Ponte, Cláudia Tavares, Pedro Alves, Paula Alexandra Quesado, António Ferreira, Ana Quesado
- 49 Conhecimento das pessoas idosas sobre o seu regime medicamentoso: um estudo descritivo
Sónia Novais, Daniela Abreu, Lídia Magro, Pedro Gilde, Sónia Pereira, Catarina Bastos, Maribel Carvalhais
- 61 Preparação do familiar cuidador da pessoa idosa com fratura proximal do fémur
Ana Rita Oliveira, Margarida Abreu, Laura Reis
- 73 Nursing documentation related to respiratory process: Content analysis of Portuguese health records
Luís Gaspar, Neuza Reis, Paula Sousa, Abel Paiva e Silva, Filipe Pereira, Natália Machado
- 85 Os enfermeiros face à covid-19: conhecimentos, atitudes e perceção de risco
Cátia Martins, Lúgia Lima, Celeste Bastos
- 99 Necessidades das famílias com membro portador de patologia neuromuscular: dimensão funcional
Tiago Marques, Lídia Moutinho, Maria Fernandes, Virgínia Guedes, Manuela Ferreira, Maria Henriqueta Figueiredo, Anita Marques

ARTIGOS DE REVISÃO

- 111 A efetividade do decúbito ventral na acute respiratory distress syndrome: revisão sistemática
Sílvia Ramos, Aramid Gomes, Ana Luísa Rego, Pedro Pimenta, José Silva, Silvana Martins, Ana Catarina Maia, Ana Paula Macedo
- 125 Riscos psicossociais: prevenção e controlo do stress ocupacional
Paula Farias, Catarina Santos, Rita Pinho, Marta Pereira, Iara Teixeira, Manuela Ferreira

DESAFIOS DAS FAMÍLIAS NO DECORRER DA PANDEMIA POR COVID-19: PERCEÇÕES DE ENFERMEIROS

Challenges for families during the COVID-19 Pandemic: Nurses' Perceptions

Desafíos de las familias durante la Pandemia de COVID-19: percepciones de los enfermeros

Margarida Silva*, Teresa Barros**, Helena Loureiro***, Manuela Ferreira****, Maria Henriqueta Figueiredo*****

RESUMO

Enquadramento: a Pandemia por COVID-19 trouxe implicações às famílias, podendo representar uma ameaça à funcionalidade do sistema familiar, potenciando mudanças na estrutura e no funcionamento familiar, nomeadamente nas rotinas e padrões de interação. **Objetivo:** analisar a percepção de enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre os recursos e fraquezas do ambiente interno das famílias, assim como as ameaças e oportunidades procedentes do ambiente externo, relativos aos efeitos da Pandemia, no funcionamento familiar. **Metodologia:** estudo qualitativo descritivo. Aplicou-se questionário on-line, com questões de caracterização sociodemográfica e profissional e questões abertas sobre a percepção dos enfermeiros à cerca dos fatores que influenciam o funcionamento familiar, no decorrer da Pandemia por COVID-19, obtendo-se uma amostra de 51 participantes. Processo de amostragem em “bola de neve”. Utilizada técnica de análise de conteúdo para o tratamento de dados. **Resultados:** na percepção dos participantes as famílias possuem mais recursos do que fraquezas, no seu ambiente interno, e também mais oportunidades, do ambiente externo, do que ameaças para se adaptarem às mudanças impostas pela Pandemia. **Conclusão:** as forças constituem oportunidades e recursos para os enfermeiros capacitarem as famílias no sentido da superação das fragilidades, constituindo uma estratégia importante para o cuidado centrado na família como unidade.

Palavras-chave: enfermagem familiar; COVID-19; relações familiares

*PhD, em Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - <https://orcid.org/0000-0003-0031-271X> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

**PhD, em Enfermagem - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria - <https://orcid.org/0000-0002-3756-3478> - Author contribution: data collection, critical revision of the article

***PhD, em Enfermagem - Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro - <https://orcid.org/0000-0003-1826-5923> - Author contribution: Data collection, Critical revision of the article

****PhD, em Enfermagem - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa - <https://orcid.org/0000-0001-7902-9751> - Author contribution: drafting of the article, critical revision of the article - CINTESIS@RISE

*****PhD, em Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0001-7902-9751> - Author contribution: Study Conception and design; data collection; drafting of the article, critical revision of the article - CINTESIS@RISE

Autor de correspondência:
Margarida Silva
E-mail: margarida@esenfc.pt

Como referenciar:
Silva, M., Barros, T., Loureiro, H., Ferreira, M., & Figueiredo, M. (2022). Desafios das famílias no decorrer da pandemia por COVID-19: Perspetivas de enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(1), 7-18. <https://doi:10.37914/riis.v6i1.208>

Recebido para publicação: 14/12/2021
Aceite para publicação: 10/12/2022

ABSTRACT

Background: the COVID-19 Pandemic has been putting challenges to families, and may represent a threat to the functionality of the family system, implying changes in the family structure and functioning, namely in the routines and patterns of interaction. **Objectives:** to analyze the perception of primary health care nurses about the resources and weaknesses of the families' internal environment, relating to the effects of the Pandemic on family functioning. **Methodology:** cross sectional study based on a qualitative approach. An online questionnaire was applied, with questions of sociodemographic and professional characterization and open questions about the perception of nurses and about the factors that influence family functioning during the COVID-19 Pandemic. We used a “Snowball” sampling process obtaining 51 responses. Content analysis was used as technique for data analysis. **Results:** participant's perceive families as owning more strengths than weaknesses in their internal environment to cope with changes imposed by the pandemic, and also more opportunities in the external environment, than threats. **Conclusion:** strengths are opportunities and resources for nurses to empower families skills to overcome weaknesses, supporting an important strategy for provide care centered on the family as a unit.

Key words: family nursing; COVID-19; family relations

RESUMEN

Marco contextual: la Pandemia por COVID-19 tiene implicaciones para las familias y puede representar una amenaza para la funcionalidad del sistema familiar, facilitando los cambios en la estructura y el funcionamiento de la familia, es decir, en las rutinas y patrones de interacción. **Objetivo:** analizar la percepción de enfermeras de atención primaria sobre los recursos y debilidades del entorno interno de las familias, así como las amenazas y oportunidades derivadas del entorno externo relacionados con los efectos de la Pandemia, en el funcionamiento familiar. **Metodología:** edescriptivo cualitativo. Se aplicó un cuestionario en línea, con preguntas que incluían características sociodemográficas y profesionales y preguntas abiertas sobre la percepción de las enfermeras acerca de los factores que influyen en el funcionamiento familiar durante la Pandemia por COVID-19, obteniendo una muestra de 51 participantes. El muestreo fue por efecto de “bola de nieve”. Se utilizó la técnica de análisis de contenido para el procesamiento de datos. **Resultados:** en la percepción de los participantes, las familias tienen más fortalezas que debilidades, en su entorno interno, para adaptarse a los cambios impuestos por la Pandemia y también más oportunidades, del entorno externo, que amenazas. **Conclusión:** las fortalezas son oportunidades y recursos para que las enfermeras capacitaran las familias a hacia la superación de las debilidades, constituyendo una importante estrategia de atención centrada en la familia como unidad.

Palabras clave: enfermería de la familia; COVID-19; relaciones familiares

INTRODUÇÃO

As famílias encontram-se numa fase de ajuste e adaptação a mudanças, decorrentes do confinamento provocado pela Pandemia por Covid-19 e que implicaram transformações nas suas rotinas (Silva, et al., 2020), muitas vezes, associadas ao teletrabalho, que acarretou o convívio sistemático entre os membros da família. Ocorreram também alterações nas interações sociais e nos sistemas de suporte (Dickerson et al., 2021; Ramos & Silva, 2021; Souza et al., 2021), com a diminuição da frequência das atividades de lazer e a maior dificuldade de acionar as redes de apoio.

Estas transformações tendem a aumentar a complexidade na manutenção do equilíbrio familiar, nas diferentes dimensões: estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2013). A transição accidental, decorrente da Pandemia por Covid-19, parece produzir flutuações geradoras de crise e entropia, requerendo, do sistema familiar, mecanismos de morfogénese para a coevolução dos seus elementos, numa perspetiva transformativa. Por outro lado, considerando o princípio da globalidade dos sistemas familiares, as transformações funcionais poderão implicar mudanças nos membros da família, nomeadamente alterações do seu potencial de saúde. Pereira et al. (2020), verificaram que os indivíduos submetidos ao isolamento social estão mais suscetíveis a apresentar transtornos mentais, devido à privação e contenção social, surgindo sintomas de sofrimento psíquico, em especial o stresse, ansiedade e depressão. Nesta perspetiva, se por um lado o confinamento parece ter proporcionado mais tempo de convivência entre os membros da família, também gerou situações de isolamento social, perante a diminuição das

interações sociais (Dickerson et al., 2021; Ramos & Silva, 2021; Souza et al., 2021).

A percepção dos enfermeiros sobre as mudanças efetivas no funcionamento das famílias pode influenciar a tomada de decisão clínica no processo de avaliação e intervenção familiar. Assim, as percepções dos enfermeiros funcionam como elementos norteadores de tomada de posição, que se articulam num conjunto de relações sociais, com consequente organização dos processos simbólicos que intervêm no conjunto de ações promotoras de apropriação e desenvolvimento dos cuidados de enfermagem em geral e, em particular da enfermagem de saúde familiar (Ferreira, et al., 2021; Kodato, 2016).

Neste sentido, constituíram objetivos deste estudo, analisar a percepção dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (CSP) sobre os recursos e as fraquezas (inerentes ao ambiente interno) das famílias e sobre as ameaças e oportunidades, (procedentes do seu ambiente externo), decorrentes da Pandemia por COVID-19.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Das implicações decorrentes da Pandemia por COVID-19 realçam-se o confinamento e o distanciamento social, que parecem ter consequências a nível do padrão quotidiano dos cidadãos, a par das implicações económicas globais, que se poderão refletir nos vários domínios da vida familiar, assim como na saúde dos seus membros.

Em termos económicos, sociais e laborais verificaram-se mudanças nos padrões de funcionamento das famílias associadas ainda à fragilidade na rede de apoio social, com o distanciamento imposto (Silva et al., 2020). Esta situação, forçou as famílias, de forma

imprevisível, a manterem um equilíbrio, muitas vezes síncrono, entre trabalho e família, sem uma preparação prévia e sem redes de suporte. Efetivamente em períodos de confinamento total, com creches, escolas e centros de dia fechadas, os pais viram-se responsáveis por cuidar das crianças, de as apoiarem na educação, no contexto domiciliário, ao mesmo tempo que tentavam corresponder aos desafios laborais ameaçados, pela possibilidade de desemprego (Ficher et al., 2020). As famílias confrontaram-se com a diminuição do apoio da família extensa, que por questões de segurança, relacionados muitas vezes com questões de vulnerabilidade, associada a maior idade, ficaram afastados e isolados. Também as famílias se viram confrontadas com agravamento das questões sociais, aumento do desemprego, da pobreza e desigualdade social (Ramos & Silva, 2021).

Os impactos sociais, económicos podem constituir ameaças do ambiente externo que agem como stressores, intensificando a vulnerabilidade das famílias na identificação e mobilização de estratégias de coping, facilitadoras dos processos de reestruturação (Silva et al, 2020).

A Pandemia por Covid-19 parece ter trazido aos enfermeiros de CSP, novas formas de organização e de gestão dos cuidados.

A percepção dos enfermeiros sobre as efetivas mudanças no funcionamento das famílias, poderá ter influência na tomada de decisão relativamente à forma de intervenção familiar e por sua vez estas podem constituir desafios a uma prática centrada na família como unidade de cuidados, o que conseqüentemente poderá levar a maiores dificuldades na articulação do conhecimento teórico (Silva, 2016).

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo qualitativo, descritivo numa amostra constituída por 51 enfermeiros que trabalham em CSP.

Para a recolha de informação foi utilizado um questionário de autopreenchimento on-line, com recurso ao *Google Forms*. O questionário era constituído por duas partes: a primeira referente a questões de caracterização sociodemográfica e profissional; a segunda parte integrava quatro questões abertas, duas relativas ao ambiente interno, solicitando aos participantes que registassem os pontos fortes (forças e recursos) das famílias que concorreram como fatores facilitadores na adaptação às mudanças, no funcionamento familiar, requeridas pelo efeito da Pandemia por COVID-19 e os pontos fracos (fragilidades) das famílias que concorreram como fatores dificultadores na adaptação a essas mudanças. Nas restantes duas questões, referentes ao ambiente externo, era solicitado aos participantes que registassem as oportunidades do meio externo às famílias, que concorreram como fatores facilitadores na adaptação às mudanças e as ameaças, que concorreram como fatores dificultadores na adaptação às mudanças requeridas pelo efeito da Pandemia por COVID-19, no funcionamento familiar.

A amostra foi obtida através da rede social pessoal das investigadoras com recurso à técnica de “bola de neve”, em que os participantes convidam outros pela partilha do link do questionário na sua própria rede social pessoal.

De acordo com os princípios éticos e deontológicos foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados, obtendo-se o consentimento informado através de item no início do questionário. O estudo

Desafios das famílias no decorrer da pandemia por covid-19: percepções de enfermeiros

obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade Investigação em que o mesmo está inscrito (P769_04_2021).

Os dados foram analisados recorrendo-se à análise de conteúdo (Bardin, 2013). O processo de análise decorreu em três fases: pré-análise, exploração de materiais (enumeração por frequência, codificação e categorização) e a interpretação e inferência. A validação das categorias, criadas à posterior e o respetivo conteúdo foi efetuada por duas investigadoras externas às três fases de análise

RESULTADOS

Os participantes eram na sua grande maioria do sexo feminino (n=46; 90%), com uma média de idade de 44 anos (± 6 anos). A maioria dos participantes (n=27; 53%) apresentava formação especializada em Enfermagem Comunitária, sendo que 69% (n=35) desenvolvia atividade profissional em Unidades de Saúde Familiar (USF), 16% (n=8) em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), 12% (n=6) em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e, 4% (n=2) em Unidades de Saúde Pública. A média \pm desvio padrão (DP) do tempo de exercício profissional era de 21 anos ± 6 anos.

Relativamente aos pontos fortes das famílias, percecionados pelos enfermeiros como fatores facilitadores na adaptação das famílias às mudanças requeridas pelo efeito da Pandemia por COVID-19, identificaram-se quatro categorias comuns às forças (pontos fortes) e fragilidades (pontos frágeis): *Sistema de crenças*; *Padrões de comunicação*; *Padrões de organização* e *Recursos*.

Os resultados apresentados na Tabela 1 referem-se às categorias descritas, as suas subcategorias e unidades de registo, com a respetiva frequência.

Por ordem decrescente, quanto ao número de unidades de registo (UR) referidas, encontram-se: *Padrões de organização* (45), *Recursos* (38), *Sistema de crenças* (28) e *Padrões de Comunicação* (18).

Da categoria *Padrões de organização*, emergiram as subcategorias: *Conciliação entre a família e o trabalho*, *Coesão familiar* e *Flexibilidade dos membros da família*. Foi na subcategoria *Coesão* que se verificou o maior número de UR (39), sublinhando-se a “união” com 33. Na subcategoria *Flexibilidade* registaram-se 5 UR, a “partilha de tarefas” com 4 e “partilhar papeis” com 1.

Na categoria *Recursos* encontram-se a subcategoria *internos* e *externos*, registando-se, na primeira, o maior número de UR (29), associados aos “bons recursos económicos” (14) e os “bons recursos informáticos e tecnológicos” (7).

Na categoria *Sistema de crenças da família*, identificou-se a “resiliência” como a UR com maior frequência (10), seguida do “espírito de colaboração” (4), enquanto que na categoria *Padrões de comunicação* destacou-se a “comunicação efetiva”, com maior número de referências (8), seguido do “afeto/amor/atenção” (3).

Desafios das famílias no decorrer da pandemia por covid-19: percepções de enfermeiros

Tabela 1

Distribuição das unidades de registo por categorias e subcategorias relativas aos Recursos das famílias (ambiente interno)

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo	Nº UR	
Sistema de crenças		<i>Resiliência (10); Esperança (3); Fé (1); Espírito de colaboração (4); Respeito (3) Crenças familiares facilitadoras (1) Motivação para a adaptação à situação (1) Mecanismos de coping (2); Dever de proteção (1) Valores e princípios (1); Vínculos familiares e partilha (1)</i>	28	
	Padrões de comunicação	<i>Comunicação efetiva (8); Afeto/amor/atenção (3) Habilidades parentais (2); Boa relação conjugal (1) Confiança (1); Paciência (1); Amizade (1) Mais tempo em casa com os membros da família (1)</i>	18	
Padrões de organização	Conciliação família/trabalho	<i>Organização de horários, tarefas domésticas, escolares e laborais (1)</i>	1	45
	Coessão	<i>União (33); Compreensão (3); Sentido de pertença (1); Boa relação familiar (1); Boa funcionalidade (1)</i>	39	
	Flexibilidade	<i>Partilha de tarefas (4); Flexibilidade nos papeis (1)</i>	5	
Recursos	Internos	<i>Bom estado de saúde (3) Bom estado do edifício residencial (5) Bom estado económico (14) Bom estado informático/tecnológico (7)</i>	29	38
	Externos	<i>Rede informal (9)</i>	9	
Total			129	

As mesmas categorias foram também analisadas relativamente aos pontos frágeis ou fraquezas internas da família (Tabela 2). Verificou-se que a maior frequência se registou na categoria *Recursos* (45), seguida da categoria *Padrões de organização* (25), *Padrões de comunicação* (13) e *Sistema de crenças* (5). Na categoria *Recursos* destacou-se a subcategoria, *internos*, com “*débil situação económica*”, que apresentou 18 UR. A nível da subcategoria *externos*, destacaram-se “*isolamento*”, com 7 UR e a “*rede informal insuficiente*”, com 6 UR.

Relativamente aos *Padrões de organização*, encontraram-se 25 UR, surgindo as subcategorias: *Conciliação entre a família e o trabalho*, com o total de 10 UR, *Coessão familiar* com 9 e a *Inflexibilidade* com 6 UR. Na subcategoria *Conciliação entre a família e o*

trabalho, surgiram: “*dificuldade na gestão do trabalho e ocupação dos filhos crianças*” com 4 UR, a “*sobrecarga de trabalho*” e o “*pouco tempo livre*”, ambas com de 3 UR. Relativamente à subcategoria *Coessão familiar*, que apresentou 25 registos, a “*rutura do casamento/divorcio*” registou a maior frequência (8). Na subcategoria *Inflexibilidade* identificou-se a “*falta de partilha das tarefas entre a família*”, com 6 UR. Na categoria *Padrões de comunicação* identificaram-se 13 UR, sendo os mais referidos o “*conflito nas relações familiares*” e o “*stresse*”, ambos com 4 e o “*padrão de comunicação comprometido*”, com 3 UR. No *Sistema de Crenças*, encontrou-se: “*desesperança*”, com 2 UR, a “*incredulidade*” também com 2 UR, e as “*crenças familiares limitantes*” com 1 UR.

Desafios das famílias no decorrer da pandemia por covid-19: percepções de enfermeiros

Tabela 2

Distribuição das unidades de registo por categorias e subcategorias relativas aos pontos frágeis (fragilidades), do ambiente interno, da Família

Categorias/subcategorias		Unidades de Registo	Nº UR	
Sistema de Crenças		<i>Crenças familiares limitantes (1)</i> <i>Desesperança (2)</i> <i>Incredulidade (2)</i>	5	
Padrões de comunicação		<i>Padrão de comunicação comprometido (3)</i> <i>Conflito nas relações familiares (4)</i> <i>Stresse (4)</i> <i>Tensão emocional e psicológica (1)</i> <i>Insegurança (1)</i>	13	
Padrões de Organização	Conciliação laboral/familiar	<i>Dificuldade para gerir o tempo de trabalho e o tempo com os filhos (4)</i> <i>Sobrecarga de trabalho (3)</i> <i>Pouco tempo livre (3)</i>	10	25
	Coesão	<i>Desunião rutura (divórcio) (8)</i> <i>Débeis relações conjugais e parentais (1)</i>	9	
	Inflexibilidade	<i>Falta de partilha de tarefas entre os membros da família (6)</i>	6	
Recursos	Internos	<i>Doença prévia (7)</i> <i>Falta de condições no edifício residencial (1)</i> <i>Débil situação económica (18)</i> <i>Dificuldade nos recursos tecnológicos e informáticos (2)</i>	28	45
	Externos	<i>Rede informal insuficiente (6)</i> <i>Rede formal insuficiente (2)</i> <i>Isolamento (7)</i> <i>Falta de recursos de saúde (2)</i>	17	
<i>Total</i>			88	

A análise dos fatores que influenciam o funcionamento familiar durante a Pandemia por COVID-19, pontos fortes (recursos) e pontos frágeis (fraquezas), revela que na percepção dos participantes, as famílias possuem, mais pontos fortes do que pontos frágeis, registando-se, nos primeiros 129 UR, enquanto os pontos frágeis apresentam a frequência de 88 UR. Destacam-se os *Padrões de comunicação* e os *Recursos*, como categorias com o número mais elevado de unidades de registo em ambos os fatores (fortes e frágeis) do ambiente interno das famílias.

Relativamente às oportunidades e ameaças, procedentes do ambiente externo das famílias, para se adaptarem às mudanças requeridas pela Pandemia por

COVID-19, identificaram-se algumas categorias comuns.

As categorias que mais se evidenciaram, relativamente às oportunidades do meio externo (Tabela 3), foram, por ordem decrescente de frequência nas UR: *Acesso aos serviços económicos e sociais (34)*; *Acesso os serviços de saúde (16)*; *Acesso ao teletrabalho e à educação à distância (10)*; *Acesso à informação (5)*; *Acesso a bens essenciais (4)*; *Acesso à rede informal (2)*; *Acesso a espaços de lazer (2)* e *Políticas sociais e de saúde (1)*.

Na categoria *Acesso aos serviços económicos e sociais*, encontraram-se as unidades de registo, “*respostas sociais a idosos e crianças com necessidades especiais/banco de alimentos*” com 19 de frequência e

Desafios das famílias no decorrer da pandemia por covid-19: percepções de enfermeiros

“rendimentos garantidos durante todo o processo pandémico” com 6.

O Acesso aos serviços de saúde, registou um total de 16 UR, com a maior frequência para “disponibilidade e assistência oportuna da equipa de saúde familiar na unidade e no domicílio” (10), seguida da “acessibilidade à informação através das tecnologias de informação e telecomunicações” (4).

A categoria Acesso ao teletrabalho e à educação à distância, registou 10 UR, onde se destacou “teletrabalho”, com 6, e “educação à distância” e “acesso a tecnologias informáticas e de comunicações” com 2 UR, cada. A categoria Acesso à informação,

registou a frequência de 5, onde “meios de comunicação social”, se salientou com 4 UR.

O Acesso a bens essenciais registou o total de 4 UR distribuídas por “supermercados locais” e “fácil acesso a produtos importantes para a higiene pessoal e habitacional” e a “possibilidade de compras on-line”, ambas com 2 UR.

A categoria Acesso à rede informal com 2 UR, relativas a “vizinhos/família extensa” e a categoria Acesso a espaços de lazer também com 2 UR, referentes a “espaços verdes perto da residência”.

As Políticas sociais e da saúde constituíram outra categoria, embora apenas se registasse 1 UR “diretrizes/normas da DGS”.

Tabela 3

Distribuição das unidades de registo por categorias relativas às oportunidades do ambiente externo que influenciam o funcionamento da família

Categorias	Unidades de registo	Nº UR
Acesso aos serviços de saúde	Disponibilidade de assistência da equipa de saúde familiar na unidade ou no domicílio (10) Oportunidade de vacinação Covid-19 (1) Linhas de ajuda em saúde mental (1) Acessibilidade através das tecnologias de informação e as telecomunicações (4)	16
Acesso aos serviços económicos e sociais	Respostas sociais a idosos e crianças com necessidades especiais/Banco de alimentos (19) Rendimentos garantidos durante todo processo pandémico (6) Apoio dos municípios (4) Garantia de manutenção do trabalho (4) Aumento dos benefícios bancários para famílias com rendimentos reduzidos (1)	34
Acesso ao teletrabalho e à educação à distância	Teletrabalho (6) Educação à distância (2) Acesso à tecnologia informática e de comunicações (2)	10
Acesso à informação	Rede social (1) Meios de comunicação social (4)	5
Acesso à rede informal	Vizinhos/família extensa (2)	2
Acesso a bens essenciais	Supermercados locais, Fácil acesso a produtos de higiene pessoal e da casa (2) Compras online (2)	4
Acesso a espaços de lazer	Espaços verdes perto da residência (2)	2
Políticas sociais e da saúde	Diretrizes /Orientações da DGS (1)	1
TOTAL		74

Desafios das famílias no decorrer da pandemia por covid-19: percepções de enfermeiros

As ameaças do meio externo às famílias (Tabela 4), foram percebidas, pelos participantes, com menor número de registos (62), em relação às oportunidades (74).

A maior frequência registou-se na categoria *Mudança nas condições laborais e no custo de vida*, com 21 UR. Destacaram-se a *“perda de trabalho”*, com 11 UR, *“trabalhos precários”* com 6, *“trabalho como ameaça ao ambiente familiar”* 3 e 1 UR em *“aumento de preços nos bens de primeira necessidade”*.

Seguidamente, com a frequência de 11 UR surge a categoria *Difícil acesso aos serviços de saúde*, onde se identificaram: *“dificuldade na acessibilidade aos serviços de saúde”* com a frequência 6, *“cancelamento de consultas e cirurgias”*, com 2 unidades de registo, respetivamente.

Na categoria *Difícil acesso à rede informal*, verificou-se a frequência de 10 UR, referente ao *“isolamento”*. O *Risco de infeção* apresentou a frequência de 7, com a unidades de registo: *“aglomerados populacionais”* com 4 e o *“incumprimento das normas de higiene”* com 3.

A categoria *Difícil acesso ao ensino* registou a frequência 4, na unidade de registo *“encerramento das escolas e educação à distância”*.

A categoria *Difícil acesso aos serviços sociais* registou a frequência de 3 (no total), nas unidades de registo: *“centros de dia encerrados”*, *“redes comunitárias não consolidadas”* e *“deficiente apoio das estruturas locais como autoridades locais, paróquias, entre outros”*. Com a mesma frequência (3) apresenta a categoria *Políticas sociais e da saúde*, onde se encontram as unidades de registo: *“desigualdade social interna e externa”*, *“más políticas sanitárias nacionais e internacionais”* e *“imposição de regras restritivas”*, cada uma com a frequência de 1 UR.

Na categoria *Difícil acesso a espaços de lazer*, verificou-se a frequência de 2, nas unidades de registo: *“área habitacional (centro da cidade)”*, com 1 e *“viver em apartamento”*, também com 1. Ainda a categoria *Difícil acesso aos bens essenciais*, com 1 na unidade de registo *“dificuldade em aceder a bens de primeira necessidade”*.

Tabela 4

Distribuição das unidades de registo por categorias relativas às ameaças do ambiente externo que influenciam o funcionamento da família

Categorias	Unidades de Registo	Nº UR
Difícil acesso aos serviços de saúde	<i>Dificuldades na acessibilidade aos serviços de saúde (6)</i> <i>Cancelamento de consultas e de cirurgias (2)</i> <i>Falta de vigilância na quarentena (1)</i> <i>Falta de equipamento de proteção para Covid-19 (1)</i> <i>Falta de comunicação entre as instituições de saúde e escolas (1)</i>	11
Difícil acesso aos serviços sociais	<i>Centro de dia para idosos encerrados (1)</i> <i>Redes comunitárias não consolidadas (1)</i> <i>Deficiente apoio das estruturas locais como autoridades locais, paroquiais, entre outros (1)</i>	3
Mudança nas condições laborais e no custo de vida	<i>Perda de trabalho (11)</i> <i>Trabalho como ameaça para o ambiente familiar (3)</i> <i>Trabalhos precários (6)</i> <i>Aumento de preços nos bens de primeira necessidade (1)</i>	21

Desafios das famílias no decorrer da pandemia por covid-19: percepções de enfermeiros

Difícil acesso ao ensino	<i>Encerramento das escolas e educação à distância (4)</i>	4
Difícil acesso à rede informação	<i>Isolamento</i>	10
Difícil acesso a bens essenciais	<i>Dificuldade em aceder a bens de primeira necessidade (1)</i>	1
Difícil acesso a espaços de lazer	<i>Área habitacional (centro cidade) (1)</i> <i>Viver em apartamento (1)</i>	2
Políticas sociais e da saúde	<i>Desigualdade social interna e externa (1)</i> <i>Más políticas sanitárias nacionais e internacionais (1)</i> <i>Imposição de regras restritivas (1)</i>	3
Risco de infeção	<i>Aglomerados populacionais (4)</i> <i>Incumprimento das normas de higiene (3)</i>	7
Total		62

As oportunidades percebidas pelos participantes registaram-se a nível do *Acesso aos serviços económicos e sociais* (34), bem como do *Acesso aos serviços de saúde* (16), enquanto as ameaças mais referidas foram verificadas nas *Mudanças nas condições laborais e no custo de vida* (21), seguido do *Difícil acesso aos serviços de saúde* (11).

DISCUSSÃO

Os resultados indicam que, segundo a percepção dos participantes, as famílias possuem, no seu ambiente interno, mais forças do que fraquezas e, relativamente ao ambiente externo, também mais oportunidades do que ameaças, o que sugere que as famílias portuguesas são percebidas como detentoras de recursos para se adaptarem às alterações decorrentes da Pandemia por COVID-19. Este facto deve ser valorizado, pois a capacidade de mobilização de recursos internos e externos concorre para a manutenção do funcionamento efetivo do sistema familiar (Silva et al., 2020).

Os fatores do ambiente interno das famílias, que mais influenciaram a adaptação das famílias foram: os *Padrões de organização*; os *Recursos internos* e *externos* da família; o *Sistema de crenças* e os *Padrões de comunicação*, sendo nas categorias dos *Padrões de*

organização e dos *Recursos*, onde se verificaram as maiores forças das famílias, na percepção dos enfermeiros. Nos *Padrões de organização*, destacaram-se a coesão e a flexibilidade, nomeadamente na partilha de tarefas como forças da família.

O impacto da Pandemia na conjugalidade foi evidente neste como em outros estudos, contudo, se em algumas famílias não se identificaram mudanças ou mudanças positivas na dinâmica conjugal nos primeiros meses da Pandemia (Stanley & Markman, 2020), para outras, a Pandemia foi considerada como uma oportunidade de os casais fortalecerem a intimidade (Silva et al., 2020). Porém, os quadros clínicos como depressão e ansiedade podem ser interpretados negativamente pelos cônjuges, podendo levar a distanciamento ou agressividade conjugal (Schreiber et al., 2020). O facto de os casais estarem confinados em casa, exigiu ajustamentos, na reorganização de tarefas, favorecendo o fortalecimento ou o rompimento dos vínculos (Falcão, Nunes, & Bucher-Maluschke, 2020; Magalhães, et al., 2021). Nos padrões de organização familiar, o sentimento de união e pertença, as capacidades de apoio dos seus membros, mediante a flexibilidade e

Desafios das famílias no decorrer da pandemia por covid-19: percepções de enfermeiros

divisão de tarefas, constituem forças e capacidades que ajudam a enfrentar os desafios (Henry et al., 2015). Destacaram-se, nos *Recursos internos*, as condições económicas das famílias, que também se podem constituir uma fraqueza, quando estas são baixas (Sousa et al., 2021).

Nos *Recursos externos*, a existência de rede informal foi destacada como ponto forte e como fraqueza quando esta é insuficiente, muitas vezes relacionada com o isolamento, facto também revelado no estudo de Magalhães et al. (2021). De facto, a rede informal foi fortemente abalada por efeito desta pandemia. Os *recursos* determinam a adaptação, que decorre da capacidade da família para os mobilizar, considerando as forças cada um dos seus membros, do sistema familiar e os recursos externos (Figueiredo, 2013).

No *Sistema de crenças*, a resiliência foi a mais evocada como recurso da família, sendo a desesperança e a falta de crença percebidas como fraquezas para a adaptação. Koenig (2020) também defende que na Pandemia por Covid-19, a fé, a espiritualidade, as crenças e práticas religiosas são recursos importantes para lidar com os momentos de stress, associados à diminuição da ansiedade, fortalecimento da esperança e da resiliência emocional, social, física e espiritual. A resiliência constituiu também um importante recurso evocado no estudo de Prime, Wade e Browne (2020), para a funcionalidade da família, no processo de adaptação a este evento. O foco na resiliência familiar centra-se no fortalecimento familiar, perante situações de crise: atribuir significado à adversidade; esperança e otimismo; espiritualidade, flexibilidade, coesão, comunicação familiar, partilha de atividades de lazer, rotinas e rituais; redes de apoio e capacidade familiar para as manter (Walsh, 1999; Anaut, 2005; Black & Lobo, 2008; Kraus et al., 2021).

Nos *Padrões de comunicação*, as forças situam-se a nível da comunicação efetiva, do afeto, do amor e da atenção. Nas fraquezas, foram o conflito e o stress nas relações familiares, as UR com maior número de frequência. Prime et al. (2020) defendem que a comunicação clara, as estratégias construtivas de resolução de conflitos e as habilidades de resolução de problemas constituem importantes recursos para a satisfação conjugal, perante a COVID-19, o que se repercutirá a nível da dimensão de desenvolvimento familiar (Figueiredo, 2013).

As oportunidades e as ameaças, procedentes do ambiente externo das famílias, constituíram outra dimensão importante na adaptação das famílias. Relativamente às oportunidades, salientaram-se as categorias *Acessibilidade aos serviços económicos e sociais* e *Acessibilidade aos serviços de saúde*, nomeadamente pela disponibilidade e assistência oportuna da equipa de saúde familiar na unidade e no domicílio. Nas ameaças, destacaram-se as *Mudanças nas condições de trabalho e no custo de vida* e o *Difícil acesso aos serviços de saúde*, proveniente do cancelamento de consultas e de cirurgias. A disponibilidade dos profissionais de saúde surge também como fator protetor das famílias durante a pandemia, no estudo de Geremia et al. (2020), o que evidencia um recurso importante para a funcionalidade das famílias.

Relativamente às condições de trabalho, a situação profissional de muitos portugueses teve mudanças significativas, não só pela mudança nos métodos de trabalho, pela perda de emprego, mas também pelo facto de algumas famílias serem forçadas a deixar de trabalhar para apoiar os seus elementos, depois do encerramento de escolas, jardins de infância e outros serviços (Mamede et al., 2020). As mudanças em

Desafios das famílias no decorrer da pandemia por covid-19: percepções de enfermeiros

termos económicos, sociais e laborais provocaram mudanças nos padrões de funcionamento das famílias. As rotinas foram drasticamente afetadas pela falta de rede social de apoio (Ramos & Silva, 2021; Silva et al., 2020). Contudo, o valor médio de facilidade em viver com o rendimento mensal líquido do agregado familiar aumentou 7.6% e o valor médio do grau de interesse em poupar aumentou 1.6% (Universidade Católica Portuguesa, 2020), o que pode significar também uma aprendizagem na forma de organização do rendimento familiar e uma adaptação na dimensão estrutural da família.

CONCLUSÃO

Na percepção dos participantes as famílias possuem mais forças do que fraquezas, no seu ambiente interno, para se adaptarem às mudanças impostas pela Pandemia por Covid-19 e também mais oportunidades, do ambiente externo, do que ameaças, o que terá implicações importantes, na clínica, na educação e na investigação, para que seja reforçado o trabalho dos enfermeiros com as forças da família. Os *Padrões de organização* e os *Recursos* da família para se adaptarem às mudanças impostas pela Pandemia por Covid-19, foram percecionados pelos participantes como os fatores que mais contribuem, quer nas forças quer nas fraquezas.

As oportunidades do ambiente externo da família, que na percepção dos participantes, mais influenciam a adaptação da família às mudanças impostas pela Pandemia foram a acessibilidade aos serviços de saúde e a acessibilidade aos serviços económicos e sociais.

As ameaças do ambiente externo das famílias, que mais influenciam a sua adaptação às mudanças impostas pela Pandemia foram as mudanças nas

condições de trabalho e no custo de vida, bem como, a dificuldade no acesso aos serviços de saúde.

As forças das famílias constituem assim uma oportunidade para os enfermeiros desenvolverem estratégias de fortalecimento familiar, no decorrer dos cuidados centrados na família como unidade.

Consideram-se limitações do estudo o facto de apenas se ter analisado a percepção dos enfermeiros e não de outros profissionais e famílias.

Para além destas constatações que podem sugerir novos estudos, igualmente importante será identificar as intervenções e as competências desenvolvidas pelos enfermeiros para responder às necessidades das famílias, na adaptação às mudanças ocorridas nas suas dinâmicas internas e externas.

Atendendo ao papel fundamental dos enfermeiros de família na acessibilidade dos cidadãos cuidados de saúde em geral e, em particular, aos cuidados de Enfermagem, é fundamental a consolidação de uma prática especializada que responda às necessidades das famílias, face às transições que ocorrem ao longo do ciclo vital, considerando-as uma unidade de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo* (4ª ed). Edições 70.
- Dickerson, J., Kelly, B., Lockyer, B., Bridges, S., Cartwright, C., Willan K., Shire, K., Crossley, K., Bryant, M., Sheldon, T. A., Lawlor, D. A., Wright, J., McEachan, R. R., & Pickett, K. E. (2021). Experiences of lockdown during the Covid 19 pandemic: Descriptive findings from a survey of families in the Born in Bradford study [version 2; peer review: 2 approved]. *Wellcome Open Research*, 5(228), 1-21. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.16317.2>
- Falcão, D. V., Nunes, E. C., & Bucher-Maluschke, J. S. (2020). COVID-19: Repercussões nas relações conjugais, familiares e sociais de casais idosos em

Desafios das famílias no decorrer da pandemia por covid-19: percepções de enfermeiros

- distanciamento social. *Kairós Gerontologia*, 23(Especial 28), 531-556. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i0p531-556>
- Ferreira, M.M.H.P; Figueiredo, M. H., Guedes, V.M.S., Marques, A.F.P., Lopes, A.R.R., Moreira, A.R.S., Santos, M.C, Lopes, M.V., Gomes, T.V. & Peixoto, M.J. (2021). Enfermagem familiar em cuidados de saúde primários: percepção dos cidadãos sobre os cuidados de enfermagem. *Revista Pensar em Enfermagem*. 25 (2), pp. 77-90.
- Kodato, S. (2016). Psicologia Social e Representações Sociais: Uma Aproximação Histórica. *Revista de Psicologia da IMED*. 8(2), pp. 200-7. <https://doi.10.18256/2175-5027>
- Koenig, H. G. (2020). Maintaining health and well-being by putting faith into action during the COVID-19 pandemic. *Journal of Religion and Health*, 59, 2205-2214. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01035-2>
- Kraus, T., Capela, S., Rodrigues, M. A., & Dixe, M. A. (2021). Tradução, adaptação cultural e validação do Meaning in Suffering Test para português europeu. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), e20069. <https://doi.org/10.12707/RV20069>
- Magalhães, L., Nascimento, C., Antunes, A. P., Martins, S., Yunes, M. A., & Almeida, A. (2021). Percepção de experiências marcantes do confinamento em famílias portuguesas e brasileiras: Um estudo qualitativo. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais: Avanços e Desafios*, 9, 172-180. <https://doi.org/10.36367/ntqr.9.2021.172-180>
- Pereira, M. D., Oliveira, L. C., Costa, C. F., Bezerra, C. M., Pereira, M. D., Santos, C. K., & Dantas, E. H. (2020). The COVID-19 pandemic, social isolation, consequences on mental health and coping strategies: An integrative review *Research, Society and Development*, 9(7), e652974548. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4548>
- Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID19 pandemic. *American Psychologist*, 75(5), 631-643. <https://doi.org/10.1037/amp0000660>
- Ramos, T. C., & Silva, T. F. (2021). Work in primary health care and the Covid-19 pandemic: An experience report. *Research, Society and Development*, 10(3), e38210313396. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13396>
- Schreiber, A. M., Wright, A. G., Beeney, J. E., Stepp, S. D., Scott, L. N., Pilkonis, P. A., & Hallquist, M. N. (2020). Disrupted physiological coregulation during a conflict predicts short-term discord and long-term relationship dysfunction in couples with personality pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 129(5), 433-444. <https://doi.org/10.1037/abn0000526>
- Silva, I. M., Schmidt, B., Lordello, S. R., Noal, D. S., Crepaldi, M. A., & Wagner, A. (2020). As relações familiares diante da COVID-19: Recursos, riscos e implicações para a prática da terapia de casal e família. *Pensando Famílias*, 24(1), 12-28.
- Souza, J. B., Madureira, V. S., Celich, K. L., Léo, M. M., Araújo, J. S., & Conceição, V. M. (2021). Repercussions of COVID-19 pandemic on life of men self-employed worker. *Research, Society and Development*, 10(8), e1910813342. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i8.13342>
- Stanley, S., & Markman, H. (2020). Helping couples in the shadow of COVID-19. *Family Process*, 59(3), 937-955. <https://doi.org/10.1111/famp.12575>

CONTRIBUTOS NA AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DA PESSOA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Contributions in the assessment of the degree of satisfaction of the person in palliative care

Contribuciones en la valoración del grado de satisfacción de la persona en cuidados paliativos

Custódio Sérgio Soares*, Carla Pinho**, Maria Inês Costa***

RESUMO

Enquadramento: o grau de satisfação é um importante indicador da avaliação da qualidade dos cuidados paliativos. A satisfação, sendo um conceito complexo, define as distintas reações que doente e família têm, no que respeita à experiência dos cuidados paliativos. O conhecimento do grau de satisfação do familiar é fator de *benchmarking* no que concerne ao planeamento, implementação e monitorização dos cuidados. **Objetivo:** aferir o grau de satisfação dos familiares de doentes da unidade de cuidados paliativos. **Metodologia:** no ano 2020 foi elaborado um projeto de melhoria contínua da qualidade através do estudo qualitativo, exploratório por meio de inquérito telefónico junto dos familiares de doentes internados na unidade de cuidados paliativos recorrendo a dimensões apresentadas em escala de likert. **Resultados:** da análise de dados verificou-se que 95% dos familiares de referência caracterizam o trabalho da equipa como excelente e 4,69% como muito bom. Os inquiridos consideraram-se muito satisfeitos 7,81% e com o resultado de 92,19% sentem-se totalmente satisfeitos. **Conclusão:** os cuidados paliativos promovem a satisfação das necessidades da pessoa em fim de vida. A promoção da dignidade e respeito pela vida humana é fruto de constante reflexão ao prestar cuidados de excelência tendo em consideração a avaliação do grau de satisfação.

Palavras-chave: cuidados paliativos; indicadores de qualidade em assistência à saúde; satisfação do paciente

*PhD, em Educação Supervisão e Avaliação – Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro - <https://orcid.org/0000-0002-8629-4411> -- Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article
 **MSc, em Cuidados Paliativos – Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro -- <https://orcid.org/0000-0002-7802-9845> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article
 ***MSc, em Cuidados Paliativos – Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro - <https://orcid.org/0000-0002-6172-4737> - Author contribution: study conception and design, data analysis and interpretation, critical revision of the article

Autor de correspondência:
 Custódio Sérgio Soares
 E-mail: sergiocsoares@net.sapo.pt

Como referenciar:
 Soares, C.S., Pinho, C. & Costa, M.I. (2023). Contributos na avaliação do grau de satisfação da pessoa em cuidados paliativos. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(1), 19-33. <https://doi.org/10.37914/riis.v6i1.225>

Recebido para publicação: 03/03/2022
 Aceite para publicação: 05/05/2023

ABSTRACT

Background: the degree of satisfaction is an important indicator of the evaluation of the quality of palliative care. Satisfaction, being a complex concept, defines the different reactions that patients and families have, with regard to the experience of palliative care. Knowledge of the degree of family satisfaction is a benchmarking factor regarding the planning, implementation and monitoring of care. **Objective:** to assess the degree of satisfaction of relatives of patients in the palliative care unit. **Methodology:** in 2020, a project for continuous quality improvement was elaborated through the qualitative, exploratory study through a telephone survey with the relatives of patients hospitalized in the palliative care unit using dimensions presented on a likert scale. **Results:** from the data analysis it was found that 95% of the reference family members characterize the work of the team as excellent and 4.69% as very good. Respondents considered themselves very satisfied 7.81% and with the result of 92.19% they felt totally satisfied. **Conclusion:** palliative care promotes the satisfaction of the needs of the end-of-life person. The promotion of dignity and respect for human life is the result of constant reflection in providing excellent care taking into account the assessment of the degree of satisfaction.

Keywords: palliative care; health care quality indicators; patient satisfaction

RESUMEN

Marco contextual: el grado de satisfacción es un indicador importante de la evaluación de calidad de los cuidados paliativos. Satisfacción, al ser un concepto complejo, define diferentes reacciones que tienen los pacientes y familias, con respecto a experiencia de cuidados. El conocimiento del grado de satisfacción familiar es factor de referencia en planificación, implementación y seguimiento de atención. **Objetivo:** evaluar el grado de satisfacción de familiares de pacientes en unidad cuidados paliativos. **Metodología:** en 2020, se elaboró un proyecto de mejora continua de la calidad a través del estudio cualitativo exploratorio con encuesta telefónica con familiares de pacientes internados en unidad de cuidados paliativos utilizando dimensiones presentadas en escala likert. **Resultados:** a partir del análisis de los datos se encontró que 95% de los miembros de la familia de referencia caracterizan el trabajo del equipo como excelente y 4,69% como muy bueno. Los encuestados se consideraron muy satisfechos 7,81% y con el resultado de 92,19% se sintieron totalmente satisfechos. **Conclusión:** los cuidados paliativos promueven la satisfacción de necesidades de persona al final de vida. La promoción de dignidad y respeto por la vida humana es resultado de reflexión en prestación de atención teniendo en cuenta la evaluación del grado de satisfacción.

Palabras clave: cuidados paliativos; indicadores de calidad de la asistencia sanitaria; satisfacción del paciente.

INTRODUÇÃO

O grau de satisfação dos utentes é um importante indicador para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população. Os resultados desta avaliação refletem o contributo para a melhoria contínua dos serviços dispensados pelas equipas de saúde demonstrando a eficácia das organizações. Para Capelas (2014), os cuidados paliativos são cuidados que melhoram a qualidade de vida dos doentes afetados por problemas de saúde que ameaçam a vida, e sua família, através da prevenção e alívio do sofrimento pela compreensão e identificação precoce, avaliação e controlo da dor e outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Estes constituem-se como uma importante necessidade de saúde pública, um direito humano, com a necessidade de peritos para lidar com estas situações, pela universalidade da morte, sendo a mesma associada a sofrimento normalmente evitável, pelo impacto nos sobreviventes, familiares e por questões socioeconómicas. A comunicação desempenha um papel chave e, como pilar dos cuidados paliativos, constitui-se um instrumento essencial à transmissão de informação entre a pessoa, os seus familiares e/ou cuidadores e os diferentes profissionais de saúde (Reigada *et al.*, 2021). O objetivo central para a consecução do estudo prende-se com o mapear perceção da satisfação do doente/família da prestação de cuidados de saúde. A equipa de cuidados desenvolve uma constante reflexão acerca dos conceitos de qualidade traduzidos pelo grau de satisfação da própria pessoa ou pessoa significativa. É de tal forma relevante aferir o sentimento de bem-estar como resposta ao cuidado representando a sensação subjetiva pela qual é encarada a vida e influenciada por aspetos de personalidade e fatores

sociais, económicos, culturais, religiosos e espirituais. Similarmente, é identificada na conceção das necessidades, aspirações e conexão com o meio o equilíbrio que dita os níveis de qualidade e satisfação da pessoa. Os cuidados paliativos têm uma visão de ajuste de todas estas variáveis aproximando as aspirações do que é possível perante a condição da pessoa em fim de vida (Twycross, 2003).

ENQUADRAMENTO/ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A satisfação do doente e da família em cuidados paliativos, apesar da complexidade inerente à perceção que lhe está consignada, é um dos indicadores dos cuidados prestados ao doente e a sua avaliação é fundamental. Cabe à família, enquanto pilar, ajudar o indivíduo a ultrapassar as dificuldades que surgem ao longo da vida, sendo que a doença não é exceção. Assim, para que a família desempenhe a sua função é essencial o correto acolhimento e avaliação das necessidades por parte dos profissionais, para que possa ser informada e ajustada as constantes mudanças recorrentes na situação de doença que termina quase sempre com a morte do seu doente, fator possibilitador de melhoria no que concerne ao planeamento, implementação e monitorização da prestação de cuidados (Almeida, 2014). Neto (2022) considera que a família também fica doente quando o seu familiar é acometido de uma doença irreversível abalando toda a sua estrutura social.

As perceções, apesar da sua eventual subjetividade, têm nos profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e psicólogos, os melhores utilizadores para tomadas de decisão com os seus doentes e familiares (Areia *et al.*, 2017). É na relação terapêutica que a família e sobretudo o familiar de referência assume o papel de

Contributos na avaliação do grau de satisfação da pessoa em cuidados paliativos

ligação ao cuidado através do profissional de saúde. (Neto, 2022). Na concordância ideológica, de que faz parte, do papel dos enfermeiros perceber e registar o sofrimento da pessoa em fim de vida é altamente recomendável a avaliação regular do grau de satisfação do doente e da família, em particular no que se refere às respostas às suas necessidades e à prestação de cuidados por parte da equipa.

A finalidade deste estudo, enquadrada num programa de melhoria contínua da qualidade, é aferir o grau de satisfação dos doentes e/ou familiares internados na unidade de cuidados paliativos de um centro hospitalar da região centro de Portugal. Com o desígnio desta finalidade é possível identificar possíveis aspetos a melhorar e contribuir para a introdução de indicadores de qualidade na área dos cuidados paliativos que ainda é insipiente. No decurso do desenvolvimento dos cuidados paliativos, tornou-se importante criar e aplicar ferramentas que permitam avaliar a qualidade dos serviços prestados. Assim, de acordo com as orientações do *National Consensus Project for Quality Palliative Care* e do *National Quality Forum*, e ainda de Capela (2014) existem oito domínios representativos dos principais indicadores de qualidade: Estrutura e processo do cuidar; Aspetos físicos do cuidar; Aspetos psicológicos e psiquiátricos do cuidar; Aspetos sociais do cuidar; Aspetos espirituais, religiosos e existenciais do cuidar; Aspetos culturais do cuidar; Cuidados ao doente em morte iminente; Aspetos éticos e legais do cuidar. Para efeitos desta, do estudo implementado, destacam-se os seguintes: satisfação dos doentes internados e sua família relativa a: atendimento/resposta às necessidades/problemas do doente; cuidado humano com que o doente foi abordado; metodologia de transmissão da informação; disponibilidade da equipa para falar com o doente e

família; manutenção do doente e família informados acerca da situação clínica; coordenação dos cuidados; satisfação da família sobre a continuidade da informação transmitida acerca da evolução do estado clínico do doente e relativamente às abordagens terapêuticas para o controlo sintomático do doente, na fase de fim de vida.

Apesar de os estudos serem escassos, existe já um vasto leque de ferramentas para esta área de monitorização da qualidade. Como se verifica a escala CCFSS –*Critical Care Family Satisfaction Survey* e a escala FAMCARE destinam-se a avaliar os cuidados de saúde prestados ao familiar, enquanto a escala CADI - índice de avaliação de dificuldades do cuidador, a escala CASI - índice de avaliação da satisfação do cuidador e a escala ESC (escala de sobrecarga do cuidador de Zarit) pretendem avaliar a sobrecarga do cuidador informal e a sua satisfação como cuidador. No entanto não são frequentes estudos sobre a satisfação com os cuidados paliativos disponibilizados. Pretende-se com os resultados desta investigação apoiar não só as tomadas de decisão da gestão hospitalar, mas também de todos os profissionais da unidade, de forma a aumentar o contato com os doentes e seus familiares e conhecimento das suas perceções e expectativas sendo desidrato de aumentar a satisfação destes e conseqüentemente a qualidade dos serviços de saúde (Capelas, 2014).

METODOLOGIA

A metodologia implementada segue a linha de orientação dos projetos de melhoria contínua da qualidade deste centro hospitalar que nesta unidade se inicia em 2020 avaliando por trimestres. Optou-se por um estudo exploratório descritivo com base na fenomenologia compreensiva da realidade da unidade

Contributos na avaliação do grau de satisfação da pessoa em cuidados paliativos

de cuidados paliativos com o exemplo do último trimestre de 2020 (Vilelas, 2020). Propôs-se o inquérito telefónico como técnica, com as dimensões que considerámos importantes para o estudo. Esta técnica foi a escolhida porque nos dava a continuidade de uma aproximação prévia existente com o familiar significativo do doente e a quem informamos que iria ser contactado posteriormente. Este familiar era sempre o escolhido pelo doente ou, na sua impossibilidade cognitiva, aquele que seria o nosso contato durante o internamento para a gestão do regime terapêutico. A amostra destes familiares foi construída de forma aleatória, tendo o seu número por base o total de internamentos/altas por trimestre realizando escolha de 25% desse total, repartidos por cada mês até à saturação. Foram excluídos doentes com óbito ocorrido até às 48 horas de internamento visto que os contatos com o familiar/pessoa significativa era baixo na introdução de um plano individual de cuidados. Neste inquérito eram conhecidos dados prévios e gerais do doente como a idade e género, para sua caracterização, familiar/pessoa significativa para a realização do contato, diagnóstico e motivo de internamento, presença de familiar no momento do óbito e perceção do enfermeiro sobre o sofrimento no momento com recurso ao *Score* da *Escala de Edmonton* com a informação se estaria sobre efeito de sedação. Estes dados foram recolhidos em ambiente de documentação clínica digital. As questões colocadas ao familiar foram a identificação, por parte destes, dos sintomas (físicos, sociais, emocionais e espirituais) que se encontravam descompensados e grau de melhoria até ao óbito; grau de satisfação sobre a adequação da informação e disponibilidade dos profissionais em comunicar; grau de satisfação sobre as condições das

instalações e grau de satisfação sobre o trabalho da equipa. A informação dada pelo familiar era revertida em escala de *Likert* de 1 a 5, de “nada satisfeito” a “totalmente satisfeito”. No final do inquérito havia espaço para outras afirmações que a pessoa gostaria de transmitir. As questões éticas do estudo tiveram como ponto de partida a proteção da pessoa. Respeitaram-se os valores éticos dentro da instituição, nomeadamente o respeito pelos direitos e dignidade do doente e da pessoa significativa, no âmbito da prestação de cuidados de saúde e no que diz respeito ao comportamento dos prestadores. A prática de investigação e temas do exercício clínico alocada ao desenvolvimento desta pesquisa, que envolveram pessoas tiveram incidência nos princípios éticos por que se regem a sociedade e as organizações profissionais de saúde, refletindo-se à luz dos princípios do Regulamento Geral de Proteção de Dados de 2019 para investigações no âmbito dos cuidados de saúde. De ressaltar que existiu um pedido à comissão ética do hospital, bem como, a não utilização de dados biográficos identificativos da população em estudo. As classificações por idade, género e grau de parentesco entre o doente e a pessoa significativa/familiar de referência, foram definidas de forma a enquadrar e classificar grupos na análise dos dados. A componente ética foi também salvaguardada em termos de registo de concordância em responder no momento da chamada telefónica de forma voluntária. Os participantes receberam informação completa sobre o inquérito (objetivos, métodos, utilização dos dados). As questões de confidencialidade e anonimato foram explicadas. Do ponto de vista estatístico optou-se por uma análise quantitativa dos dados, na medida em que esta permite realizar uma análise de frequência das respostas, assim como uma análise descritiva. Para as

expressões usadas no texto livre recorreremos à análise de conteúdo segundo Bardin (2011).

RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados referem-se ao último trimestre de 2020 e estão divididos em duas áreas. A primeira prende-se com o processo de recolha e o segundo com os resultados do inquérito propriamente dito. O dado mais significativo prende-se com o número de inquéritos que são utilizados para análise, 64, ou seja 25% do total dos doentes internados e com óbito neste trimestre em apreço. Os telefonemas foram realizados entre as 4 e 6 semanas após o óbito do doente. A maioria respondeu na primeira chamada. Estas chamadas foram realizadas entre as 9 e as 19 horas em dias escolhidos pelos investigadores dentro do prazo previsto de quatro a seis semanas após a alta/óbito. Os doentes que tiveram alta vieram a falecer na sua casa. O número de doentes falecidos e que os familiares responderam ao inquérito acompanha a percentagem de óbitos do trimestre de 71,8%. Seguidamente procedeu-se à caracterização dos doentes pelo seu género, dos quais 31 pertenciam ao género feminino e 33 ao género masculino. A distribuição dos doentes por grupo etário fez-se num intervalo entre 31 e 95 anos, onde encontramos a maior faixa de doentes nos grupos 66 – 70 anos com oito doentes, 71- 75 com 10 doentes e 81- 85 anos com 13 doentes. O limite menor de doentes enquadrrou-se na faixa etária de 31-35anos com um doente e, na faixa etária de 91-95 anos, com três doentes. Verifica-se que o familiar de referência, em maioria dos casos, é a filha em 28 situações identificadas, seguida de marido/esposa em 12 casos e de seguida o filho em oito casos em estudo. Outros graus de parentesco são

a nora, irmão, mãe e um caso em que o contato foi estabelecido com a instituição onde residia. Para percebermos o impacto do diagnóstico que leva ao internamento, colocámos o principal referido em diário clínico e/ou ao que validava a presença de sintomas/motivo de internamento. Deste modo como diagnóstico de admissão foram identificadas 92% de situações oncológicas como, 10 pessoas com tumores do Colon/Reto, sete situações de tumores de Mama e sete Hematológicos, seis de Pulmão e também de Gástrico, cinco de Próstata, quatro de Pâncreas, com três casos cada identifica-se a Demência, Hepático, Laringe e AVC/TCE grave, com a designação de cerebral e ovário/útero apresentaram-se dois casos e apenas um caso de tumor ósseo. São vários os motivos de internamento, sendo a maioria de controlo de sintomas. Na organização de cuidados com 14 situações descritas como o descanso do cuidador, com o organizar os cuidados para o cuidador poder continuar a colaborar com o seu familiar doente. Em 34 situações identificou-se a dor como motivo de internamento, a dispneia e a agitação/confusão em 14 casos e as náuseas/vómitos em 10. Outro motivo foi o de cuidados em fim de vida para 13 casos. Com menor expressão motivos como anorexia, astenia, prurido, tosse, febre, hemorragia, insónia, ferida maligna, ascite, oclusão intestinal e dois casos de sialorreia. Apesar do constrangimento da Pandemia e que coloca a necessidade de diminuir/controlar/evitar visitas aos doentes, foram identificados oito familiares que estiveram presentes no momento do óbito do seu doente. Ainda sete familiares vieram ao serviço no momento da alta para eventual acompanhamento do doente que vieram a falecer num curto espaço de tempo em casa. Os enfermeiros são os profissionais que maioritariamente acompanham o doente e seus

Contributos na avaliação do grau de satisfação da pessoa em cuidados paliativos

familiares no momento da alta ou do óbito. Por tal desejamos saber a percepção destes profissionais quanto à existência de sofrimento nestes momentos. Assim a percepção do sofrimento no doente na alta ou óbito é de 100% “sem sofrimento”, pela *Escala de Edmonton* de onde se associa a não existência de sintomas de desconforto. Para esta interpretação pode ajudar o facto de 29 doentes se encontrarem sob efeito de medicação de infusão subcutânea de fármacos indutores de sedação e o Score médio da *Escala de Edmonton* foi de 25. Verifica-se a percepção do familiar de referência, ou pessoa significativa acerca dos sintomas físicos que a pessoa apresentava, sendo os três sintomas mais prevalentes na imagem do familiar, a dor citada por 50 pessoas, sintomas de agitação, 21 e vômitos 16. Entre os sintomas intermédios na percepção dos familiares temos a dispneia e o estertor/farfalheira. Os sintomas com menor incidência de referência pelo familiar são a obstipação/diarreia e a secura da boca. Em 20 resultados o familiar não sabe/não responde/outros. Os resultados para a percepção dos sintomas psíquicos, emocionais e sociais, como sendo a tristeza verificaram-se 21 situações de sensibilidade por parte dos familiares e a ansiedade 19 situações. Os menos expressivos remetem-se à revolta, à negação e à resignação. Em 10 casos a percepção do familiar não foi apresentada. Ao traduzir os resultados da percepção dos sintomas religiosos e espirituais visualiza-se aspetos de descrença em dois casos, inexistência de sentido, cinco casos e sobretudo o mal-estar, 10 casos, ou mesmo mau estar com Deus em sete. De referir que 40 pessoas desconhecem ou não respondem acerca dos sintomas religiosos e espirituais dos seus familiares. O grau de satisfação do familiar de referência perante os sintomas acima mencionados,

denota como causa o desconforto ou sofrimento à pessoa. De referir que é apresentada a quantificação do sofrimento como muito desconforto, 6,25% e intenso desconforto em 93,75%. A observação da percepção do familiar acerca de se “os sintomas apresentados foram aliviados pelos cuidados prestados pela equipa” foi de 1,56% da amostra referem que em nada existiu alívio após cuidados. Em oposição para 14,06% foram muito aliviados e 84,38% concordam que existiu um alívio da totalidade dos sintomas e desconforto. No que diz respeito ao aspeto da percepção do conceito de serenidade, largamente usado como terminologia na fase final de vida, é investigado pelo que um familiar compreende que em nada foi sereno no internamento. Enquanto para cinco pessoas fica a sensação de muita serenidade e finalmente para cinquenta e oito obteve-se o completamente serena. Sobre a clareza de transmissão de informação por meio de comunicação que poderá ter-se desenvolvido presencial ou telefonicamente, analisamos a clareza dessa transferência em 91,31% dos inquiridos. E em 4,69% as pessoas referem que não sentiram clareza da informação. Em relação à disponibilidade dos profissionais para ouvir e informar, 84,38% sentiram que os profissionais foram presentes e em 15,62% dos casos apresentam como resposta negativa para a disponibilidade de escuta e informação. Deste modo a classificação sobre a comunicação por parte da equipa é evidenciada como sendo, muito adequada em 6,25% dos casos e 93,75% como completamente adequada.

No que diz respeito às infraestruturas, instalações e condições de prestação de cuidados de saúde, os familiares avaliaram como completamente adequadas o local de internamento em 92,19% dos casos. No âmbito da avaliação da satisfação pelo trabalho da

Contributos na avaliação do grau de satisfação da pessoa em cuidados paliativos

equipa perante a pessoa que esteve internada na perspectiva do familiar/pessoa significativa é tido como muito bom em 4,69% e como excelente em 95,32% dos casos de resposta. Em suma, o valor do estudo que reflete a satisfação do familiar/pessoa significativa na globalidade dos cuidados prestados, numa escala quantitativa em que se abordam intervalos de “nada satisfeito” até ao “totalmente satisfeito”, situam-se como muito satisfeitas em 7,81% e como totalmente satisfeito em 92,19% dos casos observados. No final do inquérito propôs-se que desse alguma informação que traduzisse o seu sentimento e que apoiasse a melhorar

a atividade clínica. Destacam-se as manifestações que terminaram com o inquérito realizado ressaltando que existiram uso de expressões aqui traduzidas em texto livre, durante a entrevista telefónica que tenham sido importantes para o familiar, pode entender-se como um momento de alívio no pós-internamento, nomeadamente no período de luto pela perda da pessoa. Assim sendo existe grande conteúdo emocional que serão refletidas com a precaução e dignidade implícitas ao contexto de término de vida da pessoa, as quais ficam evidentes na Tabela 1.

Tabela1

Expressão do familiar, pessoa significativa sobre os cuidados prestados

Expressão do familiar, pessoa significativa sobre os cuidados prestados

É pena só ter ido para vós só naquele momento. Acho que era melhor ter ido mais cedo

Só lamento que tenham forçado tanto a alta do meu pai

Pensei em tirá-lo daí mas vi depois que vocês trabalham bem; o hospital... não disse nada que ia mandá-lo para aí, é triste

Não tenho palavras para dizer o que senti e o que sinto por todos vocês. Estão sempre no meu coração

Nestes tempos tão difíceis vocês foram diferentes para melhor

Nós queríamos visitar mais vezes mas vocês não deixaram... paciência

A minha esposa está cada vez melhor graças ao vosso trabalho

Vocês devem melhorar a conversa que têm ao telefone

Ao fim de um ano de sofrimento ela encontrou a paz convosco aí

Têm de melhorar só a sinceridade

Podia ter ficado mais uma semana para compensar melhor os sintomas

Foi o melhor que podia ter acontecido ao meu pai

A minha mãe ainda hoje fala do vosso carinho para ela e se ela tiver que partir que seja aí

O que faz o psicólogo que nunca o vi apesar das vossas promessas?

Precisava saber mais sobre a evolução que teve, o que lhe fizeram pois resolveu muito dos males que tinha

Estou e estarei eternamente agradecido a essa equipa

Só queria saber melhor os motivos porque puseram a minha mãe a dormir

Nunca pensei que algum dia iria encontrar profissionais com o vosso excelente nível

A informação que me deram foi muito subtil e podiam ser mais abertos e honestos

Esteve tempo demais no hospital ... e logo se soube do mal devia ter ido para aí

Devem ter mais atenção em ter a família mais próxima do doente quando ele está a morrer

Só tenho a dizer bem de vós. Ele esteve em vários sítios a sofrer. Nem o IPO vos chega aos calcanhares

Graças a vós morreu em paz mas deviam ter-me deixado entrar para me despedir ou dar um beijinho

Infelizmente esteve pouco tempo convosco, mas sinto que foi muito mimada

Sofreu demais e devia estar convosco muito antes mas sei que o hospital ... não deixou

Teve alta e foi morrer sozinho na urgência. Isso não se faz

O hospital de ... não fez em tantos dias que lá esteve o que vocês fizeram em meia dúzia de dias que a minha mãe esteve aí

Só precisava de saber mais pormenores porque é que ele morreu

Tenho a melhor imagem da minha mulher que estava confortável até ao momento final

Só tenho pena que tenha demorado tanto a ir para o vosso hospital

Apesar de pouca informação que me deram foram os únicos a serem sinceros comigo

Não deixem de ser quem são

Só acho que devem falar com as pessoas. Ligava e diziam-me que estava na mesma

A minha mãe que está no céu agora diz-me que vos tenho de ficar agradecia para sempre

Só dou um conselho, falem mais com as pessoas ou melhor, com as famílias. De resto vocês são fantásticos

Tirando algum pormenor sobre as informações que dão de resto estão excecionais a tratar das pessoas

A minha maior angústia foi de não me terem dito como morreu, se sofreu ou não

Recorrendo à análise de conteúdo, segundo Bardin (2011) identificam-se as seguintes categorias com a justificação das unidades de registo na tabela 1: referência tardia em que a opinião do familiar é que deveria ter ido para a unidade mais cedo; alta não negociada em que sentiram que o familiar deveria estar mais tempo internado; défices na comunicação/informação com falta de disponibilidade por parte dos profissionais; agradecimento pelo trabalho desenvolvido louvando a atitude dos profissionais; qualidade do cuidado desenvolvido diferentes de outras unidades onde o seu doente esteve internado; visitas dificultadas mas que compreendem pelo facto de se estar em situação de pandemia; comparação positiva com outros serviços de saúde onde as instalações e qualidade dos profissionais é diferente pela positiva; défices de recursos humanos onde acreditam que se houvesse

mais profissionais a qualidade das dimensões em análise poderiam ser mais significativas.

DISCUSSÃO

A reflexão que agora se propõe ajuda às conclusões mais pragmáticas a desenvolver na unidade de cuidados paliativos deste centro hospitalar em termos do seu programa de melhoria contínua de qualidade. Retém-se a ideia de que os números carecem sempre de uma análise mais contextual e tendo em consideração todas as variáveis possíveis. No caso, aborda-se uma área complexa da prestação de cuidados de saúde (Barbosa & Neto, 2016; Neto, 2022). As preocupações residem na satisfação dos familiares dos doentes internados relativa a: atendimento/resposta às necessidades/problemas do doente; cuidado humano com que o doente foi abordado; condições que lhes foram oferecidas; coordenação da informação disponibilizada;

Contributos na avaliação do grau de satisfação da pessoa em cuidados paliativos

metodologia de transmissão da informação; disponibilidade da equipa para falar com o doente e família; manutenção do doente e família informados acerca da situação clínica; respeito pelas preferências terapêuticas do doente (Capelas *et al*, 2019, p.16). Na maioria das repostas obtidas o resultado do processo de cuidados levou à morte da pessoa num total de quarenta e seis óbitos e as restantes dezoito pessoas tiveram com resultado a alta do internamento e que como desfecho vieram a falecer em casa. Este resultado conjuntamente com a faixa etária dos internamentos no decurso desta discussão pode ser explicado pelo envelhecimento progressivo da população, com uma esperança média de vida que tem uma tendência crescente (Neto, 2022). Também Radbruch *et al* (2020), numa reflexão sobre uma nova visão dos cuidados paliativos aponta que o final de vida é perfeitamente expectável, sendo este preparado para cuidar a pessoa e família em situação de fim de vida com as respostas de saúde mais eficazes e eficientes do sistema de saúde. É de frisar a ideia da possibilidade de adaptar as necessidades e os problemas de pessoas em extrema vulnerabilidade ao recurso de uma medicina e enfermagem especializada em paliar (Neto, 2022). No que diz respeito a variáveis de caracterização da amostra estas apresentam resultados de género de proximidade e que acompanham largos indicadores de saúde no geral em Portugal. Foram cuidados um total de quarenta e oito doentes com idades superiores a 65 anos e um conjunto de dezasseis doentes com idades inferior ou igual a 65 anos, pelo que se influi um número maior de doentes com o avançar de idade adulta e encaminhando-se para a terceira ou mesmo quarta idade. Uma das mais importantes variáveis identificadas para o decurso do estudo prende-se com

a identificação do familiar de referência, nomenclatura utilizada para a pessoa significativa para o doente que pode ser familiar desta ou não. A maior expressão do familiar de referência posiciona-se no seio familiar, como alguns autores (Fonseca, Peres & Scalia, 2020) também denominam de cuidador informal, ainda espaço para a presença vestigial de instituições que assumem este papel de prestador de cuidados, deste modo, no estudo subsistiu a identificação de uma instituição no papel de familiar de referência. É essencial referir que o familiar de referência será identificado como o principal cuidador sendo a ponte de ligação aos cuidados de saúde e a pessoa que mais próximo tem acompanhado o evoluir da doença. Muitas vezes é tido com processos de capacitação até por parte dos profissionais de saúde para assumir cuidados à pessoa principalmente quando esta aumenta o seu grau de dependência com a possibilidade de alta ou mesmo no aproximar do final de vida. O ato de cuidar é sempre um desafio exigente que visa responder as necessidades da pessoa e cuja perceção do estado físico, psicológico, social e espiritual abarca o conceito de satisfação para as repostas que foram dadas por parte dos serviços de saúde (OPCP, 2018). Foram identificados vários familiares de referência, cuja maior expressão identifica o papel da filha num total de 28 pessoas, seguido pela figura de marido/esposa. Tais resultados são espelho do acompanhamento social da família identificados em estudos como DenHerder *et al* (2017) Fonseca, Peres & Scalia (2020). Como diagnóstico na admissão é importante refletir acerca dos resultados que demonstram a maioria dos doentes com necessidades de cuidados paliativos provêm do grande grupo correspondente a doenças oncológicas. Olhando para os registos internos deste centro hospitalar

Contributos na avaliação do grau de satisfação da pessoa em cuidados paliativos

consegue-se assumir uma continuidade destes dados. Existe maior incidência para neoplasias de colon e reto seguidas do cancro da mama e grupo das neoplasias hematológicas. O motivo de internamento define a necessidade pela qual levou a pessoa à procura de cuidados paliativos, sendo analisados três grandes grupos: controlo de sintomas (discriminados de forma individualizada), organização de cuidados e apoio em fim de vida podendo coexistir dois ou mesmo três motivos para intervenção da equipa. De acordo com o estudo a maioria dos doentes necessitavam de controlar a dor, um dos sintomas com maior descrição e prevalência no âmbito dos cuidados paliativos e dos que gera maior incapacidade e angústia não só à pessoa, mas também à família (Capelas *et al*, 2018) e dados mais anteriores sobre a dor conforme achados em Ferris *et al* (2007). Para além da dor como sintoma que leva ao internamento e à intervenção da equipa de cuidados paliativos destaca-se a dispneia e a agitação/confusão. A ferida maligna apesar de não representar um sintoma necessário “*per si*” de controlar, pode levar à presença de hemorragia, dispneia e astenia, para além de abarcar um conjunto de problemas que interferem com o bem-estar e autoimagem da pessoa. Toda a sintomatologia descrita nesta investigação segue as possibilidades de sintomatologia que leva ao sofrimento inscritas nos vários manuais de cuidados paliativos dos quais destacamos o de Barbosa & Neto (2016) pela vivência do contexto. O apoio em final de vida foi descrito e infere especificamente já que as pessoas com morte iminente necessitam de uma intervenção intensiva por parte da equipa e cujo desfecho apesar de expectável, requer um cuidado de presença ativa e atenta para o doente e família com gestão de condição física, mas também de questões psicológicas e espirituais

rigorosas. A complexidade da pessoa em fim de vida e o seu grau de exigência faz aumentar o feixe de intervenções e a qualidade das mesmas, tendo por base a existência de protocolos bem definidos e atualizados. No que concerne à organização de cuidados, acompanhar e ajudar a pessoa e familiar para colaborarem na qualidade de vida do seu doente, espera-se que tenha culminado na resolução ou estabilização de sintomas físicos e na preparação social da família/instituições para que se tivesse procedido à alta hospitalar, não existindo, contudo, informação que possa confirmar este raciocínio. É essencial refletir sobre a presença de um trabalho em equipa, da sua relevância entre profissionais que complementam as suas intervenções em prol da situação de complexidade do doente e família. As dificuldades sociais encontradas nesta pesquisa acompanham outros resultados e que apontam para a necessidade de uma intervenção mais sustentada de apoio da comunidade para que a pessoa possa fazer as suas despedidas no seu espaço de conforto, ou mesmo a morte ocorrer em casa (Baquet-Simpson *et al.*, 2019; Seow & Brainbridge, 2018). Para Barbosa & Neto (2016) e Neto (2022) a família é um pilar fundamental para colaborar no processo de negociação de cuidados. Em relação à presença do familiar no momento da alta ou óbito a inferência coloca a tónica no contexto de pandemia vivenciada no trimestre de análise muito diferente de outros momentos no passado em que a presença da família era frequentemente efetiva em 24 horas. É de realçar cada vez mais a necessidade de se favorecer a presença do familiar. Num estudo sobre as necessidades da família no acompanhamento do seu doente em Cuidados Paliativos, Areia *et al* (2017) afirmam: “*Contudo, é relevante salientar que muitos cuidadores conseguem retirar ganhos positivos do*

Contributos na avaliação do grau de satisfação da pessoa em cuidados paliativos

acompanhamento do doente terminal (e.g., atribuição de maior sentido à vida).” (2017, p.144).

A perceção dos profissionais sobre o momento da alta ou óbito é tida como sem sofrimento do doente, associado ao valor da *Escala de Edmonton*, qualquer que tenha sido o resultado do internamento e ainda é referido o dado importante que vinte e nove pessoas se encontravam sob sedação ou perfusão intensiva para gestão e controlo de sintomas. Na avaliação da dor enquanto sintoma geral, pode ser o profissional a perceber o seu grau. Num estudo sobre a perceção do cuidado, Silva (2014) identifica uma forte proximidade entre as referências dos profissionais, dos cuidadores e dos doentes. Assim sugere-se que, com o recurso à *Escala de Edmonton* com o seu resultado por *Score*, se possa ir aferindo, ao longo dos trimestres de avaliação da qualidade, a consideração da perceção dos profissionais como nota importante. Por outro lado, a perceção do familiar, e até do doente, em alguns casos, sobre o alívio do sofrimento é encarado como uma medida de extrema importância para aferir o cuidar (Capelas, (2014). Neste estudo realçam-se os aspetos indagados ao familiar de referência no que diz respeito à sua perceção em relação a sintomas físicos, psíquicos/emocionais/sociais e religiosos/espirituais da pessoa. Dos aspetos de perceção emocionais destacam-se a tristeza e ansiedade. A ideia que o sofrimento físico é mais facilmente observado e avaliado por parte da família do que questões emocionais e sobretudo as questões espirituais que ficam para segundo plano é corroborada pelos resultados deste estudo. A reflexão acerca da perceção do familiar sobre os sintomas que causam desconforto e/ou sofrimento à pessoa obtêm-se resultados de elevado sofrimento. Os cuidados prestados pela equipa aliviaram este sofrimento na totalidade,

chegando a que acreditam na total serenidade da pessoa. Estes resultados confirmam já anteriores estudos para uma visão mais integral do cuidado paliativo descritos na obra de Hasselar & Payne (2016). No contexto de final de vida a informação altera, muitas vezes, a perspetiva de vida da pessoa e família em relação ao seu futuro, de forma negativa e drástica com necessidades de adaptação a realidades em constante mudança. O ato humano de comunicar reveste-se de pontos de respeito, dignidade, sensibilidade e empatia. Requer em última instância treino constante e o conhecimento de protocolos para que se desenvolva de forma natural e humanizada. Em relação aos resultados obtidos nos pontos do estudo “Clareza de informação” refere-se que a equipa foi capaz de veicular informação clara que respondeu as questões e necessidades do familiar acerca do estado, diagnóstico ou evolução da situação clínica da pessoa internada, sendo completamente adequada, levando a equipa a refletir mais uma vez acerca da importância de se posicionar no que é a estratégia dos cuidados paliativos. Um dos aspetos de satisfação dos doentes e seus familiares prende-se com a informação e conhecimento que detém sobre a sua doença, para que possam exercer o seu princípio de autonomia em relação a aceitar ou recusar intervenções propostas e adequadas à sua melhor qualidade de vida e conforto (Calado, 2014). Sobre os nossos achados relacionados com a comunicação temos que: *“Para eles, quanto maior a comunicação, informações precisas e bom atendimento pela equipe domiciliar menor será a sobrecarga no cotidiano com o paciente oncológico. Dessa forma surgiu a proposta de um cuidado multiprofissional, pois o cuidador sente-se, muitas vezes, despreparado para lidar com uma doença terminal, necessitando tanto de apoio em relação à*

Contributos na avaliação do grau de satisfação da pessoa em cuidados paliativos

prática dos cuidados como de um suporte emocional." (Fonseca *et al.* 2020, p.80). Tal foi observado que no que diz respeito à disponibilidade de ouvir e informar o familiar, mas preocupa a opinião dos profissionais que não demonstraram essa disponibilidade. Para o trabalho da equipa multidisciplinar, os familiares de referência caracterizam como excelente. E assim o grau de satisfação do familiar perante os cuidados que a pessoa recebeu na unidade demonstra que perante as expectativas de satisfação 7,81% foram de muita satisfação e para 92,19% foi excelente. Este resultado vai ao encontro das expectativas do indicador proposto por Capela (2014) que é de 90%. Também para Pinto *et al* (2022) a satisfação dos doentes e famílias com os cuidados paliativos prestados é indicador (processo e/ou resultado) de monitorização, que se repercutirá na qualidade dos cuidados em contexto paliativo. A expressão do familiar demonstra emoções, sensações e sendo sugestivas de interpretações diversas. Sem emitir qualquer juízo de valor apenas destacamos alguns conceitos que no âmbito dos cuidados paliativos têm fortes sentidos e que gravam memórias doces ou acres da prestação de cuidados a pessoas na sua vulnerabilidade e próximas da sua finitude. De ressalvar que abordagem a tempos difíceis, de distanciamento social, que, foram vivenciados pela equipa prestadora de cuidados, limitando as presenças dos familiares, as despedidas foram mantidas dentro do possível, renovando-se o carácter inovador de ideias de aproximação com recurso a videochamadas e visitas pelo exterior ou mesmo presencialmente para as necessárias despedidas a quem está próximo do seu fim de vida. Ainda assim, o distanciamento foi sentido e manifestado pela família como um aspeto menos positivo, causador de angústia e sofrimento. Como limite do estudo pode emergir para além das questões

éticas, no tratamento e análise de dados, como a subjetividade do mesmo pela análise do observador, pelo que, este inquérito e todo o desenvolvimento metodológico foi efetuado por dois profissionais e revisado por um terceiro em fase posterior. De acordo com a relevância e consideração dos dados, estes apresentaram aportes da equipa e necessidade de medidas corretivas ou evolutivas decorrem com o continuo do cuidado e das posteriores avaliações do grau de satisfação por trimestre. A necessidade de informação já refletida ao longo deste trabalho é mais uma vez objeto de análise pela relevância das pessoas obterem informação, a necessidade do saber com sinceridade, abertura, pormenor, assertividade e honestidade: *"Para a satisfação do serviço na opinião de pacientes e cuidadores fazem necessário: comunicação mais aberta; escuta ativa; médico presente e mesma equipe clínica; controle efetivo de sinais e sintomas; identificação de prioridades para pacientes e cuidadores; amenização do sofrimento físico e mental; reforçar a importância de resolver conflitos, realização de despedidas e valorização da família presente."* (Fonseca *et al.*, 2020, p.85). A tradução das expressões textuais livres, fazem parte da análise de conteúdo deste estudo e permitem a manifestação do que possa ter marcado de forma positiva ou negativa, os cuidados e a comunicação durante a prestação dos cuidados. Para sua análise é essencial perceber o momento de vulnerabilidade do familiar que as profere e sem julgamento de valor ético compreender que a expressão de gratidão é parte do processo recíproco de cuidar (Neto, 2022). Os achados nesta área tão sensível, a palavra proferida por quem ainda poderá estar a atravessar o seu momento de luto, ajuda a compreender e intervir num próximo futuro. Indo ao encontro das histórias

contadas por Neto (2022), as expressões de agradecimento com menções ao conforto das pessoas cuidadas, de reencontro da paz traduzem o sentimento de importância inegável dos cuidados paliativos.

CONCLUSÕES

O estudo contribui para a descrição da satisfação pelos cuidados prestados aos doentes internados em cuidados paliativos, sob a perspetiva de dois observadores: o familiar/cuidador e o profissional que cuida. A qualidade em cuidados paliativos caracteriza-se pela centralidade dos cuidados ao doente/família, gestão dos serviços, desempenhando a equipa um papel fundamental. Um plano individual de cuidados deve garantir a continuidade e qualidade de cuidados, assumindo o doente e família um papel central, participativo para as distintas tomadas de decisão num ambiente de constante colaboração interprofissional. É fundamental que se monitorize os níveis de satisfação do doente e família no sentido da melhoria contínua. O reconhecimento da qualidade dos cuidados paliativos através de um programa de melhoria contínua da qualidade permite conhecer um pouco melhor a prática clínica no sentido do desenvolvimento de programas que respondam às reais necessidades de cada doente/família em particular. Os resultados obtidos devem ser interpretados com cautela, uma vez que este estudo não é isento de limitações. No entanto, apesar da sua pequena dimensão, insere-se numa área do conhecimento ainda pouco explorada e pretendeu-se contribuir para a análise e avaliação da qualidade dos cuidados prestados, no processo de acompanhamento do doente e seu familiar significativo perante a vivência de uma doença incurável, progressiva e que

leva inevitavelmente à morte. Devem ser tidas em conta as limitações do nosso estudo no que diz respeito à generalização dos resultados. Devido às condições de acesso à unidade estudada não foram incluídas as famílias que poderiam estar presentes 24 sobre 24 horas com os seus doentes. Podemos afirmar que a implementação de pressupostos científicos na prestação de cuidados altamente especializados e intensivos no que concerne ao âmbito dos cuidados paliativos contribui para o aumento da satisfação da família (nomeadamente da figura do familiar de referência) relativos aos cuidados de saúde prestados pela equipa. Tendo em conta os domínios representativos dos principais indicadores de qualidade podemos concluir que: a identificação e caracterização do familiar de referência são essenciais para que possa ser avaliado o grau de satisfação do mesmo; o desfecho do internamento pode influenciar a perceção do cuidado e o grau de satisfação do familiar de referência; os processos comunicativos, indo ao encontro de um dos pilares dos cuidados paliativos, são estruturantes de todo o plano de cuidados; existe uma valorização dos sintomas físicos em detrimento dos sintomas psico-emocionais e espirituais na perceção do familiar. Em congruência com os resultados serem positivos, ao considerar que os familiares de referência se encontram satisfeitos com os cuidados, é importante perceber que a qualidade e a capacitação dos profissionais como deve continuar um foco de investimento, uma prioridade para que se normalizem as práticas no objetivo da melhoria e/ou manutenção dos resultados. A visão final dos autores procura de forma clara e sustentado o espelho da prática especializada de cuidar em fim de vida. Carece de maior base de estudos similares e validados no contexto atual e nacional da ação dos

profissionais no campo comunicacional e relacional para futuras inferências de satisfação do doente e família. O resultado deste trabalho tem como objetivo para além do mapear de todos os aspetos anteriormente mencionados, sobretudo a reflexão por parte de todos dos conceitos globais do cuidar e da comunicação não causadora de dano ao doente e família, como em particular uma outra reflexão individual que sustente este plano de melhoria contínua da qualidade. Acreditamos que, para um futuro breve, este trabalho possa também contribuir para a constituição de um conjunto de indicadores de qualidade na área dos cuidados paliativos para um acompanhamento sistemático da sua evolução em Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. (2014) Avaliação da satisfação dos familiares dos doentes em CP: contributo para a validação da FAMCARE. *Cuidados Paliativos*. 1(1), 122-131)
- Areia, P., Major, S., & Relvas, A. (2017). Necessidades dos familiares de doentes terminais em cuidados paliativos: Revisão crítica da literatura. *Psychologica*, 60(1), 137-152. https://doi.org/10.14195/1647-8606_60-1_8
- Baquet-Simpson, A., Spettell, C., Freeman, A., Bates, A., Paz, H., Mirsky, R., Knecht, D., & Brennan, T. (2019). Aetna's Compassionate Care Program: Sustained Value for Our Members with Advanced Illness. *Journal of Palliative Medicine*, 22 (11). <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0359>
- Barbosa, A. & Neto, I. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed) Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. (4ª ed.) Edições 70.
- Calado, M. (2014) *A autonomia do doente em fim de vida e a satisfação com a informação*. (Dissertação de Mestrado) em Cuidados Paliativos. Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15297/1/Tese%20Marta%20Calado%20n%C2%BA192410022.pdf>
- Capelas, M. (2014) *Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos*. Universidade Católica Editora Capelas, M., Simões, A., Teves, C., Durão, S., Coelho, S., Silva, S., ...; Afonso, T. (2018). Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal. *Cadernos de Saúde*. 10(2), 11-24 <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7245>
- DenHerder, M., Hasselaar, J., Payne, S., Varey, S., Schwabe, S., Radbruch, L., Groot, M. (2017). How continuity is experienced within the context of integrated palliative care: a qualitative study with patients and family caregivers in five European countries. *Palliat Med*, 31(10),946-955. <https://doi.org/10.1177/0269216317697898>
- Ferris, F. Gómez-Batiste, X., Fürst, C., & Connor, S. (2007). Implementing Quality Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 33(5), 533-541, ISSN 0885-3924, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.02.033>
- Fonseca N., Peres L., & Scalia, L. (2020). Avaliação da satisfação de pacientes e seus cuidadores em relação aos serviços de cuidados paliativos em oncologia. São Paulo: *RevRecien*, 10(31),74-86. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.31.74-86>
- Hasselaar, J. & Payne, S., (2016). *Integrated palliative care*. Nijmegen: Radboud University Medical Centre.
- Neto, I. (2022). *Da Ciência, do Amor e do Valor da Vida: Relatos e Padrões da Identidade dos Cuidados Paliativos*. Lisboa: Oficina do Livro.
- OPCP. Observatório Português dos Cuidados Paliativos (2018) – Relatório de Outono de 2018. Secção Caracterização e Satisfação dos Cuidadores Informais. Universidade Católica: Instituto de Ciências da Saúde. https://www.opcp.com.pt/uploads/opcp_projeto_3_relatorio_2018_vf-1.pdf
- Pinto, I., Novais, S., Carvalhais, M., Gomes, S., & Soares, C. (2022). Fatores que influenciam a satisfação com os cuidados paliativos: scoping review. *Millenium*, 2(17), 41-51. <https://doi.org/10.29352/mill0217.25317>
- Radbruch, L., Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E., Centeno, C., Cleary, J., ..., Pastrana, T. (2020). Redefining palliative care - A new consensus-based definition. *J. Pain*

Contributos na avaliação do grau de satisfação da pessoa em cuidados paliativos

- Symptom Manag.* 60, 754-764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Reigada, C., Hermida-Romero, S., Sandgren, A., Gómez, B., Olza, I., Navas, A., & Centeno, C. (2021). Interdisciplinary discussions on palliative care among university students in Spain: giving voice to the social debate. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 16(1), 1955441. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1955441>
- Silva, M. (2014). *Qualidade de Vida em Cuidados Paliativos: Análise comparativa da percepção dos doentes, cuidadores e profissionais*. (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. [Mario silva Qualidade vida cuidados paliativos.pdf \(uc.pt\)](#)
- Twycross, R. (2003) *Cuidados Paliativos*. (2ª ed). Climepsi Editores.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação O Processo de Construção do Conhecimento*. (2ª. ed.). Edições Sílabo.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: guião para a organização de Programas de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Funchal: Conselho de Enfermagem Regional – SRMOE. [HospitalNelioMendonca SistemaClassificacaoDoentes Madeira.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

ATITUDES DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM PERANTE A PESSOA COM DOENÇA MENTAL

Nursing students' attitudes towards people with mental illness

Las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia la persona con enfermedad mental

Diana Ponte*, Cláudia Tavares**, Pedro Alves***, Paula Alexandra Quesado****, António Ferreira*****, Ana Quesado*****

RESUMO

Enquadramento: as atitudes dos estudantes de enfermagem perante a pessoa com doença mental podem influenciar as suas aprendizagens e o desenvolvimento de competências, comprometendo a prestação de cuidados como futuros enfermeiros.

Objetivo: conhecer as atitudes dos estudantes de enfermagem perante a pessoa com doença mental e verificar a correlação existente entre a frequência das unidades curriculares de Saúde Mental e Psiquiatria e as suas atitudes perante a pessoa com doença mental. **Metodologia:** estudo quantitativo, descritivo-correlacional. Amostra de conveniência com 47 estudantes do curso de licenciatura em enfermagem de uma Escola Superior de Saúde da região norte de Portugal. Dados colhidos através de questionário on-line, constituído pelo Attribution Questionnaire (AQ-27) (Sousa et al., 2008). Recorreu-se à análise estatística descritiva e inferencial, através do Statistical Package for the Social Sciences (versão 26). **Resultados:** verificou-se a presença de estigma moderado nas atitudes dos estudantes de enfermagem. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o semestre do curso sobre as categorias Irritação [X2 (3) =14,416; P=0,002], Perigosidade [X2 (3) =11,650; P=0,009] e Medo [X2 (3) =12,523; P=0,006] e Pena [F (3,43) = 5,471; P=0,003]. **Conclusão:** o ensino teórico e prático revelou diminuição de atitudes estigmatizantes, bem como a experiência prévia em Saúde Mental.

Palavras-chave: atitude; estigma social; estudantes de enfermagem; doença mental

*RN, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER - <https://orcid.org/0000-0003-3283-7107> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article;
 ** RN, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER - <https://orcid.org/0000-0001-5797-5472> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article;
 *** RN, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no Instituto São João de Deus - Casa de Saúde de São Miguel - <https://orcid.org/0000-0002-4713-1409> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article;
 **** RN, Pós-graduada em Terapia Assistida por Animais - Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte - <https://orcid.org/0000-0002-7890-251X> - Author contribution: Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article;
 *****MSc, PhD student em Enfermagem no ICS/UCP-Porto - Professor Adjunto Enfermagem na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa - <https://orcid.org/0000-0001-5008-3746> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article;
 ***** PhD, na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro <https://orcid.org/0000-0003-2234-4720> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article;

Autor de correspondência:
 Ana Quesado
 E-mail: ana.quesado@ua.pt

Como referenciar:
 Ponte, D., Tavares, C., Alves, P., Quesado, P.A., Ferreira, A., & Quesado, A. (2023). Atitudes dos estudantes de enfermagem perante a pessoa com doença mental. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 35-48. <https://doi.org/10.37914/riis.v6i1.227>

Recebido para publicação: 25/03/2022
 Aceite para publicação: 02/02/2023

ABSTRACT

Background: the attitudes of nursing students towards people with mental illness can influence their learning and the development of skills, compromising the provision of care as future nurses. **Objectives:** to know the attitudes of nursing students towards the person with mental illness and to verify the existing correlation between the attendance to the curricular units of Mental Health and Psychiatry and their attitudes towards the person with mental illness. **Methodology:** quantitative, descriptive-correlational study. Convenience sample with 47 undergraduate nursing students, from a Higher Education Institution in the northern region of Portugal. Data collected through an online questionnaire, consisting of the Attribution Questionnaire (AQ-27) (Sousa et al., 2008). Descriptive and inferential statistical analysis was used, using the Statistical Package for the Social Sciences (version 26). **Results:** the presence of moderate stigma was verified in the attitudes of nursing students. There were statistically significant differences between the semester of the course on the categories Irritation [X2 (3) =14,416; P=0,002], Hazard [X2 (3) =11,650; P=0,009] and Fear [X2 (3) =12,523; P=0,006] and Pena [F (3,43) = 5,471; P=0,003]. **Conclusion:** theoretical and practical teaching revealed a decrease in stigmatizing attitudes, as well as previous experience in Mental Health.

Keywords: attitude; social stigma; nursing students; mental disorders

RESUMEN

Marco contextual: las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia las personas con enfermedad mental pueden influir en su aprendizaje y desarrollo de habilidades, comprometiendo la prestación de cuidados como futuros enfermeros. **Objetivos:** conocer las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia la persona con enfermedad mental y verificar la correlación existente entre la asistencia a las unidades curriculares de Salud Mental y Psiquiatria y sus actitudes hacia la persona con enfermedad mental. **Metodología:** estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional. Muestra de conveniencia con 47 estudiantes de pregrado en enfermería de una Institución de Educación Superior en la región norte de Portugal. Datos recolectados a través de un cuestionario en línea, consistente en el Cuestionario de Atribución (AQ-27) (Sousa et al., 2008). Se utilizó análisis estadístico descriptivo e inferencial, utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (versión 26). **Resultados:** se verificó la presencia de estigma moderado en las actitudes de los estudiantes de enfermería. Se verificó la presencia de estigma moderado. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre el semestre de la carrera en las categorías Irritación [X2 (3) =14,416; P=0,002], Riesgo [X2 (3) =11,650; P=0,009] y Miedo [X2(3)=12,523; P=0,006] y Peña [F (3,43) = 5,471; p=0,003]. **Conclusión:** la enseñanza teórica y práctica reveló una disminución de las actitudes estigmatizantes, así como la experiencia previa en Salud Mental.

Palabras Clave: actitudes; estigma social; estudiantes de enfermería; trastornos mentales

INTRODUÇÃO

Uma boa saúde mental é reconhecida como um ativo importante e um recurso fundamental para o bem-estar da população e para o desenvolvimento social e económico (Conselho Nacional de Saúde, 2019). Apesar disso, a pessoa com doença mental é vítima de estigma e discriminação. As atitudes negativas que a população em geral apresenta são partilhadas por profissionais de saúde e estudantes do ensino superior, em particular os que frequentam a área da saúde (Corrigan et al., 2011; Happell et al., 2019). Nos profissionais de saúde estas atitudes têm um impacto superior, pois representam uma barreira no acesso aos cuidados de saúde e à perceção e aceitação da doença por parte das pessoas com doença mental (Querido et al., 2020).

Os estudantes de enfermagem, antes de iniciarem o seu percurso académico, trazem consigo, na maioria das vezes, atitudes negativas e carência de conhecimento acerca da doença mental, que poderão influenciar o desenvolvimento das suas competências, com impacto na sua futura prática profissional (Martinho et al., 2014; Querido et al., 2020). Durante o curso os estudantes de enfermagem têm contacto e prestam cuidados a pessoas com doença mental através da realização do Ensino Clínico. Ramos (2021) acrescenta ao referido anteriormente, que cuidar de pessoas com perturbações na área da saúde mental acarreta exigências psicológicas que podem provocar desgaste emocional de quem cuida. Neste contexto complexo, os estudantes durante o ensino clínico nesta área, necessitam de uma supervisão que forneça instrumentos que lhe

permitam lidar de forma apropriada com os sentimentos e emoções, como refletir sobre as suas atitudes perante a pessoa com doença mental. Tendo o docente/supervisor um papel fundamental na adequação das estratégias de ensino/aprendizagem aos conteúdos e oportunidades das experiências clínicas, e sejam promotoras de momentos de reflexão capazes de desmistificar ideias pré-concebidas neste âmbito (Ramos, 2021).

Embora em escassa quantidade, na literatura verifica-se que as atitudes perante a pessoa com doença mental têm sido alvo de estudo nos estudantes de enfermagem. O impacto das atitudes, a importância de aumentar a literacia em saúde mental e o combate ao estigma são temáticas pertinentes e prioritárias. Neste sentido, desenvolveu-se este estudo de investigação cujos objetivos foram conhecer as atitudes dos estudantes de enfermagem perante a pessoa com doença mental e verificar a correlação existente entre a frequência das unidades curriculares de Saúde Mental e Psiquiatria e as atitudes dos estudantes perante a pessoa com doença mental.

ENQUADRAMENTO/ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Atualmente a sociedade aparenta estar consciente sobre o que deve ser feito, nas dimensões médica, psicológica e social, pelas pessoas com doença mental. Não obstante, permanecem ainda alguns preconceitos, estigmas e atitudes negativas contra estas pessoas (Ramos, 2021). A perspetiva da população em geral aponta para a pessoa portadora de doença mental como sendo perigosa, preguiçosa e imprevisível (Xavier et al., 2013 as cit.

Atitudes dos estudantes de enfermagem perante a pessoa com doença mental

in Querido et al., 2016). Estas atitudes negativas estendem-se a profissionais de saúde, incluindo enfermeiros (Happell et al., 2019). A formação inadequada e a falta de preparação para trabalhar com esta população pode ser considerada uma das causas para as atitudes negativas dos profissionais de saúde (Ferreira, 2018).

Em Portugal, as perturbações psiquiátricas têm uma prevalência de 22,9%, colocando o país num preocupante segundo lugar entre os países europeus (Conselho Nacional de Saúde, 2019). A nível nacional, verifica-se a presença de forte estigma e discriminação associado à doença mental, pelo que urge a importância do desenvolvimento de políticas de combate ao estigma e promoção da saúde mental. O estigma em relação a pessoas com problemas de saúde mental consiste em atitudes de desaprovação social com base em certos aspetos pessoais, características, crenças ou comportamentos que estão em conflito com a norma social e cultural (Observatório de Estigma na Doença Mental, 2021; Programa Nacional de Saúde Mental, 2017).

Autores como Gronholm et al., (2017) descrevem o estigma como um fenómeno multifacetado, com grave impacto na discriminação experimentada e antecipada, em combinação, e com múltiplas consequências: acesso precário a cuidados de saúde mental e físicos, reduzida expectativa de vida, exclusão do ensino superior e de acesso a emprego, maior risco de contato com o sistema de justiça criminal, vitimização, pobreza e dificuldade no acesso a habitação. Tais consequências foram descritas, por algumas pessoas, como piores que a experiência da doença mental em si. Assim,

assume-se a necessidade do combate ao estigma como uma preocupação significativa em saúde pública. As atitudes de atitudes negativas perante a pessoa com doença mental são consideradas fatores de previsão de comportamentos discriminatórios relacionados ao estigma (Ferreira, 2018). A escassez ou distorção da informação contribui para a manutenção destas atitudes e crenças irrealistas associadas à doença mental. O aumento de conhecimento acerca da doença mental, para além de contribuir para a redução do estigma, aumenta a literacia. O conceito de literacia em saúde mental, na atualidade, refere-se a: entender como obter e manter a saúde mental positiva; compreender transtornos mentais e os seus tratamentos; diminuir o estigma relacionado a transtornos mentais; melhorar a eficácia da procura de ajuda (saber quando e onde procurar ajuda e desenvolver competências destinadas a melhorar os cuidados de saúde mental e as capacidades de autogestão) (Kutcher et al., 2015 as cit in Loureiro & Freitas, 2020).

A aprendizagem em saúde mental visa não só a aquisição do conhecimento para a atuação nesse campo, mas, de igual modo, a desconstrução de ideias pré-concebidas e a criação de condições para que novos conceitos, conhecimentos e atitudes possam se desenvolver (Mendes, et al., 2018; Thongpriwan et al, 2015). Em Portugal, o estudo das atitudes perante a doença mental também tem sido alvo de investigação no público em geral, nas famílias das pessoas com doença mental, nos estudantes, particularmente em estudantes de enfermagem, bem como nos profissionais de saúde (Ramos, 2021; Marques et

Atitudes dos estudantes de enfermagem perante a pessoa com doença mental

al., 2010; Querido et al., 2020; São João et al., 2017).

O estudo de Marques et al. (2010) comparou as atitudes face à doença mental dos diferentes estudantes de cursos de saúde, com recurso à escala *Attribution Questionnaire* (AQ-27) de Corrigan et al. (2003), revelando a presença de estigma acentuado, com predominância de estereótipos de pena, coação, perigosidade, evitamento, medo, segregação e ajuda. As atitudes estigmatizantes diminuíram com o decorrer do curso, aparentemente devido ao contato com pessoas com doença mental. A problemática em questão também tem sido estudada nos estudantes de enfermagem (Querido et al., 2020; Querido et al., 2016). Os estudantes de enfermagem trazem uma série de atitudes pré-concebidas em relação à doença mental, antes de iniciar o seu percurso académico. Numa fase mais inicial partilham de concepções estigmatizantes que poderão influenciar as suas aprendizagens, o desenvolvimento de competências e, futuramente, a prestação de cuidados enquanto enfermeiros (Martinho et al., 2014).

O estudo de Wedgeworth et al. (2019) confirma as perceções negativas dos estudantes de enfermagem em relação a pessoas com doença mental, o medo de interação com estes e a preocupação em aprender como comunicar. Contudo, estudos apontam que os estudantes de enfermagem que têm uma experiência pessoal de doença mental através de família ou amigos ostentam perspetivas e opiniões de maior aceitação (Granados-Gámez et al., 2017). Frequentemente, os estudantes de enfermagem,

antes de iniciarem o ensino clínico em saúde mental, descrevem uma série de emoções tais como ansiedade, medo, inquietação e rejeição. Estas encontram-se relacionadas com mitos, estereótipos e atitudes negativas e ignorância ou ideias pré-concebidas sobre possíveis episódios de agressividade com que se podem vir a deparar (Estevez et al., 2017, as cit in Querido et al., 2020). Embora alguns estudos enfatizam a importância da componente teórica na melhoria das atitudes perante as pessoas com doença mental (Happell et al., 2019), outros demonstraram que as atitudes com base na experiência direta são os determinantes mais importantes (Happell et al., 2019; Jingjing et al., 2013, as cit in Granados-Gámez et al., 2017). Markström et al. (2009) corroboram esta opinião ao concluir que os estudantes revelaram menores níveis de estigmatização após o ensino clínico em saúde mental; vão mais além, ao concluir que a componente prática, pode ter, até certo ponto, um efeito desestigmatizante nas atitudes. A investigação de Querido et al. (2016) revela uma correlação negativa significativa entre os anos de frequência do curso de licenciatura em enfermagem e o estigma. Com recurso à escala AQ-27, conclui que os estudantes finalistas apresentaram menos atitudes estigmatizantes comparativamente aos iniciados, relacionada, provavelmente, com a educação na Escola de Saúde e com o contacto com as pessoas com doença mental ao longo dos anos. Querido et al. (2020) salientam a importância de intervenções junto dos estudantes, associando a educação e o contato como uma estratégia mais eficaz no

Atitudes dos estudantes de enfermagem perante a pessoa com doença mental

combate ao estigma. De acordo com os mesmos autores é fundamental lidar com atitudes negativas, sentimentos desagradáveis e ansiedade dos estudantes de enfermagem, relativos à pessoa com doença mental, antes do seu primeiro contacto com estas em contexto clínico, promovendo experiências educacionais que desenvolvam interesse e competência na área da prestação de cuidados em saúde mental.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo, correlacional, transversal. A população selecionada englobou os estudantes de enfermagem de uma Escola Superior de Saúde da região norte e a amostra foi selecionada por um método de amostragem não probabilística de conveniência. Foram colocadas as seguintes hipóteses:

H1: Existe correlação entre a frequência das unidades curriculares de Saúde Mental e Psiquiatria e as atitudes dos estudantes de enfermagem perante a pessoa com doença mental;

H2: Existe correlação entre a familiaridade e contato próximo com pessoas com doença mental e as atitudes dos estudantes de enfermagem perante a pessoa com doença mental.

Considerando a finalidade deste estudo, o *Attribution Questionnaire* (AQ-27) criado por Corrigan et al. (2003) foi considerado o instrumento mais adequado, visto estar projetado para medir o estigma público em relação à doença mental, já estar traduzido e validado para Portugal, assim como, já ter sido utilizado em populações

semelhantes à do presente estudo, quer na sua versão original, quer na versão portuguesa (tem apresentado boas propriedades psicométricas). Assim, a colheita de dados foi realizada através de um questionário de autopreenchimento, disponibilizado através da plataforma *on-line Microsoft Forms®*, aplicado durante os meses de maio e julho de 2021. O referido questionário era constituído por duas partes: a primeira com questões sociodemográficas e a segunda com a versão Portuguesa do *Attribution Questionnaire* (AQ-27) (Corrigan et al., 2003), traduzido e validado por Sousa et al. (2008). A parte sociodemográfica recolheu dados relativos a: género, idade, estado civil, relação com a Escola Superior de Saúde, ano e semestre do curso, estatuto trabalhador estudante, experiência profissional na área da saúde mental e psiquiatria, se tem familiar ou não familiar com doença mental, relação com a pessoa e regularidade de contacto. O AQ-27 permite a avaliação das atitudes face à pessoa com doença mental, baseando-se em nove estereótipos relacionados com as pessoas com doença mental: Responsabilidade (pessoas com doença mental podem controlar os seus sintomas e são responsáveis por ter a doença), Pena (pessoas com doença mental são dominadas pelo seu próprio transtorno e, portanto, merecem preocupação e pena), Irritação (pessoas com doença mental são culpadas por terem a doença e provocam ira e irritação), Perigosidade (pessoas com doença mental não estão seguras), Medo (pessoas com doença mental são perigosas), Ajuda (pessoas com doença mental precisam de assistência), Coação (pessoas com doença mental

Atitudes dos estudantes de enfermagem perante a pessoa com doença mental

devem participar na gestão do tratamento), Segregação (pessoas com doença mental são enviadas para instituições localizadas longe da comunidade) e Evitamento (pessoas com doença mental não vivem em sociedade) (Corrigan et al, 2003). O AQ-27 é composto por uma vinheta sobre um paciente com esquizofrenia, seguida de 27 afirmações que serão pontuadas numa escala tipo *Likert* de 9 pontos, em que 1 corresponde a “nenhum ou nada” e o valor 9 a “muito ou completamente”. Os autores associaram alguns destes construtos a atitudes discriminatórias (Responsabilidade, Perigosidade, Medo, Irritação, Coação, Segregação e Evitamento) e os outros a atitudes de proximidade e assistência (Ajuda e Pena). Cada um destes fatores tem uma pontuação possível de 3 a 27. Os itens nos fatores Ajuda e Evitamento recebem pontuação inversa. Os resultados são calculados considerando os valores médios (não a soma deles) obtidos para os itens que compõem cada um dos fatores (Responsabilidade, Perigosidade, Medo, Irritação, Coação, Segregação, Evitamento, Ajuda e Pena). Quanto maior a pontuação do fator maior a sua contribuição para o estigma. Considera-se um nível de estigma baixo se a pontuação obtida for inferior a 11, moderado em pontuações entre 12 a 19 e estigma elevado se os valores obtidos forem superiores a 20 (Corrigan et al., 2003). Este questionário contém várias vinhetas alternativas, correspondendo a variações nas características da doença mental avaliada, principalmente quanto à gravidade. Essas vinhetas alternativas permitem correlacionar o estigma com variáveis como a Perigosidade ou a Responsabilidade. Atendendo

ao objetivo deste estudo selecionou-se a vinheta mais neutra e cuja finalidade se direciona apenas à avaliação do estigma, assim a utilizada foi a seguinte: "O José é um homem com 30 anos de idade, solteiro e com esquizofrenia. Às vezes ouve vozes e fica perturbado. O José vive sozinho num apartamento e trabalha como estafeta num grande escritório de advogados. Já foi internado seis vezes devido à sua doença".

Após a obtenção da autorização do Conselho de Direção da Escola Superior de Saúde onde foi realizado o estudo, procedeu-se à recolha de dados através do envio de email convite para participação no estudo e com a hiperligação para o questionário online em formato *Microsoft Forms*®. No sentido de garantir a proteção dos dados pessoais foi solicitada colaboração ao Conselho de Direção da Escola Superior de Saúde para a disseminação desse e-mail convite pelos estudantes. A introdução ao questionário integrou o consentimento informado, garantindo o tratamento ético dos participantes, a confidencialidade dos dados pessoais e respetivo anonimato, respeitando a Declaração de Helsínquia. A garantia da participação livre e voluntária foi obtida através da resposta a uma questão de carácter obrigatório, em que só acediam aos questionários os estudantes que respondessem afirmativamente considerando estar informados e aceitar participar no estudo. O estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética de uma Escola Superior de Saúde (Parecer nº 026/2020) e encontra-se inscrito na Unidade de Investigação de uma Escola Superior de Saúde da região norte do país. A utilização do AQ-27

Atitudes dos estudantes de enfermagem perante a pessoa com doença mental

encontrava-se previamente autorizada pelo autor da tradução e validação para a população portuguesa.

Para a análise estatística dos dados utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 26, recorreu-se à estatística descritiva e inferencial. A normalidade dos dados foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. Para as correlações foi usado o teste paramétrico ANOVA, quando existe normalidade na distribuição da variável; quando não estavam cumpridos os pressupostos dos testes paramétricos

(normalidade e homogeneidade) foi realizado o teste não paramétrico Kruskal-Wallis. O nível de significância foi estabelecido em $p < 0,05$.

RESULTADOS

Obtiveram-se 47 respostas aos questionários, o que correspondeu a uma taxa de resposta de 25,1%. Os dados de caracterização sociodemográfica dos participantes apresentam-se na tabela 1.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Variável	Operacionalização	%	n
Género	Masculino	2,1	1
	Feminino	97,9	46
Estado civil	Casado	4,3	2
	Solteiro	91,5	43
	União de facto	4,3	2
Idade	18 - 22 anos	78,7	37
	23 - 27 anos	8,5	4
	28 - 32 anos	2,1	1
	33 - 37 anos	4,3	2
	38 - 42 anos	4,3	2
	43 - 47 anos	2,1	1
Semestre letivo	2.º Semestre	38,3	18
	4.º Semestre	34,0	16
	6.º Semestre	17,0	8
	8.º Semestre	10,6	5
Estatuto trabalhador-estudante	Não	74,5	35
	Sim	21,3	10

Em síntese, verificou-se que a maioria dos participantes eram do género feminino (97,9%, $n=46$) e 78,7% ($n=37$) eram solteiros. Em relação à idade, 72,4% ($n=34$) dos inquiridos apresentaram idade entre os 18 e 22 anos, sendo a idade média de 22 anos ($DP=6,56$). A maior parte dos participantes encontrava-se a frequentar o segundo semestre (38,3%, $n=14$). Da totalidade da

amostra verificou-se que 21,3% ($n=10$) eram trabalhadores-estudantes. Verificou-se que cerca de 12,8% ($n=6$) dos participantes já tinham exercido funções na Área da Saúde Mental e Psiquiatria. Relativamente à questão se tem algum familiar com doença mental, 42,6% ($n=20$) respondeu afirmativamente, sendo o grau de parentesco com mais relevância o pai ou mãe

Atitudes dos estudantes de enfermagem perante a pessoa com doença mental

(10,6%, n=5). No que diz respeito a “outra” relação familiar destaca-se o parentesco com a avó (4,3%, n=2) e a tia (6,4%, n=3). Dos que responderam ter algum familiar com doença mental, a maior percentagem (17,0%, n=8) referiu contactar diariamente com essa pessoa.

Por fim, à questão se conhece alguém, não familiar, com doença mental, 68,1% (n=32) respondeu afirmativamente, a maioria (31,9%, n=15) referiu

que a relação com essa pessoa não familiar era de vizinho, seguida de amigo (17,0%, n=8), em que a maior percentagem (31,9%, n=15) referiu contactar raramente com essa pessoa e 10,6% (n=5) referiu semanalmente.

O AQ-27 avalia 9 dimensões das atitudes estigmatizantes, cujos valores globais revelaram a presença de um estigma moderado, apresentados na tabela 2.

Tabela 2

Média e Desvio Padrão dos Estudantes de Enfermagem no AQ-27

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Responsabilidade	7,1277	0,40535	3	13
Pena	17,4681	0,74616	5	27
Irritação	6,8936	0,55522	3	18
Perigosidade	8,1489	0,68415	3	23
Medo	7,9149	0,70732	3	23
Ajuda	23,3191	0,45835	16	27
Coação	23,3191	0,45835	16	27
Segregação	7,7447	0,68853	3	25
Evitamento	18,8511	0,83015	8	27
TOTAL	13,4208	0,614842		

Na análise ao conjunto dos estudantes, ilustrada na tabela 2, verificou-se um menor estigma na categoria Irritação e maior estigma relativamente à Ajuda e Coação. Foram também observados níveis elevados de estigma na Pena e Evitamento, com valores mínimos de 5 e 8, respetivamente e máximos de 27.

De acordo com os valores do teste de normalidade de Shapiro-Wilk ($p < 0,05$) verificou-se que não existia normalidade na distribuição das categorias Irritação, Perigosidade, Medo, Ajuda, Coação, Segregação e Evitamento, pelo que se procedeu à realização do teste de correlação não paramétrico Kruskal-Wallis.

Relacionando os níveis de estigma com o semestre de curso verificou-se que os estudantes numa fase

inicial apresentavam valores superiores de estigma em todas as categorias. O teste de Kruskal-Wallis mostrou que há efeito do semestre do curso sobre as categorias Irritação [$X^2(3) = 14,416$; $P = 0,002$], Perigosidade [$X^2(3) = 11,650$; $P = 0,009$] e Medo [$X^2(3) = 12,523$; $P = 0,006$]. A comparações post hoc mostraram diferenças significativas nas categorias referidas entre o 4.º e o 6.º semestre.

Para as dimensões Pena e Responsabilidade, pela aplicação do teste de correlação paramétrico ANOVA, verificou-se existir efeito de semestre na Pena [$F(3,43) = 5,471$; $P = 0,003$] mas não na Responsabilidade. O teste de comparações post-hoc de Teste de Tukey mostrou que a dimensão Pena dos estudantes do 2.º semestre era diferente do 8.º semestre, assim como, entre os estudantes

Atitudes dos estudantes de enfermagem perante a pessoa com doença mental

do 4.º semestre e do 8.º semestre.

Relativamente aos estudantes com experiência prévia na área da saúde mental e psiquiatria, o teste de Kruskal-Wallis mostrou que há efeito do grupo sobre as dimensões: Irritação [$X^2(1)=1,974$; $p=0,160$], Perigosidade [$X^2(1)=1,370$; $p=0,242$], Medo [$X^2(1)=1,967$; $p=0,161$], Ajuda [$X^2(1)=0,189$; $p=0,664$], Coação [$X^2(1)=0,189$; $p=0,664$], Segregação [$X^2(1)=0,597$; $p=0,440$], Evitamento [$X^2(1)=0,388$; $p=0,533$]. Verificando-se uma redução significativa do estigma nestas dimensões, em relação aos que nunca trabalharam na área. A ANOVA mostrou que as dimensões Responsabilidade e Pena não sofreram efeito neste grupo.

O teste de Kruskal-Wallis mostrou que há efeito do grupo que tem familiar com doença mental na dimensão Irritação [$X^2(1)=4,526$; $p=0,033$] e que não existe efeito da regularidade de contacto em nenhuma dimensão. O mesmo teste mostrou não existir efeito de grupo que conhece alguém, não familiar, com doença mental em qualquer das dimensões.

DISCUSSÃO

A amostra recolhida é limitada no que se refere à representatividade da população de estudantes de enfermagem, contudo as características sociodemográficas, à semelhança de outros estudos, revelaram um predomínio de indivíduos do sexo feminino, jovens adultos e solteiros. Os próprios estudantes de enfermagem compartilham estereótipos e concepções estigmatizantes sobre a doença mental que poderão influenciar as suas aprendizagens e o

desenvolvimento das suas competências específicas para a prestação de cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Para além disso, é uma das áreas menos preferidas por esses estudantes como possibilidade de carreira profissional (Mendes et al., 2018).

Na avaliação inicial verificamos a presença de estigma moderado por parte dos estudantes de enfermagem, em que a Ajuda e a Coação foram as atitudes negativas com maior relevância. Também a Pena e o Evitamento foram reveladores de estigma, o que é corroborado pelo estudo de Granados-Gamez et al. (2017) que utilizaram a mesma escala e obtiveram resultados idênticos.

A dimensão Pena, influenciada e relacionada com o cariz protetor, despoleta nos estudantes de enfermagem atitudes de simpatia e paternalismo, apoiada na ideia de que pessoas com doença mental são dominadas pela sua patologia, pelo que carecem de preocupação e pena (Querido et al., 2016). Este fato pode espelhar a baixa literacia em saúde mental da amostra, uma vez que esta atitude negativa é sustentada na literatura pela falta de informação.

Todavia, na análise dos dados obtidos, observa-se diferenças entre os níveis de estigma dos estudantes do 2.º ao 8.º semestre, o que poderá atestar a diminuição das atitudes estigmatizantes ao longo do curso. Verifica-se também uma redução na Pena entre o 2.º semestre e o 8.º semestre, bem como entre o 4.º e o 8.º semestre, o que pode ser explicado quer pela passagem pela teoria quer pelo ensino clínico na área da saúde mental, uma vez que, neste estabelecimento de ensino, a unidade curricular de saúde mental e

Atitudes dos estudantes de enfermagem perante a pessoa com doença mental

psiquiatria é ministrada no 5.º semestre e o ensino clínico no 6.º semestre.

Ao analisarmos a influência do ensino clínico nas atitudes dos estudantes de enfermagem, verifica-se um decréscimo com predominância nos domínios Pena, Irritação, Perigosidade e Medo, resultados semelhantes aos encontrados nos estudos de Bingham & O'Brien (2017) e de Martinez-Martinez et al. (2019), com a aplicação da AQ-27 antes e após uma experiência educativa e clínica. De facto, segundo Querido et al. (2016), os estudantes finalistas expressam menos Pena, Perigosidade, Medo e Evitamento, aparentemente devido ao contato com pessoas com doença mental.

Estes resultados parecem-nos indicar que o ensino clínico contribui para uma perspetiva mais positiva, o que é corroborado por vários estudos, na medida em que o ambiente prático e a formação promovem uma mudança nas atitudes dos estudantes, afetando positivamente e de forma significativa as suas perceções e atitudes face à pessoa com doença mental (Querido et al., 2020; Querido et al., 2016). Particularmente, autores como Markström et al. (2009) concluem que, após a realização da prática clínica, os estudantes consideram as pessoas com doença mental menos perigosas do que julgavam ser.

Contudo, atitudes como a Ajuda, Coação, Segregação e Evitamento não sofreram alterações ao longo dos semestres, o que nos permite afirmar que o ensino teórico e prático não teve qualquer influência nestas atitudes negativas. Este fato poderá indicar, por um lado, atitudes de proximidade e assistência para com a pessoa com

doença mental, mas, por outro, a permanência de estereótipos negativos, como o contágio, a imprevisibilidade do comportamento, a incompetência e a infantilidade, conduzindo ao distanciamento social destes indivíduos. Querido et al. (2020), que no seu estudo verificaram um aumento de estereótipo relativos à Ajuda e Coação, vão mais além e referem que tal pode indicar um sentimento de pena e de controlabilidade, influenciada pelos contextos clínicos, ainda estruturados nos modelos mais tradicionais e o desempenho do papel de supervisores de estudantes. A Coação foi outra dimensão que nos parece pesar nas atitudes negativas dos estudantes e que não sofreu influência dos semestres do curso. Acreditamos que tal facto pode dever-se à pressão dos estudantes de enfermagem sobre as pessoas com doença mental, no incentivo constante e permanente à adesão ao tratamento, pois, tal como referem Querido et al. (2016), é dada ênfase à importância da adesão ao tratamento ao longo do curso de enfermagem, como medida de obtenção de ganhos em saúde. Outro fator que poderá estar a influenciar os resultados nos domínios da Ajuda, Coação, Segregação e Evitamento seria a experiência que os estudantes tiveram nos contextos clínicos, as atitudes que observaram nos enfermeiros perante a pessoa com doença mental. Pode ainda ser reflexo do modelo hospitalocêntrico do cuidado à pessoa com doença mental e do próprio ensino de enfermagem. Poderá ser outro fator influenciador, o papel que os supervisores clínicos desempenharam no desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo

Atitudes dos estudantes de enfermagem perante a pessoa com doença mental

e na desconstrução das ideias pré-concebidas dos estudantes no que se refere à assistência à pessoa com doença mental, a sua participação na gestão do tratamento, a necessidade de institucionalização destas pessoas e a sua integração na sociedade (Ramos, 2021).

À semelhança do que acontece na prática, o ensino teórico na unidade curricular de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica também parece influenciar as atitudes negativas dos estudantes. Se analisarmos o programa do plano de estudos praticado na escola onde decorreu o presente estudo, deparamo-nos com conteúdos programáticos específicos relativos à doença mental, como a exposição dos atuais problemas e necessidades em saúde mental, facilitando a redução do estigma, o que poderá ter contribuído para uma redução das atitudes de irritação, perigosidade, medo e pena. Para além disso, a alternância entre períodos de ensino na escola com aulas teóricas, teórico-práticas e práticas laboratoriais e períodos de ensino clínico constituem momentos privilegiados para o desenvolvimento de aprendizagens, consolidação de conhecimentos e reflexão sobre as práticas. Em concordância com a bibliografia, estudos demonstraram que os alunos tendem a ter atitudes mais favoráveis em relação à pessoa com doença mental quando têm mais horas de preparação teórica nessa área científica (Mendes et al., 2018). Contudo, a educação formal por si só pode não ser suficiente para conduzir uma mudança nas atitudes, pelo que a associação com a prática clínica potencia o desenvolvimento de necessidades pessoais com base no que foi

experienciado na prática com pessoas com doença mental (Bingham & O'Brien, 2017).

Granados-Gamez et al. (2017) desenvolveram um estudo semelhante, também com recurso ao AQ-27, que contrapõem as hipóteses por nós colocadas, uma vez que revelou não existir redução de estigma em nenhum fator após o contato quer com a teoria quer com a prática clínica.

Relativamente aos resultados das atitudes estigmatizantes em função do nível de contato com familiar com doença mental, verifica-se uma redução apenas no fator Irritação. A literatura aponta que a familiaridade contribui, na generalidade, para atitudes mais positivas, em particular no que respeita à Pena, encontrando-se negativamente relacionada com sentimentos de raiva e medo (Corrigan et al., 2003). Os mesmos autores defendem que a familiaridade predispõe ainda a atitudes de Ajuda e Evitamento para com a pessoa com doença mental, diminuindo o nível de estigma quando a familiaridade aumenta.

Inversamente ao verificado na familiaridade, o contato com pessoas não familiares com doença mental não produz efeito no grupo em nenhuma dimensão, ao contrário do apontado em vários estudos (Granados-Gamez et al., 2017) e colocado por nós como hipótese. Resultados semelhantes foram obtidos no estudo de Ferreira (2018), ao apontar que a convivência com pessoas com doença mental por si só não parece constituir condição suficiente para produzir alterações nas atitudes.

Os estudantes com experiência profissional prévia em saúde mental apresentaram redução do

Atitudes dos estudantes de enfermagem perante a pessoa com doença mental

estigma na maioria das dimensões, com exceção da Responsabilidade e Pena. Tal pode ser explicado pelo fato do contato em termos práticos surtir um efeito passível de mudar crenças e atitudes perante a pessoa com doença mental, conduzindo a uma melhor disposição para cuidar dessa população (Granados-Gamez et al., 2017). O estudo de Thongpriwan et al. (2015) aborda a questão da experiência prévia em saúde mental e revela que os estudantes que têm esta experiência apresentam melhor preparação e menor ansiedade em relação à doença mental, mas contrapõem os nossos resultados ao afirmar que não existem diferenças significativas no que respeita a estereótipos negativos em relação aos que não tiveram experiência prévia. O estudo levado a cabo por Martinez-Martinez et al. (2019) também contrapõe os nossos resultados, afirmando não existir influencia desta variável na redução do estigma.

CONCLUSÃO

Apesar das limitações do estudo foi possível conhecer as atitudes dos estudantes de enfermagem perante a pessoa com doença mental, assim como, a correlação existente entre a frequência das unidades curriculares de Saúde Mental e Psiquiatria e as suas atitudes perante a pessoa com doença mental. Assim, da análise dos resultados conclui-se que a influência de conhecimentos teóricos e práticos na área da saúde mental e psiquiatria foi a que se revelou mais significativa na redução das atitudes estigmatizantes dos estudantes.

O desenvolvimento de estratégias de redução de estigma numa fase precoce do curso de enfermagem, poderia impulsionar o autoconhecimento e a autoavaliação das crenças e atitudes dos estudantes de enfermagem, incentivando e proporcionando espaços de reflexão, com partilha de sentimentos e ideias. A integração de estudantes em programas de luta contra o estigma e envolvimento ativo em processos de mudança de atitudes, recentemente estimulados com a criação do Observatório de Estigma na Doença Mental, permitiria obter precocemente conhecimentos sobre a temática, bem como a proximidade com pessoas e grupos com doença mental em espaços abertos. Os resultados obtidos podem também refletir a necessidade de mudança do paradigma conceptual das unidades curriculares de Saúde Mental contextualizado com uma prática de luta contra o estigma e discriminação, assim como de mudança de representações e atitudes face à doença mental, que espelhe a centralidade na pessoa com doença mental e promova a redução de atitudes negativas, como a ajuda, coação, segregação e evitamento, como observado no nosso estudo. Para além disso, a influência que o enfermeiro supervisor exerce sobre os estudantes é fundamental na modificação de atitudes discriminatórias e estereótipos que os estudantes possam apresentar, uma vez que estes internalizam os valores e comportamentos a que estão expostos. Assim, acreditamos que a reflexão individual de cada enfermeiro possa influenciar os estudantes em contexto de ensino clínico.

Ao longo do estudo verificou-se que o número

Atitudes dos estudantes de enfermagem perante a pessoa com doença mental

reduzido da amostra se revelou uma limitação, na medida em que poderá ter influenciado os resultados obtidos, admitindo também a possibilidade de erro estatístico. Para além disso, a distribuição não uniforme da amostra pelos vários semestres poderá ter condicionado os resultados. Acreditamos também que o preenchimento dos questionários *on-line* pode ter constituído uma limitação, na medida em que pode ter condicionado a própria motivação dos estudantes no seu preenchimento e, assim, limitado o tamanho da amostra. Os resultados desta investigação demonstram que apesar dos estudantes de enfermagem terem contacto com a área da Saúde Mental e proximidade com pessoas com doença mental em Ensino Clínico, só por si não é condição suficiente para a redução de estigma, podendo este influenciar o seu desempenho na prestação de cuidados. Considerando-se importante a implementação de estratégias de luta contra o estigma desde o início do curso de Enfermagem, no sentido de promover o desenvolvimento pessoal dos estudantes, reduzindo os preconceitos e receios sobre estas pessoas, aumentando a sua segurança e motivação na prestação de cuidados. Desta forma, sugere-se a continuidade de estudos sobre esta temática com inclusão de amostras mais alargadas e diversificadas, abranjam outros estabelecimentos de ensino, bem como outros cursos de saúde, a fim de se efetuar a comparação entre os estudantes das diferentes áreas da saúde, assim como, o desenvolvimento de projetos de luta contra o estigma e discriminação com integração curricular nos cursos da área da saúde, principalmente na

Licenciatura em Enfermagem, com a respetiva avaliação de impacto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bingham, H. & O'Brien, A. (2017). Educational intervention to decrease stigmatizing attitudes of undergraduate nurses towards people with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 311-319. <https://doi.org/10.1111/inm.12322>

Conselho Nacional de Saúde (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa: CNS. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>

Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An Attribution Model of Public Discrimination Towards Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162–179. <https://doi.org/10.2307/1519806>

Corrigan, P., Roe, D. & Tsnag, W. (2011). *Challenging the Stigma of Mental Illness: Lessons for Therapists and Advocates*. Oxford, England: Wiley-Blackwell.

Ferreira, M. (2018). *Influência do ensino de saúde mental na modificação de atitudes estigmatizantes de alunos técnicos de enfermagem*. [Masters dissertation, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio]. Repositório Institucional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz. https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/ici/ct/26956/Marcela_Ferreira_EPSJV_Mestrado_2018.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Granados-Gámez, G., Rodríguez, M., Granados, A. & Márquez-Hernández, V. (2017). Attitudes and Beliefs of Nursing Students Toward Mental Disorder: The Significance of Direct Experience With Patients. *Perspect Psychiatr Care*, 53(2), 135-143. <https://doi.org/10.1111/ppc.12147>

Gronholm, P., Henderson, C., Deb, T. & Thornicroft, G. (2017). Interventions to reduce discrimination and stigma: The state of the art. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 249– 258. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1341-9>

- Happell, B., Platania-Phung, C., Scholz, B., Bocking, J., Horgan, A., Manning, F., Doody, R., Hals, E., Granerud, A., Lahti, M., Pullo, J., Vatula, A., Ellilä, H., Vaart, K., Allon, J., Griffin, M., Russell, S., MacGabhann, L., Bjornsson, E. & Biering, P. (2019) Nursing student attitudes to people labelled with 'mental illness' and consumer participation: A survey-based analysis of findings and psychometric properties. *Nurse Education Today*, 76, 89–95. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.02.003>
- Loureiro, L., & Freitas, P. (2020). Literacia em saúde mental dos jovens estudantes de enfermagem na integração ao ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (24), 34-42. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0279>
- Markström, U., Gyllensten, A. L., Bejerholm, U., Björkman, T., Brunt, D., Hansson, L., Leufstadius, C., Sandlund, M., Svensson, B., Ostman, M., & Eklund, M. (2009). Attitudes towards mental illness among health care students at Swedish universities--a follow-up study after completed clinical placement. *Nurse Education Today*, 29(6), 660–665. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.02.006>
- Marques, A., Barbosa, T., & Queirós, C. (2010, June 17-19). *O Estigma na Doença Mental Perspectivado por Futuros Profissionais de Saúde Mental*. [Poster presentation]. III Congreso de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial, Valladolid. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/44483>
- Martinez-Martinez, C., Sanchez-Martinez, V., Sales-Orts, R., Dinca, A., Richart-Martinez, M. & Ramos-Pichardo, J. (2019). Effectiveness of direct contact intervention with people with mental illness to reduce stigma in nursing students. *International Journal of Mental Health Nursing* 28 (3), 735-743. <https://doi.org/10.1111/inm.12578>
- Martinho, J., Pires, R., Carvalho, J., & Pimenta, G. (2014). Formação e Desenvolvimento de Competências de Estudantes de Enfermagem em contexto de ensino clínico em saúde mental e psiquiatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Ed. Esp. 1) 97-102. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/36352/1/Júlia%20M.-09.pdf>
- Mendes, A., Marques, M., Monteiro, A., Barroso, T. & Quaresma, M. (2018). Educação em enfermagem de saúde mental e psiquiatria no curso de licenciatura em enfermagem. *SMAD. Revista eletrónica saúde mental álcool e drogas*, 14 (2), 73-82. http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v14n2/en_03.pdf
- Observatório de Estigma na Doença Mental (2021). O Observatório. <https://labrp.pt/observatorio/index.php>
- Programa Nacional de Saúde Mental (2017) Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
- Querido, A., Tomás, C., Carvalho, D., Gomes, J. & Cordeiro, M. (2020). Impacto de uma intervenção no estigma em saúde mental e ansiedade intergrupar. *Acta Paulista de Enfermagem*. 33, 1-9. <http://dx.doi.org/10.37689/actape/2020A00226>
- Querido, A., Tomás, C. & Carvalho, D. (2016). O Estigma face à doença mental nos estudantes de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Especial 3, 67-72. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0120>
- Ramos, A. A. M. L. (2021). *O ensino clínico de enfermagem de saúde mental e Psiquiátrica: proposta de uma matriz para o acompanhamento dos estudantes do curso de Licenciatura*. [Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/36361/1/101666012.pdf>
- São João, R., Coelho, T., Ferreira, C., Castelo, A., & Massano, M. (2017). Estigma na Doença Mental: Estudo Observacional e Piloto em Portugal. *Revista da UIIPS*, 5 (2), 171-185.
- Sousa S., Queirós C., Marques A., Rocha N., & Fernandes A. (2008). *Versão preliminar portuguesa do Attribution Questionnaire (AQ-27)*. [adaptada com autorização de P. Corrigan]. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto / ESTSIPP
- Thongpriwan, V., Leuck, S., Powell, R., Young, S., Schuler, S. & Hughes, R. (2015) Undergraduate Nursing Students: Attitudes Toward Mental Health Nursing. *Nurse Education Today*, 35 (8), 948-953. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.03.011>
- Wedgeworth, M., Ford, C. & Tice, J. (2019). "I'm scared": Journaling Uncovers Student Perceptions Prior to a Psychiatric Clinical Rotation. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 26(5). 1-7. <https://doi.org/10.1177/1078390319844002>

CONHECIMENTO DAS PESSOAS IDOSAS SOBRE O SEU REGIME MEDICAMENTOSO: UM ESTUDO DESCRITIVO

Elderly people's knowledge about their medication regimen: a descriptive study

Conocimientos de los ancianos sobre su régimen de medicación: un estudio descriptivo

Sónia Novais*, Daniela Abreu**, Lídia Magro***, Pedro Gilde****, Sónia Pereira*****, Catarina Bastos*****, Maribel Carvalhais*****

RESUMO

Enquadramento: o envelhecimento da população, a elevada incidência de doenças crónicas e a prescrição de um regime medicamentoso complexo exige conhecimento e capacidade para a sua gestão eficaz e segura. A polimedicação, inerente às condições crónicas de saúde acarreta complicações que podem advir do conhecimento inadequado das pessoas idosas sobre a gestão do regime medicamentoso. **Objetivo:** caracterizar o conhecimento sobre o regime medicamentoso das pessoas idosas. **Metodologia:** estudo quantitativo, transversal e descritivo. A amostra foi constituída por 23 pessoas idosas que frequentavam centros de dia pertencentes aos concelhos de Vale de Cambra, São João da Madeira e Oliveira de Azeméis. A recolha de dados realizou-se através do questionário “Conhecimento do doente sobre os seus medicamentos” (CPM-PT-PT) adaptado e validado para a população portuguesa por Rubio et al. (2014). **Resultados:** o nível de conhecimento das pessoas idosas sobre os medicamentos é suficiente em relação ao regime medicamentoso. A dimensão com maior conhecimento é o “Processo de uso”, contudo o conhecimento na dimensão “Segurança” é menor comparativamente às restantes dimensões. **Conclusão:** face os resultados são necessárias intervenções de enfermagem que visem aumentar o conhecimento sobre o regime medicamentoso, promovendo a saúde e prevenindo complicações.

Palavras-chave: idoso; conhecimento; enfermagem; adesão à medicação

*PhD, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa - <https://orcid.org/0000-0002-4328-3755> - Author contribution: Study conception and design, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

** RN, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa - <https://orcid.org/0000-0002-7175-4489> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

*** RN, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa - <https://orcid.org/0000-0002-4885-1467> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

****RN, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa - <https://orcid.org/0000-0002-3214-8013> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

*****RN, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa - <https://orcid.org/0000-0002-4497-024X> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

***** RN, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa - <https://orcid.org/0000-0002-8401-587X> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

*****PhD, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa - <https://orcid.org/0000-0002-2206-2582> - Author Contribution: Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article

Autor de correspondência:

Sónia Novais

Email: sonia.novais@essnortecvp.pt**Como referenciar:**

Novais, S., Abreu, D., Magro, L., Gilde, P., Pereira, S., Bastos, C., & Carvalhais, M. (2023). Conhecimento das pessoas idosas sobre o seu regime medicamentoso: um estudo descritivo. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(1), 49-59. <https://doi:10.37914/riis.v6i1.260>

Recebido para publicação: 01/08/2022

Aceite para publicação: 30/03/2023

ABSTRACT

Background: the aging of the population, the high incidence of chronic diseases and the prescription of a complex drug regimen requires knowledge and capacity for its effective and safe management. Polymedication, inherent to chronic health conditions, entails complications that may arise from the elderly people's inadequate knowledge about the management of the drug regimen. **Objective:** to characterize the knowledge about the medication regimen of the elderly. **Methodology:** quantitative, cross-sectional and descriptive study. The sample consisted of 23 elderly people who attended day centers belonging to the municipalities of Vale de Cambra, São João da Madeira and Oliveira de Azeméis. Data collection was carried out through the questionnaire “Patient's knowledge about their medications” (CPM-PT-PT) adapted and validated for the Portuguese population by Rubio et al. (2014). **Results:** the level of knowledge of the elderly about medicines is sufficient in relation to the drug regimen. The dimension with the greatest knowledge is the “Usage Process”, however the knowledge in the “Safety” dimension is lower compared to the other dimensions. **Conclusion:** in view of the results, nursing interventions are needed to increase knowledge about the drug regimen, promoting health and preventing complications.

Keywords: aged; knowledge; nursing; medication adherence

RESUMEN

Marco contextual: el envejecimiento de la población, la elevada incidencia de enfermedades crónicas y prescripción de un régimen farmacológico complejo, requiere conocimientos y capacidades para su manejo eficaz y seguro. La polimedicación, inherente a las condiciones crónicas de salud, conlleva complicaciones que pueden derivarse del inadecuado conocimiento del anciano sobre el manejo del régimen farmacológico. **Objetivo:** caracterizar el conocimiento sobre el régimen de medicación de los ancianos. **Metodología:** estudio cuantitativo, transversal y descriptivo. La muestra fue compuesta por 23 ancianos que asistían a centros de día pertenecientes a los municipios de Vale de Cambra, São João da Madeira y Oliveira de Azeméis. La recolección de datos se realizó a través del cuestionario “Conocimiento del paciente sobre sus medicamentos” (CPM-PT-PT) adaptado y validado para la población portuguesa por Rubio et al (2014). **Resultados:** el nivel de conocimiento de los ancianos sobre medicamentos es suficiente en relación al régimen farmacológico. La dimensión con mayor conocimiento es el “Proceso de Uso”, sin embargo el conocimiento en la dimensión “Seguridad” es menor en comparación con las demás dimensiones. **Conclusión:** frente a los resultados, son necesarias intervenciones de enfermería para aumentar el conocimiento sobre el régimen farmacológico, promoviendo la salud y previniendo complicaciones.

Palabras clave: anciano; conocimiento; enfermería; cumplimiento de la medicación

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenómeno que atinge as sociedades ocidentais atuais. No entanto, essa longevidade não é sinónimo de anos livres de doença e principalmente livres de doenças crónicas. A população idosa é a principal consumidora de medicamentos, estando estimado que, em Portugal, cerca de 53,2% das pessoas polimedicadas têm mais de 64 anos (Pinto et al., 2013). As respostas das pessoas idosas aos medicamentos são muito variáveis, devido às comorbilidades que apresentam, às alterações fisiológicas do envelhecimento, pelo que a probabilidade de ocorrerem efeitos adversos associados a este fenómeno tornam cada vez mais o regime medicamentoso complexo e mais difícil de gerir (Mortelmans et al., 2021).

O conhecimento do regime medicamentoso e a capacidade para a sua autogestão é de extrema importância, no sentido dos resultados e ganhos em saúde (García Delgado et al., 2009). Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros devem conhecer as principais barreiras, dificuldades e erros mais comuns, adequando a sua intervenção, de forma a diminuir os desfechos clínicos negativos e garantir a segurança das pessoas idosas com doenças crónicas polimedicadas (Bosch-Lenders et al., 2016; Mortelmans et al., 2021; Sanches, 2020). Compreender qual é o conhecimento desta população sobre o regime medicamentoso prescrito permite responder às suas necessidades, através da implementação de intervenções de enfermagem capacitadoras da autogestão e da segurança. O enfermeiro assume, desta forma, um papel essencial durante a prestação de cuidados ao avaliar as necessidades das pessoas idosas e o modo como

mobilizam os recursos para responder às mesmas, permitindo-lhe implementar estratégias de educação e empoderamento para a gestão do regime medicamentoso, promotoras da adesão e da correta utilização dos medicamentos. Este conhecimento conduz a uma diminuição de possíveis efeitos adversos, interações medicamentosas e à melhoria do controlo das doenças crónicas e das suas comorbilidades nesta população vulnerável (Didone et al., 2020; Mortelmans et al., 2021; Sanches, 2020).

O objetivo deste estudo é caracterizar o conhecimento sobre o regime medicamentoso das pessoas idosas que frequentam centros de dia, tendo como premissa a questão de investigação: “Qual é o conhecimento sobre o regime medicamentoso da população idosa que frequenta centros de dia?”.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O aumento da esperança de vida aliado à prevalência de doenças crónicas coloca a população idosa numa posição de vulnerabilidade e necessidade de atenção especial pelos enfermeiros no âmbito deste fenómeno de enfermagem. A presença de múltiplas condições crónicas aumenta a complexidade da gestão do regime medicamentoso e tem um impacto negativo nos resultados de saúde, tendo como consequências, a diminuição da qualidade de vida, da mobilidade e capacidade funcional e cognitiva, bem como o aumento das hospitalizações, do uso de recursos de saúde, aumento dos custos com a saúde e aumento da mortalidade (Masnoon et al., 2017; Muth et al., 2019). A polimedicação é um fenómeno comum na população idosa em consequência das múltiplas doenças crónicas (Didone et al., 2020; Masnoon et al., 2017). Os

Conhecimento das pessoas idosas sobre o seu regime medicamentoso: um estudo descritivo

resultados dos estudos de Masnoon et al. (2017) e Sanches (2020) demonstram que há grande heterogeneidade na definição do conceito de polimedicação. Esta é fundamentada em critérios numéricos de número de medicamentos prescritos, variando de dois a onze, ou mais medicamentos. No entanto, a definição mais comum para polimedicação é o uso de cinco ou mais medicamentos (Kurczewska-Michalak et al., 2021; Masnoon et al., 2017). A falta de uma definição clara e universal para este fenómeno, torna difícil para os profissionais de saúde avaliar e considerar as questões de eficácia e segurança do medicamento (Masnoon et al., 2017; Sanches, 2020). Contudo, o foco das intervenções dos enfermeiros deve centrar-se na relevância da prescrição e capacitação para a autogestão do regime medicamentoso das pessoas idosas (Mortelmans et al., 2021; Rankin et al., 2018), uma vez que se verifica que ainda são prescritos mais medicamentos do que os que clinicamente são apropriados ao contexto de comorbilidades da pessoa (Masnoon et al., 2017). Desta forma, é necessário que se faça uma apreciação completa das doenças crónicas e do estado clínico das pessoas idosas, assim como também do seu regime medicamentoso e potenciais interações (Muth et al., 2019). Os medicamentos devem ser sempre avaliados relativamente à sua eficácia, à indicação terapêutica e ao potencial malefício, quando dois ou mais são tomados em simultâneo, devido às interações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, promovendo o uso racional dos mesmos e orientando a pessoa idosa para os efeitos secundários ou as possíveis complicações existentes do seu uso incorreto promovendo a adesão (Didone et al., 2019; Didone et al., 2020; Masnoon et al., 2017).

Segundo Mortelmans et al. (2021) existem diversos fatores de risco para a polimedicação e, conseqüente, dificuldade de autogestão do regime medicamentoso, sendo estes: o envelhecimento e as comorbilidades associadas ao número de doenças crónicas, o género e o estatuto socioeconómico, a multiplicidade de prescritores, a cascata de prescrição, a automedicação e a hospitalização. As discrepâncias entre os regimes prescritos e os que as pessoas efetivamente tomam, bem como a baixa adesão e a vigilância inadequada de efeitos adversos levam a internamentos hospitalares, readmissões e outras conseqüências indesejáveis, como aumento da morbilidade e diminuição da autonomia, institucionalização e até morte precoce (Pereira et al., 2021; Rankin et al., 2018). Pereira et al. (2021) indicam a existência de entre 18% a 38% de efeitos adversos relacionados com a polimedicação após a alta e estes conduziram entre 4,5% a 24% episódios de readmissões hospitalares, sendo que esses podiam ter sido evitados ou diminuídos, com a capacitação para a autogestão do regime medicamentoso da pessoa idosa com doença crónica. Os medicamentos mais relacionados com efeitos adversos são os antibióticos, os diuréticos, os antagonistas da vitamina K, os opióides, os antidiabéticos orais, a quimioterapia, os anti-hipertensores, os glicosídeos, os digitálicos, os corticosteroides, os psicotrópicos, os anticoagulantes, os antidepressivos, os bloqueadores dos canais de cálcio e os agentes beta-bloqueadores, amplamente prescritos à população idosa (Hernández-Rodríguez et al., 2021; Pereira et al., 2021).

O nível de conhecimento acerca do regime medicamentoso das pessoas idosas pode influenciar significativamente o seu estado de saúde, comprometendo a eficácia e potenciando as

Conhecimento das pessoas idosas sobre o seu regime medicamentoso: um estudo descritivo

interações medicamentosas e os efeitos adversos (Didone et al., 2019; Didone et al., 2020; Mortelmans et al., 2021). Para garantir a segurança da toma dos medicamentos é importante avaliar o conhecimento e as capacidades da pessoa idosa para a autogestão do regime medicamentoso (Didone et al., 2019; Didone et al., 2020). Desta forma, este estudo foi orientado pela Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem. O autocuidado é definido por esta autora, como *a ação humana, realizada deliberadamente pela pessoa para o seu benefício por forma a regular o seu funcionamento* (Orem, 2003a, p. 111). Este cuidado distingue-se de qualquer outro pois deve ser aprendido, desenvolvido e executado pelo agente de autocuidado, no sentido de satisfazer as suas próprias necessidades (Orem, 2003b).

A atividade de autocuidado no âmbito da gestão e adesão ao regime medicamentoso exige a mobilização de capacidades fundamentais do indivíduo, necessárias para a deliberação sobre a ação, nomeadamente, a perceção, a memória e a orientação, bem como o conhecimento e capacidade de compreensão (Mortelmans et al., 2021). Desta forma, as habilidades cognitivas, físicas, emocionais e comportamentais são envolvidas na atividade de autocuidado (Orem, 2001). Assim, entende-se que a teoria do autocuidado se concentra no “eu”, e explica o modo e as capacidades que são necessárias para cuidar de si. É neste sentido que a gestão do regime medicamentoso se relaciona com os requisitos de autocuidado por desvio de saúde (Orem, 2001). A atividade diagnóstico de Enfermagem vai determinar o planeamento e implementação de intervenções adequadas, no sentido de minimizar o fosso existente entre as necessidades de autocuidado e as

capacidades da pessoa, agente de autocuidado (Orem, 2001).

De acordo com Kurczewska-Michalak et al. (2021), os profissionais de saúde podem e devem fornecer intervenções adequadas às pessoas, capacitando-as para a gestão do regime medicamentoso, com objetivo de minimizar as eventuais complicações e problemas de segurança, independentemente do contexto clínico ou comunitário.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, transversal e descritivo, com a participação de pessoas idosas que frequentavam centros de dia nos concelhos de Vale de Cambra, São João da Madeira e Oliveira de Azeméis.

Definiram-se como critérios de inclusão: pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos, com presença de duas ou mais doenças crónicas, uso de dois ou mais medicamentos, com capacidade cognitiva para gestão do regime medicamentoso de forma autónoma e que frequentavam centros de dia dos concelhos em estudo. Como critérios de exclusão definiram-se pessoas que apresentaram capacidade cognitiva inferior a 26 avaliada pela aplicação do *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) (Freitas et al., 2013), que não aceitaram participar no estudo, pessoas em situação de fim da vida, ou doença avançada, ou com alterações ou dificuldade em comunicar.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (Parecer 022/2021) e obteve-se aprovação pelas instituições para a recolha de dados, bem como dos autores do questionário de recolha de dados. Os participantes foram convidados a participar no estudo

Conhecimento das pessoas idosas sobre o seu regime medicamentoso: um estudo descritivo

e assinaram o consentimento informado, livre e esclarecido. A recolha de dados foi realizada entre dezembro de 2021 e abril de 2022.

O instrumento de recolha de dados era composto por duas partes, a primeira relativa à caracterização sociodemográfica dos participantes e a segunda avaliava o conhecimento das pessoas sobre o seu regime medicamentoso. Para isso utilizou-se a versão portuguesa do questionário “Conhecimento do Paciente sobre os seus Medicamentos” (CPM-PT-PT) elaborado por García Delgado et al. (2009) e validado para a população portuguesa por Rubio et al. (2014). Este é composto por onze questões, determinando em cada questão um item básico do conhecimento do paciente sobre os seus medicamentos (CPM): Indicação; Posologia; Orientação; Duração do tratamento; Modo de administração; Precauções; Reações adversas; Contraindicações; Indicadores de eficácia; Interações, e Conservação e que se agrupam nas seguintes dimensões: Processo de uso, Objetivo terapêutico, Segurança do Medicamento, Conservação do medicamento (García Delgado et al., 2009). Este questionário apresenta propriedades psicométricas aceitáveis, sendo que a sua consistência interna, avaliada através do Coeficiente de Alpha de Cronbach, foi de 0,519 (Dixe, 2022; Rubio et al., 2014). A equivalência do questionário, avaliada pelo grau de concordância inter-observadores, obteve um valor de Coeficiente Kappa = 0,89, considerada muito boa e a fiabilidade, avaliada pelo Coeficiente de Correlação Interclasse (CCI) foi de 0,756 (IC 95%:0,548-0,963) sendo considerada boa (Dixe, 2022; Rubio et al., 2014). Cada questionário foi preenchido pelos investigadores selecionando o medicamento de mais elevado risco do regime medicamentoso do participante, de acordo com a avaliação de risco decorrente do estudo de Lin

et al. (2017). A avaliação das onze questões sobre conhecimento sobre o medicamento, foi realizada através do contraste entre as respostas dadas pelo participante com as informações de referência (a prescrição médica e/ou o Resumo das Características do Medicamento do Infarmed ou da European Medicines Agency) e atribuído a cada resposta, para cada questão, a seguinte pontuação, com base no grau de concordância entre a informação prestada e a informação de referência: Informações incorretas: -1 (as informações não correspondem às informações de referência); Não sabe: 0 (Comunica verbalmente ou não verbalmente que não sabe); Informações insuficientes: 1 (A resposta está incompleta ou não possui as informações necessárias para garantir um processo de uso correto); Informações corretas: 2 (as informações correspondem às informações de referência).

Para o cálculo final do grau de conhecimento do medicamento ou Total Knowledge (Total CPM), foi aplicada a seguinte fórmula (García Delgado et al., 2009):

$$\text{Total CPM} = \frac{[1,2\Sigma\text{PiA}] + [1,1\Sigma\text{PiB}] + [0,85\Sigma\text{PiC}] + [0,6\Sigma\text{PiD}]}{(1,2 \times 4) + (1,1 \times 2) + (0,85 \times 4) + (0,6)}$$

Sendo que ΣPiX corresponde ao somatório da pontuação obtida por cada participante nas perguntas de cada dimensão o seguinte modo: Processo de uso (A): Dosagem (questão 2), Orientação (questão 3), Duração do tratamento (questão 4), Forma de administração (questão 5); Objetivo terapêutico (B): Indicação (questão 1), Eficácia (questão 9); Segurança (C): Precauções (questão 6), Efeitos adversos (questão 7), Contraindicações (questão 8) Interações (questão 10); e, Conservação (D): Conservação (questão 11).

Conhecimento das pessoas idosas sobre o seu regime medicamentoso: um estudo descritivo

Os resultados do Total CPM foi categorizado em: Não conhece o medicamento: 0 pontos; Conhecimento insuficiente: de 0,60 a 1,26 pontos; Conhecimento suficiente: de 1,27 a 1,60 pontos; Conhecimento ótimo: de 1,61 a 2 pontos (García Delgado et al., 2009). Os dados recolhidos foram analisados recorrendo ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25 de acordo com as indicações de análise do questionário e com realização de análise estatística descritiva univariada das medidas de tendência central e medidas de dispersão face ao tamanho da amostra (Rubio et al., 2014).

RESULTADOS

De um universo de 50 participantes, a amostra foi constituída por 23 participantes, sendo que foram excluídos 27 pessoas idosas por apresentarem valores inferiores a 26 pontos na avaliação cognitiva. A maioria dos participantes apresentava mais de 80 anos (n=13;

56,5%) , eram do género feminino (n=16; 69,6%), viúvos (n=15; 65,2%), com o 1º ciclo de escolaridade (n=19; 82,6%) e viviam com familiares (n=14; 60,9%).

Em relação à história pessoal de doença, 16 (69,6%) participantes apresentavam mais do que três doenças crónicas, sendo que 1 (4,4%) desconheciam o diagnóstico e os restantes tinham entre 1 a 2 doenças crónicas. No último ano, 19 (82,6%) participantes não recorreram ao serviço de urgência. No entanto, 1 (4,4%) participante recorreu quatro vezes e 20 (87%) participantes não tiveram qualquer internamento hospitalar no último ano. No que diz respeito ao número de consultas de cuidados de saúde primários no último ano, 12 (52,2%) participantes tiveram mais do que 3 consultas, porém, 5 (21,7%) participantes referiram não ter tido qualquer consulta.

A tabela 1 resume o regime medicamentoso dos participantes.

Tabela 1

Regime medicamentoso dos participantes

Variáveis	Segmentação	Resultados n (%)
Número de medicamentos que toma	2 a 4	9 (39,1%)
	Mais do que 5	14 (60,9%)
Nome dos medicamentos que toma	Não sabe	11 (47,8%)
	Sabe	12 (52,2%)
Tempo de uso do medicamento	Não sabe	1 (4,4%)
	Início de tratamento (< 1 mês)	9 (39%)
	1 a 6 meses	1 (4,4%)
	7 a 12 meses	1 (4,4%)
	13 a 24 meses	0 (0,0%)
	Mais de 24 meses	11 (47,8%)
Prescritor	Médico	23 (100%)
Apoio na gestão do regime medicamentoso	Não	12 (52,2%)
	Sim	11 (47,8%)
Pessoa de apoio na gestão do regime medicamentoso	Familiar	3 (27,3%)
	Instituição	2 (18,2%)
	Farmacêutico	1 (9,1%)
	Enfermeiro	5 (45,5%)
Importância para a pessoa idosa do seu problema de saúde	Pouco	8 (34,8%)
	Regular	8 (34,8%)
	Bastante	7 (30,4%)

A tabela 2 apresenta os resultados relativos à análise dos dados do questionário CPM-PT-PT.

Tabela 2

Análise do questionário CPM-PT-PT

Dimensões	Itens	Média	Máx	Mín	Conhecimento incorreto	Não conhece	Conhecimento insuficiente	Conhece
Processo de Uso	Q2 Dosagem	1,87	2	0	0 (0%)	1 (4,4%)	1 (4,4%)	21 (91,2%)
	Q3 Orientação	1,91	2	1	0 (0%)	0 (0%)	2 (8,8%)	21 (91,2%)
	Q4 Duração do tratamento	1,96	2	1	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,4%)	22 (95,6%)
	Q5 Forma de administração	2	2	2	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	23 (100%)
Média do Σ da dimensão		7,74	8	5				
Objetivo Terapêutico	Q1 Indicação	1,78	2	0	0 (0%)	2 (8,8%)	1 (4,4%)	21 (91,2%)
	Q9 Eficácia	1,69	2	0	0 (0%)	1 (4,4%)	5 (21,7%)	17 (73,9%)
Média do Σ da dimensão		3,48	4	1				
Segurança	Q6 Precauções	0,96	2	-1	2 (8,8%)	5 (21,7%)	8 (34,8%)	8 (34,8%)
	Q7 Efeitos adversos	0,69	2	-1	1 (4,4%)	12 (52,2%)	3 (13%)	7 (30,4%)
	Q8 Contraindicações	0,74	2	0	0 (0%)	13 (56,6%)	3 (13%)	7 (30,4%)
	Q10 Interações	1,43	2	0	0 (0%)	4 (17,4%)	5 (21,7%)	14 (60,9%)
Média do Σ da dimensão		3,83	8	-1				
Conservação	Q11 Conservação	1,78	2	0	0 (0%)	2 (8,8%)	1 (4,4%)	20 (86,8%)
Média do Σ da dimensão		1,78	2	0				
Total CPM		1,59	2,09	0,68				

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciam que o conhecimento que os participantes tinham sobre os medicamentos, de acordo com o questionário CPM-PT-PT era suficiente, com um valor de Total CPM de 1,59. Estes resultados também são congruentes com os apresentados noutros estudos que revelam um nível suficiente de conhecimento dos idosos sobre o regime medicamentoso (Didone et al., 2020; Perera et al., 2012; Sanches, 2020).

Verifica-se da análise das dimensões do CPM-PT-PT que os resultados obtidos, no que concerne à dimensão da segurança, obtiveram valores negativos em alguns participantes, podendo conduzir a possíveis

complicações decorrentes da incorreta ou não identificação de efeitos adversos ou interações medicamentosas, sendo crucial o estabelecimento de estratégias de intervenção em prol da saúde da pessoa e da promoção da segurança do medicamento. Este resultado também é congruente com o encontrado por Didone et al. (2020) e por Mortelmans et al. (2021) podendo ocorrer porque os profissionais de saúde centram principalmente a sua intervenção na capacitação da pessoa para o modo de utilização dos medicamentos. E consideram as questões relacionadas com o uso seguro do medicamento da sua responsabilidade, ou como um fator que pode interferir negativamente na adesão da pessoa. Verifica-se, no entanto, que comparativamente ao

Conhecimento das pessoas idosas sobre o seu regime medicamentoso: um estudo descritivo

estudo de Rubio (2014), os participantes deste estudo têm um nível de conhecimento superior na generalidade das dimensões do questionário e do total CPM, sendo que nesse estudo a dimensão com maior conhecimento foi “Objetivo terapêutico” e a dimensão “Processo de uso” tem um conhecimento menor, ao contrário dos resultados encontrados no presente estudo, que demonstram que as pessoas idosas que participaram sabem como tomar os medicamentos, mas não sabem o porquê da sua toma e a indicação e importância para o seu problema de saúde e nem dominam os aspetos relacionados com a toma segura. Relativamente às características do regime medicamentoso dos participantes do presente estudo, 14 (60,9%) tomam mais do que cinco medicamentos, 11 (47,8%) não sabem o nome dos medicamentos que tomam. Estes resultados são semelhantes aos encontrados no estudo de Sanches (2020), que mostram que 48,48% dos participantes desconheciam a indicação terapêutica de, pelo menos um dos medicamentos que consumiam, mas, apesar disso, 69,7% eram autónomos para a gestão do regime medicamentoso, e 27,3% não tinham o registo atualizado da medicação das diferentes consultas, o que pode ser um fator dificultador da gestão adequada do regime terapêutico.

No estudo de Perera et al. (2012) o nível de conhecimento do participantes em relação à medicação prescrita era suficiente e pobre, em 36% e 46% dos participantes respetivamente, embora tenham recebido informação acerca do mesmo pelos profissionais de saúde. Bosch-Lenders et al. (2016) identificaram como fatores que afetam negativamente o conhecimento sobre os medicamentos das pessoas idosas: o maior número de medicamentos prescritos, a idade mais avançada, o género, a institucionalização e

o nível de educação. Pela análise dos resultados do presente estudo, verificámos que 13 (56,5%) tinham mais de 80 anos e 19 (82,6%) tem apenas o 1º ciclo de escolaridade, fatores que poderão influenciar o conhecimento dos medicamentos. Verificou-se ainda que 54% do universo de participantes não possuía capacidade cognitiva, um dos requisitos de autocuidado para a gestão autónoma do regime medicamentoso e que, dos participantes que cumpriam os critérios de inclusão, o seu nível de conhecimento, é apenas suficiente, sendo que algumas dimensões apresentam níveis baixos, podendo colocar em causa a segurança e eficácia dos medicamentos. Nota-se que apesar da capacidade cognitiva, 11 (47%) participantes têm apoio na gestão do regime medicamentoso e, para 5 (45,5%) desses participantes, é o enfermeiro a figura de referência. Este resultado coloca o enfermeiro como uma figura privilegiada para a capacitação e empoderamento das pessoas idosas, sendo necessário perceber quais as intervenções que devem ser implementadas, no sentido dos resultados esperados.

O nível de conhecimento sobre os medicamentos no presente estudo é semelhante ao encontrado noutros. No entanto dado o reduzido número de participantes, não foi possível estabelecer as causas nem os fatores que, nesta população, interferem com o nível de conhecimento, pelo que estes devem ser explorados em estudos com uma amostra maior (Didone et al., 2020; Perera et al., 2012; Sanches, 2020; Rubio, 2014). Perante estes resultados, é necessário estabelecer estratégias de intervenção de enfermagem com o intuito de melhorar as dimensões com valores mais reduzidos de conhecimento, nomeadamente, o objetivo terapêutico e a segurança.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos mostram um conhecimento suficiente das pessoas idosas sobre os medicamentos que tomam. Este é um tema que necessita de ser estudado e discutido em consequência do envelhecimento da população, do aumento da prevalência das doenças crónicas, da polimedicação e do impacto desta. É fundamental que a avaliação do conhecimento sobre os medicamentos permita a adequação de intervenções promotoras da autonomia e empoderamento para a gestão do regime medicamentoso, que é na sua maioria complexo. Deste modo, é primordial que exista a transmissão de informação adequada sobre todas as dimensões que promovem a segurança do medicamento, sobretudo pelos enfermeiros, pois, como este estudo revela, são aqueles que as pessoas idosas referem como o seu apoio para a gestão do regime medicamentoso.

É igualmente importante que os enfermeiros aprofundem conhecimentos acerca dos fatores que influenciam o conhecimento da pessoa idosa em relação ao regime medicamentoso e, deste modo, consigam atuar no exercício das suas funções, no sentido da promoção da saúde, prevenção da doença e das complicações inerentes a uma gestão inadequada do regime medicamentoso. Denotamos a escassa publicação de estudos de Enfermagem sobre a relação entre o conhecimento das pessoas idosas e a adesão ao regime medicamentoso, o que dificultou a comparação e discussão dos nossos resultados neste âmbito.

Uma das limitações deste estudo está relacionada com o tamanho da amostra de participantes ser reduzida. Em consequência da pandemia Covid-19, foi limitado o tempo previsto para a recolha de dados, também

diminuiu o número de pessoas que frequentavam os centros de dia e, por último, algumas instituições que inicialmente tinham aceitado participar no estudo, face à nova situação retiraram a autorização por receio de contágio. Outra limitação relacionou-se com o facto, de não ser possível estabelecer uma relação que identifique quais são os fatores que influenciam o conhecimento sobre os medicamentos, em consequência do tamanho da amostra. Este conhecimento permitiria que os enfermeiros delineassem com maior rigor intervenções que permitissem colmatar as necessidades identificadas.

Dadas estas limitações, propõem-se em investigações futuras ampliar a dimensão da amostra estudada, no sentido de se poderem efetuar generalizações mais sustentadas. É igualmente importante estudar os fatores que influenciam o conhecimento das pessoas idosas sobre o regime medicamentoso, assim como as intervenções mais adequadas para a promoção de uma gestão adequada deste.

Do ponto de vista da prática clínica, cabe ao enfermeiro, após avaliação, planejar e implementar intervenções de enfermagem, no sentido de aumentar o conhecimento da pessoa idosa em relação aos medicamentos que toma, evitando as complicações a curto e longo prazo, e empoderando-a para a gestão autónoma do seu regime medicamentoso, sendo que este questionário se reveste como uma ferramenta útil à tomada de decisão neste âmbito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bosch-Lenders, D., Maessen, D. W. H. A., Stoffers, H. E. J. H. (Jelle), Knottnerus, J. A., Winkens, B., & van den Akker, M. (2016). Factors associated with appropriate knowledge of the indications for prescribed drugs among community-dwelling older patients with

- polypharmacy. *Age and Ageing*, 45(3), 402–408. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw045>
- Didone, T. V. N., García-Delgado, P., Melo, D. O. de, Romano-Lieber, N. S., Martínez, F. M., & Ribeiro, E. (2019). Validação do questionário “Conocimiento del Paciente sobre sus Medicamentos” (CPM-ES-ES). *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(9), 3539–3550. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.26112017>
- Didone, T. V. N., Melo, D. O. de, Lopes, L. da C., & Ribeiro, E. (2020). Conhecimento inadequado sobre medicamentos prescritos e seus preditores em pacientes muito idosos e seus cuidadores. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23(3). <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.20019>
- Dixe, M. A. (2022). Validação e Adaptação de instrumentos de Medida. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem. Teoria e Prática* (pp. 51–69). Lidel.
- Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 1. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
- García Delgado, P., Gastelurrutia Garralda, M. Á., Baena Parejo, M. I., Fisac Lozano, F., & Martínez Martínez, F. (2009). Validación de un cuestionario para medir el conocimiento de los pacientes sobre sus medicamentos. *Atención Primaria*, 41(12), 661–668. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.03.011>
- Hernández-Rodríguez, M. Á., Sempere-Verdú, E., Vicens-Caldentey, C., González-Rubio, F., Miguel-García, F., Palop-Larrea, V., Orueta-Sánchez, R., Esteban-Jiménez, Ó., Sempere-Manuel, M., Arroyo-Aniés, M. P., Fernández-San José, B., de Juan-Roldán, J. I., & Ioakeim-Skoufa, I. (2021). Drug Prescription Profiles in Patients with Polypharmacy in Spain: A Large-Scale Pharmacoepidemiologic Study Using Real-World Data. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4754. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094754>
- Hurczewska-Michalak, M., Lewek, P., Jankowska-Polańska, B., Giardini, A., Granata, N., Maffoni, M., . . . Kardas, P. (2021). Polypharmacy Management in the Older Adults: A Scoping Review of Available Interventions. *Frontiers in Pharmacology*, 12, 1-15. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphar.2021.734045/full>
- Lin, C.-W., Wen, Y.-W., Chen, L.-K., & Hsiao, F.-Y. (2017). Potentially high-risk medication categories and unplanned hospitalizations: a case–time–control study. *Scientific Reports*, 7(1), 41035. <https://doi.org/10.1038/srep41035>
- Masnoon, N., Shakib, S., Ellett, L. K., & Caughey, G. E. (2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatrics*, 17(230), 1-10. <https://dx.doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>
- Muth, C. B.-G. (2019). Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy: a systematic guideline review and expert consensus. *Journal of Internal Medicine*, 285(3), 272-288. [10.1111/joim.12842](https://doi.org/10.1111/joim.12842)
- Mortelmans, L., De Baetselier, E., Goossens, E., & Dilles, T. (2021). What Happens after Hospital Discharge? Deficiencies in Medication Management Encountered by Geriatric Patients with Polypharmacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7031. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137031>
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6th ed.). Mosby.
- Orem, D. (2003a). Nursing Theories and Their Function as Conceptual Models for Nursing Practice and Curriculum Development. In K. Renpenning & S. G. Taylor (Eds.), *Self-Care Theory in Nursing. Selected Papers of Dorothea Orem*. (pp. 108–120). Springer Publishing Company
- Orem, D. (2003b). Validity in Theory: A Therapeutic Self-Care Demand for Nursing Practice. In K. Renpenning & S. G. Taylor (Eds.), *Self-Care Theory in Nursing. Selected Papers of Dorothea Orem*. (pp. 98–107). Springer Publishing Company
- Pereira, F., Verloo, H., Zhivko, T., Giovanni, S. D., Massetti, C. M., Gunten, A. v., . . . Wernli, B. (2021). Risk of 30-day hospital readmission associated with medical conditions and drug regimens of polymedicated, older inpatients discharged home: a registry-based. *BMJ Open*, 1-12. DOI: [10.1136/bmjopen-2021-052755](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052755)
- Perera, T., Ranasinghe, P., Perera, U., Perera, S., Adikari, M., Jayasinghe, S., & Constantine, G. R. (2012). Knowledge of prescribed medication information. *BMC Research Notes*, 1-8. <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/5/658>
- Pinto, A., Rodrigues, T., Mendes, J., Bação, F., & Lobo, V. (2013). Medication and Polymedication in Portugal. In: *Recent Developments in Modeling and Applications in Statistics* (pp.59-68), Heidelberg: Springer

Conhecimento das pessoas idosas sobre o seu regime medicamentoso: um estudo descritivo

Rankin, A., Cadogan, C. A., Patterson, S. M., Kerse, N., Cardwell, C. R., Bradley, M. C., ... Hughes, C. (2018). Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008165.pub4>

Rubio, J. S. (2014). *Conocimiento del paciente sobre sus medicamentos en el área metropolitana gran Lisboa (Portugal). Adaptación transcultural y validación del cuestionario CPM.* [Tese de doutoramento,].

Repositório Institucional da Universidade de Granada <http://hdl.handle.net/10481/48528>

Sanches, M. I. (2020). *Polimedicação no pessoas idosas.* [Tese de Mestrado em evidência e decisão em saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório Institucional da Universidade do Porto <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/131372/2/435335.pdf>

PREPARAÇÃO DO FAMILIAR CUIDADOR DA PESSOA IDOSA COM FRATURA PROXIMAL DO FÉMUR

Preparation of the family caregiver of the elderly with hip fracture

Preparación del cuidador familiar del anciano con fractura de cadera

Ana Rita Oliveira*, Margarida Abreu**, Laura Reis***

RESUMO

Enquadramento: a existência de quedas na pessoa idosa pode resultar em lesões, nomeadamente, na fratura proximal do fémur (FPF), o que conduz a uma intervenção cirúrgica. A maioria dos idosos, no período pós-operatório, evidencia um compromisso na realização das atividades de vida diária, o que requer a intervenção de um familiar cuidador (FC). **Objetivos:** conhecer de que modo os enfermeiros identificam os FC do idoso com FPF; analisar a perceção dos enfermeiros sobre a avaliação do potencial dos FC para cuidar; identificar o processo de preparação do FC para o regresso a casa. **Metodologia:** estudo exploratório de natureza qualitativa através de entrevistas semiestruturadas a 21 enfermeiros de um serviço de Ortopedia de um hospital de Portugal. Utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin, para analisar os dados obtidos. **Resultados:** relativamente à forma como os enfermeiros identificam o FC, a categoria mais prevalente foi “Idoso” (62%). Quanto à avaliação do potencial do FC para cuidar, as categorias com maior destaque foram a “Informal” (38%) e a “Inexistente” (33%). No domínio do processo de preparação do FC, emergiu a categoria “Ensino”. **Conclusão:** os resultados obtidos justificam a necessidade da existência de programas de enfermagem de apoio aos FC de idosos com FPF.

Palavras-chave: pessoa idosa; fraturas do quadril; familiar cuidador; enfermagem

*MSc, em Enfermagem Médico-Cirúrgica, PhD student – Unidade Local de Saúde de Matosinhos – Hospital Pedro Hispano - <https://orcid.org/0000-0003-3014-2598> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

**PhD, em Enfermagem na Escola de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0003-0136-6816> - Author contribution: study conception and design, data analysis and interpretation, critical revision of the article

***PhD em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0002-1938-3887> - Author contribution: study conception and design, data analysis and interpretation, critical revision of the article

ABSTRACT

Background: falls in the elderly may result in injuries, namely proximal femur fracture (FPF), which leads to surgical intervention. Most elderly people, in the postoperative period, show a compromise in the performance of activities of daily living, which requires the intervention of a family caregiver (FC). **Objectives:** to know how nurses identify FC of the elderly with PPF; to analyze nurses' perceptions of the assessment of the FC potential to provide care; to identify the process of preparing the FC for the return home. **Methodology:** exploratory qualitative study through semi-structured interviews with 21 nurses of an Orthopedics service of a hospital in Portugal. Bardin's content analysis was used to analyze the data obtained. **Results:** regarding how nurses identify the FC, the most prevalent category was "Elderly" (62%). As for the assessment of the FC potential for care, the most prevalent categories were "Informal" (38%) and "Nonexistent" (33%). In the domain of the FC preparation process, the category "Teaching" emerged. **Conclusion:** the results obtained justify the need for the existence of nursing programs to support the FC of older adults with FPF.

Keywords: aged; hip fractures; family caregiver; nursing

RESUMEN

Marco contextual: las caídas en los ancianos pueden provocar lesiones, concretamente la fractura proximal de fémur (FPF), que da lugar a una intervención quirúrgica. La mayoría de los ancianos, en el postoperatorio, presentan un compromiso en la realización de las actividades de la vida diaria, lo que requiere la intervención de un cuidador familiar (CF). **Objetivos:** conocer cómo los enfermeros identifican a los CF de ancianos con FPF; analizar la percepción de los enfermeros sobre la evaluación del potencial de los CF para prestar cuidados; identificar el proceso de preparación del CF para el regreso a casa. **Metodología:** estudio cualitativo exploratorio mediante entrevistas semiestruturadas a 21 enfermeros de un servicio de Ortopedia de un hospital de Portugal. Se utilizó el análisis de contenido de Bardin para analizar los datos obtenidos. **Resultados:** en relación a cómo los enfermeros identifican los CF, la categoría más prevalente fue “Anciano” (62%). En cuanto a la evaluación del potencial de los CF para prestar cuidados, las categorías más destacadas fueron “Informal” (38%) e “Inexistente” (33%). En el ámbito del proceso de preparación de los CF, surgió la categoría “Enseñanza”. **Conclusión:** los resultados obtenidos justifican la necesidad de la existencia de programas de enfermería para apoyar los CF de adultos mayores con FPF.

Palabras clave: anciano; fracturas de cadera; cuidador familiar; enfermería

Autor de correspondência:

Ana Rita Oliveira
E-mail: ritaoliveira2323@gmail.com

Como referenciar:

Oliveira, A.R., Abreu, M., & Reis, L. (2023). Preparação do familiar cuidador da pessoa idosa com fratura proximal do fémur. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(1), 61-72. <https://doi:10.37914/riis.v6i1.269>

Recebido para publicação: 07/02/2022
Aceite para publicação: 30/03/2023

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida das pessoas idosas sofre um grande impacto com a existência de quedas, estas podem afetar a capacidade funcional, levar a hospitalização ou, até mesmo, à institucionalização (Fonseca et al., 2020).

Estima-se que 30% da população geriátrica cai pelo menos uma vez por ano e que as quedas em idosos são responsáveis por 5% dos internamentos em unidades hospitalares (Coelho et al., 2022).

A queda da própria altura é a principal causa para a existência de lesões físicas, nomeadamente as fraturas proximais do fémur (FPF) (Rezende et al., 2021).

Estas constituem um problema grave de saúde pública, dado que se prevê um aumento significativo de casos em todo o mundo, face ao envelhecimento da população (Coelho et al., 2022; Rezende et al., 2021).

A diminuição da densidade óssea, a deterioração da função neuromuscular e a redução da capacidade funcional contribuem para o aumento do risco de fraturas ósseas nos idosos (Saletti-Cuesta et al., 2018).

As FPF são eventos complexos e traumáticos que conduzem ao declínio funcional, deterioração da capacidade de andar, aumento da morbilidade e mortalidade e maior utilização e custos dos recursos de saúde (Amarilla-Donoso et al., 2020; Saletti-Cuesta et al., 2018).

Este tipo de fraturas contribui para o aumento de internamentos hospitalares, representando metade do número de internamentos de idosos em serviços de ortopedia e tendo como tratamento de eleição o procedimento cirúrgico (Silva et al., 2018).

A maioria dos idosos com FPF quando tem alta hospitalar apresenta compromisso nas atividades de vida diária, necessitando de apoio de um cuidador (Guilcher et al., 2021). Atualmente, as alterações no sistema de saúde português e o envelhecimento da população, conduziram a um aumento da necessidade de cuidadores familiares, pelo que, estes têm vindo a ser reconhecidos como um elemento-chave na prestação de cuidados aos idosos.

Considerando a problemática da preparação do familiar cuidador (FC) para o regresso a casa da pessoa idosa com FPF, tornou-se relevante conhecer a perceção dos enfermeiros sobre esta mesma temática.

Assim, este estudo teve os seguintes objetivos:

Conhecer a forma como os enfermeiros identificam os FC da pessoa idosa com FPF; Analisar a perceção dos enfermeiros acerca da avaliação do potencial dos FC para cuidar e identificar o processo de preparação do FC para o regresso a casa.

ENQUADRAMENTO / FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Podemos definir FC como alguém que fornece ajuda prática e/ou emocional, de forma regular e não remunerada a outro membro da família (Saletti-Cuesta et al., 2018).

Os FC ao serem incluídos nos cuidados de enfermagem influenciam positivamente a recuperação funcional dos idosos com FPF no período pós-operatório (Asif et al., 2020).

De facto, quando está prevista a transição dos idosos com FPF do hospital para o domicílio, existindo um FC, o idoso pode regressar a casa mais precocemente. Os FC podem contribuir para o envolvimento do utente no

planeamento da alta, apoiando e supervisionando o mesmo (Lima et al., 2022).

Dada a importância dos FC, torna-se crucial identificar, intervir e incluí-los no ciclo do cuidar, pois além do referido anteriormente, a literatura mostra que prestar cuidados pode ter um enorme impacto na vida dos FC devido à sobrecarga e outras mudanças significativas na sua vida, bem como uma série de desafios (Ariza-Vega et al., 2019).

Especificamente, os FC de pessoas com fratura da anca expressaram dificuldades em se adaptar ao seu novo papel, na gestão do stress, da sobrecarga, do desconhecido, a aceder a informações adequadas e na compreensão do processo de planeamento da alta (Asif et al., 2020; Saletti-Cuesta et al., 2018).

Guilcher et al. (2021) também identificaram a existência de diferentes expectativas quanto aos papéis do FC: vários FC queriam ter uma maior participação no processo de tomada de decisão, mas muitas vezes sentiram-se excluídos; outros expressaram stress devido às expectativas de tomada de decisão que lhes era exigido. Por outro lado, os profissionais de saúde referiram que os FC precisavam encontrar um equilíbrio entre prestar cuidados e evitar envolver-se demasiado. Ainda neste estudo também se encontraram diferentes expectativas relativamente ao que o sistema de saúde e os profissionais podiam fornecer e a existência de tensão, especialmente acerca do momento da alta.

Embora, o enfermeiro seja o profissional ideal para: avaliar e identificar precocemente as necessidades dos indivíduos e dos cuidadores; sugerir opções de continuidade de cuidados e programas ou serviços que estejam disponíveis na comunidade, de acordo com as necessidades identificadas; incluir os cuidadores

durante os cuidados ao idoso para ensinar sobre as necessidades identificadas e apoiar o binómio idoso-cuidador durante todo o processo, desde a admissão no hospital até ao regresso ao domicílio (Brent et al., 2018), precisa melhorar a comunicação, nomeadamente, no conteúdo e no tempo dispensado, na consistência das informações partilhadas com os FC, facilitando a experiência e as interações (Guilcher et al., 2021).

Deste modo, estas competências do enfermeiro são essenciais, já que a literatura mostra que em média os FC cuidaram cerca de 39,5 horas por semana durante os primeiros seis meses, os cônjuges de pacientes com fratura da anca forneceram significativamente mais horas de cuidados, os FC do sexo feminino tiveram três vezes mais probabilidade de ter problemas relacionais, físicos e mentais decorrentes da prestação de cuidados durante os primeiros seis meses (van de Ree et al., 2018).

METODOLOGIA

Desenvolveu-se um estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa, com enfermeiros que trabalham num serviço de Ortopedia num hospital do norte de Portugal.

Foram selecionados 21 participantes que respeitavam os seguintes critérios de inclusão: trabalhar no serviço de Ortopedia há mais de seis meses e aceitar participar no estudo. Como critério de exclusão definimos os profissionais que se encontravam de atestado médico. A técnica de colheita de dados escolhida foi a entrevista semiestruturada, constituída por uma primeira parte relativa à caracterização sócio demográfica dos participantes e a segunda sobre o

processo de preparação do FC para o regresso a casa. Foi efetuado um pré-teste com um profissional de enfermagem para verificarmos se o guião necessitava de melhorias, o que não foi necessário.

A colheita de dados foi realizada durante os meses de fevereiro a junho de 2019, pelo primeiro autor do estudo. As entrevistas foram previamente agendadas com cada enfermeiro consoante a sua disponibilidade e de preferência no final de cada turno de trabalho. As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas. O tempo médio das entrevistas foi de 15 minutos.

Relativamente ao tratamento dos dados recolhidos, foi realizada uma análise de conteúdo segundo Bardin (2016). Esta preconiza três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Desta forma, após a realização e transcrição das entrevistas na íntegra, procedeu-se à leitura flutuante de todas, de forma a estabelecer o primeiro contacto com os dados recolhidos e sistematizar as ideias iniciais. De seguida, iniciou-se as operações de codificação através do recorte de frases dos entrevistados, que constituíram as unidades de registo. Estas foram analisadas de forma a perceber o que tinham em comum e, a partir daí, definimos as categorias. Na terceira fase, as categorias foram agrupadas de acordo com o enquadramento teórico realizado. Para cada categoria calculamos as

frequências absolutas e relativas para uma melhor análise dos resultados.

Quanto às considerações éticas, foi realizado o pedido de autorização ao Conselho de Administração da Instituição de Saúde – Norte de Portugal e à Comissão de Ética da mesma instituição. Durante o estudo foi sempre assegurada a participação voluntária e informada dos participantes. Para manter o anonimato, os participantes foram identificados com “P” seguido de um número (P1, P5, P8, ...).

RESULTADOS

Os resultados deste estudo (Tabela 1) mostram que dos 21 participantes, a maioria é do sexo feminino (57%), é casada (57%) e 43% incluem-se na faixa etária entre os 36 e os 45 anos.

Quanto à data de conclusão do curso de licenciatura em enfermagem, a maior parte dos enfermeiros terminou o curso entre 2001 e 2010 (48%) e 76% possuía o grau de licenciado.

No entanto, à data da realização das entrevistas, tomamos conhecimento que um profissional estava a frequentar o curso de especialidade em enfermagem de reabilitação e dois estavam a terminar o curso de mestrado em enfermagem comunitária e o mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, respetivamente.

Relativamente à categoria profissional, a maioria encontrava-se na categoria enfermeiro (90%). Quanto à experiência destes profissionais, 43% trabalhavam no serviço de Ortopedia há menos de cinco anos.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica dos participantes (N=21)

SEXO	N	%
Feminino	12	57,1
Masculino	9	42,9
IDADE	N	%
≤25	2	9,5
26-35	4	19
36-45	9	42,9
≥46	6	28,6
ESTADO CIVIL	N	%
Solteiro	6	28,6
Casado	12	57,1
Divorciado	3	14,3
DATA CONCLUSÃO DO CURSO LICENCIATURA	N	%
≤2000	8	38,1
2001-2010	10	47,6
≥2011	3	14,3
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS/ACADÉMICAS	N	%
Licenciatura	16	76,2
Mestrado em Enfermagem de Reabilitação	1	4,8
Especialidade em Enfermagem Reabilitação	4	19
CATEGORIA PROFISSIONAL	N	%
Enfermeiro	19	90,4
Enfermeiro Especialista	1	4,8
Enfermeiro Gestor	1	4,8
EXPERIÊNCIA NO SERVIÇO DE ORTOPEDIA	N	%
<5 anos	9	42,9
5-10 anos	2	9,5
11-16 anos	3	14,3
≥ 17 anos	7	33,3

Relativamente ao processo de preparação do FC para o regresso a casa, os dados recolhidos agruparam-se em três unidades temáticas: a identificação do FC, a avaliação do potencial do FC e o envolvimento do FC.

Para cada uma destas unidades, emergiram categorias e em algumas destas subcategorias. A Figura 1 representa a sistematização da análise categorial realizada.

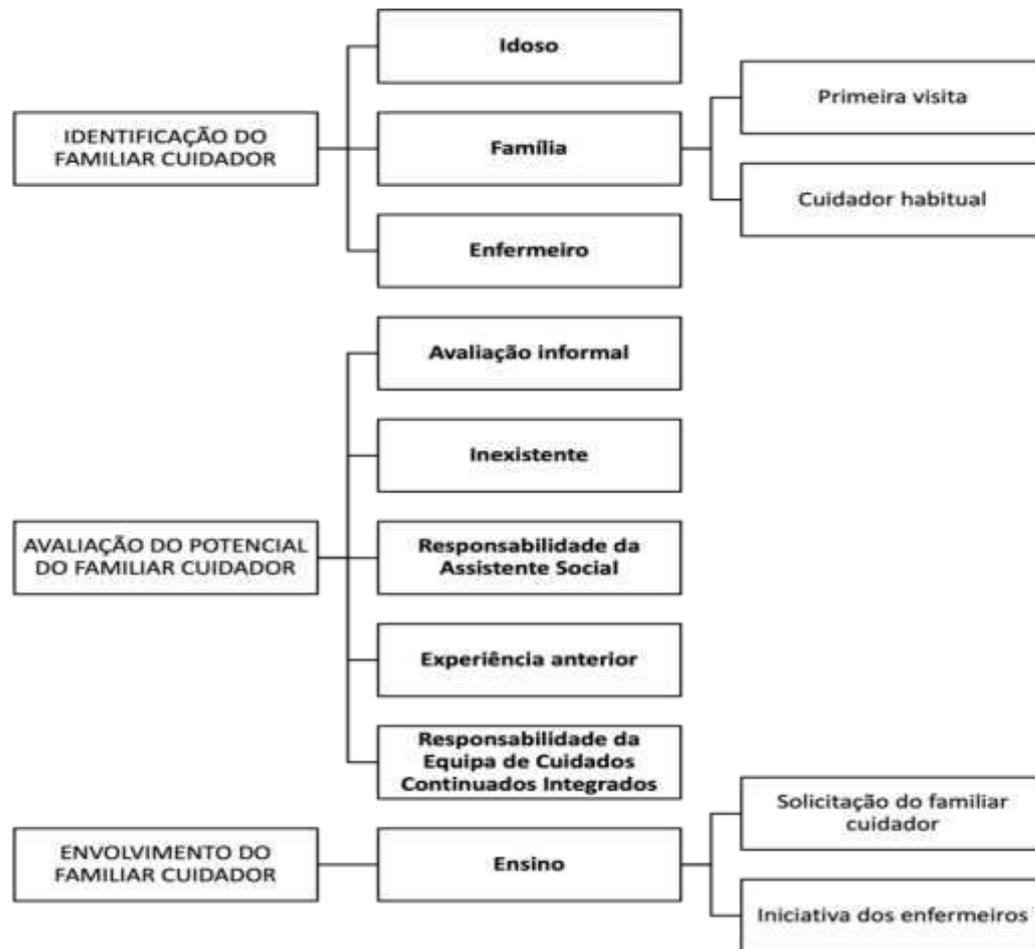


Figura 1

Sistematização da análise categorial

Identificação do familiar cuidador

Relativamente à forma como os participantes identificavam o FC dos idosos admitidos com FPF, emergiram as categorias: “Idoso” (62%); “Família”, esta com as subcategorias “Primeira visita” (57%) e “Cuidador habitual” (19%); “Enfermeiro (10%)”.

A categoria “Idoso” reuniu a maioria das respostas, pois na sua admissão, os profissionais de enfermagem questionam-nos sobre quem é o FC de referência, como se pode comprovar nas narrativas:

P8: “Se o doente colaborar são feitas algumas perguntas sobre com quem vive”

P10: “É o doente que diz.”

Quando o idoso não consegue ou não sabe identificar o FC, os enfermeiros afirmam que fazem essa identificação por via da “Família”. Esta categoria está subdividida em “Primeira visita” e “Cuidador habitual”. A primeira subcategoria, segundo os participantes, relaciona-se com a primeira visita que o idoso tem durante o internamento hospitalar.

P5: “Questionamos a primeira visita que o utente tem”

P13: “...ou então na primeira visita que este receba”

Pelo discurso dos enfermeiros, a subcategoria “Cuidador habitual” prende-se com o facto dos idosos com FPF já poderem ter um cuidador antes do internamento hospitalar.

Reparação do familiar cuidador da pessoa idosa com fratura proximal do fémur

P12: *“...com quem é que vive, quem costuma tomar conta dele.”*

P14: *“Ou se pergunta a pessoa com quem ela vive, quem é que toma conta dela, o caso da pessoa idosa...”*

Por último, a categoria “Enfermeiro” surge nas narrativas de dois participantes, onde se percebe que a identificação do FC é feita pelos profissionais de enfermagem.

P16: *“É o primeiro número que nos aparece à frente com um nome.”*

P21: *“...temos os meios informáticos também hoje disponíveis que podemos consultar, seja do episódio de urgência, seja através da plataforma existente para o efeito.”*

Avaliação do potencial do familiar cuidador

Também interrogamos os participantes sobre a forma como realizaram a avaliação do potencial do FC para cuidar do idoso com FPF, emergindo as seguintes categorias: “Avaliação informal” (38%); “Inexistente” (33%); “Responsabilidade da Assistente Social” (14%); “Experiência anterior do familiar” (10%) e “Responsabilidade da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)” (5%).

A categoria “Avaliação informal” revela que os participantes procedem à avaliação dos FC de forma informal, não recorrendo a nenhum instrumento para esse efeito, como revelam os discursos:

P5: *“Depois nas próprias conversas que vamos tendo no dia a dia com o prestador de cuidados que se assume, também vamos vendo o potencial que essa pessoa tem para acompanhar”*

P11: *“Não há nenhuma avaliação formal para isso...é um bocadinho com o olho clínico.”*

A categoria “Inexistente” retrata a ausência de avaliação, por parte dos enfermeiros, dos FC da pessoa com FPF. No entanto, verificou-se que os participantes

apesar de não efetuarem qualquer avaliação do potencial do FC, reconhecem a importância de o fazer.

P3: *“Não, isso não, não me parece”*

P21: *“Ora bem eu acho que esse é um aspeto que ainda nos falha no serviço e que devia de ser mais explorado, inclusivamente por mim e pelos colegas sobretudo da área da reabilitação.”*

O papel da assistente social é mencionado por vários participantes, pois é uma profissional que colabora na avaliação dos FC, como se constata nas declarações pertencentes à categoria “Responsabilidade da Assistente Social”.

P6: *“É com a ajuda da assistente social...”*

P18: *“...porque depois a assistente social entrando em campo é ela que faz essa triagem.”*

A categoria “Experiência anterior do familiar” (10%) é espelhada por duas narrativas:

P15: *“Eu acho que é preciso perceber, se em primeiro lugar, a pessoa já cuidava anteriormente do idoso...”*

P19: *“Pelas experiências que já teve anteriormente, ou seja, se já teve algum contacto ou experiência semelhante ou parecida anteriormente...”*

A última categoria “Responsabilidade da ECCI” diz respeito à intervenção das ECCI que acompanham os idosos com FPF após a alta hospitalar e foi mencionada por um participante.

P4: *“...mas se for um doente que tiver apoio de ECCI, eles se calhar poderão avaliar melhor depois em contexto domiciliário, mas nós aqui é difícil.”*

Envolvimento do familiar cuidador

Os participantes foram ainda questionados sobre o processo de preparação do regresso a casa das pessoas idosas com FPF, nomeadamente, como ocorre o envolvimento dos FC neste processo. Face às respostas dos participantes surgiu a categoria “Ensino” com as

Reparação do familiar cuidador da pessoa idosa com fratura proximal do fémur

subcategorias “Solicitação do Familiar cuidador” (43%) e “Iniciativa dos enfermeiros” (29%).

A subcategoria “Solicitação do familiar cuidador” está relacionada com os FC demonstrarem a necessidade de ajuda na preparação do regresso a casa dos idosos e requererem a intervenção do enfermeiro.

P2: *“...só se eles nos pedirem, que têm dificuldades, que não sabem como lidar com o doente, é que nós fazemos isso, porque definido não está nada para fazer nos ensinos.”*

P3: *“Atualmente não se trabalha muito o cuidador, a não ser que o cuidador peça naquele momento da alta, um ou outro esclarecimento... e a enfermeira no último, mas o último das hipóteses dá ali uns ensinos muito rápidos...”*

A subcategoria “Iniciativa dos enfermeiros” prende-se com o facto dos enfermeiros, após avaliarem as necessidades dos FC, tomarem a iniciativa de planear e executar práticas formativas.

P12: *“Nós quando podemos e vimos que há necessidade pedimos ao cuidador para vir cá e fazemos ensinos e se for necessário reforçar, voltamos a chamar o cuidador.”*

P18: *“...se o doente for para o domicílio, o serviço muitas vezes procura fazer com que esse familiar cuidador se inteire minimamente dos cuidados a ter em casa e muitas vezes programam-se ensinos com essas pessoas, estando essas pessoas de acordo.”*

DISCUSSÃO

Em relação aos dados sociodemográficos dos participantes do presente estudo, 57% são do sexo feminino, 57% são casados, 76% são licenciados e 90% pertencem à categoria profissional enfermeiro. Landeiro et al. (2016) encontraram resultados

diferentes na caracterização dos enfermeiros entrevistados, nomeadamente, 57% eram do sexo masculino, 50% eram casados, 43% eram licenciados e 43% pertenciam à categoria profissional enfermeiro.

Relativamente à questão de como se identifica o FC, os enfermeiros entrevistados referiram que esta referenciação é, na maioria das respostas, realizada pelo próprio idoso com FPF, seguindo-se a própria família como responsável pela nomeação e, em menor número de respostas, o enfermeiro. Machado (2017) identificou as mesmas categorias deste estudo, no entanto com frequências diferentes, pois o FC foi identificado pela família na maioria das respostas, seguindo-se o próprio idoso e por fim o enfermeiro.

Segundo Nunes et al. (2018) é frequente que um elemento da família seja nomeado como o cuidador possível e ideal, através de um acordo familiar ou por falta de outras opções, mesmo que este não tenha conhecimento ou não fosse consultado para essa escolha. Sabemos, ainda, que a designação do cuidador deve ser um processo individual e é especialmente importante na admissão ou nos primeiros dias de internamento do idoso com FPF, uma vez que, este FC pode fornecer aos profissionais de saúde várias informações importantes sobre o idoso, nomeadamente, o estado de dependência pré-fratura (Saletti-Cuesta et al., 2018).

Existindo um FC devidamente identificado, compete ao enfermeiro avaliar as necessidades que este apresenta. Esta avaliação é de extrema importância, uma vez que permite dirigir todo o planeamento das intervenções de enfermagem para este FC, tendo por base as lacunas inicialmente identificadas. Neste sentido, as respostas dos participantes deste estudo à questão da avaliação do potencial do FC para cuidar foram diversificadas e agrupadas da seguinte forma:

Reparação do familiar cuidador da pessoa idosa com fratura proximal do fémur

avaliação informal, avaliação inexistente, responsabilidade da assistente social, experiência anterior do familiar e responsabilidade da ECCI.

No que diz respeito à avaliação informal, os dados obtidos por Machado (2017) estão em consonância com o presente estudo, uma vez que o autor menciona que os enfermeiros não aplicavam nenhum instrumento de avaliação dos FC, apenas utilizavam a entrevista e a observação.

Por outro lado, a inexistência da avaliação do potencial do FC pode contribuir para uma transição não saudável e os resultados de Asif et al. (2020) estão em sintonia com as narrativas dos participantes deste estudo, pois os autores referem que não existe avaliação da capacidade e da disposição do FC para prestar cuidados, dificultando o processo de planeamento da alta. Também concluíram que a falta de partilha de informação por parte dos profissionais de saúde, a confusão de papéis no caso de serem vários os FC e o planeamento da alta de forma desorganizada, constituem os três problemas mais comuns indicados por idosos com fratura da anca e respetivos cuidadores (Asif et al., 2020).

Quanto à responsabilidade da avaliação do potencial do FC ser atribuída à assistente social, o estudo de Sims-Gould et al. (2015) apresenta discordâncias face às narrativas dos nossos participantes, uma vez que, estes autores concluíram que o papel das assistentes sociais é visto como um complemento no processo de preparação do regresso a casa do idoso com FPF e não consideraram que a assistente social deverá avaliar o potencial do FC para cuidar. Estes autores justificam que, para além das assistentes sociais serem vistas como mediadoras na resolução de conflitos familiares, também têm a capacidade de contactar com os FC para fornecer informações sobre os apoios existentes na

comunidade, o que pode ser um contributo positivo no desempenho do papel do FC (Sims-Gould et al., 2015). Relativamente à experiência anterior de cuidar do FC, Machado (2017) concorda com as narrativas dos participantes do presente estudo, pois refere que a avaliação do FC deve ter em conta a volição, as crenças, o conhecimento, as competências e a experiência prévia deste indivíduo no desempenho do papel de cuidador.

Por último, a avaliação do potencial do FC ser responsabilidade da ECCI como foi referido pelos participantes, pode ser entendida, pelo facto da ECCI ser a tipologia da Rede Nacional de Cuidados Continuados com maior peso (35,9%) na assistência aos indivíduos. Aliás, dos episódios de referenciação para a rede, 81,2% destes têm como indicação de referenciação a necessidade de ensino e capacitação do cliente e cuidador informal (Administração Central do Sistema de Saúde, 2021). De salientar, que o regresso ao domicílio acompanhado de um programa de reabilitação é considerado extremamente importante para garantir o sucesso de uma recuperação eficaz nos idosos com FPF (Ortiz-Piña et al., 2019).

Entretanto, na questão sobre o processo de preparação do FC para o regresso a casa, as respostas dos nossos participantes dividiram-se entre a solicitação do FC e a iniciativa dos enfermeiros. O primeiro grupo de respostas, onde os participantes afirmam que o FC solicitou o apoio dos enfermeiros, está de acordo com o estudo de Schiller et al. (2015) realizado com FC, onde estes sublinharam a importância de procurar apoio junto dos profissionais de enfermagem, de modo a terem oportunidade de colocar questões sobre o seu familiar idoso com FPF nas diferentes fases do internamento, conhecerem os

Reparação do familiar cuidador da pessoa idosa com fratura proximal do fêmur

recursos existentes e expressarem as suas preferências consoante as suas necessidades. Também Nunes et al. (2018) referem que os FC necessitam de um suporte profissional orientador, onde seja proporcionado espaço para partilhar as suas dúvidas e receios.

Já o segundo grupo de narrativas que retratam a iniciativa dos profissionais em realizar o processo de preparação FC para o regresso a casa, é corroborado por Ariza-Veja et al. (2019). Os autores afirmam que o enfermeiro desempenha um papel essencial na preparação do FC, devendo este ser incluído no processo de recuperação do idoso com FPF durante todo o internamento, privilegiando o treino de competências no âmbito do cuidar com o objetivo maior de facilitar o regresso a casa. Contudo, no estudo de Guilcher et al. (2021) verificaram-se perceções diferentes acerca das necessidades de informação. Os profissionais abordaram a importância de fornecer informação aos FC e tinham a perceção de que facultaram a informação adequada. Por sua vez, os FC descreveram uma comunicação deficiente e de não compreenderem as etapas seguintes do plano de cuidados.

Como tal, compete ao enfermeiro proporcionar momentos de troca de informação através da implementação de programas educativos de apoio aos FC com componentes teóricas e práticas, de forma, a que estes adquiram mais literacia em saúde e se sintam mais empoderados e capacitados para o papel que vão desempenhar (Lima et al., 2022).

Embora o número de participantes na presente investigação seja reduzido, os resultados obtidos permitem-nos compreender o fenómeno em estudo e podem ser aplicados a pessoas que vivenciam situações similares, ou seja, é possível a sua transferibilidade.

Como limitação do estudo destacamos este ter sido realizado com participantes que pertencem todos ao mesmo serviço de internamento, o que não possibilitou conhecer outras realidades.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que a decisão sobre quem vai assumir o papel de FC e a determinação do seu potencial são imprescindíveis na preparação do regresso a casa. Com as narrativas dos participantes, percebe-se que, na maioria das vezes, o idoso com FPF é a pessoa ideal para nomear o FC, no entanto, a primeira visita que este tenha também poderá ser útil para esta designação. Quanto à avaliação do potencial, constata-se que os enfermeiros consideram esta avaliação importante, no entanto, por vezes esta não existe ou então realizam-na de forma informal.

Relativamente ao envolvimento e preparação do FC para o momento da alta clínica, constatou-se que, geralmente, este acontece por solicitação do FC e, não tanto, por iniciativa dos profissionais de enfermagem. Assim, consideramos que a preparação do FC deve ser priorizada para que o idoso e respetivo familiar sintam que estão reunidas as condições de segurança para a alta hospitalar. Os resultados obtidos justificam a necessidade de intervenção do enfermeiro, pois este, encontra-se numa posição privilegiada, conseguindo estabelecer uma relação terapêutica de maior proximidade e profundidade com os idosos com FPF e respetivos cuidadores. Também é este profissional que, através de competências e conhecimentos diferenciados, deverá promover estratégias de apoio aos idosos com FPF e respetivos FC.

Em suma, com este estudo pretende-se que na prática clínica, os FC de idosos com FPF, sejam considerados na tomada de decisão sobre metas de reabilitação e no planeamento de alta para uma transição segura entre o hospital e o domicílio. Também existam ferramentas padronizadas de troca de informações, assim como a discussão formal entre enfermeiros e FC sobre os papéis e responsabilidades na transição de cuidados. Ao nível da educação, o presente estudo fundamenta a necessidade da supervisão dos estudantes de enfermagem em ensino clínico ser orientada, não só, para o cuidar da pessoa idosa com FPF, mas também para incluir o FC como um parceiro de cuidados.

Por fim, no âmbito da investigação, os resultados deste estudo podem apontar para a elaboração de um programa de intervenções dirigido aos FC dos idosos com FPF.

Sugere-se ainda que se desenvolvam mais estudos que abordem a preparação do regresso a casa, quer com FC de idosos com FPF, como com enfermeiros, para tornar os resultados mais robustos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

Administração Central do Sistema de Saúde. (2021). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (ACSS)*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/07/Relatorio-de-Monitorização-da-RNCCI-Anual-2021-vF1.pdf>

Amarilla-Donoso, F. J., López-Espuela, F., Roncero-Martín, R., Leal-Hernandez, O., Puerto-Parejo, L. M., Aliaga-Vera, I., Toribio-Felipe, R. & Lavado-García, J. M. (2020). Quality of life in elderly people after a hip fracture: A prospective study. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01314-2>

Ariza-Vega, P., Ortiz-Pina, M., Kristensen, M.T., Castellote-Caballero, Y., & Jimenez-Moleon, J.J. (2019). High perceived caregiver burden for relatives of patients following hip fracture surgery. *Disability and*

Rehabilitation, 41(3), 311–318. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1390612>

Asif, M., Cadel, L., Kuluski, K., Everall, A.C. & Guilcher, S. (2020). Patient and caregiver experiences on care transitions for adults with a hip fracture: A scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 42(24), 3549-3558.

<https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1595181>

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. (1ª ed.). Edições 70.

Brent, L., Hommel, A., Maher, A.B., Hertz, K., Meehan, A.J., & Santy-Tomlinson, J. (2018). Nursing care of fragility fracture patients. *Injury*, 49(8), 1409-1412. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2018.06.036>

Coelho, L. S. Z., Dutra, T. M. S., & Figueiredo Júnior, H. S. de. (2022). Uma análise acerca das quedas em idosos e sua principal consequência: A fratura de fémur. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 4, e9764. <https://doi.org/10.25248/reamed.e9764.2022>

Fonseca, R.F.M.R., Matumoto, S., Xavier, J.J.S., & Faller, W.F. (2020). Risk behavior for falls in the elderly: Experiences of community health workers. *Aquichan*, 20(2), e2023. <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.2.3>

Guilcher, S. J. T., Maunula, L., Cadel, L., Everall, A. C., Li J., & Kuluski K. (2021). Caregiving for older adults with hip fractures: Exploring the perspectives of caregivers, providers and decision-makers in Ontario, Canada. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 93, 104321. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104321>

Landeiro, M. J. L., Martins, T. V., & Peres, H. H. C. (2016). Nurses' perception on the difficulties and information needs of family members caring for a dependent person. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(1), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0104-070720160000430015>

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

Machado, P. A. P. (2017). *Papel do prestador de cuidados: Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do autocuidado*. (1ª ed). Novas Edições Acadêmicas.

Nunes, D. P., Brito, T. R. P., Duarte, Y. A. O., & Lebrão, M. L. (2018). Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: Evidências do Estudo SABE.

Reparação do familiar cuidador da pessoa idosa com fratura proximal do fémur

Revista Brasileira de Epidemiologia, 21(2), 1-14.
<https://doi.org/10.1590/1980-549720180020>

Ortiz-Piña, M., Salas-Fariña, Z., Mora-Traverso, M., Martín-Martín, M., Galiano-Castillo, N., García-Montes I., Cantarero-Villanueva, I., Fernández-Lao, C., Arroyo-Morales, M., Mesa-Ruiz, A., Castellote-Caballero, Y., Salazar-Graván, S., Kronborg, L., Martín-Matillas, M., & Ariza-Vega, P. (2019). A home-based tele-rehabilitation protocol for patients with hip fracture called @ctivehip. *Research in Nursing & Health*, 42(1), 29–38. <https://doi.org/10.1002/nur.21922>

Rezende, L., Arcanjo, R., Leão, G., Vasconcelos, P., Oliveira, A., Teixeira, L., Kadi, S., Moreira, F., Goulart, E., & Coelho, D. (2021). Perfil epidemiológico de idoso com fratura de fémur proximal submetidos a tratamento cirúrgico. *Brazilian Journal of Health Review*, 4, 28421-28429. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n6-388>

Saletti-Cuesta, L., Tutton, E., Langstaff, D., & Willett, K. (2018). Understanding informal carers' experiences of caring for older people with a hip fracture: A systematic review of qualitative studies. *Disability and Rehabilitation*, 40(7), 740–750. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1262467>

Schiller, C., Franke, T., Belle, J., Sims-Gould, J., Sale, J., Ashe, M. C. (2015). Words of wisdom - patient perspectives to guide recovery for older adults after hip fracture: A qualitative study. *Patient Preference and Adherence*, 9, 57–64. <https://doi.org/10.2147/PPA.S75657>

Silva, J., Linhares, D., Ferreira, M., Amorim, N., Neves, N., & Pinto, R. (2018). Epidemiologia das fraturas do fémur proximal na população idosa. em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 31(10), 562-567. <https://doi.org/10.20344/amp.10464>

Sims-Gould, J., Byrne, K., Hicks, E., Franke, T., & Stolee, P. (2015). When things are really complicated, we call the social worker: Post-hip-fracture care transitions for older people. *Health & Social Work*, 40(4), 257–265. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv069>

van de Ree, C. L. P., Ploegsma, K., Kanters, T. A., Roukema, J. A., De Jongh, M. A. C., & Gosens, T. (2018). Care-related quality of life of informal caregivers of the elderly after a hip fracture. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 2(23), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s41687-018-0048-3>

NURSING DOCUMENTATION RELATED TO RESPIRATORY PROCESS: CONTENT ANALYSIS OF PORTUGUESE HEALTH RECORDS

Análise de conteúdo à parametrização portuguesa relacionada com o Processo Respiratório

Análisis de contenido de la parametrización portuguesa relacionada con el Proceso Respiratorio

Luís Gaspar*, Neuza Reis**, Paula Sousa***, Abel Paiva e Silva****, Filipe Pereira*****, Natália Machado*****

ABSTRACT

Background: data sharing from clinical practice is crucial to support nurses' decision-making process, improve nursing outcomes, and increase the quality of care. In Portugal, International Classification for Nursing Practice is used to document care being necessary for the standardization of this process preventing information redundancy. **Objectives:** (1) to identify diagnoses and interventions used by Portuguese nurses related to Respiratory Process, (2) to suggest unified diagnoses and interventions syntaxes. **Methodology:** qualitative study with a content analysis. The sample included data regarding e-documentation of nursing diagnosis and interventions customized in the nursing public information system until 2019. **Results:** of the initial sample of 1502 diagnoses aroused 28 and from 2060 interventions emerged 73 as the most relevant. The main findings were: two areas of nursing attention, one related to respiratory function and the other to patient's learning abilities, diversity of diagnoses and interventions to express the same needs resulting from a variety of taxonomic misunderstandings, and lack of standardized language. **Conclusions** nursing documentation have two dimensions representing the complexity of nursing care. It also shows that using standardized language does not prevent information redundancy resulting in different diagnoses and interventions to express the same needs.

Keywords: nursing diagnosis; nursing process; advanced practice nursing; respiration

* MSc, em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, Centro Hospitalar e Universitário São João - <https://orcid.org/0000-0001-7456-4130> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Drafting of the article, Critical revision of the article;
 ** MSc em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - <https://orcid.org/0000-0002-7331-5535> - Author contribution: Drafting of the article, Critical revision of the article
 *** PhD, em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Centre for Information Systems Research and Development of Porto Nursing School - <https://orcid.org/0000-0002-0818-0777> - Author contribution: Study conception and design, Critical revision of the article
 **** PhD, em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Centre for Information Systems Research and Development of Porto Nursing School - <https://orcid.org/0000-0002-3362-4165> - Author contribution: Study conception and design, Critical revision of the article
 ***** PhD, em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0002-3480-6243> - Author contribution: Study conception and design, Critical revision of the article
 ***** PhD, em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Centre for Information Systems Research and Development of Porto Nursing School - <https://orcid.org/0000-0002-0818-0777> - Author contribution: Study conception and design, Data collection, Data analysis and interpretation, Critical revision of the article

Autor de correspondência:

Luís Gaspar
 Email: luisjorgegaspar@hotmail.com

Como referenciar:

Gaspar, I. Reis, N., Sousa, P., Silva, A.P., Pereira, F. & Machado, N. (2023). Nursing documentation related to respiratory process: content analysis of portuguese health records. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(1), 73-83. <https://doi.org/10.37914/riis.v6i1.286>

Recebido para publicação: 29/11/2022
 Aceite para publicação: 03/05/2023

RESUMO

Enquadramento: a partilha de dados da prática clínica é crucial para apoiar o processo de tomada de decisão, Em Portugal a CIPE é utilizada para documentar os cuidados de enfermagem sendo necessária a uniformização deste processo de forma a evitar redundância de informação. **Objetivos:** (1) identificar diagnósticos e intervenções utilizados por enfermeiros portugueses relacionados com o Processo Respiratório, (2) sugerir sintaxes unificadas de diagnósticos e intervenções. **Metodologia:** estudo qualitativo com análise de conteúdo análise de conteúdo. A amostra incluiu dados referentes à documentação eletrónica customizada no sistema público de informação de enfermagem até 2019. **Resultados:** da amostra inicial de 1502 diagnósticos emergiram 28 e de 2060 intervenções surgiram 73 como os mais relevantes. Os principais achados foram: duas áreas de atenção de enfermagem, uma relacionada com função respiratória e outra com habilidades de aprendizagem do cliente, diversidade de diagnósticos e intervenções para expressarem as mesmas necessidades decorrentes de equívocos taxonómicos e de falta de linguagem padronizada. **Conclusão:** os diagnósticos e intervenções de enfermagem possuem duas dimensões que representam a complexidade do cuidado de enfermagem. O uso de linguagem padronizada não impede a redundância de informações resultando em diagnósticos e intervenções diferentes para expressar as mesmas necessidades. **Palavras-chave:** diagnósticos de enfermagem; processo de enfermagem; prática avançada de enfermagem; respiração

RESUMEN

Marco contextual: el cambio de datos resultantes de la práctica clínica es crucial para apoyar el proceso de toma de decisiones. Portugal, utiliza la CIPE para documentar la práctica clínica, siendo necesaria la estandarización de lo proceso evitando redundancia de información. **Objetivos:** (1) identificar diagnósticos e intervenciones utilizados por enfermeros portugueses relacionados con el Proceso Respiratorio, (2) sugerir sintaxis unificadas de diagnósticos e intervenciones. **Metodología:** diseño cualitativo con análisis de contenido. La muestra incluyó datos sobre documentación electrónica en el sistema de información pública de enfermería hasta 2019. **Resultados:** 1502 diagnósticos surgieron 28 y de 2060 intervenciones surgieron 73 como los más relevantes. Los principales hallazgos fueron: dos áreas de atención de enfermería, una relacionada con la función respiratoria y otra con las habilidades de aprendizaje del paciente, diversidad de diagnósticos e intervenciones para expresar las mismas necesidades resultantes de una variedad de malentendidos taxonómicos, falta de lenguaje estandarizado. **Conclusión:** los resultados muestran que la documentación de enfermería tiene dos dimensiones representando la complejidad del cuidado de enfermería. También muestra que el uso de un lenguaje estandarizado no evita la redundancia de información resultando en diferentes diagnósticos e intervenciones para expresar las mismas necesidades. **Palabras-clave:** diagnósticos de enfermería; proceso de enfermería; enfermería de práctica avanzada; respiración

INTRODUCTION

Nowadays, the volume of nursing information related to respiratory process is continuously growing. The large amount and richness of this information represents a huge challenge for the development of nursing information systems, which must be able to evolve in order to maximize this powerful resource.

Standardizing how this data is collected, processed, shared, and stored is essential. It allows nurses to make clinical judgments, create nursing diagnoses, and prescribe, implement, and evaluate nursing interventions daily. Thus, it is expected that this data can be modelled and organized to be converted into information and later in scientific knowledge backing up evidence-based practice supporting clinical nursing decision-making (Lee & Park, 2017). The quantity and the complexity of nursing information have increased these recent years forcing information systems to evolve and adapt not only to new scientific knowledge but also to the new health organization. In this process, it is very important to address the changes that nursing documentation has undergone, as the form and content of nurses' documentation today are substantially different when compared to the documentation carried out in the past (Yue et al., 2022).

Nowadays the volume of nursing information related to the respiratory process is continuously growing, being crucial to standardize the way this data is collected, processed, shared and stored (Wang et al., 2019). This process will allow nurses to make clinical judgments and creating nursing diagnoses, as well as prescribing, implementing and evaluating nursing interventions, on a daily basis. It is thus expected that this data can be modelled and organized, in a way that

can be converted into information and later-on in scientific knowledge backing evidence-based practice and support nurses clinical decision-making (Lee & Park, 2017).

The aims of this study were (1) to identify the nursing diagnoses and the nursing interventions used by Portuguese nurses related to Respiratory Process and (2) to suggest unified nursing diagnoses and nursing intervention syntaxes related to Respiratory Process.

BACKGROUND

Throughout nursing history, there has always been a great concern with the nursing documentation resulting from clinical practice. In the 19th century, Florence Nightingale emphasized its importance and relation with the quality of nursing care (Gilber, 2020). We could say that a nursing information system is related to a contextualized set of data that, when appropriately provided, give guidance, instruction, and knowledge to nursing practice (Queirós et al., 2021). To fulfil this goal, the Ordem dos Enfermeiros adopted the International Classification for Nursing Practice (ICNP®) as the standard language for nursing documentation in 2007. Based on care units' individual parameterization, the strategy created a considerable number of nursing diagnoses and interventions to define the same clinical situation promoting information redundancy and enabling the production of nursing outcomes. It was then crucial to step up and evolve towards aggregating the most relevant information. The first step towards this aggregation occurred in 2014 with the content analysis of nursing national data parameterization made by Oporto Nursing School to propose unified diagnoses and interventions and the structural relationship between them (Silva et al., 2014).

Nursing documentation related to respiratory process: content analysis of portuguese health records

The growth of the Nursing Information System allowed using clinical data to sustain and evolve nursing knowledge improving nursing care within its domains. Thus, the information nurses produce has become a potential outcome of nursing care and improves care. Clark & Lang, in 1992, wrote that what cannot be named cannot be controlled, practiced, taught, financed, and included in the health policy (Clark & Lang, 1992). They highlighted a critical point and recognized that how nurses communicate with society, with each other, and with other stakeholders, or how each nurse uses his knowledge in patient care is related to the way it's organized.

Nurses need to describe and report their practice regularly and systematically. Thus, reducing redundancy by using a standardized language that promotes the capacity to communicate between different information systems and contributes to supporting nursing care, and effective nursing decision-making enabling easy retrieval and analysis of nursing data (Lingtong et al., 2018). Integrating nursing data in large datasets represents a considerable challenge that can be achieved using a controlled taxonomy instead of unstructured text data, helping aggregate terms (Sun et al., 2021).

The coexistence of heterogeneous and non-communicating health information systems narrows information sharing, impairing interoperability. It is necessary to evolve to a multilevel structure based on Clinical Data Models where the information is outside the software (Hak et al., 2020). These models express relevant concepts of clinical practice, and the relationship between them allows semantic interoperability by ensuring that understandable information over time is available at the place and time to care delivery (McCarthy et al., 2018).

The Oporto Nursing School always had an important role in Portuguese nursing information systems building the informatics model that housed electronic nursing documentation and creating the Centre for Information Systems Research and Development – CIDESI, accredited by ICN® in 2010. The present study is part of a much wider research protocol. This protocol aims to create a Nursing Clinical Data Model related to the Respiratory process to be included in a Nursing Ontology that will be used in the Portuguese health information system.

METHODOLOGY

Study Design

Qualitative, exploratory, and descriptive study was developed with a content analysis of nursing anonymized e-documentation. The study only includes e-documentation data not involving patients.

The study compromised two phases:

Pre-analysis to identify, collect and assemble all the diagnoses and interventions related to the respiratory process produced in the Portuguese public electronic health record (EHR), from hospital and primary care, up to 2019.

Content analysis (using Bardin's methodology) (Bardin, 2012) based on the ICNP® 2019 version of the data collected in the first stage.

Phase 1: Pre-analyse

It was analysed the Portuguese nursing parametrizations of the nursing diagnoses and nursing interventions related to the respiratory process produced in the Portuguese public EHR, from both hospital and primary care, up to 2019.

Exclusion criteria applied to Nursing Diagnoses

Nursing documentation related to respiratory process: content analysis of portuguese health records

The exclusion criteria were pre-defined, excluding diagnoses that, despite being linked to the respiratory process, did not match the study aims, such as:

Diagnoses related to nursing focus "**Suffocation**", "**Aspiration**" and "**Safety precautions**"- linked to risk conditions rather than reflecting real problems;

Diagnoses associated with the "**Ability to swallow**" - linked to the deglutition process;

Diagnostics related to "**Fatigue**" - emerging in this context by the impact of the shortness of breath in the activities of daily living;

Diagnostics associated with **Outcomes** not related to patient nursing care needs.

Our study only included e-documentation of adult patients, so we have excluded from the analysis e-documentation from children and adolescents as well as caregivers, mother, and/or father.

Based on a free reading of all extracted data, we have established additional exclusion criteria:

Incomplete Diagnoses: only provided "*nursing focus*" or were not specific enough (e.g., "ventilation")

Dissonance between focus and status group: disagreement between the focus of attention and the status group, either by dimension or by a qualifier (e.g., "Hypoventilation: learning of coughing skills not demonstrated")

Incomprehensive Diagnoses: ambiguous level of nursing focus (e.g., "Knowledge about expectoration sample")

Exclusion criteria applied to Nursing Interventions

It was excluded from the analysis all the interventions that followed these criteria:

Incomplete interventions: only provided the type of action or poorly specification of the intervention target (e.g. "auscultating")

Incomprehensive or Ambiguous Intervention: associated with an incomprehensive level of nursing intervention that can lead to contradictory interpretations (e.g., "Teaching patient to perform postural drainage with an insufflator/exsufflator device")

Uselessness or absence of specification interventions: interventions with none clinical use or lack of specification (e.g. "Instruct about adaptive equipment")

Medical prescription-related Interventions: related to medical prescriptions (e.g., "Perform inhalation therapy with isotonic saline")

Collaborative interventions: suggest collaboration between other health partners (e.g., "Perform Oxygen therapy")

Interventions linked to the nursing focus "Suffocation" and "Aspiration": removed because of the association with risk condition and are not targeted to the nursing focus of attention.

Interventions linked to "Ability to swallow" were removed because they are linked to the deglutition process.

Phase 2: Content Analysis

After identifying the diagnoses and the interventions, for content analysis, three main rules were used: (1) updating all terminology to the ICNP® 2019 customization structure to promote language standardization, (2) *a priori* categorization structure according to the ISO® 18104 Standards, and (3) data analysis to avoid conceptual redundancy and ambiguity.

Some encoding rules were pre-defined, as nursing diagnoses were concerned: (1) aggregating similar nursing focus in the same concept (e.g., Respiration, Hypoventilation, Hyperventilation were aggregated in

Nursing documentation related to respiratory process: content analysis of portuguese health records

“Ventilation”), (2) including all terms expressing negative judgment in the term "Impaired" and (3) removing the specification levels of the diagnosis judgment (e.g., "Impaired ventilation in a high degree").

Regarding nursing interventions, the encode rules adopted were: (1) associating qualitative data to Surveying Interventions (e.g., "Surveying airway clearance"), (2) linking qualitative data to Surveying Interventions (e.g., "Surveying airway clearance"), (3) aggregate nursing interventions that express focus on diagnostic activity (e.g., Assessing ventilation”) in the Assessing interventions, (4) associating more systematized information (e.g., "Teaching Pathological Process") to Teaching interventions and (5) linking practical information (e.g., "Instructing to optimize ventilation") to Instruct interventions.

Ethical Principles

All ethical imperatives were respected, and the study complied with the Declaration of Taipei and Helsinki.

The Portuguese Health Ministry provided all data, and the researchers only have access to anonymized data. Ethical approval of the project was granted by the Oporto Nursing School Ethics Committee (no. 560/2021).

RESULTS

Phase 1: Pre-analyse

We retrieved from the original analysis corpus 1502 diagnoses and 2060 interventions remaining 821 diagnoses and 1055 interventions after exclusion criteria to phase two of the study.

Phase 2 - Content Analysis

Nursing Diagnoses

The remaining 821 were submitted to the encode rules (previously established) resulting in 35 nursing diagnoses syntax categories centred on Respiratory Process (Table 1)

Table 1

Data post-analysis of the active customization: Diagnoses per focus

Nursing Focus	Nursing Diagnoses
Activity Intolerance	Activity intolerance Activity intolerance: Potential to enhancing ability in energy conservation Activity intolerance: Potential to enhancing knowledge about energy conservation
Airway Clearance	Impaired Airway clearance Impaired Airway clearance: Potential to enhance ability in airway clearance Impaired Airway clearance: Potential to enhance knowledge of promoting airway clearance Impaired Airway clearance: Potential to enhance knowledge of inhalation therapy Impaired Airway clearance: Readiness to enhance the ability to perform inhalation therapy
Expectoration	Impaired Expectoration Impaired Expectoration: Potential to enhance knowledge of expectoration Impaired Expectoration: Potential to enhance ability in expectoration Impaired Expectoration: Potential to enhance the ability to perform inhalation therapy Impaired Expectoration: Potential to enhance knowledge of inhalation therapy
Cough	Impaired cough Impaired cough: Potential to enhance the ability to cough Impaired cough: Potential to enhance knowledge of cough
Functional Dyspnea	Functional Dyspnoea Functional Dyspnoea: Potential to enhance the ability to optimize ventilation Functional Dyspnoea: Potential to enhance knowledge of optimizing ventilation Functional Dyspnoea: Potential to enhance the ability to use non-invasive ventilation device Functional Dyspnoea: Potential to enhance knowledge of non-invasive ventilation Functional Dyspnoea: Potential to enhance the ability to use oxygen therapy

Nursing documentation related to respiratory process: content analysis of portuguese health records

	Functional Dyspnoea: Potential to enhance knowledge of oxygen therapy Functional Dyspnoea: Potential to enhance knowledge of energy conservation Functional Dyspnoea: Potential to enhance ability in energy conservation
Ventilation	Impaired Ventilation Impaired Ventilation: Potential to enhance the ability to optimize ventilation Impaired Ventilation: Potential to enhance knowledge to optimize ventilation Impaired Ventilation: Potential to enhance knowledge on non-invasive ventilation Impaired Ventilation: Potential to enhance the ability to use non-invasive ventilation device
Dyspnea	Dyspnea Dyspnea: Potential to enhance the ability to optimize ventilation Dyspnea Potential to enhance the knowledge to optimize ventilation Dyspnea: Potential to enhance the ability to use oxygen therapy Dyspnea: Potential to enhance knowledge of oxygen therapy

Nursing Interventions

Out of the nursing interventions that arose from phase 1, 76 categories emerged, corresponding to 76 nursing interventions. For content analysis purposes, these nursing interventions were then divided into four categories: (1) Surveillance/Evaluation activities, (2) Informing related Interventions, (3) Performing related Interventions, and (4) Intention related interventions.

This division was made according to the different phases of the nursing process as the nursing interventions are performed to fulfil a predetermined objective, usually to respond to an identified nursing diagnosis.

The final intervention categories are presented in table 2.

Table 2

Final Interventions Categories

Diagnostic related interventions	Informing interventions	Performing interventions	Intention interventions
ASSESSING Ability to: promote airway clearance expectorate optimize ventilation Knowledge about (...) Airway clearance Cough Ventilation Activity Intolerance EVALUATING Knowledge about (...) Ability to perform Inhalation therapy SUPERVISING Breathing exercises MONITORING Expired CO ₂ Oxygen concentration Respiratory frequency Arterial gases Peak expiratory flow Oxygen saturation Expiratory volume SURVEYING Dyspnea Expectoration	TEACHING Energy conservation Pathological Process Non-invasive ventilation INSTRUCTING Inhalation therapy Optimize ventilation Cough Non-invasive ventilation Breathing exercise Chest expansion exercises Expectoration techniques Breathing devices Airway clearance techniques Respiratory devices Oxygen therapy Exercise regime Ventilatory exercises Muscle or joint exercise technique TRAINING Expectoration drainage Cough Energy conservation Inhalation therapy Use of respiratory devices Oxygen therapy	PERFORMING Inhalation therapy Breathing techniques Chest expansion exercises Airway clearance techniques Ventilation with manual insufflator/exsufflator APPLYING breathing device insufflation/exsufflation device ASPIRATING Airway suction ASSISTING Expectorate Cough ELEVATING Fowler Position MANAGING Inhalation therapy Liquid ingestion Oxygen therapy ESTIMATE Cough reflex	OPTIMIZING Inhalation therapy Ventilation with non-invasive ventilation Ventilation with positioning Ventilation with respiratory devices PLANNING Activity

Nursing documentation related to respiratory process: content analysis of portuguese health records

Airway clearance Cough reflex Breathing Cough Ventilation Auscultating lung	Breathing exercise Non-invasive ventilation Respiratory devices		
--	---	--	--

DISCUSSION

The results obtained represent the main nursing diagnoses and nursing interventions identified by Portuguese nurses related to Respiratory Process. In the content analysis findings, it is possible to identify two dimensions of nursing care: nursing diagnoses and nursing interventions related to impaired function and those that is centred on patients learning capacities and knowledge to cope with the new condition.

Nursing Diagnosis

The nursing diagnoses directly linked to changes in respiratory function were mainly based on signs and symptoms management.

In the content analysis due to upgrading to ICNP 2019 we aggregate several diagnoses because it were not present in the 2019 version (e.g. diagnoses related to the nursing focus *"Breathing"* in the nursing focus *"Ventilation"*). We also linked several nursing diagnoses associated to *"Gaseous Exchange"* in nursing focus *"Ventilation"*, as we considered that gaseous exchange should be considered as assessment data rather than nursing diagnoses. In fact, hypercapnia for example is the independent risk factor of mortality in COPD, and is an important data to define *"Impaired ventilation"* nursing diagnostic (Csoma et al., 2022). Nursing diagnoses identified as *"Orthopnea"* were included in the category *"Dyspnea"*, has the nursing focus of attention seems to be the breathlessness itself, not the body position, this is the case in COVID-19 patients that the body position improved dyspnea because of the physiological effect of the Fowler

position or prone position in the respiratory process rather the position itself (Hentsch et al., 2021)

Nursing diagnoses like *"Dyspnoea"* and *"Functional Dyspnoea"*, affecting the patient's ability to perform certain daily living activities, represent critical clinical data. This data will help the assessment and the clinical decision-making process, playing a crucial role in developing the Clinical Data Model, using this information not only as diagnoses but also as data. Other diagnoses found are related to impaired functions due to changes in the respiratory process and are sensible to nurses' interventions such as *"Impaired Airway Clearance"* or *"Impaired Ventilation"*. In our results, we found linkage of focus and different judgements (e.g. *"Low Ventilation"* and *"Impaired Ventilation"*), describing similar forms to define the same thing. This resulted in different diagnoses being used by nurses to express the same needs. Semantic redundancy between terms adopted for focus and judgements explained most of the disparity found before and after the content analysis. The core focus of nursing attention should be expected to have clear standard terms to describe patient needs. However, this is not the case.

However, nursing care is not only focused on physiologic function impairment and signs and symptoms management; even though some areas of its practice are under its responsibility, the nursing perspective should follow the patient-centered care model structured around the client (Oreofe & Oyenike, 2018). In this context, nursing care can become

Nursing documentation related to respiratory process: content analysis of portuguese health records

meaningful by helping cognitive integration and behavioural and emotional responses in daily activities leading to the preservation of autonomy, independence in self-care, and well-being. The main goal is the development of patient cognitive, behavioural, building emotional skills to obtain mastery of dealing with new situations facilitating the transition process (Meleis, 2012).

Diagnoses related to learning capacities seek to integrate and train the patient, promoting self-management skills by moving to a collaborative care model focused on the patient's needs and decisions.

In this dimension, nurses recognize the potential to adapt to a new condition, enabling and motivating to improve the health status. In 2022 The Cochrane Library published a systematic review and concluded that self-management interventions for people with COPD are associated with improvements in quality of life and a lower probability of respiratory-related hospital admissions (Schrijver et al., 2022),

Including the patient in the care process becomes crucial and is an essential step towards a healthy transition. Training and empowerment are key parts of the whole process, which starts with awareness and continues with the improvement of knowledge and the ability to optimize his decision-making process. (Meleis, 2012). Nursing diagnoses like *"Potential to enhance knowledge to optimize ventilation"* express how nurses recognize the client's potential for adaptation to the new condition by developing appropriate response patterns.

Yue et al (2022) described that despite nursing information systems has changed the way nursing is practiced, mixed findings have been identified in terms of information quality and access, documentation burden, time spent on patient care and ultimately,

nurse and patient satisfaction with implications on the implementation (Yue et al., 2022). Also, there is a lack of agreement about what descriptors to use in terminologies. Even with the use of standardized language, the locally customization will cause variability and dispersion of terms that impairs semantic interoperability. Sun et al (2021) found that the lack of semantic interoperability is cited as a primary reason for inefficiencies within the healthcare system. Thus, semantic interoperability is essential for accurate and advanced health-related computing and EHR sharing (Sun et al., 2021). Similar findings have been found by Neves & Parente (2019), Goncalves et al. (2018) and Cruz et al. (2016) in their content analysis of Portuguese nursing diagnoses in the neuromuscular process, mental health records and on the management of treatment regimen, respectively. This suggests that nursing care parametrization should be national rather than institutional.

Nursing Interventions

The content analysis allowed us to understand some difficulties nurses have in describing the nursing interventions. One of these difficulties was the lack of standardized language leading to a considerable number of interventions, most redundant or without clinical benefit.

The verbal dispersal documenting nursing interventions stood out throughout the content analysis. For example, for the intervention *"Airway suction"*, nurses identify *"Suctioning the patient"*, *"Performing airway clearance"*, and *"Extract secretions"*, among other terms. Different intervention syntaxes were also found in the analysis (e.g., 82 different sentences records were found to identify the nursing intervention *"Instruct about breathing exercise"*). A consequence of this fact was the creation

Nursing documentation related to respiratory process: content analysis of portuguese health records

of a huge and very heterogeneous amount of information with no clinical benefits, compromising semantic interoperability and the production of outcomes. These findings are consistent with the scientific knowledge published about nursing information systems. Many studies stand the need for effective use of standardized nursing language as it is fundamental to produce nursing outcomes (Wang et al., 2019). The use of several standard languages combined with different parametrization make it difficult to aggregate and generalize findings (Fennelly et al., 2021)

Another finding in the content analysis was the granularity of the interventions, especially those related to nursing techniques. We choose not to increase detail because we felt that the nursing attention should not be on the technique itself but the purpose of it. (e.g., *"Perform airway clearance technique"* rather than *"Perform postural drainage of the apical segment of the right upper lobe"*).

Compared with the conventional information records, standardized nursing language is more consistent. Its use enables the implementation of systematic and standardized practice, thereby improving the quality of care. Schenk et al. in 2018 concluded that nurses spent significantly more time with their patients in contexts that use nurses' information systems (Schenk et al., 2018).

Although the use of standardized language is a significant upgrade to nursing practice, the challenge of nursing information systems is to reduce redundancy and to improve semantic interoperability (Sun et al., 2021). We are now facing a double challenge: improving semantic interoperability within and between the system and aggregate information about nursing care, reducing diagnostic and

intervention variability, improving information intelligibility (Silva et al., 2014). Thus, nurses must define what data or information incorporates the best practices to sustain clinical decisions through shareable nursing concepts based on the best scientific evidence to produce solid outcomes (Lingtong et al., 2018).

CONCLUSIONS

This study identified the most relevant nursing diagnoses and nursing interventions related to the respiratory process, produced by Portuguese nurses suggesting unified diagnoses and interventions syntaxes. It also shows both the importance of using standardized data to identify correctly nursing diagnoses and nursing interventions in order to achieved semantic interoperability laying the basis to build a nursing clinical data model and contributing to developing a nursing ontology.

Another conclusion of this study is the lack of consensus on nursing documentation confirming the need for standardization of nursing language to prevent disparity of terms to describe the same condition.

Nowadays semantic interoperability is a crucial outcome to the development of the modern nursing information system regarding not only the production of nursing outcomes but also improving evidence-based practice. This only can be possible with high quality information available to help nursing clinical decision in order to improve quality of nursing care. This result may bring an important contribution to improve electronic information systems and contributing for a more reliable nursing outcomes

Nursing documentation related to respiratory process: content analysis of portuguese health records

providing evidence of the important role of nursing in healthcare.

This study does have some limitations. One of these limitations is the fact that the criteria applied in the diagnoses and interventions analysis were only based on Portuguese nursing reality however nursing's competences may be different in other countries. Other limitation is the fact the focus to be included in the study and the eligibility criteria were defined by the research team.

We think that further investigation should be carried out not only in Portugal analysing not only the nursing diagnoses and the nursing interventions but also centred in the other nursing process phases.

REFERENCES

- Bardin, L. (2012). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Almedina Brasil.
- Clark, J., & Lang, N. (Jul-Aug de 1992). Nursing's next advance: an internal classification for nursing practice. *International Nursing Review*, 109-111.
- Cruz, I., Bastos, F., Pereira, F., Silva, A., & Sousa, P. (2016). Analysis of the Nursing Documentation in Use in Portugal - building a clinical data model of nursing centered on the management of treatment regimen. *Nursing Informatics*, 407-411.
- Csoma, B., Vulpi, M. R., Dragonieri, S., Bentley, A., Felton, T., Lázár, Z., & Bikov, A. (2022). Hypercapnia in COPD: Causes, Consequences, and Therapy. *Journal of Clinical Medicine*, 11.
- Fennelly, O., Grogan, L., Reed, A., & R. Hardiker, N. (2021). Use of standardized terminologies in clinical practice: A scoping review. *International Journal of Medical Informatics*, 149.
- Gilber, H. (2020). Florence Nightingale's Environmental Theory and its influence on contemporary infection control. *Collegian*, 626-633.
- Gonçalves, P., Sequeira, C., & Paiva e Silva, M. (2018). Content analysis of nursing diagnoses in mental health records in Portugal. *International Nursing Review*, 10.
- Hak, F., Oliveira, D., Abreu, N., Leuschner, P., Abelha, A., & Santos, M. (2020). An OpenEHR Adoption in a Portuguese Healthcare Facility. *Procedia Computer Science*.
- Hentsch, L., Cocetta, S., Allali, G., Santana, I., Eason, R., Adam, E., & Janssens, J.-P. (2021). Breathlessness and COVID-19: A Call for Research. *Respiration*, 100, 1016-1026.
- Krueger, R., & Casey, M. (2015). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. SAGE Publications.
- Lee, J., & Park, H. (2017). Development and validation of detailed clinical models for nursing action in perinatal care. *International Journal of Medical Informatics*, 102.
- Lingtong, M., Tian, Q., Lu, X., Jiye, A., Duan, H., & al, e. (2018). An openEHR based approach to improve the semantic interoperability of clinical data registry. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 49-56.
- McCarthy, B., Fitzgerald, S., O'Shea, M., Condon, C., Hartnett-Collins, G., Clancy, M., Sheehy, A., Denieffe, S., Bergin, M., & Savage, E. (2018). Electronic nursing documentation interventions to promote or improve patient safety and quality care: a systematic review. *Journal of Nursing Management*.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Neves, H., & Parente, P. (2019). A nursing clinical data model for neuromuscular processes: content analysis of the Portuguese nursing customization. 1609-1616.
- Oreofe, A. I., & Oyenike, A. M. (2018). Transforming Practice through Nursing Innovative Patient Centered Care: Standardized Nursing Languages. *International Journal of Caring Sciences*, 1319-1322.
- Paiva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem: Uma teoria explicativa da mudança*. Porto: Formasau.
- Queirós, C., Paiva Silva, Cruz, I., Cardoso, A., & Morais, E. (2021). Nursing diagnoses focused on universal self-care requisites. *International Nursing Review*, 1-13.
- Schenk, E., Scheleyer, R., Jones, C. R., Fincham, S., Daratha, K. B., & Monsen, K. A. (2018). Impact of Adoption of a Comprehensive Electronic Health Record on Nursing Work and Caring Efficacy. *Computers Informatic Nursing*, 331-339.
- Schrijver, J., Lenferink, A., Brusse-Keizer, M., Zwerink, M., van der Valk, P., van der Palen i, J., & Effing, T. (2022). Self-management interventions for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Library*.

Nursing documentation related to respiratory process: content analysis of portuguese health records

Silva, A. P., Cardoso, A., Sequeira, C., Morais, E. J., Bastos, F., Pereira, F., & et al. (2014). *Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Aspen Publications.

Sun, B., Zhang, F., Li, J., Yang, Y., Diao, X., Zhao, W., & Shu, T. (2021). Using NLP in openEHR archetypes retrieval to promote interoperability: a feasibility study in China. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12911-021-01554-2>

Wang, J., Mallow, J., & Bakken, S. (2019). Models of Collaboration and Dissemination for Nursing Informatics. *Nursing Outlook*, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.02.003>.

Yue, Z., Zhenghong, Y., Zhang, Q., Qin, W., Chun, Y., & Zhang, Y. (2022). Transition to a new nursing information system embedded with clinical decision support: a mixed-method study using the HOT-fit framework. *BMC Medical Informatics and Decision Making*.

OS ENFERMEIROS FACE À COVID-19: CONHECIMENTOS, ATITUDES E PERCEÇÃO DE RISCO

Nurses and COVID-19: knowledge, attitudes and risk perception

Enfermeros frente a la COVID-19: conocimientos, actitudes y percepción del riesgo

Cátia Martins*, Lígia Lima**, Celeste Bastos***

RESUMO

Enquadramento: a COVID-19 é uma doença infecciosa que pela sua alta transmissibilidade, rapidamente se tornou pandémica. Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, têm maior risco de exposição pois encontram-se na frente de combate a esta pandemia. **Objetivos:** o estudo tem como objetivo explorar os conhecimentos, as atitudes, a percepção de risco e a percepção de proteção dos enfermeiros face à COVID-19, e possíveis associações entre estas variáveis. **Metodologia:** estudo descritivo, correlacional e transversal, baseado na aplicação de um questionário a uma amostra de 111 enfermeiros. **Resultados:** os resultados demonstraram um conhecimento satisfatório, média de respostas corretas de 68,8%; atitudes maioritariamente positivas, com um valor médio de 4,2 para um score total de 5; percepção de risco moderada com um valor médio de 5 para um score total de 10; percepção de proteção em função do equipamento de proteção individual moderada (M=2,5) e percepção de proteção em função do espaço físico também moderada (M=2,6) ambas para um score total de 5. Verificou-se uma associação entre o nível de conhecimento e atitudes mais positivas. **Conclusão:** estes resultados podem contribuir para identificar fatores que influenciam a prática dos enfermeiros, melhorando a qualidade da prestação de cuidados.

Palavras-chave: COVID-19; conhecimento; atitude; risco; enfermagem.

*MSc, em Enfermagem Médico Cirúrgica no Centro Hospitalar e Universitário de São João – <https://orcid.org/0000-0001-7750-0722> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article;
**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;
***PhD, em Psicologia na Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0001-5907-6702> - Author contribution: study conception and design, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article;

ABSTRACT

Background: COVID-19 is an infectious disease that due to its high transmissibility has quickly become pandemic. Health professionals and nurses have a higher risk of exposure because they are at the forefront of combating this pandemic. **Objectives:** the study aims to explore the knowledge, attitudes, perception of risk and perception of protection of nurses against COVID-19, and possible associations between these variables. **Methodology:** this is a descriptive, correlational, and cross-sectional study, based on the application of a survey to a sample of 111 nurses. **Results:** the results showed satisfactory knowledge, with an average of correct answers of 68.8%; mostly positive attitudes, with an average value of 4.2 for a total score of 5; moderate risk perception with an average value of 5 for a total score of 10; moderate perception of protection due to personal protective equipment (M=2.5) and as well as a function of physical space (M=2.6) both for a total score of 5. There was an association between the level of knowledge and more positive attitudes. **Conclusion:** these results can contribute to identify factors that influence the practice of nurses, improving the quality of healthcare.

Keywords: COVID-19; knowledge; attitude; risk; nursing.

RESUMEN

Marco contextual: el COVID-19 es una enfermedad infecciosa que por su alta transmisibilidad se ha convertido en una pandemia. Los enfermeros tienen mayor riesgo de exposición porque están a la vanguardia de la lucha contra esta pandemia. **Objetivos:** el estudio tiene como objetivo explorar el conocimiento, las actitudes, la percepción de riesgo y la percepción de protección de los enfermeros contra el COVID-19, y las posibles asociaciones entre estas variables. **Metodología:** estudio descriptivo, correlacional y transversal, basado en la aplicación de un cuestionario a una muestra de 111 enfermeras. **Resultados:** los resultados mostraron conocimientos satisfactorios, media de respuestas correctas 68,8%; actitudes positivas, con un valor medio de 4,2 para una puntuación total de 5; percepción de riesgo moderada con un valor promedio de 5 para una puntuación total de 10; percepción de protección debido a equipo de protección personal moderado (M = 2.5) y percepción de protección en función del espacio físico moderado (M = 2.6) para una puntuación total de 5. Hubo una asociación entre el nivel de conocimiento y actitudes más positivas. **Conclusión:** estos resultados pueden contribuir a identificar factores que influyen la práctica de los enfermeros, mejorando la calidad de la prestación de cuidados.

Palabras clave: COVID-19; conocimiento; actitud; riesgo; enfermería.

Autor de correspondência:

Cátia Martins

vanessa.martins.enf@gmail.com

Como referenciar:

Martins, C., Lima, L., & Bastos, C. (2023). Os Enfermeiros face à COVID-19: conhecimentos, atitudes e percepção de risco. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(1), 85-97. <https://doi:10.37914/riis.v6i1.243>

Recebido para publicação: 14/12/2022

Aceite para publicação: 30/03/2023

INTRODUÇÃO

No final de 2019 surgiram, na província de Hubei em Wuhan, na China, vários casos de pneumonia de etiologia vírica e o agente causal identificado foi um novo coronavírus, o *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2) (Lu et al., 2020). Esta nova estirpe levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a decretar a doença como pandémica ainda em março de 2020 (Borges et al., 2021).

A alta transmissibilidade deste vírus trouxe sérios desafios aos doentes, mas também aos profissionais de saúde que se encontram no epicentro dos surtos de COVID-19 (Fetansa et al., 2021). Em particular, sublinha-se o papel dos enfermeiros nos serviços de saúde, que por se encontrarem na linha da frente do combate à doença experienciaram novos reptos e mudanças nunca antes vivenciados (Borges et al., 2021). A transmissão do vírus entre os profissionais de saúde é elevada, pelo que, fatores como o conhecimento, as atitudes e a perceção de risco em relação à COVID-19 poderão ser preponderantes para compreender e prevenir riscos existentes nos serviços de saúde (Abdel Wahed et al., 2020).

O objetivo deste estudo foi explorar os conhecimentos, as atitudes (em relação à doença e ao uso de equipamento de proteção individual), a perceção de risco e perceção de proteção dos enfermeiros face à COVID-19, e possíveis associações entre estas variáveis.

O conhecimento refere-se à informação relacionada com a COVID-19, o vírus SARS-CoV-2, o modo de transmissão e as medidas de prevenção e controlo. As atitudes face à COVID-19 referem-se à perceção positiva/favorável ou negativa/desfavorável em relação à doença e às medidas de prevenção e

controlo. A perceção de risco diz respeito à perceção de vulnerabilidade do profissional ou dos seus familiares contraírem a doença. Formulada de forma oposta ou inversa, a perceção de proteção descreve a proteção que os enfermeiros percecionam durante a realização de diferentes procedimentos, mediante o equipamento de proteção individual (EPI) utilizado e a proteção percecionada em função do espaço físico onde se encontram.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A pandemia COVID-19 colocou imensos desafios aos profissionais de saúde, nomeadamente, a necessidade de adquirir conhecimentos e desenvolver competências, num clima de incerteza e constante atualização de informação. O confronto com o risco acrescido de exposição a uma doença altamente contagiosa, deixou estes profissionais perante dilemas na tomada de decisão e na opção por determinados comportamentos.

No âmbito da COVID-19, principalmente na fase inicial da pandemia, os profissionais de saúde desconheciam em grande parte, o novo coronavírus e as especificidades da doença, situação que se foi modificando com a evolução da pandemia.

Vários são os estudos que abordam a temática do conhecimento dos profissionais de saúde sobre a COVID-19 (Abdel Wahed et al., 2020; Bhagavathula et al., 2020; Kamacooko et al., 2021; Maude et al., 2021; Nahidi et al., 2021), nem sempre com resultados muito concordantes. Num estudo desenvolvido por Bhagavathula et al. (2020) nos Emirados Árabes Unidos, foi aplicado um questionário em março de 2020 a vários profissionais de saúde, tendo os resultados revelado que os profissionais tinham um

Os Enfermeiros face à COVID-19: conhecimentos, atitudes e percepção de risco

conhecimento insuficiente sobre a COVID-19. Resultados diferentes foram relatados no estudo de Abdel Wahed et al. (2020), em que o nível de conhecimento sobre a COVID-19 foi elevado, sendo que, um maior nível de conhecimento estava associado a faixas etárias mais jovens e percurso académico mais vasto. Uma dificuldade na análise da evidência prende-se com as limitações colocadas na comparação entre estudos dada a diversidade das questões selecionadas em cada estudo e o crescimento acelerado do conhecimento neste período. Entre diferentes vagas da pandemia, os profissionais foram tendo acesso a novas informações sobre a doença, o vírus, o modo de transmissão, as modalidades terapêuticas e as medidas de proteção.

Em tempo de pandemia COVID-19, outra área de interesse na investigação foi a das atitudes dos profissionais de saúde, em grande parte pela sua possível influência nas práticas clínicas (Abdel Wahed et al., 2020; Giao et al., 2020; Kamacooko et al., 2021; Lake et al., 2021; Maude et al., 2021). No estudo de Abdel Wahed et al. (2020) foi encontrada uma associação positiva entre conhecimentos e atitudes, ou seja, os profissionais de saúde que detinham um maior nível de conhecimentos, apresentavam também atitudes mais positivas em relação à prevenção da doença. Ainda neste estudo, também a percepção de risco se mostrou associada às atitudes dos profissionais de saúde, no sentido em que, o medo de contrair o vírus e/ou de transmitir a doença à família, se correlacionava com atitudes mais positivas em relação às práticas preventivas no contexto laboral (Abdel Wahed, 2020). O estudo de Giao e colaboradores (2020) corrobora estes resultados.

Historicamente, as doenças infecciosas estão associadas a um grande número de mortes, causando

insegurança nas pessoas. Também na pandemia da COVID-19, principalmente nas primeiras vagas da doença, a população em geral e os próprios profissionais de saúde, perceberam o vírus como uma ameaça e sentiam-se em risco (Bavel et al., 2020). Durante a pandemia por COVID-19 as dinâmicas dos cuidados de saúde sofreram mudanças (Rodrigues et al., 2021) e foram necessárias estratégias consistentes para proteger os profissionais de saúde, pelo que, promover a sua proteção foi essencial para reduzir a transmissão nosocomial da doença e manter a capacidade de assistência dos serviços de saúde. A prevenção e controlo de infeção no âmbito dos cuidados de saúde envolve o uso de EPI, a identificação precoce e isolamento dos indivíduos infetados, definindo protocolos de ação específicos, entre outras estratégias (Fernandes et al., 2021).

Os enfermeiros, encontrando-se na linha da frente de combate à pandemia, necessitaram de adquirir conhecimento de forma a prestar cuidados de saúde em segurança, pois o contacto direto com os clientes deixava-os em maior risco de desenvolver a doença (Alah et al., 2021). Souza et al. (2022) apontaram a necessidade de promover a formação destes profissionais, sensibilizando-os para a correta utilização dos equipamentos, assim como, para a adesão às medidas de prevenção e controlo de infeção. Num estudo realizado por Abdel Wahed et al. (2020), verificou-se que a maioria dos participantes demonstrou medo (83,1%) e percebeu-se com suscetibilidade à doença (89,2%). Entre os motivos que explicavam os receios destes profissionais de saúde, estavam o medo de transmitir a infeção no seu agregado familiar e a percepção da alta transmissibilidade da doença. No mesmo estudo é ainda referido que a falta de EPI constituiu o principal

motivo para que se sentissem suscetíveis à infeção (Abdel Wahed et al., 2020). Já num estudo conduzido no Irão os profissionais de saúde identificaram a degradação das infraestruturas dos sistemas de saúde, o número reduzido de profissionais e também a escassez dos EPI, salientando-se que apenas metade dos inquiridos concordava com os procedimentos definidos governamentalmente para a abordagem aos casos suspeitos e infetados por COVID-19 (Aladul et al., 2020).

Ao nível nacional, um estudo português tentou perceber as possíveis diferenças entre a percepção de risco face à COVID-19 dos profissionais de saúde em comparação com a população em geral, concluindo que os profissionais de saúde consideravam muito provável contraírem COVID-19, ao contrário da população em geral que considerava a probabilidade de ser infetado como moderada (Peres et al., 2020). Atendendo aos aspetos apresentados, percebe-se que a exposição ocupacional à COVID-19, o risco acrescido dos profissionais de saúde contraírem a doença e as múltiplas exigências que a pandemia coloca a estes profissionais, têm repercussões na sua vida pessoal e familiar, no seu desempenho profissional e na sua saúde e bem-estar. É por isso desejável encontrar estratégias para minimizar essas repercussões na vida e na saúde dos profissionais.

METODOLOGIA

Estudo observacional, descritivo e correlacional, do tipo transversal. A população alvo foram enfermeiros em exercício profissional durante a pandemia por COVID-19 em Portugal. Da população acessível, resultou uma amostra de 111 participantes, seguindo o método de amostragem por redes.

Uma vez que na literatura não foi encontrado nenhum instrumento de avaliação que se adequasse aos objetivos do estudo, desenvolvemos um questionário específico que congregou também questões adaptadas de outros instrumentos já existentes, com o consentimento dos seus autores. As questões foram agrupadas em torno de quatro domínios: a caracterização sociodemográfica e profissional, o conhecimento, as atitudes e a percepção de risco/percepção de proteção em relação à COVID-19.

O primeiro domínio incluiu 10 questões para caracterização sociodemográfica (sexo, idade, estado civil, agregado familiar e habilitações académicas), clínica (padecerem de uma ou mais doenças crónicas, sendo que o mesmo se aplica aos seus familiares) e socioprofissional (categoria profissional, tempo de experiência profissional e terem prestado ou não cuidados a doentes COVID-19). Neste domínio foram ainda colocadas três questões abertas que versaram sobre os seguintes temas: acesso a formação sobre EPI, restrições relativamente aos EPI e existência de fatores de risco organizacionais para a transmissão da COVID-19. O domínio do conhecimento sobre a COVID-19 incluiu 20 questões (sobre o vírus, sintomatologia, grupos de risco e medidas de prevenção), com opções de resposta de “Verdadeiro”, “Falso” e “Tenho Dúvidas”. Em relação ao domínio das atitudes, o mesmo integrou 9 itens (procura, aquisição e disseminação de conhecimento sobre a COVID-19, adequação do EPI, confiança para a prestação de cuidados a doentes COVID-19, posicionamento em relação à vacinação e preparação que sentem possuir para colaborarem em ações de sensibilização à equipe de saúde sobre EPI), numa escala de Likert, em que os participantes expressavam a sua concordância selecionando uma das opções “Discordo totalmente”,

Os Enfermeiros face à COVID-19: conhecimentos, atitudes e percepção de risco

“Discordo”, “Nem concordo nem discordo”, “Concordo” e “Concordo totalmente”. O domínio percepção de risco, foi constituído por uma escala com três conjuntos de questões. O primeiro conjunto composto por quatro itens, em que o participante classificou de zero a 10 o risco e o medo de ser infetado (2 itens) e o medo dos seus familiares serem infetados (2 itens). O segundo conjunto, composto por 6 itens, esteve direcionado para a percepção de proteção na utilização de EPI em diferentes situações de cuidados. O terceiro conjunto com 5 itens, avaliou a percepção de proteção em diferentes espaços físicos, com opções de resposta numa escala de *Likert* de “Nada protegido”, “Pouco protegido”, “Protegido” e “Muito protegido”. O questionário foi submetido a um pré-teste, com seis enfermeiros, dois de cuidados gerais e quatro enfermeiros especialistas, recorrendo à técnica da reflexão falada. O objetivo do pré-teste foi avaliar a compreensibilidade e adequação dos itens. A maioria das alterações propostas foram textuais e corresponderam a alterações frásicas no sentido de uma compreensão mais fácil dos itens.

A recolha de dados ocorreu de 7 de maio a 8 de julho de 2021. O questionário de autopreenchimento foi realizado com a ferramenta da *Google Free Online Surveys for Personal Use (Forms)* e ficou disponível para preenchimento *on-line*. Foi divulgado pelo investigador principal via email pessoal para enfermeiros da sua rede de contactos profissionais e académicos, bem como, através de redes sociais, solicitando aos potenciais participantes para partilharem e divulgarem o questionário junto dos seus respetivos contactos. A parte inicial do questionário integrou uma breve informação ao participante sobre o estudo e os seus objetivos, bem como as várias premissas do consentimento

informado, sendo pedido ao participante o seu consentimento informado e expresso de aceitação em participar no estudo, e só após este consentimento era dado acesso ao preenchimento do questionário *online*. O estudo foi previamente aprovado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto (parecer ADHOC_412/2021).

Os dados obtidos foram armazenados em folha de cálculo *excel* e posteriormente transportados para documento do *Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 28.0. No estudo das propriedades psicométricas do instrumento foi calculada a consistência interna das escalas, sendo que, após este procedimento alguns itens foram removidos da análise.

Na análise dos dados utilizamos a estatística descritiva simples, o teste *t de Student* para amostras independentes na comparação dos resultados entre diferentes grupos de participantes e o coeficiente de correlação de *Pearson (r)* no estudo da associação entre variáveis. As respostas às questões abertas foram submetidas a análise qualitativa, seguindo o método de análise temática de Braun e Clarke (2006).

RESULTADOS

Os resultados relativos às características sociodemográficas, clínicas e profissionais dos participantes são apresentados na tabela 1. A maioria dos participantes era do sexo feminino (77,5%) com média de idades de 33 anos, 50,5% com estado civil solteiro e mais de metade possuía um agregado familiar de dois a três elementos. Apenas uma minoria dos enfermeiros era portadora de doença crónica (13,5%) e um número também reduzido tinha familiares com doença crónica (27,9%).

Os Enfermeiros face à COVID-19: conhecimentos, atitudes e perceção de risco

Quanto às habilitações literárias a maioria dos participantes (55,9%) possuía licenciatura e um número elevado de enfermeiros tinha um tempo de exercício profissional entre um a cinco anos (33,3%) ou superior a 15 anos (27%). No que se refere ao contexto laboral, a maioria dos participantes (80,2%) prestou cuidados a doentes com diagnóstico de COVID-19, no

entanto, apenas 59,5% dos enfermeiros referiu ter realizado formação no âmbito dos EPI. Uma minoria dos participantes referiu a existência de restrições à utilização de EPI (15,3%) e menos de metade da amostra (37,8%) refere a existência de fatores de risco para a transmissão do SARS-CoV-2, no seu contexto laboral.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica, clínica e socioprofissional dos participantes

		N=11	N (%)
		1	
Sexo	Feminino	86	77,5
	Masculino	25	22,5
Estado Civil	Solteiro	56	50,5
	Casado ou União de Facto	52	46,8
	Separado ou Divorciado	3	2,7
Nº de elementos do agregado familiar	1	21	18,9
	>1 a 3	57	51,4
	>3 a 6	33	29,7
Habilitações Académicas	Licenciatura	62	55,9
	Curso de Pós-graduação	11	9,9
	Curso de Pós-licenciatura	22	19,8
	Mestrado	15	13,5
Doença crónica	Doutoramento	1	0,9
	Tem doença crónica	15	13,5
Categoria Profissional	Tem familiares com doença crónica	31	27,9
	Enfermeiro de cuidados gerais	80	72,1
	Enfermeiro Especialista	27	24,3
	Enfermeiro em funções de chefia	3	2,7
Tempo de exercício profissional	Enfermeiro Gestor/Chefe	1	0,9
	0 - 1 ano	8	7,2
	>1 - 5 anos	37	33,3
	>5 - 10 anos	17	15,3
	>10 - 15 anos	19	17,1
	>15 anos	30	27

No domínio dos conhecimentos, o qual incluía 20 questões, a média do número de respostas corretas foi de 13,8 (DP=1,58), o que corresponde a 68,8% de respostas corretas. Numa análise mais individual dos itens, verificamos um maior número de respostas

corretas no item relativo aos sintomas suspeitos de COVID-19 (100%) e no item sobre a adoção das precauções básicas do controlo da infeção (PBCI) e as precauções baseadas na via de transmissão (PBVT) na prevenção da transmissão da doença (100%). O menor

Os Enfermeiros face à COVID-19: conhecimentos, atitudes e percepção de risco

número de respostas corretas foi obtido em quatro questões, nomeadamente, o período de incubação do SARS-CoV-2 (7,2%), a comprovação da transmissão vertical do vírus durante a gravidez (21,6%), os grupos de risco para a COVID-19 (9,9%) e a taxa de letalidade do SARS-CoV-2 comparativamente ao vírus *Influenza* e aos restantes coronavírus (23,4%).

Na tabela 2 são apresentados os resultados no domínio das atitudes, percepção de risco e percepção de proteção.

Relativamente ao domínio das atitudes a média do *score* total da amostra corresponde a 4,2 (DP=0,50). O valor médio das atitudes face ao EPI foi inferior ao valor das atitudes face à prevenção da COVID-19. Os valores médios mais baixos reportaram-se ao item “o uso de máscaras N95 ou FFP2 por utentes não diagnosticados com COVID-19 é extremamente importante” (M=2,7; DP=1,11) e ao item “...todos os doentes alvos de cuidados de saúde são potenciais casos positivos da doença” (M=3,7; DP=1,20).

Quanto ao domínio da percepção de risco, o valor da média foi de 5,0 (DP=1,99), o que indica uma percepção de risco moderada. A percepção de risco mais elevada

ocorreu no item “medo da possibilidade dos seus familiares estarem infetados” (M=6,2; DP=2,91).

No domínio da percepção de proteção em função do tipo de EPI utilizado, o valor médio foi de 2,5 (DP=0,60), traduzindo uma percepção de proteção moderada. O valor de percepção mais baixo foi para o item “banho a doente no chuveiro” utilizando o EPI “máscara cirúrgica, luvas e bata resistente a fluídos” (M=1,9; DP=0,73). O item com o valor mais elevado, que traduz uma percepção de maior proteção, foi “entubação gástrica” utilizando o EPI “máscara N95, óculos de proteção, luvas e bata resistente a fluídos” (M=3,2; DP=0,58).

A proteção percebida pelos participantes em função do espaço físico, revela um valor médio de 2,6 (DP=0,41) traduzindo também uma percepção moderada de proteção. O espaço onde os participantes apresentavam uma percepção de proteção mais baixa foi no item “em estabelecimentos comerciais” (M=2,2; DP=0,66), seguindo-se “na copa do serviço onde faço as refeições” (M=2,5; DP=0,65). O item onde apresentavam uma percepção de proteção mais elevada foi “no serviço onde exerço funções” (M=3,3; DP=0,51).

Tabela 2

Resultados referentes às atitudes, percepção de risco e percepção de proteção

VARIÁVEIS		M	DP
ATITUDES	Atitudes face à COVID-19 (score global: 9 itens)	4,2	0,50
	Atitudes face ao EPI (4 itens)	3,9	0,61
	Atitudes face à prevenção da COVID-19 (5 itens)	4,4	0,56
PERCEÇÃO DE RISCO	Percepção de risco face à COVID-19 (4 itens)	5,0	1,99
PERCEÇÃO DE PROTEÇÃO	Percepção de Proteção em função do EPI (6 itens)	2,5	0,60
	Percepção de proteção relacionada com o espaço físico (5 itens)	2,6	0,41

Do estudo da associação entre as variáveis principais e as variáveis sociodemográficas/profissionais, resultou

uma relação fraca e positiva entre as atitudes (*score* global) e a idade ($r=0,20$; $p=0,034$) e entre as atitudes

Os Enfermeiros face à COVID-19: conhecimentos, atitudes e percepção de risco

(score global) e o tempo de exercício profissional ($r=0,22$; $p=0,023$). Analisando as duas dimensões das atitudes verificamos que apenas existe uma relação, também fraca e positiva, entre o tempo de exercício profissional e as atitudes face à prevenção da COVID-19 ($r=0,24$; $p=0,011$). Relativamente à percepção de proteção, verificamos que existe uma relação fraca e positiva entre o número de elementos do agregado familiar e a percepção de proteção em diferentes espaços físicos ($r=0,23$; $p=0,017$).

Os participantes que prestaram cuidados a doentes COVID-19 apresentavam um nível de conhecimentos mais elevado ($t[109]=2,763$; $p=0,007$) e uma atitude mais positiva em relação aos EPI ($t[109]=2,905$; $p=0,004$).

Do estudo da associação entre as variáveis principais, cujos resultados são apresentados na tabela 3, verificamos uma relação fraca e positiva entre as atitudes (score global) e o conhecimento ($r=0,19$; $p=0,047$) e uma relação fraca e positiva entre as atitudes (EPI) e o conhecimento ($r=0,19$; $p=0,044$).

Tabela 3

Matriz de correlação entre as variáveis principais

Variáveis	Conhecimento	Atitudes (global)	Atitudes (EPI)	Percepção de Risco
Conhecimento				
Atitudes (score global)	0,19*			
Atitudes (EPI)	0,19*			
Atitudes (prevenção da doença)	Ns			
Percepção de risco	Ns	ns	ns	
Percepção de proteção (EPI)	Ns	ns	ns	Ns
Percepção de proteção (diferentes espaços)	Ns	ns	ns	Ns

Legenda: ns – diferenças estatisticamente não significativas; * $p \leq 0,05$; ** $p < 0,01$

Na análise das respostas às questões abertas verificou-se que os 66 participantes que tiveram acesso a formação sobre EPI, referem como temática mais abordada a colocação e remoção do mesmo, seguindo-se os tipos e seleção de EPI, e ainda, a diferenciação entre situações de baixo e de alto risco de exposição. As PBCI e as PBVT foram mencionadas apenas por um dos participantes.

Relativamente às restrições de EPI, verificou-se que apenas 17 dos participantes referiam ter sentido restrições na disponibilização destes materiais, principalmente na fase inicial da pandemia. Alguns participantes referiram falhas ocasionais na reposição de stocks e pouca qualidade de determinados

equipamentos. As restrições ao nível dos respiradores ou máscaras FFP2, foi o aspeto mais referido.

Dos fatores de risco para a transmissão do SARS-CoV-2, que 42 dos participantes consideraram existir na sua instituição, salientam-se o uso indevido e fraca qualidade dos EPI, a falta de ventilação dos espaços, as condições deficitárias das infraestruturas, a má definição e gestão dos circuitos de áreas limpas/contaminadas, o défice na higienização de espaços e equipamentos e a sobrecarga de trabalho dos profissionais. O fator mais referido pelos participantes foi o espaço insuficiente das áreas comuns, nomeadamente, a copa dos serviços, os vestiários e os locais onde se processam as reuniões e passagens de turno.

DISCUSSÃO

Foi objetivo deste estudo explorar os conhecimentos, as atitudes, a percepção de risco e a percepção de proteção dos enfermeiros face à COVID-19, e possíveis associações entre estas variáveis.

Os resultados do nosso estudo apontam para um conhecimento globalmente satisfatório, existindo uma média de respostas corretas próxima dos 70%. Contudo, comparando estes resultados com os de outros estudos, verifica-se que nesses o nível de conhecimentos tende a ser mais elevado (Abdel Wahed et al., 2020; Kamacooko et al., 2021; Lake et al., 2021; Nahidi et al., 2021), à exceção do estudo de Bhagavathula et al. (2020) em que o conhecimento foi considerado insuficiente. A heterogeneidade da amostra nos diferentes estudos, constituída na grande maioria por diferentes classes profissionais, pode ter contribuído para estes resultados, no entanto, os diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde podem ter sido também determinantes dos resultados encontrados, pelo que é difícil a comparação.

As diferenças entre os estudos nas questões colocadas e nos domínios do conhecimento em avaliação é ainda um fator dificultador da comparação de resultados. Por outro lado, como o conhecimento acerca da COVID-19 está em constante atualização, leva os investigadores a elaborarem questões cada vez mais complexas, que acompanham a evidência científica. Verificamos que nos primeiros estudos publicados, a natureza das questões era bastante simples e o seu conteúdo muito próximo da informação disponibilizada à população em geral e não propriamente à decisão clínica de profissionais de saúde (Abdel Wahed et al., 2020 e Bhagavathula et al.,

2020). Para além disso, quando são afuniladas as várias áreas de conhecimento acerca da COVID-19 podemos encontrar discrepâncias. Moura et al. (2021) verificaram que os enfermeiros não tinham um conhecimento apropriado sobre o equipamento de proteção individual, sendo este um domínio de conhecimento específico e relevante para a prática clínica. No nosso estudo, o número de itens para avaliar este domínio do conhecimento foi reduzido.

Salienta-se ainda que o nosso estudo foi realizado já numa fase avançada da pandemia, enquanto outros estudos remetem a recolha dos dados a períodos mais iniciais, coincidentes com maior incerteza e escassez de informação, traduzindo-se em questões menos complexas na avaliação dos conhecimentos dos profissionais de saúde.

Em relação às atitudes, os participantes do estudo demonstraram atitudes maioritariamente positivas, o que na generalidade vai ao encontro da literatura (Giao et al., 2020; Kamacooko et al., 2021). Na revisão de um total de 2842 estudos sobre as atitudes dos enfermeiros durante a pandemia, verificou-se que as atitudes face à COVID-19 eram também tendencialmente positivas (Lake et al., 2021). A maioria dos estudos aborda as atitudes numa perspetiva global, não diferenciando domínios específicos, como foi nossa opção, avaliamos as atitudes face à prevenção da doença e as atitudes face ao uso de EPI. Parece-nos que ao diferenciar estes domínios resulta mais informação para a compreensão de eventuais problemas e o desenvolvimento de intervenção mais direcionada, opção que poderá ser seguida em estudos futuros.

Vários estudos têm abordado a percepção de risco (Abdel Wahed et al., 2020; Bettinsoli et al., 2020; Nahidi et al., 2021), no nosso estudo os participantes

Os Enfermeiros face à COVID-19: conhecimentos, atitudes e percepção de risco

apresentam uma percepção de risco moderada. Na análise dos vários itens, verificou-se que a maior percepção de risco estava relacionada com o medo da possibilidade de os familiares serem infetados, resultado encontrado também por Abdel Wahed et al. (2020).

No âmbito dos cuidados de saúde, consideramos que os enfermeiros são dos profissionais mais expostos à COVID-19, pressuposto que é partilhado por outros autores, tal como Bettinsoli et al. (2020). Existem vários fatores que podem concorrer para a percepção do risco, por exemplo, o serviço onde o profissional exerce funções e mesmo a região do país onde este se encontra (Bettinsoli et al., 2020).

O contexto laboral encerra fatores de risco específicos. No estudo de Aladul et al. (2020), os profissionais relataram degradação das infraestruturas do sistema de saúde, um número insuficiente de profissionais e escassez de EPI. No nosso estudo emergiram resultados semelhantes, já que os participantes, mencionaram especificamente as condições das infraestruturas e falta de ventilação dos espaços, salientaram ainda falhas na organização e dinâmicas dos serviços, na liderança das equipas, na higienização dos espaços e equipamentos, e no cumprimento dos circuitos das áreas limpas e contaminadas, bem como, a desinformação existente.

Um outro aspeto que avaliamos foi a percepção de proteção relacionada com o uso de EPI e com o espaço físico. Dos resultados emergem dois aspetos fundamentais, a percepção de proteção dos enfermeiros depende em grande parte do procedimento que vão realizar, na medida em que este pode ser de maior ou menor exposição ao vírus e, por outro lado, do tipo de EPI disponibilizado, que lhes garante maior ou menor proteção face ao risco de

exposição. Os profissionais sentiam-se mais protegidos quando tinham acesso ao EPI que garantia maior proteção, principalmente equipamento de proteção respiratória, ocular e resistente a fluídos, mesmo em procedimentos geradores de aerossóis e por isso de maior risco de exposição.

No que se refere à percepção de proteção em função do espaço físico, verificamos que os enfermeiros se sentem mais protegidos no seu local de trabalho do que na comunidade. O mesmo resultado foi referido por Abdel Wahed et al. (2020).

No local de trabalho, salientou-se como espaço onde os profissionais percecionavam maior risco de exposição, a copa onde realizavam as refeições. Este resultado vai ao encontro das preocupações das instituições hospitalares e da própria Direção-Geral da Saúde que, principalmente na fase inicial da pandemia, reportavam a transmissão cruzada entre pares durante os momentos de pausa e de refeições, estabelecendo de imediato orientações para mitigar este risco.

No que concerne às relações entre variáveis, verificamos que os participantes que prestavam ou já tinham prestado cuidados a doentes COVID-19 apresentavam melhores níveis de conhecimento, o que é confirmado também no estudo de Abdel Wahed et al. (2020).

Relativamente às atitudes, os resultados apontaram para a seguinte associação: quanto maior a idade e maior o tempo de exercício profissional, mais positivas foram as atitudes dos profissionais face à COVID-19. Relativamente à faixa etária, os mesmos resultados foram encontrados no estudo de Kamacooko et al. (2021).

Quando analisadas as duas dimensões das atitudes, EPI e prevenção da doença, o tempo de exercício

Os Enfermeiros face à COVID-19: conhecimentos, atitudes e percepção de risco

profissional relacionou-se com atitudes mais positivas face à prevenção da COVID-19.

Verificamos ainda que, quem prestou ou prestava cuidados a doentes COVID-19 apresentava uma atitude mais positiva em relação aos EPI. Este facto poderá expressar uma maior experiência na prestação de cuidados a estes doentes, nomeadamente, uma prática mais regular de utilização de EPI e, eventualmente, acesso mais facilitado a informação ou mesmo, a pesquisa intencional dessa informação para garantir uma prática segura.

Na literatura o estudo das relações entre o conhecimento e as variáveis sociodemográficas foi realizado de forma mais exaustiva quando comparado com o estudo da relação das atitudes com essas mesmas variáveis, assim como, com a percepção de risco. Este facto poderá estar relacionado, por exemplo, com a maior dificuldade na avaliação das atitudes e da percepção de risco, áreas possivelmente mais complexas do que o conhecimento e a sua avaliação.

No que concerne à percepção de risco, não foram encontradas associações com significado estatístico entre esta variável e as variáveis sociodemográficas e profissionais.

No estudo da associação entre as variáveis principais, verificamos que quanto maior o nível de conhecimento sobre a COVID-19, mais positivas parecem ser as atitudes face à prevenção da doença, no entanto, os valores de correlação foram muito baixos, o que aponta para a possibilidade de existência de outros fatores com influência no comportamento dos profissionais, para além dos conhecimentos. Esta mesma associação foi verificada nos estudos de Abdel Wahed et al. (2020) e de Kamacooko et al. (2021).

No nosso estudo, a percepção de risco e a percepção de proteção não apresentaram relação com o conhecimento e com as atitudes, aspeto que também não foi encontrado na literatura. O estudo mais aprofundado das variáveis que poderão relacionar-se com a percepção de risco e percepção de proteção, poderá ser um desafio futuro, com uma amostra mais representativa da população e integrar outras variáveis para além das que foram alvo da análise, por exemplo, determinantes psicossociais, com potencial para sustentar a implementação de práticas que garantam mais segurança para os doentes e para os próprios profissionais de saúde.

A principal limitação do estudo deveu-se ao tamanho da amostra, dado que, 111 participantes é um número pouco representativo dos enfermeiros em exercício profissional no período de pandemia em que foram recolhidos os dados. Apesar desta limitação, a investigação apresenta contributos para o estudo do conhecimento, atitudes e percepção de risco/proteção dos enfermeiros portugueses face à COVID-19, durante a fase pandémica, que podem ser uma mais valia em futuras investigações e proporcionar ainda, orientações para intervir junto dos enfermeiros capacitando-os para atuar em situações pandémicas semelhantes.

CONCLUSÃO

Em síntese, os resultados demonstraram um conhecimento satisfatório sobre a COVID-19, o vírus SARS-CoV-2, o modo de transmissão e as medidas de prevenção e controlo. As atitudes face à prevenção da doença e ao uso de EPI, foram maioritariamente positivas. A percepção de risco dos enfermeiros foi moderada. O estudo da associação entre as variáveis

mostrou apenas uma relação fraca e positiva entre atitudes e conhecimento.

O estudo deixa transparecer a necessidade de dar continuidade a esta investigação e integrar novas variáveis que possam contribuir para uma melhor compreensão das atitudes e comportamentos dos enfermeiros durante a pandemia ou em situações similares, para fomentar mudanças à luz do paradigma da segurança e da qualidade, num esforço pela melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Entre as limitações impostas a este estudo figura a baixa adesão dos potenciais participantes ao preenchimento do instrumento de recolha de dados, em grande parte devido à própria pandemia que sobrecarregou os enfermeiros.

No período de três anos centenas de publicações foram realizadas por enfermeiros acerca da pandemia por COVID-19 com diferentes domínios de interesse, o que demonstra não só o esforço desta disciplina na investigação, como o efeito que a pandemia teve sobre os enfermeiros (Jackson, 2022). O investimento na investigação deve assim manter-se e aprimorar-se.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdel Wahed, W. Y., Hefzy, E. M., Ahmed, M. I., & Hamed, N. S. (2020). Assessment of Knowledge, Attitudes, and Perception of Health Care Workers Regarding COVID-19, A Cross-Sectional Study from Egypt. *Journal of Community Health*, 45(6), 1242–1251. <https://doi.org/10.1007/s10900-020-00882-0>

Aladul, M. I., Kh. Al-Qazaz, H., & Allela, O. Q. B. (2020). Healthcare professionals' knowledge, perception and practice towards COVID-19: A cross-sectional web-survey. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 11(4), 355–363. <https://doi.org/10.1111/jphs.12385>

Alah, M., Abdeen, A., Selim, N., Hamdani, D., Radwan, E., Sharaf, N., Al-katheeri, H. & Bougmiza, I. (2021). Knowledge and Perceived Effectiveness of Infection Prevention and Control Measures Among Health Care

Workers During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Nursing Care Quality*, 37(2), 23-30.

Bavel, J. J. V., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., ... Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4(5), 460–471. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>

Bettinsoli, M. L., Napier, J. L., Di Riso, D., Moretti, L., Delmedico, M., Piazzolla, A., Moretti, B. & Bettinsoli, P. (2020). Mental Health Conditions of Italian Healthcare Professionals during the COVID-19 Disease Outbreak. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 12(4), 1054–1073. <https://doi.org/10.1111/aphw.12239>

Bhagavathula, A. S., Aldhaleei, W. A., Rahmani, J., Mahabadi, M. A., & Bandari, D. K. (2020). Knowledge and Perceptions of COVID-19 Among Health Care Workers: Cross-Sectional Study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), 1–9. <https://doi.org/10.2196/19160>

Borges, E. M. N., Queirós, C. M. L., Vieira, M. R. F. S. P., & Teixeira, A. A. R. (2021). Perceptions and experiences of nurses about their performance in the COVID-19 pandemic. *Rev Rene*, 22, e60790. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260790>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.

Fernandes, F. S., Toniasso, S. C. C., Leitune, J. C. B., Brum, M. C. B., Leotti, V. B., Filho, F. F. D., Chaves, E. B. M., & Joveleviths, D. (2021). COVID-19 among healthcare workers in a Southern Brazilian Hospital and evaluation of a diagnostic strategy based on the RT-PCR test and retest for SARS-CoV-2. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 25(8), 3365–3374. https://doi.org/10.26355/eurrev_202104_25748

Fetansa, G., Etana, B., Tolossa, T., Garuma, M., Bekuma, T. T., Wakuma, B., ... Mosisa, A. (2021). Knowledge, attitude, and practice of health professionals in Ethiopia toward COVID-19 prevention at early phase. *SAGE Open Medicine*, 9, 1-9. <https://doi.org/10.1177/20503121211012220>

Giao, H., Han, N. T. N., Khanh, T. V., Ngan, V. K., & Le An, P. (2020). Knowledge and attitude toward COVID-19 among healthcare workers at District 2 Hospital, Ho Chi Minh City. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, 13(6), 260–265. <https://doi.org/10.4103/1995-7645.280396>

- Jackson, D. (2022). Reflections on nursing research focusing on the COVID-19 pandemic. *Journal of Advanced Nursing*, 00, 1-3. <https://orcid.org/0000-0001-5252-5325>
- Kamacooko, O., Kitonsa, J., Bahemuka, U. M., Kibengo, F. M., Wajja, A., Basajja, V., ... Ruzagira, E. (2021). Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding COVID-19 among Healthcare Workers in Uganda: A Cross-Sectional Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137004>
- Lake, E. A., Demissie, B. W., Gebeyehu, N. A., Wassie, A. Y., Gelaw, K. A., & Azeze, G. A. (2021). Knowledge, attitude and practice towards COVID-19 among health professionals in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(2), 1-16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247204>
- Lu, R., Zhao, X., Li, J., Niu, P., Yang, B., Wu, H., ... Tan, W. (2020). Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *The Lancet*, 395(10224), 565–574. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30251-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30251-8)
- Maude, R. R., Jongdeepaisal, M., Skuntaniyom, S., Muntajit, T., Blacksell, S. D., Khuenpetch, W., & Maude, R. J. (2021). Improving knowledge, attitudes and practice to prevent COVID-19 transmission in healthcare workers and the public in Thailand. *BMC Public Health*, 21(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10768-y>
- Moura, M., Silva, R., Mendes, P., Sousa, A. & Neto, F. (2021). Knowledge and use of personal protective equipment by nursing professionals during the Covid-19 pandemic. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 55, 1-8. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0125>
- Nahidi, S., Sotomayor-Castillo, C., Li, C., Currey, J., Elliott, R., & Shaban, R. Z. (2021). Australian critical care nurses' knowledge, preparedness and experiences of managing SARS-COV-2 and COVID-19 pandemic. *Australian Critical Care*. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.04.008>
- Peres, D., Monteiro, J., Almeida, M. A., & Ladeira, R. (2020). Risk perception of COVID-19 among Portuguese healthcare professionals and the general population. *Journal of Hospital Infection*, 105(3), 434–437. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.05.038>
- Rodrigues, R. C., Pereira, F., Rocha, A. S., Pinto, M. J., & Freitas, M. (2021). As vivências do paciente hospitalizado durante a pandemia covid-19: revisão integrativa. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 4(1), 87–97. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.132>
- Souza, R., Migueis, G., Oliveira, W., Silva, M. & Mendes, V. (2022). Utilização dos Equipamentos de Proteção Individual pela equipe de enfermagem no cenário pandêmico. *Research, Society and Development*, 11(2), 1-13. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25447>

NECESSIDADES DAS FAMÍLIAS COM MEMBRO PORTADOR DE PATOLOGIA NEUROMUSCULAR: DIMENSÃO FUNCIONAL

Needs of Families with a Member with Neuromuscular Pathology: Functional Dimension

Necesidades de las familias com un membro com patologia neuromuscular: Dimensión Funcional

Tiago Marques*, Lídia Moutinho**, Maria Fernandes***, Virgínia Guedes****, Manuela Ferreira*****, Maria Henriqueta Figueiredo*****, Anita Marques*****

RESUMO

Enquadramento: dar resposta às necessidades das famílias com membro Portador de Patologia Neuromuscular (PPN), possibilita uma melhoria na qualidade de vida dos mesmos, minimizando a possibilidade de doença e permite maior contribuição familiar nas suas funções. **Objetivos:** este estudo tem como objetivo caracterizar as necessidades das famílias com membro PPN, na sua dimensão funcional. **Metodologia:** foi realizado um estudo quantitativo, descritivo, transversal, com amostra intencional de 30 famílias. Utilizámos um formulário construído com base na matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) como instrumento de colheita de dados. Tratamento e análise de dados efetuados pela estatística descritiva. **Resultados:** os membros portadores de patologia neuromuscular, na sua maioria são dependentes no autocuidado vestuário, higiene e uso do sanitário; a família apresenta a saturação do papel do cuidado doméstico e a saturação do papel de prestador de cuidados. **Conclusão:** o enfermeiro de família poderá dar resposta às famílias com a criação de programas que permitam: -reajuste dos papéis familiares onde existe saturação; -possibilidade de trabalhar e dar apoio ao prestador de cuidados; -formação específica no que respeita aos cuidados ao membro PPN.

Palavras-chave: saúde da família; doenças neuromusculares; enfermagem; necessidades

*MSc, em Enfermagem - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho - <https://orcid.org/0000-0002-9736-4753> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article, critical revision of the article

**PhD, em Enfermagem - Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches - <https://orcid.org/0000-0001-5076-0612> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation

***PhD, em Enfermagem - Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches - <https://orcid.org/0000-0002-8350-8656> - Author contribution: Study conception and design, Data analysis and interpretation

****MSc, em Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem do Porto - <https://orcid.org/0000-0002-9654-3303> - Author contribution: drafting of the article, critical revision of the article

*****PhD, em Enfermagem - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, CINTESIS@RISE - <https://orcid.org/0000-0003-0019-9534> - Author contribution: drafting of the article, critical revision of the article

*****PhD, em Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS@RISE - <https://orcid.org/0000-0001-7902-9751> - Author contribution: drafting of the article, critical revision of the article

*****MSc, Médica Interna em Medicina Geral e Familiar na USF Nova Salus - ACES Grande Porto VII, ARS NORTE - <https://orcid.org/0000-0002-6352-2442> - Author contribution: data collection

Autor de correspondência:

Tiago Marques
E-mail: tiagomarques18@hotmail.com

Como referenciar:

Marques, T., Moutinho, L., Fernandes, M., Guedes, V., Ferreira, Figueiredo, M.H. & Marques, A. (2023). Necessidades das famílias com membro portador de patologia neuromuscular: dimensão funcional. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(1), 99-109. <https://doi:10.37914/riis.v6i1.216>

Recebido para publicação: 31/12/2021
Aceite para publicação: 10/12/2022

ABSTRACT

Background: meeting the needs of families with a member who has a Neuromuscular Disorder (ND), enables an improvement in their quality of life, minimizing the possibility of illness and allowing greater family contribution to their functions. **Objectives:** characterize the needs of families with a member who has a ND in the functional dimension. **Methodology:** a quantitative, descriptive, cross-sectional study was carried out with an intentional sample of 30 families. The operative matrix of the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention (MDAIF) was used as a data collection instrument. Data processing and analysis were performed by descriptive statistics. **Results:** most members who have a ND are dependent on self-care, clothing, hygiene and using the bathroom; families have saturation of home care role and caregiver role. **Conclusion:** family nurses will be able to help families by creating programs that allow: -the readjustment of family roles where there is saturation; -the possibility of working and supporting caregivers; -specific training regarding the people who have a ND.

Key Words: family health; neuromuscular disorders; nursing; needs

RESUMEN

Marco contextual: responder a las necesidades de las familias con un miembro con Patología Neuromuscular (PPN), possibilita una mejora en su calidad de vida, minimizando la posibilidad de enfermedad y permitiendo una mayor contribución familiar a sus funciones. **Objetivos:** este estudio tiene como objetivo caracterizar las necesidades de las familias con un miembro con Patología Neuromuscular (PPN), en su dimensión funcional. **Metodología:** se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, con una muestra intencional de 30 familias. Se utilizó un formulario construído sobre la matriz operativa del Modelo Dinámico de Evaluación e Intervención Familiar (MDAIF) como instrumento de recolección de datos. Procesamiento y análisis de datos realizado por estadística descriptiva. **Resultados:** la mayoría de los afiliados con patología neuromuscular son dependientes del autocuidado, vestimenta, higiene y uso del baño; la familia presenta la saturación del rol de cuidado doméstico y la saturación del rol de cuidador. **Conclusión:** la enfermera de la familia podrá responder a las familias con la creación de programas que permitan: - reajuste de los roles familiares donde hay saturación; -posibilidad de trabajar y apoyar al cuidador; -formación específica respecto al cuidado de la persona con PPN.

Palabras clave: salud de la familia; enfermedades neuromusculares; enfermería; necesidades

INTRODUÇÃO

A presença de doença crónica (DC) num membro da família promove alterações na sua estrutura e no seu desenvolvimento ao longo do ciclo vital (Alamian & Paradis, 2012).

Em Portugal, 57,8% da população, com idades compreendidas entre os 25 e os 74 anos, correspondente a 3.9 milhões de indivíduos, apresenta pelo menos uma DC (INSA, 2019).

Integradas na listagem de DC situam-se as doenças neuromusculares (DNM) e estima-se que haja cerca de cinco mil portadores de patologia neuromuscular (PPN) em Portugal (Associação Portuguesa de Neuromusculares, 2019). A designação DNM integra um universo muito alargado de diferentes patologias, como as miopatias, neuropatias, atrofia espinais, miastenias, entre outras (Associação Portuguesa de Neuromusculares, 2021).

Nas famílias com membro com PPN, tornam-se evidentes as implicações da doença no sistema familiar, a vivenciar uma transição accidental que requiere o conhecimento dos enfermeiros sobre as necessidades das famílias, de forma a capacitá-las para o desenvolvimento de estratégias de adaptação. (Gonçalves, 2018).

O recurso ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2013), na prática clínica dos enfermeiros permite-nos, na dimensão funcional familiar, contemplar entre outros dados: a identificação de membro dependente; dos autocuidados onde existe dependência; a identificação do membro da família que desenvolve o papel de prestador de cuidados (PC) e das necessidades do mesmo a nível de conhecimento, capacidade e

comportamentos de adesão; a existência de consenso, conflito ou saturação do Papel de PC; e o Processo Familiar.

A adaptação das famílias à situação de um dos seus membros PPN requer mobilização de recursos internos e externos para a sua reestruturação. Neste sentido a identificação de necessidades, em particular nestas famílias, parece ser essencial para que se promovam estratégias de empoderamento, no âmbito da saúde familiar. Sendo a literatura escassa nesta área, propomo-nos responder ao objetivo: caracterizar as necessidades das famílias com membro PPN, nas dimensões estrutural e de desenvolvimento.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A família, caracterizada pela interdependência entre os seus membros, emerge como contexto de interação entre estes e entre o sistema familiar e o meio ambiente (Figueiredo, 2013). A saúde familiar, por sua vez, integra os aspetos relativos à saúde de cada membro, em reciprocidade com os padrões interacionais que resultam do ajustamento co evolutivo, inerentes aos processos adaptativos às diversas crises que ocorrem na família (Kaakinem, Gedaly-Duff, Coehlo, & Hanson, 2010 & Figueiredo, 2013).

Uma transição na família constitui uma oportunidade para a evolução da mesma, já que envolve a aprendizagem advinda do confronto com a transição e a capacidade de adaptação à mesma, mas ao mesmo tempo não deixa de ser um evento percecionado como uma crise. É o que acontece numa família com um membro PPN, em que esta vivencia uma transição accidental que requer mudanças na sua estrutura de

Necessidades das famílias com membro portador de patologia neuromuscular: dimensão funcional

forma a que o seu funcionamento se mantenha efetivo e dê resposta às necessidades dos seus vários membros (Gonçalves, 2018). A identificação de necessidades da família no que se refere aos processos adaptativos decorrentes da situação de membro PPN, permite o desenvolvimento de estratégias para a sua reestruturação (Padovani, 2018). Igualmente, a resposta às necessidades dos familiares do membro com PNM, favorece a sua qualidade de vida reduzindo a possibilidades de adoecerem e assim poderem contribuir para a efetivação das funções familiares (Family Ties Website, 2010).

Para que os enfermeiros, possam planear, com rigor, todas as etapas do processo de enfermagem, é fundamental que a sua decisão seja alicerçada num modelo teórico de enfermagem.

O MDAIF emergiu como referencial da prática de cuidados dos enfermeiros com as famílias, reconhecendo nos seus pressupostos a heterogeneidade do sistema familiar, assim como as suas características de globalidade e auto-organização. A sua matriz operativa integra a avaliação e intervenção familiar, possibilitando a identificação dos recursos e das necessidades das famílias, assim como as subsequentes intervenções (Figueiredo, 2013).

METODOLOGIA

Estudo descritivo de natureza quantitativa. A amostra foi selecionada por amostragem intencional, constituída por 30 famílias. As famílias foram selecionadas de uma população de 74 famílias com membro PPN, residentes na área metropolitana do Porto e com pelo menos um membro do agregado familiar sócio da Associação Portuguesa de Neuromusculares (APN). Foram incluídas as famílias

em que a pessoa PPN tinha mais de 18 anos e capacidade para dar o consentimento livre e esclarecido para a participação do estudo. A recolha de dados decorreu entre setembro de 2018 e fevereiro de 2019, junto do prestador de cuidados (familiar) da pessoa PPN. Foi aplicado um questionário, produzido para o efeito, preenchido pelo investigador e dirigido aos membros da família, em contexto selecionado pelos participantes, maioritariamente no domicílio. O questionário foi constituído por duas partes: a primeira reportava-se à caracterização da família; e a segunda parte à identificação das necessidades familiares. O MDAIF constitui-se como referencial teórico deste estudo, pelo que foi utilizada a matriz operativa do modelo para a construção do instrumento de colheita de dados. O questionário foi sujeito a um pré-teste junto de 5 cuidadores de membro PPN, que não integraram o presente estudo, demonstrando ser acessível em conteúdo e de fácil compreensão.

Incluí na avaliação da dimensão funcional a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (avalia os acontecimentos familiares causadores de stress nos elementos da família, cujo resultado indica: de 150 a 300 - menor probabilidade de incidência de doença; 200-300 – 50% de probabilidade de adoecer; maior de 300 – maior probabilidade de adoecer por doença psicossomática), o Apgar familiar de Smilkstein (instrumento que avalia a funcionalidade da família, cujo resultado varia entre 0 a 10: 0 a 3 – família com disfunção acentuada; 4 a 6 – família com moderada disfunção; 7 a 10 – Família altamente funcional) e a *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*, Versão II (FACES II). A FACES II avalia duas dimensões da família: a coesão (cujo resultado varia de 1 a 8, traduzindo: de 1 a 2 - família desmembrada; 3 a 4 –

Necessidades das famílias com membro portador de patologia neuromuscular: dimensão funcional

família separada; 5 a 6 – família ligada; 7 a 8 -família muito ligada) e a adaptabilidade (cujo resultado varia entre 1 e 8, traduzindo: de 1 a 2 – família rígida; 3 a 4 – família estruturada; 5 a 6 – família flexível; e de 7 a 8 – família muito flexível). A junção da dimensão coesão e da dimensão adaptabilidade dão origem ao tipo de família, cujo resultado varia de 1 a 8, em que: de 1 a 2 - família extrema; 3 a 4 - família meio-termo; 5 a 6 – família equilibrada; 7 a 8 - família muito equilibrada). Os dados foram tratados através de medidas de estatística descritiva com recurso ao programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 24.0. Este estudo obteve o parecer positivo da Comissão de ética e da APN, tendo sido respeitadas todas as normas éticas constantes na declaração de Helsínquia. Foi obtido o consentimento informado e esclarecido dos participantes.

RESULTADOS

Tabela 1

Dependência da pessoa com PPN nos Autocuidados

Autocuidado	Pessoa PPN dependente nos autocuidados	
	N	%
Vestuário	24	88,8
Higiene	23	85,1
Comer	13	48,1
Beber	5	18,5
Ir ao Sanitário	21	77,7
Sono-reposo	13	48,1
Atividade de Lazer	13	48,1
Atividade Física	4	14,8
Gestão do Regime Terapêutico	4	14,8
Administração de Medicamento	3	11,1

Das 27 famílias com pessoas com PPN dependentes, verifica-se que a maioria (85,2%; n=23) o PC é membro da família, 7,4% (n=2) é membro da família extensa e 7,4% (n=2) é ajudante de saúde.

A maioria das famílias dos membros de PPN são de tipologia nuclear (86,7%, n=26), seguindo-se com menor representatividade, as famílias reconstruídas (6,7%, n=2), de casal (3,3%, n=1) e unipessoal (3,3%, n=1).

As pessoas PPN apresentam uma média de idades é de 36 anos (DP= 18); o participante mais novo tinha 18 anos e o mais velho 54 anos. De acordo com a posição/papel no agregado familiar 63,3% (n=19) dos membros PPN pertencem ao subsistema filial (filho); 16,7% (n=5) são membros femininos do subsistema conjugal (esposa); 10% (n=3) são membros masculinos do subsistema conjugal (marido); 6,7% (n=2) são membros masculinos do subsistema parental (pai); 3,3% (n=1) é membro feminino de família unipessoal. No que diz respeito à dependência nos autocuidados, em 88,7% (n=27) dos casos a pessoa PPN é dependente, nomeadamente no autocuidado de “vestuário”; “higiene”, “ir ao sanitário” (Tabela 1).

Nas 23 famílias em que o PC é membro da família, as dificuldades percebidas pelo mesmo, no exercício do papel, considerando as dependências da pessoa

Necessidades das famílias com membro portador de patologia neuromuscular: dimensão funcional

PPN, a nível dos diversos autocuidados são em maior percentagem nos autocuidados: higiene (60,7%); ir ao sanitário (65,2 %) e Vestuário (52,2%) (Tabela 2). Ainda com valores superiores a 30%, o autocuidado sono-reposo e atividade física, ambos com 30,4%. No que

se refere às restantes dimensões, verifica-se que a maioria das famílias (82,6%) apresentam consenso e sem conflitos do papel. Aproximadamente metade das famílias (52,2%) com membro PPN apresenta saturação do papel de PC.

Tabela 2

Perceção do PC das áreas de maior dificuldade

Áreas de dificuldade percebidas pelo PC (membros da família, n=23)	Sim		Não	
	N	%	N	%
Higiene	14	60,7	9	39,3
Vestuário	12	52,2	11	47,8
Comer	5	21,7	18	78,3
Beber	3	13	20	87
Ir ao Sanitário	15	65,2	8	34,8
Sono-Repouso	7	30,4	16	69,6
Atividade lazer	3	13	20	87
Atividade Física	7	30,4	16	69,6
Gestão do regime terapêutico	3	13	20	87
Autoadministração de medicamentos	2	4,3	21	91,3
Consenso do papel	19	82,6	4	17,4
Conflitos do papel	4	17,4	19	82,6
Saturação do papel	12	52,2	11	47,8

Na avaliação do processo familiar, no que diz respeito aos resultados obtidos com a aplicação da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, verificou-se que 50% (n=15) das famílias apresenta um valor inferior a 150; 23,3% (n=7) um valor entre 150 e 200 (menor probabilidade de desenvolver doença psicossomática); 20% (n=6) das famílias apresenta valores entre 200 e 300 (50% de probabilidade de desenvolver doença psicossomática) e 6,7% (n=2) das

famílias valores superiores a 300 (80% da possibilidade de desenvolver doença psicossomática).

A comunicação familiar, o coping familiar, a interação de papeis e a relação dinâmica foram também considerados na avaliação do processo familiar. No que se refere à comunicação familiar constatou-se que em 38% das famílias a comunicação é ineficaz, manifestado pela insatisfação dos seus membros com a forma como se comunica na família (Tabela 3).

Necessidades das famílias com membro portador de patologia neuromuscular: dimensão funcional

Tabela 3

Comunicação Familiar

Comunicação Familiar (n=29)	Sim		Não	
	N	%	N	%
Sentem-se satisfeitos com a forma como são expressos os sentimentos na família	20	69	5	31
Forma como são expressos os sentimentos aceite por todos	23	79,3	6	20,7
Impacto que os sentimentos de cada um têm na família	25	86,2	4	13,8
Cada um compreende claramente o que os outros dizem	22	75,9	7	24,1
Expressam de forma clara quando querem comunicar	21	72,4	8	27,6
Satisfação sobre a forma como se comunica na sua família	18	62	11	38

A avaliação do coping familiar permitiu perceber que a maior parte dos membros da família discutem sobre os problemas da família (96,7%; N=28) e 3,3% (n=1) não o faz. A satisfação sobre o modo como os problemas são discutidos na família foi positiva em 79,3% (n=23) e uma percentagem de 20,7% (n=6) refere não estar satisfeita sobre o modo como os problemas são discutidos.

No que respeita às ajudas externas que as famílias utilizam para a resolução dos seus problemas, 44,8% (n=13) refere que não é habitual procurarem ajuda de terceiros, 31,0% (n=9) refere procurar amigos e familiares, 3,5% (n=1) recorrem à psicóloga, 3,5% (n=1) solicitam ajuda à APN e psicóloga, 3,5% (n=1) recorre à ajuda dos amigos, 6,9% (n=2) procuram familiares e 6,9% (n=2) APN.

No que diz respeito aos papéis familiares (Tabela 4), na grande maioria são os pais dos PPN que detêm todos os papeis familiares, nomeadamente: 68,9% (n=20) dos pais com papel do provedor; 89,7% (n=26) dos pais com papel da gestão financeira; 86,3% (n=25) dos pais com papel do cuidado doméstico e 51,7% (n=15) com o papel de parente.

Papel do Provedor

93,1% (n=27) dos participantes diz ter existido consenso no papel do provedor e uma percentagem de

6,9% (n=2) refere que não existiu consenso no papel de provedor; 6,9% (n=2) dos participantes diz ter existido conflito no papel do provedor enquanto que uma percentagem de 93,1% (n=27) diz não ter surgido. 6,9% (n=2) das famílias referem existir saturação do papel de provedor e em 93,1% (n=27) das famílias não se verifica a saturação do papel do provedor.

Papel de Gestão Financeira

93,1% (n=27) dos participantes diz ter existido consenso no papel de Gestão Financeira e uma percentagem de 6,9% (n=2) refere que não existiu consenso no papel de Gestão Financeira; 17,2% (n=5) dos participantes diz ter existido conflito no papel de Gestão Financeira enquanto que uma percentagem de 82,8% (n=24) diz não ter surgido; 6,9% (n=2) das famílias referem existir saturação do papel de Gestão Financeira e em 93,1% (n=27) das famílias não se verifica a saturação do papel de Gestão Financeira.

Papel do Cuidado Doméstico

79,3% (n=23) dos participantes diz ter existido consenso no papel do Cuidado Doméstico e uma percentagem de 20,7% (n=6) refere que não existiu consenso no papel de Cuidado Doméstico; 6,9% (n=2) dos participantes diz ter existido conflito no papel do Cuidado Doméstico enquanto que uma percentagem de 93,1% (n=27) diz não ter surgido; 31,1% (n=9) das

Necessidades das famílias com membro portador de patologia neuromuscular: dimensão funcional

famílias referem existir saturação do papel de Cuidado Doméstico e em 68,9% (n=20) das famílias não se verifica a saturação do papel do Cuidado Doméstico.

Papel de Parente

79,3% (n=23) dos participantes diz ter existido consenso no papel do Parente e uma percentagem de 20,7% (n=6) refere que não existiu consenso no papel

de Parente;6,9% (n=2) dos participantes diz ter existido conflito no papel do Parente enquanto que uma percentagem de 93,1% (n=27) diz não ter surgido;31,1% (n=9) das famílias referem existir saturação do papel de Parente e em 68,9% (n=20) das famílias não se verifica a saturação do papel de Parente.

Tabela 4

Papeis Familiares

Papeis familiares (n=29)	Pais		Cônjuge		Irmão (a)		PPN		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Papel do provedor	20	68,9	3	10,4	2	6,9	0	0	4	13,8
Papel da gestão financeira	26	89,7	2	6,9	0	0	1	3,4	0	0
Papel do cuidado doméstico	25	86,3	1	3,4	1	3,4	0	0	2	6,9
Papel de parente	15	51,7	3	10,4	2	6,9	0	0	9	31

Na dimensão operativa “Relação Dinâmica”, no âmbito da área de atenção Processo Familiar, verificou-se, no que se reporta à Influência e Poder, que 82,8% (n=24) das famílias estão satisfeitas com a forma com que cada membro influencia o comportamento dos outros e 17,2% (n=5) refere não estar satisfeito. No item “Alianças e Uniões”, 79,3% (n=23) sentem-se satisfeitos com a forma como a família expressa a sua união e uma percentagem de 20,7% (n=6) tem opinião oposta.

Na Coesão e Adaptabilidade da família, a utilização da escala FACES II mostrou que no que se refere à Coesão, 3,5% (n=1) corresponde a uma família Desmembrada; 6,9% (n=2) a família Separada; 79,3% (n=23) uma família Ligada; 10,3% (n=3) uma família muito ligada. No que se refere à Adaptabilidade, 6,9% (n=2) são uma família rígida; 44,8% (n=13) são uma família estruturada; 44,8% (n=13) são uma família Flexível; 3,5% (n=1) é uma família muito flexível. Sobre o tipo de família, constatou-se que 3,5% (n=1) é uma família

Muito Equilibrada; 82,7% (n=24) são uma família equilibrada; 10,3% (n=3) são uma família meio-termo; 3,5% (n=1) é uma família extrema.

A perceção dos membros sobre a funcionalidade da família, através da utilização do APGAR familiar de Smilkstein, mostra que a maioria das famílias (83,3%, n=24), apresentam-se como famílias altamente funcionais, 13,3% (n=4) são famílias com moderada disfunção, em 3,3% (n=1) verificou-se a família com disfunção acentuada.

DISCUSSÃO

Os resultados vêm demonstrar que o membro PPN das famílias participantes neste estudo, apresentam dependência, na sua grande maioria, em pelo menos um dos autocuidados. Este evento é corroborado pelo estudo de Antunes (2016) onde a maioria dos membros PPN são também dependentes em pelo menos uma atividade de vida diária. Acresce

Necessidades das famílias com membro portador de patologia neuromuscular: dimensão funcional

evidenciar que a dependência nos autocuidados assenta maioritariamente no vestuário, higiene e uso do sanitário e minoritariamente na administração de medicação, gestão do regime terapêutico, atividade física e beber.

Salienta-se que em 82% das famílias com membro PPN dependente, o respetivo PC é membro da família. Igualmente, no estudo desenvolvido por Waldboth, Pach, Mahrer-Imhof & Metcalfe (2021), concluiu-se que ser um membro da família de uma criança ou jovem PPN significa ser um cuidador familiar. Também um outro estudo realizado com crianças PPN constatou que a maioria das cuidadoras destas crianças eram as mães (Acar, Saygi, Öztürk, Ergenekon, Gökdemir & Türkdoğan, 2021).

Neste estudo, na maioria (82,8%) das famílias existe consenso no papel do PC, no entanto mais de metade refere saturação do papel. Conway, Eichinger, Trout, Romitti, Mathews e Pandya (2019), que estudaram a gestão das necessidades em famílias com membro portador de distrofinopatia, concluíram existir uma grande necessidade na gestão de tempo e energia do cuidador. Estes resultados estão também relacionados com os de Waldboth et al (2021), uma vez que, os seus participantes cuidadores de familiar PPN não relataram que este papel fosse um fardo para eles, mas descreveram sinais de sobrecarga de papel, como a falta de tempo para si, frustração, tensões intrafamiliares e isolamento social. Os autores consideram que estas condições de stresse e vulnerabilidade familiar poderão levar as famílias à desorganização e disfunção, embora estas poderão tornar-se mais fortes e resilientes com o tempo. Estes resultados não corroboram o estudo realizado, pois apesar de 55,2% da amostra manifestar saturação do

papel de PC, 93% situam-se no tipo de família equilibrada e meio termo, o que traduz níveis de coesão e adaptabilidade adequados.

As principais dificuldades do PC no suporte dos autocuidados são a higiene e o uso do sanitário, ao que não será alheio a percentagem de PPN com dependência. Ao invés, os PC referem menores dificuldades nas áreas atividade de lazer, beber e administração de medicamentos, sendo estes dois últimos dos que o membro PPN é menos dependente. Após aplicação da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe do MDAIF, Figueiredo (2013), cinco das famílias apresentam pouca probabilidade de desenvolverem doença psicossomática. Ainda assim, 7% das famílias apresentam alta probabilidade (superior a 80%) de desenvolverem doença psicossomática. No entanto, de salientar que, de acordo com Waldboth et al (2021), a aplicação rígida de padrões e expectativas sociais, bem como uma ênfase exagerada nas tentativas de ser normal e simultaneamente ser diferente, poderá causar nestas famílias um risco aumentado de conflitos internos e ameaça ao bem-estar mental. Conway et al (2019), conclui que os membros das famílias com membro PPN podem manifestar problemas relacionados com comportamento internalizantes, como ansiedade e depressão, bem como externalizantes, como hiperatividade e agressão, particularmente quando o membro PPN quando é mais velho. Em contrapartida, Tesei et al (2020), concluiu que as crianças e jovens adultos PPN possuem taxas de psicopatologia diagnosticada que estão em linha com as taxas da população em geral, o que sugere que a patologia neuromuscular não é preditiva de psicopatologia. A maioria dos participantes manifestaram sentir-se

Necessidades das famílias com membro portador de patologia neuromuscular: dimensão funcional

satisfeitos com os padrões de comunicação familiar, nomeadamente com o impacto que os sentimentos de cada um têm na família e na clareza com que cada um compreende o que os outros dizem. No entanto, mais de um terço dos participantes não estão satisfeitos com a forma como se comunica na família, assim como a forma como são expressos os sentimentos na família. Quase todos os membros da família percebem que os problemas são discutidos no seio da família e grande maioria das famílias está satisfeita com a forma como estes são discutidos no seio familiar.

Uma considerável parte das famílias recorrem a amigos e família extensa como suportes sociais. Este resultado é confirmado pelo estudo de Gonçalves (2018), em que a maioria não recorre ao suporte social, mas os que procuram recorrem aos amigos ou família extensa. Um estudo exploratório desenvolvido por Tesei et al (2020), constatou que as famílias usavam menos estratégias de coping primário para fazer face às dificuldades associadas à experiência de PC, tais como recorrer a suporte social. Este facto pode ser explicado na medida em que estas famílias se isolam ao exterior. Por outro lado, os autores também consideram que pode ser um sinal de adaptação de coping secundário, em que as próprias famílias enfrentam as dificuldades e se adaptam ao agente stressor, como por exemplo desenvolvendo uma atitude positiva (Tesei et al, 2020). Esta hipótese poderá ser confirmada nos resultados do nosso estudo, uma vez que quase a totalidade das famílias (com exceção de duas) têm experiências passadas positivas no apoio intrafamiliar na resolução de problemas, podendo assim haver já mecanismos de coping secundário instalados na família.

Os pais detêm quase todos os papéis familiares (papéis de provedor, gestão financeira, cuidado doméstico e papéis de parente). De salientar que existe apenas um caso em que o membro da família PPN assume um papel familiar, neste caso o papel de gestão financeira. Salienta-se também em relação ao consenso, conflito e saturação do papel que, em número considerável de famílias, não existe consenso em relação ao papel de cuidado doméstico, nem ao papel de parente. Importa também referir que em mais de um terço das famílias existe saturação nestes dois papéis. No estudo desenvolvido por Gonçalves (2018), observa-se igualmente saturação no papel do cuidado doméstico, uma vez que este é maioritariamente desenvolvido pelos pais, que também são cuidadores.

A grande maioria das famílias estão satisfeitas com a forma como os comportamentos de cada um influencia o comportamento dos outros na família, embora 5 famílias não o estejam. Também a maioria está satisfeita com o modo como a família expressa a sua união, em conformidade com o estudo de Waldboth et al (2021), em que a maioria das famílias descreveu um vínculo emocional forte entre os seus elementos.

Tendo em conta a interpretação da escala de FACES II, a maioria das famílias participantes caracterizam-se como famílias ligadas, no que diz respeito à coesão. Quanto à adaptabilidade, grande maioria oscila entre uma família estruturada e flexível. Atendendo a estas duas variáveis, estas famílias são maioritariamente muito equilibradas. Waldboth et al (2021) enfatiza que é muito importante, para melhorar o suporte emocionais às famílias, que os profissionais de saúde conheçam os seus níveis de coesão e adaptabilidade

Necessidades das famílias com membro portador de patologia neuromuscular: dimensão funcional

familiar para melhor compreender a forma como estas se adaptam às suas transições de vida.

CONCLUSÕES

Podemos concluir que as famílias com membro PPN apresentam necessidades no âmbito de todas as áreas de atenção avaliadas na dimensão funcional, embora a prevalência se situe no papel de PC e Processo Familiar, nomeadamente na saturação dos papéis familiares.

Sendo famílias maioritariamente de tipologia nuclear e de idade jovem, o membro PPN pertence ao subsistema filial.

O PC é maioritariamente membro da família e sente como principais necessidades: exercício do papel a nível do apoio aos autocuidados vestuário, higiene e ir ao sanitário.

Apesar da maioria das famílias apresentarem consenso e ausência de conflito do papel, metade apresentam saturação do papel de prestador de cuidados.

Quanto ao processo familiar, apesar de valores minoritários, não deixa de ser relevante estarmos despertos para o eventual surgimento de doença psicossomática.

No que se refere à comunicação familiar consideramos importante referir a presença de comunicação ineficaz apesar de abranger apenas um terço das famílias.

Como principal limitação do estudo referimos o tamanho da amostra.

Como pontos fortes, consideramos ser de enorme utilidade a divulgação dos resultados à comunidade científica já que é notória a escassez de investigação efetuada neste âmbito.

Propomos para a enfermagem:

A avaliação da dimensão funcional das famílias com membro PPN para que melhor se possa acompanhar as

mesmas na resposta ao seu processo de vida despertos para as necessidades identificadas.

Propomos para a investigação:

Replicação do estudo não só a nível nacional, como internacional, tanto na dimensão funcional como na estrutural e do desenvolvimento

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFIA

Acar, A. E., Saygi, E. K., İmamoğlu, S., Öztürk, G., Ünver, O., Ergenekon, P., Gökdemir, Y., Özel, G. & Türkdoğan, D. (2021). The Burden of Primary Caregivers of Spinal Muscular Atrophy Patients and Their Needs. *Turk Arch Pediatr*, 56(4), 366-373

<https://turkarchpediatr.org/en/the-burden-of-primary-caregivers-of-spinal-muscular-atrophy-patients-and-their-needs-162621>

Alamian, A. & Paradis, G. (2012). Individual and social determinants of multiple chronic disease behavioral risk factors among youth. *BMC public health*. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22439966&lang=pt-pt&site=eds-live>

Antunes, L. T. (2016). *O Cuidado Informal a Doentes com Doença Neuromuscular: Estudo da Prevenção do Risco de Aspiração no Autocuidado Alimentar-se*. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade do Minho]. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/49383/1/Lu%C3%ADsa%20Teixeira%20Antunes.pdf>

Årestedt, L., Persson, C. & Benzein E. (2014). Living as a family in the midst of chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104005338&lang=pt-pt&site=eds-live>

Associação Portuguesa de Neuromusculares. (2019). *A Associação Portuguesa de Neuromusculares e os Neuromusculares*. <http://apn.pt/apn/>

Associação Portuguesa de Neuromusculares. (2021). *A Associação Portuguesa de Neuromusculares e os Neuromusculares*. <http://apn.pt/apn/as-doencas-neuromusculares/>

Conway, K. M., Eichinger, K., Trout, C., Romitti, P. A., Mathews, K. D. & Pandya. (2019). Needs management in families affected by childhood-onset dystrophinopathies. *SAGE open medicine*, 7, 2050312119834470.

<https://doi.org/10.1177/2050312119834470>

Necessidades das famílias com membro portador de patologia neuromuscular: dimensão funcional

- Evkaya, A. A., Karadağ, S. E. & İmamoğlu S. (2021). The burden of primary caregivers of spinal muscular atrophy patients and their needs. *Turk Arch Pediatr*; 56(4), 366-373. DOI: 10.5152/TurkArchPediatr.2021.20117
- Family Ties Website. (2010). *Family Ties Website*. <http://www.edu.pe.ca/southernkings/family.htm>
- Figueiredo, M. H. (2013). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em Enfermagem de família*. Odivelas. Lusociência.
- Kaakinem, J., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. & Hanson, S. (2010). *Family health care nursing. Theory, practice and research*. 4th edition. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Gonçalves, E. (2018). *Estratégias de Coping da Família da Pessoa Portadora de Esclerose Múltipla*. [Tese de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Guarda: Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico da Guarda].
- INSA. (2019). *Doença Crónica*. Infográfico INSA. <http://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-%E2%94%80-doenca-cronica/4>
- Olson, D. H. (1991). Three-dimensional (3-D) Circumplex model and revised scoring of FACES. *Family Process*, 30, 74-79. DOI: [10.1111/j.1545-5300.1991.00074.x](https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1991.00074.x)
- Padovani, C., Lopes, M. C. L., Higahashi, I. H., Pelloso, S. M., Paiano, M., & Christophoro, R. (2018). Being caregiver of people with Parkinson's Disease: experienced situations. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2624–34. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=133970832&lang=pt-pt&site=eds-live>
- Tesei, A., Nobile, M., Colombo, P., Civati, F., Gandossini, S., Mani, E., Molteni, M., Bresolin, N., & D'Angelo, G. (2020). Mental health and coping strategies in families of children and young adults with muscular dystrophies. *Journal of neurology*, 267(7), 2054–2069. <https://doi.org/10.1007/s00415-020-09792-6>
- Waldboth, V., Patch, C., Mahrer-Imhof, R., & Metcalfe, A. (2021). The family transition experience when living with childhood neuromuscular disease: A grounded theory study. *Journal of advanced nursing*, 77(4), 1921–1933. <https://doi.org/10.1111/jan.14754>

A EFETIVIDADE DO DECÚBITO VENTRAL NA ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME: REVISÃO SISTEMÁTICA

The effectiveness of the prone position in acute respiratory distress syndrome: systematic review

La efectividad de la posición prona en acute respiratory distress syndrome: revisión sistemática

Sílvia Ramos*, Aramid Gomes**, Ana Luísa Rego***, Pedro Pimenta****, José Silva*****, Silvana Martins*****, Ana Catarina Maia*****, Ana Paula Macedo*****

RESUMO

Enquadramento: o decúbito ventral é uma prática clínica baseada na evidência que se encontra bem estabelecida em pacientes com Acute Respiratory Distress Syndrome submetidos a ventilação mecânica invasiva. Porém, existe pouca evidência em pacientes não intubados. Face ao aumento da taxa de Acute Respiratory Distress Syndrome, emergiu a necessidade de conhecer a sua eficácia em pacientes não intubados. **Objetivo:** conhecer a efetividade do decúbito ventral no tratamento da Acute Respiratory Distress Syndrome em adultos não intubados. **Metodologia:** revisão sistemática fundamentada no manual de Joanna Briggs Institute, com recurso à estratégia PICO. Pesquisa realizada em agosto de 2021, nas plataformas de acesso Web of Science, PubMed e EBSCO Host. Seleção realizada após eliminação de duplicados, leitura do título, de resumos e textos integrais de acordo com o diagrama Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. **Resultados:** identificaram-se 741 resultados, sendo sete os incluídos na revisão. **Conclusão:** O decúbito ventral precoce revelou-se vantajoso em pacientes não intubados com Acute Respiratory Distress Syndrome ligeira e moderada. É uma intervenção de risco em pacientes não intubados com Acute Respiratory Distress Syndrome grave. Foram identificados indicadores de mortalidade/ sobrevivência, fisiológicos/ clínicos, de eventos/ efeitos adversos e indicadores funcionais como preditores de sucesso/ insucesso do decúbito ventral.

Palavras-chave: decúbito ventral; síndrome do desconforto respiratório; revisão sistemática

*MSc, em Enfermagem no Centro Hospitalar Universitário do Porto - <https://orcid.org/0000-0001-6396-5430> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article

**MSc, em Enfermagem no Centro Hospitalar Universitário do Porto - <https://orcid.org/0000-0002-0911-2397> - Author contribution: Study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article

***Rn, em Medicina no Centro Hospitalar do Porto - <https://orcid.org/0000-0002-2612-9078> - Author contribution: data analysis and interpretation, drafting of the article

****Rn, em Enfermagem no Centro Hospitalar Universitário do Porto - <https://orcid.org/0000-0001-7940-032X> - Author contribution: drafting of the article

*****PhD, em Enfermagem - Centro Hospitalar Universitário do Porto - <https://orcid.org/0000-0001-6396-5430> - Author contribution: critical revision of the article

*****PhD, em Enfermagem no Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - <https://orcid.org/0000-0003-3791-3236> - Author contribution: critical revision of the article

*****MSc, em Enfermagem na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - <https://orcid.org/0000-0003-3914-4020> - Author contribution: critical revision of the article

*****PhD, em Educação na Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), Nursing School of Coimbra (ESENFC), Portugal. Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Braga, Portugal - <http://orcid.org/0000-0002-1064-3523> -

Autor de correspondência:

Sílvia Ramos

Email: silviaramos81@gmail.com

Como referenciar:

Ramos, S., Gomes, A., Rego, A.L., Pimenta, P., Silva, J., Martins, S., Maia, A.C., Macedo, A.P. (2023). A efetividade do decúbito ventral na acute respiratory distress syndrome: revisão sistemática. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(1), 111-124. <https://doi.org/10.37914/riis.v6i1.231>

Recebido para publicação: 26/08/2022
Aceite para publicação: 05/05/2023

ABSTRACT

Background: prone Position is a well-established evidence-based clinical practice in patients with Acute Respiratory Distress Syndrome undergoing invasive mechanical ventilation. Little evidence in non-intubated patients is known. Due to the increasing rate of acute respiratory distress syndrome, the need to know the effectiveness in non-intubated patients has emerged. **Objective:** to know the effectiveness of prone position in the treatment of acute respiratory distress syndrome in non-intubated adults. **Methodology:** Systematic reviews based on the manual of Joanna Briggs Institute and carried out using PICO strategy. Research conducted in August 2021 in the access platforms Web of Science, PubMed, and EBSCO Host. Selection was done after elimination of duplicates, title reading, reading of abstracts, and full texts according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses diagram **Results:** 741 results were identified, and seven were included in the review. **Conclusion:** Early prone position is advantageous in non-intubated patients with mild and moderate acute respiratory distress syndrome. A risk intervention in non-intubated patients with Severe Acute Respiratory Distress Syndrome. Mortality/survival, physiological/clinical, adverse events/effects and functioning outcomes were identified as predictors of success/failure of prone position.

Keywords: prone position; respiratory distress syndrome; systematic review

RESUMEN

Marco contextual: posición prona es una práctica clínica, basada en evidencia, conocida en pacientes con Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda con ventilación mecánica invasiva. Hay poca evidencia en pacientes no entubados. La creciente tasa de síndrome de distrés respiratorio agudo originó la necesidad de desarrollar esfuerzos para conocer su efectividad en pacientes no intubados. **Objetivo:** conocer la efectividad del decúbito prono en el tratamiento del síndrome de distrés respiratorio agudo en adultos no intubados. **Metodología:** revisión sistemática basada en el manual del Instituto Joanna Briggs y mediante la estrategia PICO. La búsqueda ocurrió en agosto 2021 en las plataformas de acceso Web of Science, PubMed y EBSCO Host. Selección realizada por previa eliminación de duplicados, lectura de títulos, resúmenes y textos completos de acuerdo con el diagrama Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. **Resultados:** se identificaron 741 resultados, siete incluyeron la revisión. **Conclusión:** la posición prona temprana demostró ser ventajosa en pacientes no intubados con Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda leve y moderado. Intervención riesgosa en pacientes no intubados con Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda grave. Indicadores de mortalidad/supervivencia, fisiológicos/clínicos, de eventos/efectos adversos e indicadores funcionales, fueron identificados como predictores de éxito/fracaso de la posición prono.

Palabras clave: decúbito ventral; síndrome de dificultad respiratoria; revisión sistemática

INTRODUÇÃO

O Decúbito Ventral (DV), também designado por posição ventral, é uma intervenção estudada desde 1974 demonstrando, desde essa altura, evidência no tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda hipoxémica (Bryan, 1974; Taccone et al., 2009). Adquiriu particular popularidade no tratamento da Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) moderada a grave com o estudo Prone Position Network (PROSEVA), onde se demonstrou ser uma estratégia fundamental na redução da mortalidade e da lesão pulmonar associada ao ventilador (Guérin et al., 2013). Mais recentemente, o estudo ARDS Prone Position Network (APRONET) demonstrou que 32.9% dos pacientes com ARDS grave, quando colocados em DV, revelavam melhorias na oxigenação (Guérin et al., 2018).

O racional fisiológico que suporta a aplicação do DV na ARDS é a redução do desajustamento ventilação/perfusão, do shunt e consequentemente da hipoxemia. Esta melhoria nas trocas gasosas ocorre através de vários mecanismos: alterações na distribuição da ventilação alveolar, redistribuição do fluxo sanguíneo e melhor adequação da ventilação-perfusão (Dalmedico et al, 2017; Guerin et al., 2014; Jahani et al., 2018; Johnson et al., 2017).

A Síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda comumente conhecida como ARDS é uma síndrome clínica heterogénea definida pela instalação aguda de hipoxemia [a razão entre a pressão parcial de oxigénio no sangue arterial e fração inspirada de oxigénio ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) <300] e opacidades pulmonares alveolares bilaterais difusas que não são totalmente explicadas por insuficiência cardíaca ou sobrecarga de volume. Esta é também caracterizada como um processo

inflamatório agudo associado a lesão pulmonar, aumento da permeabilidade vascular, redução de tecido pulmonar ventilado, podendo ter múltiplas etiologias. (ARDS Definition Task Force et al., 2012; Ferguson et al., 2012).

A ARDS foi descrita pela primeira vez por Ashbaugh e seus colaboradores em 1967, mas apenas em 1994 após a publicação do “American-European Consensus Committee on ARDS” surge a primeira uniformização na definição da lesão pulmonar aguda e da síndrome de dificuldade respiratória aguda (Bernard et al., 1994). Após a definição de 1994, persistiam dúvidas relativamente à precisão e à validação desta definição, sendo que, em 2011, através de uma iniciativa conjunta da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos em colaboração com a American Thoracic Society e com a Society of Critical Care Medicine foi desenvolvida a definição de ARDS de Berlin, cujo foco principal foi a redefinição dos critérios de diagnóstico de ARDS tendo por base a viabilidade, a confiabilidade, a validade e a avaliação objetiva do seu desempenho (ARDS Definition Task Force et al., 2012; Ferguson et al., 2012).

Neste consenso designou-se a ARDS como uma lesão pulmonar aguda com um conjunto de quatro critérios: 1) Tempo: início até uma semana após uma agressão/fator risco identificado, ou sintomas respiratórios de novo, ou agravamento de sintomas respiratórios prévios; 2) Imagiologia Tórax: opacidades bilaterais, não totalmente explicadas por derrame, atelectasia lobar/pulmonar ou nódulos e 3) Origem do Edema: Insuficiência Respiratória não totalmente explicada por insuficiência cardíaca ou sobrecarga hídrica e 4) Oxigenação: Hipoxemia - *ratio* $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$, e que é determinante da gravidade (ARDS

Definition Task Force et al., 2012; Ferguson et al., 2012).

Assim a classificação de Berlin subdividiu ainda a ARDS em três níveis de gravidade: grave, moderada e ligeira. Sendo a grave traduzida por um *ratio* $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100\text{mmHg}$ e com $\text{PEEP} \geq 5\text{cmH}_2\text{O}$, a moderada com $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ entre 101-200mmHg e com $\text{PEEP} \geq 5\text{cmH}_2\text{O}$ e a ligeira com $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 201- 300mmHg com PEEP ou $\text{CPAP} \geq 5\text{cmH}_2\text{O}$.

O estudo PROSEVA veio demonstrar a redução estatisticamente significativa na taxa de mortalidade em pacientes com ARDS moderada a grave submetidos a intervenção precoce de DV (Guérin et al., 2013). Não obstante deste resultado, o estudo APRONET identificou apenas uma prevalência de 32.9% de utilização do DV em pacientes com ARDS grave (Guérin et al., 2018).

Face à elevada mortalidade da ARDS, perante uma forte fundamentação fisiológica e havendo uma probabilidade razoável de melhorar a sobrevivência a um nível clinicamente significativo, a limitação do DV a pacientes com ARDS moderada a grave parece excessivamente conservadora (Albert, 2020). A comunidade científica internacional centrou-se na construção de guidelines para o tratamento da ARDS e o DV foi identificado como uma intervenção elementar, contudo estas diretrizes apenas se aplicam a pacientes intubados (Fan et al., 2017; Griffiths et al., 2019).

Na atualidade, com a pandemia por Corona Vírus Disease 2019 (COVID-19), o DV teve uma utilização exponencial não apenas em pacientes intubados, mas analogamente em pacientes não intubados (Bamford et al., 2020; Barker et al., 2020; Koeckerling et al., 2020). Com base nos mecanismos fisiológicos do DV e perante os múltiplos resultados científicos que

comprovam os seus benefícios no tratamento da ARDS em pacientes intubados, emergiu a necessidade de conhecer concomitantemente a sua efetividade em pacientes não intubados. Atualmente é associado à pneumonia pelo Severe Acute Respiratory Syndrome – Coronavirus-2 (SARS-Cov-2) a taxa de mortalidade na ARDS aumentou para 70% (Zhou et al., 2020), justificando todos os esforços contínuos na pesquisa de estratégias terapêuticas eficazes para o seu tratamento. Com este propósito o objetivo deste estudo é conhecer a efetividade do DV no tratamento da ARDS em adultos não intubados.

PROCEDIMENTO METODOLÓGICOS DE REVISÃO

Registo do Protocolo

O protocolo deste estudo foi publicado e registado no PROSPERO com o seguinte código de identificação CRD42021271481 (Sílvia Ramos et al., 2021). Não existiu qualquer alteração ao registo prévio do protocolo.

TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo efetuado teve por base a metodologia sugerida no manual da Joanna Briggs Institute (JBI) para as Systematic Reviews of Effectiveness (Aromataris et al., 2017) e que se configurou numa síntese de resultados pela narrativa. Este tipo de estudo visa determinar até que ponto uma intervenção, quando usada de maneira apropriada, atinge o efeito pretendido (Tufanaru et al., 2020).

Questão e objetivo de pesquisa

O principal objetivo de investigação foi conhecer a efetividade do DV no tratamento da ARDS em adultos não intubados. A questão de investigação foi contruída com recursos a mnemónica PICO:(P)opulação: adultos

com ARDS não intubados; (I)ntervenção: decúbito ventral; (C)omparação: qualquer outro tratamento ou nenhum tratamento (O)resultados: indicadores: 1) primários que correspondem à efetividade da intervenção; 2) secundários medidos em mortalidade/sobrevivência, eventos/efeitos adversos, fisiológicos/clínicos e funcionais (Dodd et al., 2018; Tufanaru et al., 2020), sendo a questão de partida “Qual a efetividade do DV no tratamento da ARDS em adultos não intubados?”. A pesquisa da informação científica foi realizada tendo por base a questão de investigação.

Critério de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão e exclusão previamente determinados permitiram uma melhor adequação e uniformização da seleção dos resultados. Critérios de inclusão: estudos que respondam à questão de investigação, escritos em português, inglês e espanhol, artigos publicados nos últimos 5 anos, e estudos experimentais quase experimentais e observacionais em adultos. Critérios de exclusão: estudos que não cumpram os critérios da definição de Berlin para ARDS; estudos com qualidade metodológica inferior a 50% após aplicação das ferramentas de avaliação.

Estratégia de revisão

Realizou-se uma pesquisa que decorreu em agosto de 2021, com recurso aos termos-chave/descriptores que resultaram da pesquisa no browser Medical Subject Headings (MeSH) tendo sido identificados: “intubation intratracheal”, “prone position”, “ards”, “acute respiratory distress syndrome”, “spontaneous” e “awake”. A utilização dos operadores booleanos AND e OR e dos instrumentos adicionais, entre os quais, os parênteses, as aspas e o asterisco permitiram a construção da frase booleana: ("PRONE POSIT*") AND (ARDS OR "ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME") AND ("NONINTUBAT* INTRATRACHEAL" OR NONINTUBAT* OR AWAKE OR SPONTAN*). Esta frase booleana permitiu efetuar a pesquisa de artigos nos seguintes motores de busca Web of Science, PubMed e EBSCO Host e todas as bases de dados a si associadas: portal FECYT, Incites, Journal Citation Reports, Chinese Science Citation Index, Essential Science Indicators, Current Contents Connect, Derwent Innovations Index, Korean Journal Database, Medline, SciELO Citation Index, CINHALL Complete, Nursing & Allied Health Collection, Cochrane Plus Collection, MedicLatina e MEDLINE complete. A tabela 1 demonstra a estratégia de pesquisa no motor de busca Pubmed.

Tabela 1

Estratégia de pesquisa no motor de busca PubMed

#	Equação Booleana	Resultados
#1	prone posit*[Title/Abstract]	7750
#2	"ards"[Title/Abstract] OR "acute respiratory distress syndrome"[Title/Abstract]	28226
#3	("nonintubat*" [All Fields] AND "intratracheal"[Title/Abstract]) OR "nonintubat*" [Title/Abstract] OR ("awake"[Title/Abstract] OR "spontan*" [Title/Abstract])	439725
#4	"prone posit*" [Title/Abstract] AND ("ards"[Title/Abstract] OR "acute respiratory distress syndrome"[Title/Abstract]) AND (("nonintubat*" [All Fields] AND "intratracheal"[Title/Abstract]) OR "nonintubat*" [Title/Abstract] OR ("awake"[Title/Abstract] OR "spontan*" [Title/Abstract]))	62

Seleção dos Estudos

A seleção dos artigos foi realizada por dois revisores de forma independente, nas situações em que se verificaram ausência de concordância recorreu-se a um terceiro revisor, de forma garantir consenso em todos os domínios. A análise dos artigos selecionados teve em consideração os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos e a questão de investigação.

Ferramentas de análise de qualidade metodológica dos estudos

A avaliação da qualidade metodológica foi efetuada através das ferramentas disponibilizadas e padronizadas no manual da JBI (Aromataris et al., 2017) e realizada de forma cega por dois revisores, perante as discordâncias recorreu-se a um terceiro revisor. Para os estudos do tipo casos de serie utilizada a checklist for case series (Munn et al., 2020), para os estudos de corte utilizada a checklist for cohort studies (Moola et al., 2020) e para os estudos de casos controlo utilizada a checklist for case control studies (Moola et al., 2020).

Metodologia para análise dos resultados dos estudos

Para a recolha dos resultados foi elaborada previamente uma tabela para um registo sistemático do conteúdo dos artigos. A recolha de dados foi

efetuada por dois revisores de forma independente, e que teve por base as orientações propostas pelo manual de JBI (Aromataris et al., 2017). A tabela 2 contemplou os seguintes dados: autores do estudo, título, ano, local de realização do estudo, nível de evidência do estudo, avaliação da qualidade metodológica do estudo, objetivo do estudo em análise, registo da intervenção e dos resultados do estudo.

RESULTADOS

A gestão dos resultados que surgiram da pesquisa nos motores de busca acima mencionados foi efetuada com recurso ao software EndNote. Os artigos foram analisados e selecionados, seguindo as orientações da pergunta PICO, critérios de inclusão e exclusão, recorrendo-se ao diagrama Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), conforme se pode consultar na Figura 1 (Moher et al., 2009). Seguiram-se as etapas de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão. Na identificação emergiram 741 resultados, após a remoção dos duplicados obtiveram-se 616 artigos. Na seleção após a leitura do título excluíram-se 393, porque não respondiam ao objetivo da investigação resultados ficando com 223 artigos. Na elegibilidade após leitura do resumo eliminaram-se 101 estudos ficando com 122.

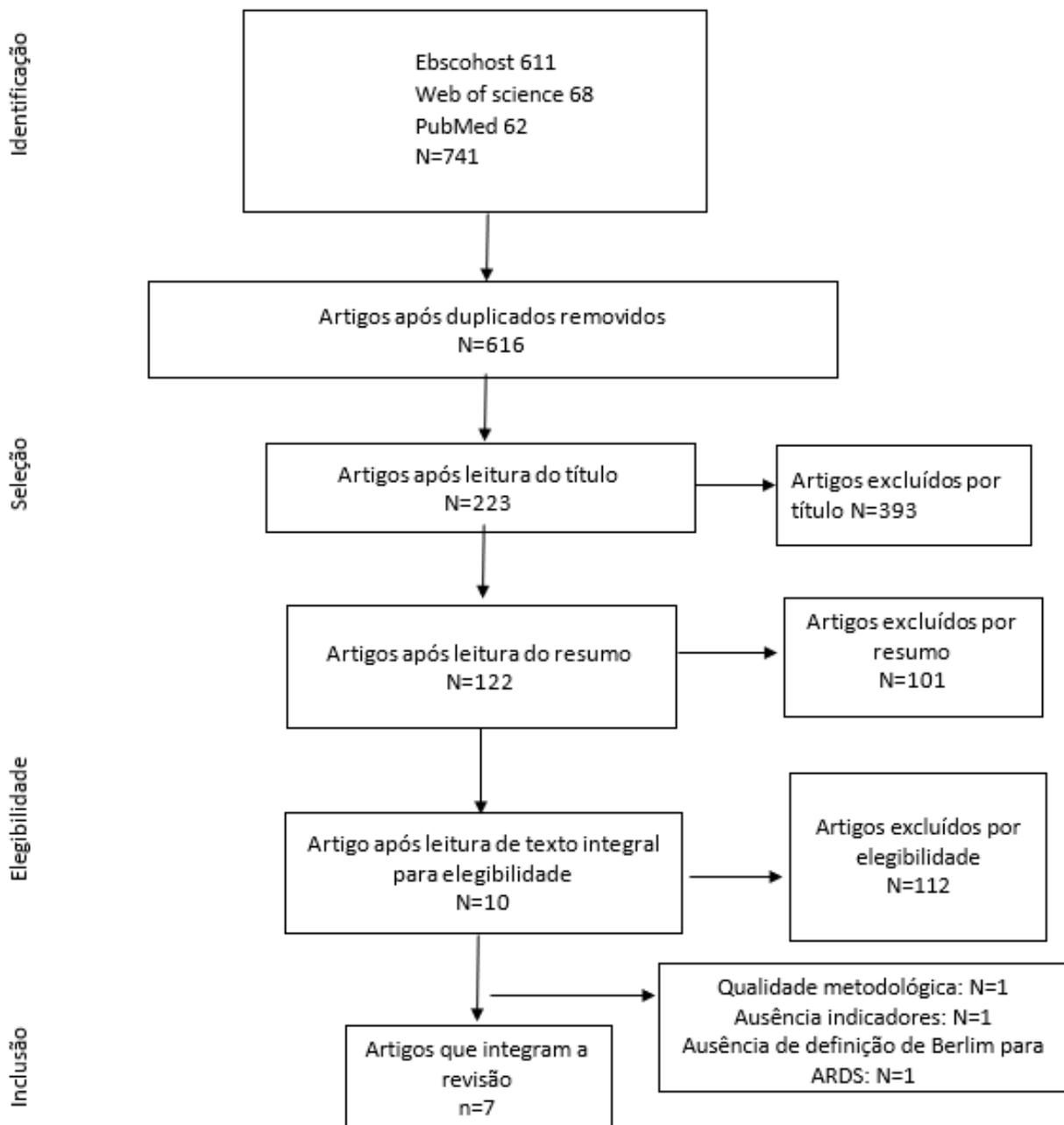


Figura 1

Diagrama para inclusão dos estudos na revisão

Fonte: PRISMA (Moher et al., 2009)

Destes após avaliação da elegibilidade e qualidade metodológica foram excluídos 112 ficando com 10 artigos. Estes foram analisados tendo por base o texto integral, tendo sido excluídos 3 artigos. Um porque não definia a ARDS segundo os critérios de Berlin, outro por não se refere aos indicadores de resultado por não

identificarem e outro por apresentar baixa qualidade metodológica (<50%). Foram incluídos 7 artigos no estudo.

Os artigos incluídos nesta revisão são estudos observacionais com abordagem quantitativa e com qualidade metodológica acreditada de acordo com os

A efetividade do decúbito ventral na acute respiratory distress syndrome: revisão sistemática
critérios do JBI (Aromataris et al., 2017). Os resultados
extraídos da análise dos artigos incluídos no estudo
encontram-se descritos na tabela 2.

Tabela 2

Resultados extraídos dos estudos incluídos na revisão

AUTORES	Wendt et al., 2021		
TÍTULO	Prone positioning of patients with coronavirus disease 2019 who are nonintubated in hypoxic respiratory distress: Single-Site retrospective health records review		
ANO E LOCAL	2021, Estados Unidos da América		
NÍVEL DE EVIDÊNCIA JBI (JBI, 2013)	Observacional descritivo retrospectivo de séries de casos (4c)	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE COM RECURSO À CHECKLIST FOR CASE SERIES E SCORE (Munn et al., 2020)	10/10 - 100%
AMOSTRA	n= 31; média de idade 62 anos; 77% de homens e 13% mulheres; ARDS por COVID-19.		
OBJETIVO DO ESTUDO			
Analisar as alterações da SpO ₂ , FC e FR após o DV			
INTERVENÇÃO			
Pacientes submetidos a oxigenoterapia convencional colocados em DV tolerada pelo menos 30 min. Com procedimento protocolado para o DV			
COMPARAÇÃO			
Nenhum outro tratamento			
RESULTADOS			
<ul style="list-style-type: none"> Indicadores fisiológicos/clínicos: aumento da taxa de SpO₂ de 5% (p< 0.001) e diminuição FC e FR em 100% dos pacientes (p< 0.05) após o DV; Indicadores eventos/efeitos adversos: aumento da FiO₂ em 23% dos pacientes após colocação em DV e intubação em 45% dos pacientes após o tempo médio de 35h desde o início do DV. 			
AUTORES	Ferrando et al. (2020)		
TÍTULO	Awake prone positioning does not reduce the risk of intubation in COVID-19 treated with high-flow nasal oxygen therapy: a multicenter, adjusted cohort study		
ANO E LOCAL	2020 Andorra, Espanha.		
NÍVEL DE EVIDÊNCIA JBI (JBI, 2013)	Observacional analítico retrospectivo de corte (3c)	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE COM RECURSO À CHECKLIST FOR COHORT STUDIES E SCORE (Moola et al., 2020)	8/10 – 80%
AMOSTRA	n= 199; mediana de idade 62 anos; 74% homens e 16% mulheres; ARDS por COVID-19; PaO ₂ /FiO ₂ > 100 e ≤ 200mmHg.		
OBJETIVO DO ESTUDO			
Analisar o efeito do DV, como coadjuvante ao OAF, sobre a taxa de intubação			
INTERVENÇÃO			
Pacientes com OAF associado ao DV. Considerou-se o DV quando efetuado por mais de 16h. Sem procedimento protocolado para o DV			
COMPARAÇÃO			
Pacientes com OAF isolado			
RESULTADOS			
<ul style="list-style-type: none"> Indicadores fisiológicos/clínicos: redução da FR (p< 0.64); aumento da FC (p=0.26), da SpO₂ (p=0.21) e do PaO₂/FiO₂ (p=0.67) no grupo submetido à intervenção; Indicadores eventos/efeitos adversos: necessidade de intubação semelhante nos dois grupos (41% no grupo de comparação e 40% no grupo da intervenção) e atraso na intubação de 2 dias no grupo de intervenção; Indicador mortalidade/ sobrevida: aos 28 dias, semelhante em ambos os grupos. 			
AUTORES	Paternoster et al. (2020)		

A efetividade do decúbito ventral na acute respiratory distress syndrome: revisão sistemática

TÍTULO	Awake pronation with helmet continuous positive airway pressure for COVID-19 acute respiratory distress syndrome patients outside the ICU: A case series		
ANO E LOCAL	2020 Potenza, Itália.		
NÍVEL DE EVIDÊNCIA JBI (JBI, 2013)	Observacional descritivo retrospectivo de séries de casos (4c)	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE COM RECURSO À CHECKLIST FOR CASE SERIES E SCORE (Munn et al., 2020)	10/10 – 100%
AMOSTRA	n= 11; média de idade 62 anos; 64% mulheres e 36% homens; ARDS por COVID-19; PaO ₂ /FiO ₂ > 100 e ≤ 200mmHg.		
OBJETIVO DO ESTUDO			
Analisar o efeito do DV quando associado ao CPAP			
INTERVENÇÃO			
Pacientes com CPAP com capacete colocados em DV, por mais de 12h. Sem procedimento protocolado para o DV			
COMPARAÇÃO			
Nenhum outro tratamento			
RESULTADOS			
<ul style="list-style-type: none"> Indicadores fisiológicos/clínicos: diminuição da FR (p=0.004), aumento da SpO₂ média (p< 0.001) e aumento do PaO₂/FiO₂ em 72 horas (p> 0.001) quando associado o DV; sem diferenças estatisticamente significativas para PaCO₂, PH e lactatos após intervenção; Indicadores eventos/efeitos adversos: taxa de intubação de 27% em pacientes submetidos à intervenção; Indicador mortalidade/ sobrevida: aos 28 dias de 28% em pacientes submetidos à intervenção; Indicadores funcionais: administração de Dexmedetomidina (dose: 0,7-1,2 mcg /kg/min) em 63.6% dos pacientes para melhorar a adesão/tolerância ao DV. 			
AUTORES	Taboada et al. (2021)		
TÍTULO	Effectiveness of prone positioning in nonintubated intensive care unit patients with moderate to severe acute respiratory distress syndrome by coronavirus disease 2019		
ANO E LOCAL	2020 Galiza Espanha		
NÍVEL DE EVIDÊNCIA JBI (JBI, 2013)	Observacional descritivo prospectivo de séries de casos (4c)	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE COM RECURSO À CHECKLIST FOR CASE SERIES E SCORE (Munn et al., 2020)	9/10 – 90%
AMOSTRA	n= 7, média 64 anos, 57% mulheres e 43% homens; ARDS por COVID-19; 14% PaO ₂ /FiO ₂ ≤ 100mmHg; 86% PaO ₂ /FiO ₂ > 100 e ≤ 200mmHg.		
OBJETIVO DO ESTUDO			
Analisar a eficácia do DV na oxigenação e na taxa de intubação			
INTERVENÇÃO			
Pacientes colocados em DV. Sem procedimento protocolado para o DV			
COMPARAÇÃO			
Nenhum outro tratamento			
RESULTADOS			
<ul style="list-style-type: none"> Indicadores fisiológicos/clínicos: aumento da SpO₂ (p=0.0045), da PaO₂ (p=0.0049) e PaO₂/FiO₂ (p=0.0094) quando associado o DV. Após término da intervenção estes indicadores deixam de ter evidência estatisticamente significativa; Indicadores eventos/efeitos adversos: taxa de intubação de 28.6% em pacientes submetidos à intervenção; Indicadores funcionais: administração de Dexmedetomidina (dose: 0,2–0,8 mcg/kg/h) em 100% dos pacientes para melhorar a adesão/tolerância ao DV. 			
AUTORES	Simioli et al. (2021)		
TÍTULO	Early Prone Positioning and Non-Invasive Ventilation in a Critical COVID-19 Subset. A Single Centre Experience in Southern		
ANO E LOCAL	2021 Itália		
NÍVEL DE EVIDÊNCIA JBI (JBI, 2013)	Observacional analítico retrospectivo de casos controlo (3d)	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE COM RECURSO À CHECKLIST FOR CASE CONTROL STUDIES E SCORE (Moola et al., 2020)	7/10 – 70%
AMOSTRA	n= 29; mediana 64 anos; 86% homens e 14% mulheres; ARDS por COVID-19; 62% PaO ₂ /FiO ₂ ≤ 100mmHg; 28% PaO ₂ /FiO ₂ > 100 e ≤200mmHg e 10% PaO ₂ /FiO ₂ > 200 e ≤300mmHg.		
OBJETIVO DO ESTUDO			
Analisar o efeito do DV quando associada ao CPAP e ao OAF			
INTERVENÇÃO			

A efetividade do decúbito ventral na acute respiratory distress syndrome: revisão sistemática

Pacientes com CPAP ou OAF associado ao DV > 10h. Sem protocolo para DV			
COMPARAÇÃO			
Pacientes com CPAP ou OAF associado a DV < 10h.			
RESULTADOS			
<ul style="list-style-type: none"> Indicadores fisiológicos/clínicos: A duração da Insuficiência Respiratória foi menor no grupo submetido a DV > 10h (14 dias) comparativamente ao grupo de DV < 10h (21 dias) ($p=0.002$); não existiu relação estatisticamente significativa entre a gravidade da PaO_2/FiO_2 e o tempo de insuficiência respiratória ($p=0.2062$); Indicadores eventos/efeitos adversos: taxa de intubação de 5.5% do grupo com DV > 10h e 18% do grupo com DV < 10h; Indicador mortalidade/ sobrevivida: 27% no grupo de DV < 10h, 0% no grupo de DV > 10 h; Indicadores funcionais: intolerância ao DV, exteriorização do interface, dessaturação, o agravamento da dispneia, a dor torácica, a cervicalgia e a agitação. 			
AUTORES	Cherian et al. (2021)		
TÍTULO	Predictive factors for success of awake proning in hypoxemic respiratory failure secondary to COVID-19: A retrospective cohort study		
ANO E LOCAL	2021, Texas Estados Unidos da América		
NÍVEL DE EVIDÊNCIA JBI (JBI, 2013)	Observacional analítico retrospectivo de corte (3c)	AValiação DA QUALIDADE E SCORE COM RECURSO À CHECKLIST FOR COHORT STUDIES (Moola et al., 2020)	10/10 – 100%
AMOSTRA	n= 59; mediana 54 anos; 66% homens e 34% mulheres; ARDS por COVID-19; $PaO_2/FiO_2 > 100$ mmHg e ≤ 300 mmHg.		
OBJETIVO DO ESTUDO			
Identificar os fatores preditivos de sucesso e insucesso do DV			
INTERVENÇÃO			
Pacientes submetidos a OAF ou VNI, colocados em DV tolerado pelo menos 3h por dia. Sem protocolo para DV			
COMPARAÇÃO			
Grupo que necessitou de VMI e Grupo que não necessitaram de VMI.			
RESULTADOS			
<ul style="list-style-type: none"> Indicadores fisiológicos/clínicos: até ao 4º dia de DV registou-se diminuição da PCR em 50% ($p= 0.02$) da DHL ($p=0.01$) e dos Dímeros ($p<0.01$) no grupo que não necessitou VMI; diminuição da SpO_2/FiO_2 em ambos os grupos e no grupo que não necessitou de VMI a SpO_2/FiO_2 aumentou ao 4º dia; ao 4º dia de DV aumento no índice de ROX no grupo que não necessitou de VMI ($p= 0.01$); Indicadores eventos/efeitos adversos: O grupo que necessitou de VMI utilizou de forma estatisticamente significativa a VNI quando comparado com o grupo que não necessitou de VMI; taxa de intubação de 39%. 			
AUTORES	Ding et al. (2020)		
TÍTULO	Efficacy and safety of early prone positioning combined with HFNC or NIV in moderate to severe ARDS: a multi-center prospective cohort study		
ANO E LOCAL	2020, Pequim, China		
NÍVEL DE EVIDÊNCIA JBI (JBI, 2013)	Observacional analítico prospectivo de corte	AValiação DA QUALIDADE E SCORE COM RECURSO À CHECKLIST FOR COHORT STUDIES (Moola et al., 2020)	9/10 – 100%
AMOSTRA	n= 20; média de idade 50 anos; 65% homens e 35% mulheres; ARDS por pneumonia não COVID-19; $PaO_2/FiO_2 \leq 200$ mmHg.		
OBJETIVO DO ESTUDO			
Analisar o efeito do DV, como coadjuvante no CPAP e no OAF, sobre a taxa de intubação			
INTERVENÇÃO			
Pacientes submetidos a OAF ou VNI, coadjuvados com DV. Com procedimento protocolado para DV.			
COMPARAÇÃO			
Grupo que necessitou de VMI e Grupo que não necessitou de VMI			
RESULTADOS			
<ul style="list-style-type: none"> Indicadores fisiológicos/ clínicos: aumento estatisticamente significativo da PaO_2/FiO_2 no grupo OAF e DV ($p=0.016$) quando comparado com o grupo VNI + DV ($p=0.133$); o OAF + DV demonstrou efeitos semelhantes aos da VNI sem o DV na PaO_2/FiO_2. No grupo sem necessidade de VMI, 73% tinham ARDS moderada e 27% ARDS grave, no grupo que necessitou de VMI 22% tinham ARDS moderada e 78% ARDS grave; Indicadores eventos/ efeitos adversos: diminuição de 40% (com confiança de 95% e um nível de poder de 80%) na taxa de probabilidade de intubação quando utilizado OAF ou VNI associado ao DV; 55% dos pacientes não necessitaram de VMI Indicadores funcionais: duração das sessões de DV semelhante em ambos os grupos 1.8-1.9 h. 			
<p>Fonte: elaboração própria. Listagem de siglas: ARDS- Acute Respiratory Distress Syndrome; cmH_2O. Centímetros de água; CPAP- Continues Positive Air Pressure; cpm- ciclos por minuto; FC- Frequência Cardíaca; FiO_2- Fração inspirada de oxigénio; FR- Frequência Respiratória ; Índice de ROX- $\left[\frac{SatO_2 - FiO_2}{Fr} \right] \times 100$; mcg/Kg/h- microgramas por kilograma por hora; min.- minuto; mmHg-</p>			

milímetros de mercúrio; n- amostra; O₂- Oxigênio; OAF- Oxigênio de Alto Fluxo; p- p de Pearson (<0,05); PaCO₂- Pressão parcial de dióxido de carbono no sangue arterial; PaO₂- Pressão parcial de Oxigênio no sangue arterial; PEEP- Positive end-expiratory Pressure; PH- Potencial hidrogeniônico; PCR – Proteína C Reativa; SpO₂. Saturação periférica de oxigênio; VMI- Ventilação Mecânica Invasiva; VNI- Ventilação Não Invasiva

DISCUSSÃO

Os estudos que integram esta revisão são todos observacionais, maioritariamente europeus, apenas um é prospetivo e os restantes retrospectivos, com amostras heterogêneas (tamanho da amostra e género), com desenhos de intervenção diferentes, na duração, na existência de protocolo para o procedimento e na coadjuvação com oxigenoterapia convencional, OAF e VNI, não podendo por isso generalizar e garantir a translação para a prática clínica, do conhecimento gerado pelos resultados apresentados. Tendo por base os resultados padronizados e apresentado por Dodd et al. (2018), destacam-se como principais indicadores que permitem a monitorização da eficácia da intervenção: indicadores de mortalidade/ sobrevida, indicadores fisiológicos/ clínicos, indicadores de eventos/efeitos adversos e indicadores funcionais nomeadamente relacionados com cuidados prestados, tolerância e adesão à intervenção, desmame da intervenção e satisfação dos pacientes. Todos os estudos se reportam aos indicadores fisiológicos/ clínicos [SpO₂, PaO₂, FR, FC, PaO₂/FiO₂, PaCO₂, índice de Rox (indicador associado ao agravamento da insuficiência respiratória), PH, lactatos, PCR, DHL, D-dímeros] e indicadores de eventos/ efeitos adversos (taxa de intubação, aumento de FiO₂). Os resultados de Went et al. (2021) sugeriram uma melhoria nos indicadores fisiológicos/ clínicos SpO₂, FC e FR após o DV com duração medida de 140 minutos. Paternoster et al. (2020) demonstraram melhoria nos indicadores fisiológicos/ clínicos FR e SpO₂ para uma intervenção

implementada por um período superior a 12 horas. A melhoria da SpO₂ associada ao DV, descrita por Wendt et al. (2021), é também documentada por Paternoster et al. (2020) e Taboada et al. (2020), tendo estes últimos verificado que essa melhoria ocorria em pacientes que cumpriam o DV por períodos com uma duração média de 10 horas. Por sua vez, Ferrando et al. (2020) verificaram que, em pacientes submetidos ao DV por períodos superiores a 16 horas existiu uma diminuição da SpO₂ e um aumento da FC, embora sem significado estatístico. Para Paternoster et al. (2020) e Taboada et al. (2020) os indicadores funcionais tempo de tolerância e conforto do DV foram fatores que se relacionaram diretamente com os benefícios decorrentes desta intervenção, pelo que planearam uma estratégia de sedação com dexmedetomidina aos pacientes submetidos ao DV, minimizando as condições que conduziam à intolerância e à não adesão da intervenção, promovendo com isto os benefícios associados ao DV. Ainda no âmbito dos indicadores funcionais, Simioli et al. (2021) acrescentou com o seu trabalho que as causas de intolerância passam por desajuste de interface, dessaturação, agravamento da dispneia, toracalgia, cervicalgia e agitação. Ao compararmos o indicador eventos/ efeitos adversos em pacientes com ARDS, submetidos ao DV, no que se refere à taxa de intubação, os estudos incluídos nesta revisão demonstraram que esta variou entre 18% e 45%. Ao compararmos estes valores com os resultados previamente apresentados na literatura, verificamos que Thille et al. (2013) identificou uma taxa de

intubação de 61% na ARDS (31% na ligeira, 62% na moderada e 84% na grave, $p=0,015$), neste sentido, os resultados desta revisão apontam para uma redução da taxa de intubação independentemente da tipologia de ARDS e do tempo do DV. O trabalho de Ding et al. (2020) confirma esta tendência na relação entre o DV e diminuição da taxa de intubação, demonstrando uma redução de 40%. Contudo, ressaltam que devido à elevada taxa de intubação nos pacientes com ARDS grave (78%) a utilização do DV, como escalada terapêutica, poderá representar um atraso na intubação e, conseqüentemente, um aumento no indicador mortalidade/ sobrevivida. Com o propósito de não atrasar a intubação, identificaram-se fatores preditivos de sucesso associados à implementação do DV em pacientes com ARDS, não intubados. O estudo de Cherian et al. (2021), monitorizou indicadores fisiológicos/ clínicos e indicadores de eventos/ efeitos adversos, reconhecendo que os benefícios do DV poderão estar limitados a pacientes com ARDS ligeiro ou moderado. O seu estudo sugere que o ratio basal mais elevado de SpO_2/FiO_2 e no índice de ROX ($p=0.01$), são indicadores de sucesso do DV. Concomitante, ao quarto dia, após implementação do DV, a melhoria no ratio SpO_2/FiO_2 e nos marcadores inflamatórios (PCR, DHL $p=0.01$, D-dímeros $p<0.01$) indicam o sucesso da intervenção. No mesmo estudo, os autores identificaram ainda que a melhoria persistente no índice ROX e no ratio SpO_2/FiO_2 , ao quarto dia da implementação do DV, juntamente com a redução dos valores de D-dímeros e DHL, deverão ser os preditores a monitorizar para decidir quando interromper o DV. Pasternoster et al. (2020), Taboada et al. (2020), Similioli et al. (2021) Cherian et al. (2021) e Ding et al. (2020) demonstraram um benefício estatisticamente significativo na oxigenação nos

pacientes que utilizaram DV, comprovada pela melhoria da relação PaO_2/FiO_2 , FR, FiO_2 , SpO_2 , índice de ROX, FC e PaO_2 , reforçando assim os resultados previamente encontrados na literatura, sobre a importância de monitorizar estes mesmos indicadores como fatores preditores de sucesso/ insucesso no tratamento da ARDS (Blez et al., 2020). No entanto, esta melhoria na oxigenação apesar de permanecer após o término da sessão do DV, perde a sua significância estatística (Taboada et al., 2020; Similioli et al., 2021). No que diz respeito ao indicador mortalidade/ sobrevivida Ferrando et al. (2020), Paternoster et al. (2020) e Similioli et al. (2021) acrescentam que aos 28 dias este indicador não revelou diferenças estatisticamente significativas para aqueles que realizaram o DV.

CONCLUSÃO

Nos estudos incluídos nesta revisão não foi possível identificar indicadores de efetividade do DV em pacientes não intubados com ARDS, uma vez que os estudos incluídos são todos observacionais, de baixo nível de evidência, heterogêneos e por isso com elevado risco de enviesamento, impossibilitando assim a medição do tamanho do efeito da intervenção. No entanto o efeito do DV com duração entre 2 a 16 horas, parece revelar-se vantajoso em pacientes não intubados com ARDS ligeira a moderada (traduzida pela melhoria da oxigenação, atraso da intubação e diminuição da taxa de mortalidade), e uma intervenção de risco em pacientes não intubados com ARDS grave. Dos conjuntos padronizados de resultados, foram identificados com esta revisão: indicadores de mortalidade/ sobrevivida, fisiológicos/ clínicos, de eventos/ efeitos adversos e indicadores funcionais que

permitem monitorizar o sucesso da intervenção. De entre os indicadores a monitorização destacamos a FR, a FC, o ratio PaO₂/FiO₂, a SpO₂, o índice de ROX, os parâmetros inflamatórios (D-dímeros, DHL, PCR) e a tolerância e duração do DV. Como principal implicação para a prática, conclui-se que a implementação segura do DV deve ser utilizada em paciente não intubados no tratamento da ARDS ligeira a moderada e requer a monitorização de indicadores preditores de sucesso e insucesso.

A investigação futura deverá focar-se em desenhos de estudos primários experimentais randomizados e meta-análises, de elevada qualidade metodológica, que permitam medir a efetividade da intervenção do DV.

FINANCIAMENTO

Esta revisão não contou com nenhum tipo de financiamento

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albert R. K. (2020). Prone Ventilation for Patients with Mild or Moderate Acute Respiratory Distress Syndrome. *Annals of the American Thoracic Society*, 17(1), 24–29. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201906-4561P>

ARDS Definition Task Force, Ranieri, V. M., Rubenfeld, G. D., Thompson, B. T., Ferguson, N. D., Caldwell, E., Fan, E., Camporota, L., & Slutsky, A. S. (2012). Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition. *JAMA*, 307(23), 2526–2533. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.5669>

Aromataris, E., & Zachary M. (2017). *JBI systematic reviews*. Joanna Briggs Institute reviewer's manual (2017). <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-02>

Ashbaugh, D. G., Bigelow, D. B., Petty, T. L., & Levine, B. E. (1967). Acute respiratory distress in adults. *Lancet*

2(7511), 319–323. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(67\)90168-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(67)90168-7)

Bamford, P., Bentley, A., Dean, J., Whitmore, D., & Wilson-Baig, N. (2020). *ICS guidance for prone positioning of the conscious COVID patient 2020*. Intensive care society. <https://emcrit.org/wp-content/uploads/2020/04/2020-04-12-Guidance-for-conscious-proning.pdf>

Barker, J., Koeckerling, D., & West, R. (2020). A need for prone position CPR guidance for intubated and non-intubated patients during the COVID-19 pandemic. *Resuscitation*, 151, 135–136. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.04.029>

Bernard, G. R., Artigas, A., Brigham, K. L., Carlet, J., Falke, K., Hudson, L., Lamy, M., Legall, J. R., Morris, A., & Spragg, R. (1994). The American-European Consensus Conference on ARDS. Definitions, mechanisms, relevant outcomes, and clinical trial coordination. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 149(3), 818-824.

Blez, D., Soulier, A., Bonnet, F., Gayat, E., & Garnier, M. (2020). Monitoring of high-flow nasal cannula for SARS-CoV-2 severe pneumonia: less is more, better look at respiratory rate. *Intensive care medicine*, 46(11), 2094–2095. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06199-9>

Bryan A. C. (1974). Conference on the scientific basis of respiratory therapy. Pulmonary physiotherapy in the pediatric age group. Comments of a devil's advocate. *The American review of respiratory disease*, 110 (2), 143–144. <https://doi.org/10.1164/arrd.1974.110.6P2.143>

Cherian, S. V., Li, C., Roche, B., Reyes, S. A., Karanth, S., Lal, A. P., Aisenberg, G. M., & Estrada-Y-Martin, R. M. (2021). Predictive factors for success of awake prone in hypoxemic respiratory failure secondary to COVID-19: A retrospective cohort study. *Respiratory medicine*, 181, 106379. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2021.106379>

Dalmedico, M. M., Salas, D., Oliveira, A. M., Baran, F., Meardi, J. T., & Santos, M. C. (2017). Efficacy of prone position in acute respiratory distress syndrome: overview of systematic reviews. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, e03251. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016048803251>

Ding, L., Wang, L., Ma, W., & He, H. (2020). Efficacy and safety of early prone positioning combined with HFNC or NIV in moderate to severe ARDS: a multi-center prospective cohort study. *Critical care*, 24(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2738-5>

- Dodd, S., Clarke, M., Becker, L., Mavergames, C., Fish, R., & Williamson, P. R. (2018). A taxonomy has been developed for outcomes in medical research to help improve knowledge discovery. *Journal of clinical epidemiology*, 96, 84–92. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.12.020>
- Fan, E., Del Sorbo, L., Goligher, E. C., Hodgson, C. L., Munshi, L., Walkey, A. J., Adhikari, N., Amato, M., Branson, R., Brower, R. G., Ferguson, N. D., Gajic, O., Gattinoni, L., Hess, D., Mancebo, J., Meade, M. O., McAuley, D. F., Pesenti, A., Ranieri, V. M., Rubenfeld, G. D., ... (2017). An Official American Thoracic Society/European Society of Intensive Care Medicine/Society of Critical Care Medicine Clinical Practice Guideline: Mechanical Ventilation in Adult Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 195(9), 1253–1263. <https://doi.org/10.1164/rccm.201703-0548ST>
- Ferguson, N. D., Fan, E., Camporota, L., Antonelli, M., Anzueto, A., Beale, R., Brochard, L., Brower, R., Esteban, A., Gattinoni, L., Rhodes, A., Slutsky, A. S., Vincent, J. L., Rubenfeld, G. D., Thompson, B. T., & Ranieri, V. M. (2012). The Berlin definition of ARDS: an expanded rationale, justification, and supplementary material. *Intensive care medicine*, 38(10), 1573–1582. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2682-1>
- Ferrando, C., Mellado-Artigas, R., Gea, A., Arruti, E., Aldecoa, C., Adalia, R., Ramasco, F., Monedero, P., Maseda, E., Tamayo, G., Hernández-Sanz, M. L., Mercadal, J., Martín-Grande, A., Kacmarek, R. M., Villar, J., Suárez-Sipmann, F., & COVID-19 Spanish ICU Network (2020). Awake prone positioning does not reduce the risk of intubation in COVID-19 treated with high-flow nasal oxygen therapy: a multicenter, adjusted cohort study. *Critical care*, 24(1), 597. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-03314-6>
- Griffiths, M., McAuley, D. F., Perkins, G. D., Barrett, N., Blackwood, B., Boyle, A., Chee, N., Connolly, B., Dark, P., Finney, S., Salam, A., Silversides, J., Tarmey, N., Wise, M. P., & Baudouin, S. V. (2019). Guidelines on the management of acute respiratory distress syndrome. *BMJ open respiratory research*, 6(1), e000420. <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2019-000420>
- Guerin, C., Baboi, L., & Richard, J. C. (2014). Mechanisms of the effects of prone positioning in acute respiratory distress syndrome. *Intensive care medicine*, 40(11), 1634–1642. <https://doi.org/10.1007/s00134-014-3500-8>
- Guérin, C., Beuret, P., Constantin, J. M., Bellani, G., Garcia-Olivares, P., Roca, O., Meertens, J. H., Maia, P. A., Becher, T., Peterson, J., Larsson, A., Gurjar, M., Hajje, Z., Kovari, F., Assiri, A. H., Mainas, E., Hasan, M. S., Morocho-Tutillo, D. R., Baboi, L., Chrétien, J. M., (2018). A prospective international observational prevalence study on prone positioning of ARDS patients: the APRONET (ARDS Prone Position Network) study. *Intensive care medicine*, 44(1), 22–37. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4996-5>
- Guérin, C., Reignier, J., Richard, J. C., Beuret, P., Gacouin, A., Boulain, T., Mercier, E., Badet, M., Mercat, A., Baudin, O., Clavel, M., Chatellier, D., Jaber, S., Rosselli, S., Mancebo, J., Sirodot, M., Hilbert, G., Bengler, C., Richecoeur, J., Gannier, M., ... PROSEVA Study Group (2013). Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome. *The New England journal of medicine*, 368(23), 2159–2168. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1214103>
- Jahani, S., Hajivand Soleymani, Z., Asadzaker, M., Soltani, F., & Cheraghian, B. (2018). Determination of the Effects of Prone Position on Oxygenation in Patients with Acute Respiratory Failure Under Mechanical Ventilation in ICU. *Journal of medicine and life*, 11(4), 274–280. <https://doi.org/10.25122/jml-2018-0028>
- Joanna Briggs Institute. (2013). *New JBI levels of evidence: The Joanna Briggs Institute*. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
- Johnson, N. J., Luks, A. M., & Glenn, R. W. (2017). Gas Exchange in the Prone Posture. *Respiratory care*, 62(8), 1097–1110. <https://doi.org/10.4187/respcare.05512>
- Koeckerling, D., Barker, J., Mudalige, N. L., Oyefeso, O., Pan, D., Pareek, M., Thompson, J. P., & Ng, G. A. (2020). Awake prone positioning in COVID-19. *Thorax*, 75(10), 833–834. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2020-215133>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*, 151(4), 264–W64. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>
- Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Qureshi R, Mattis P, Lisy K, Mu P-F. (2020). Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. 2020. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Munn, Z., Barker, T. H., Moola, S., Tufanaru, C., Stern, C., McArthur, A., Stephenson, M., & Aromataris, E.

- (2020). Methodological quality of case series studies: an introduction to the JBI critical appraisal tool. *JBI evidence synthesis*, 18(10), 2127–2133. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00099>
- Paternoster, G., Sartini, C., Pennacchio, E., Lisanti, F., Landoni, G., & Cabrini, L. (2020). Awake pronation with helmet continuous positive airway pressure for COVID-19 acute respiratory distress syndrome patients outside the ICU: A case series. *Medicina intensiva*, 46(2), 65–71. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.08.008>
- Ramos, S., Gomes, A., Rego, A., Pimenta, P., Pinho, A., & Macedo, A.P., (2021). *The effectiveness of the prone position in acute respiratory distress syndrome: systematic review*. https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42021271481
- Simioli, F., Annunziata, A., Langella, G., Martino, M., Musella, S., & Fiorentino, G. (2021). Early Prone Positioning and Non-Invasive Ventilation in a Critical COVID-19 Subset. A Single Centre Experience in Southern Italy. *Turkish thoracic journal*, 22(1), 57–61. <https://doi.org/10.5152/TurkThoracJ.2021.20158>
- Taboada, M., González, M., Álvarez, A., González, I., García, J., Eiras, M., Vieito, M. D., Naveira, A., Otero, P., Campaña, O., Muniategui, I., Tubio, A., Costa, J., Selas, S., Cariñena, A., Martínez, A., Veiras, S., Aneiros, F., Caruezo, V., Baluja, A., ... Alvarez, J. (2021). Effectiveness of Prone Positioning in Nonintubated Intensive Care Unit Patients With Moderate to Severe Acute Respiratory Distress Syndrome by Coronavirus Disease 2019. *Anesthesia and analgesia*, 132(1), 25–30. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000005239>
- Taccone, P., Pesenti, A., Latini, R., Polli, F., Vagginelli, F., Miletto, C., Caspani, L., Raimondi, F., Bordone, G., Iapichino, G., Mancebo, J., Guérin, C., Ayzac, L., Blanch, L., Fumagalli, R., Tognoni, G., Gattinoni, L., & Prone-Supine II Study Group (2009). Prone positioning in patients with moderate and severe acute respiratory distress syndrome: a randomized controlled trial. *JAMA*, 302(18), 1977–1984. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1614>
- Thille, A. W., Esteban, A., Fernández-Segoviano, P., Rodríguez, J. M., Aramburu, J. A., Peñuelas, O., Cortés-Puch, I., Cardinal-Fernández, P., Lorente, J. A., & Frutos-Vivar, F. (2013). Comparison of the Berlin definition for acute respiratory distress syndrome with autopsy. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 187(7), 761–767. <https://doi.org/10.1164/rccm.201211-1981OC>
- Tufanaru C., Munn Z., Aromataris E., Campbell J., Hopp L. (2020). Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E, Munn Z., (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-04>
- Wendt, C., Mobus, K., Weiner, D., Eskin, B., & Allegra, J. R. (2021). Prone Positioning of Patients With Coronavirus Disease 2019 Who Are Nonintubated in Hypoxic Respiratory Distress: Single-Site Retrospective Health Records Review. *Journal of emergency nursing*, 47(2), 279–287.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.12.006>
- Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., Xiang, J., Wang, Y., Song, B., Gu, X., Guan, L., Wei, Y., Li, H., Wu, X., Xu, J., Tu, S., Zhang, Y., Chen, H., & Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 395(10229), 1054–1062. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)

RISCOS PSICOSSOCIAIS: PREVENÇÃO E CONTROLO DO STRESS OCUPACIONAL

Psychosocial risks: prevention and control of occupational stress

Riesgos psicosociales: prevención y control del estrés laboral

Paula Farias*, Catarina Santos**, Rita Pinho***, Marta Pereira****, Iara Teixeira*****, Manuela Ferreira*****

RESUMO

Enquadramento: os riscos psicosociais condicionam significativamente a saúde mental dos trabalhadores podendo levar ao aparecimento do stress como principal fator de risco no ambiente laboral. O stress é considerado como o segundo problema de saúde mais reportado na Europa. É essencial investir em medidas de prevenção e de promoção da saúde no local de trabalho de modo a assegurar elevados níveis de saúde e bem-estar aos trabalhadores. **Objetivo:** identificar estratégias de saúde ocupacional eficazes para a prevenção e controlo do stress no local de trabalho. **Metodologia:** realizou-se uma revisão integrativa da literatura, analisando 5 artigos baseados em descritores MeSH™ na plataforma EBSCOhost, subjacentes aos critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** verificou-se que as intervenções para a prevenção e controlo do stress estão integradas nos domínios individual (autoavaliação (sintomas); autoconhecimento; motivação; gestão de tempo e estilos de vida) e organizacional (planeamento; liderança; gestão de conflitos; empoderamento estrutural; reconhecimento profissional e musicoterapia). **Conclusão:** ambientes de trabalho livres de stress contribuem para a saúde e bem-estar dos trabalhadores. É necessário criar sistemas organizacionais de apoio, auditorias sobre a exposição ao stress, aconselhamento, educação, formação e iniciativas de equilíbrio de trabalho. Reporta-se a importância de investimento na investigação e implementação de estratégias de gestão do stress laboral.

Palavras-chave: riscos ocupacionais; stress ocupacional; prevenção; controlo

*RN, hospital do divino espírito santo, Pós-graduada em Enfermagem do Trabalho, - <https://orcid.org/0000-0003-3997-5772> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article

**MSc, em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem - <https://orcid.org/0000-0003-4319-7109> - Author contribution: Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article

***MSc, em Bioética, Pós Graduação em Enfermagem do Trabalho - <https://orcid.org/0000-0001-6186-9672> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article

****RN, Pós-graduada em Enfermagem do Trabalho - <https://orcid.org/0000-0001-7454-5888> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article

***** RN, Pós-graduada em Enfermagem do Trabalho - <https://orcid.org/0000-0002-4207-8899> - Author contribution: study conception and design, data collection, data analysis and interpretation, drafting of the article

*****PhD, em Ciências e Tecnologias da Saúde - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, CINTESIS@RISE - <https://orcid.org/0000-0003-0019-9534> - Author contribution: critical revision of the article

Autor de correspondência:

Manuela Ferreira

E-mail: manuela.ferreira@essnortecvp.pt

Como referenciar:

Farias, P., Santos, C., Pinho, R., Pereira, M., Teixeira, I., & Ferreira, M. (2023). Riscos psicosociais: prevenção e controlo do stress ocupacional. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 6(1), 125-137. <https://doi:10.37914/riis.v6i1.212>

Recebido para publicação: 04/01/2022
Aceite para publicação: 10/12/2023

ABSTRACT

Background: psychosocial risks significantly affect workers mental health, which may lead to the emergence of stress as the main risk factor in the work environment. Considered the second most reported health problem in Europe, it is essential to invest in prevention and health promotion measures in the workplace to ensure high levels of health and mental well-being for workers. **Objective:** identify effective occupational health strategies for the prevention and control of stress in the workplace. **Methodology:** an integrative literature review was carried out based on MeSH™ descriptors through the EBSCOhost platform based on the underlying inclusion and exclusion criteria, with the analysis of 5 articles. **Results:** from the analysis of the articles, it appears that the interventions for the prevention and control of stress are integrated in the individual domains (including the subdomains: self-assessment (symptoms), self-knowledge, motivation, time management and lifestyles) and organizational (integrating the subdomains: planning; leadership; conflict management; structural empowerment; professional recognition and music therapy). **Conclusions:** stress-free work environments contribute to workers' health and well-being. Organizational support systems, audits on exposure to stress, counselling, education, training, and work balance initiatives needs to be created. The importance of investment in research and implementation of occupational stress management strategies is highlighted.

Keywords: occupational risks; occupational stress; prevention; control

RESUMEN

Marco contextual: los riesgos psicosociales afectan significativamente la salud mental de los trabajadores y pueden provocar la aparición de estrés como principal factor de riesgo en el ambiente de trabajo. Considerado como el segundo problema de salud más reportado en Europa, es fundamental invertir en medidas de prevención y promoción de la salud en el lugar de trabajo para garantizar altos niveles de salud y bienestar mental para los trabajadores. **Objetivo:** identificar estrategias de salud ocupacional efectivas para la prevención y control del estrés en el lugar de trabajo. **Metodología:** se realizó una revisión integradora de la literatura basada en descriptores MeSH™ a través de la plataforma EBSCOhost en función de los criterios de inclusión y exclusión subyacentes, con el análisis de 5 artículos. **Resultados:** del análisis de los artículos se desprende que las intervenciones para la prevención y control del estrés están integradas en lo dominio individual (autoevaluación (síntomas); autoconocimiento; motivación; gestión del tiempo y estilos de vida) y dominio organizacional (planificación; liderazgo; manejo de conflictos; empoderamiento estructural; reconocimiento profesional y musicoterapia). **Conclusión:** los entornos laborales libres de estrés contribuyen a la salud y el bienestar de los trabajadores. Es necesario crear sistemas de apoyo organizativo, auditorias sobre exposición al estrés, asesoramiento, educación, formación e iniciativas de equilibrio laboral. Se informa sobre la importancia de la inversión en investigación e implementación de estrategias de manejo del estrés relacionado con el trabajo.

Palabras claves: riesgos laborales; estrés laboral; prevención; control

INTRODUÇÃO

Na Europa cerca de 50% dos trabalhadores consideram comum sofrer de stress no seu local de trabalho, identificando como principais causas a reorganização ou a insegurança laboral, as jornadas longas ou a carga de trabalho excessiva, bem como o assédio e a violência no trabalho (EU-OSHA, 2021). Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS, 2021) os riscos psicossociais, onde o stress se insere, são o desafio emergente para os Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho/Saúde Ocupacional (SST/SO), tanto ao nível da prevenção como do tratamento, acompanhamento, reabilitação e apoio dos trabalhadores que possam padecer de doença mental.

Para Freitas (2011, p. 688) o stress laboral consiste num “(...) conjunto de reações emocionais, cognitivas, comportamentais e fisiológicas relacionados com os aspetos adversos e nocivos do conteúdo, organização e ambiente de trabalho”.

O meio laboral em súbita e profunda transformação gera, agrava e realça riscos profissionais, colocando ênfase no processo de gestão dos riscos psicossociais da saúde e do bem-estar dos trabalhadores. A bibliografia consultada refere que estes riscos se encontram relacionados com o conteúdo, a sobrecarga, e ritmo, o horário e o ambiente de trabalho, o controlo, os equipamentos, a cultura organizacional, as relações interpessoais, o papel na organização, o desenvolvimento da carreira e o equilíbrio trabalho-família, podendo trazer consequências devastadoras na saúde dos trabalhadores (Castelôa, Romeiro & Oliveira, 2019). Os profissionais de saúde, nomeadamente

enfermeiros, enfrentam diversos problemas no ambiente de trabalho. O enfermeiro é responsável por acolher e cuidar, encarando os problemas tanto de pacientes, quanto da equipa (Ueno et al., 2017). Fatores como trabalho por turnos, sobrecarga de trabalho, discriminação salarial, incerteza do futuro do trabalho, conflito de emoções e sentimentos no ambiente de trabalho, pressão por parte da equipa, lidar com novas tecnologias e, por vezes, a falta de reconhecimento são fatores stressantes comuns no quotidiano desses profissionais (Ueno et al., 2017; RashidAzar, Alimohammadzadeh, & Akhyani, 2018). Já as consequências do stress no trabalho afetam a satisfação no trabalho, a saúde mental e física, a alta intenção de deixar o trabalho e as altas taxas de absentéismo (Untarini, Sayyida & Singh, 2020). Essas consequências são motivadoras na procura de medidas para minimizar ou eliminar os efeitos nocivos. A prevenção dos riscos psicossociais e o desenvolvimento de ambientes de trabalho saudáveis deve ser privilegiada pelos serviços de saúde ocupacional de modo a assegurar a conciliação do trabalho e da vida familiar e potenciar o equilíbrio emocional, a robustez psíquica e a capacitação para o desempenho (DGS, 2021). A evidência permite afirmar que existe uma relação direta entre condições de trabalho, saúde e produtividade (Queirós, Borges, Teixeira & Maio, 2018).

Queirós, Borges, Teixeira & Maio (2018) defendem que as intervenções em saúde ocupacional ao nível dos fatores psicossociais podem ser divididas em duas categorias: individuais e organizacionais. A

Riscos psicossociais: prevenção e controlo do stress ocupacional

prevenção ou intervenção a nível individual é dirigida para quem já apresenta sintomas de desvio de saúde (Freitas, 2011). Implica identificação de sintomas (autoavaliação), prevenção primária (ações formativas sobre gestão de stress, desenvolvimento de competências de assertividade), prevenção secundária (constituição de grupos de apoio) e tratamento (psicoterapia). A prevenção a nível organizacional é dirigida para as alterações na estrutura da organização ou fatores físicos e ambientais (Freitas, 2011). A prevenção a nível organizacional é a que enfrenta maiores obstáculos, mas também a que traz maior benefício a longo prazo (Queirós, Borges, Teixeira & Maio, 2018; Freitas, 2011). Também requer uma identificação (avaliação de níveis de stress, formação para identificação de sintomas); prevenção primária (melhoria dos conteúdos do trabalho, promoção da boa gestão do tempo), prevenção secundária (socialização e partilha em grupo) e tratamento (criação de serviços de apoio à saúde dos trabalhadores) (Queirós, Borges, Teixeira & Maio, 2018). A estas medidas (individuais e organizacionais) Freitas (2011) acrescenta outra intervenção ao nível dos fatores psicossociais, nomeadamente a articulação entre o indivíduo e a organização que se destinam à melhoria das relações entre colegas e entre estes e a gestão.

A aposta em medidas de prevenção dos riscos psicossociais e de promoção da saúde no local de trabalho é essencial, de modo a assegurar elevados níveis de saúde e bem-estar mental aos trabalhadores (DGS, 2021). Tendo em conta a pertinência emergente de atuação dos SST/SO na problemática dos riscos psicossociais nos locais de trabalho, procedeu-se a uma revisão integrativa da literatura. O objetivo desta revisão da literatura foi identificar estratégias de prevenção e controlo do stress ocupacional de diferentes áreas do contexto laboral, com vista a promover boas práticas de prevenção dos riscos psicossociais e de vigilância da saúde dos trabalhadores, dando resposta à pergunta de investigação formulada: Quais as estratégias de saúde ocupacional eficazes para a prevenção e controlo do stress no local de trabalho?

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE REVISÃO

No sentido de organizar o conhecimento sobre estratégias eficazes na prevenção e controlo do stress ocupacional nos trabalhadores, procedeu-se a uma revisão integrativa da literatura. Para formular a questão de partida, foi utilizado o esquema de referência PICO (cujo acrónimo se refere a população, intervenção, comparação da intervenção, *outcomes*/resultados) (Sackett et al., 1997; in Craig & Smyth, 2004) (Tabela 1).

Tabela 1

Abordagem PICO

P	População	Trabalhadores dos 18 aos 66 anos
I	Intervenção	Identificar estratégias de prevenção e/ou controlo de stress ocupacional
C	Comparação	Sem intervenção
O	<i>Outcomes/Resultados</i>	Prevenção/diminuição e controlo do stress

A pesquisa bibliográfica foi efetuada através da plataforma EBSCOhost de 7 a 12 de abril de 2021, delimitada por critérios de inclusão/exclusão definidos à priori (Tabela 2).

Tabela 2

Critérios de Inclusão/Exclusão dos artigos científicos

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
População: trabalhadores dos 18 aos 66 anos	
Indicador/ Intervenção: prevenção e/ou controlo	
Estudos primários	Estratégias medicamentosas
Artigos originais	Artigos de revisão, metanálises, de opinião
Artigos completos de acesso livre	
Artigos analisados por especialistas	
Línguas Português, Inglês e Espanhol/Castelhano	Estudos em outras línguas que não sejam o português, inglês ou castelhano
Estudos publicados entre 2016 e 2021	

Para a identificação e seleção dos estudos relevantes a incluir na revisão, isolaram-se os conceitos referentes aos participantes e à intervenção. Definiu-se um conjunto de sinónimos e de termos a pesquisar que cruzados levariam à expressão da pesquisa, baseado em descritores MeSH™ (*Medical Subject Headings*) (Tabela 3).

Tabela 3

Conceitos da pesquisa

Conceito 1	Conceito 2	Conceito 3
Riscos psicossociais	Intervenção	Saúde Ocupacional
<i>Occupational Stress</i>	<i>Prevent*</i>	<i>Occupational Health Service</i>
	<i>Control*</i>	<i>Health Service, occupational</i>

Através da plataforma EBSCOhost – Research Databases foi possível pesquisar nas seguintes bases de dados: CINAHL complete; MEDLINE complete; Nursing & Allied health Collection: comprehensive e MedicLatina. Foi utilizado o modelo de pesquisa booleano/frase, com os seguintes limites: texto completo; analisado por especialistas, para artigos publicados entre janeiro de 2016 e dezembro de 2021, recorrendo à expressão de pesquisa: TI Occupational Stress AND

Riscos psicossociais: prevenção e controlo do stress ocupacional

AB prevent* OR AB control* AND AB Occupational health service* OR AB health service, occupational. Partindo da estratégia de pesquisa assumida, com base nos critérios de inclusão/exclusão demarcados para esta revisão, foram identificados 51 artigos, que removidos os repetidos passaram a 39 artigos.

Os 39 artigos identificados foram sujeitos a avaliação segundo as variáveis título e palavras-chave, tendo sido excluídos 23 artigos por se afastarem do objeto do estudo. Posteriormente,

os 16 artigos foram sujeitos a avaliação do conteúdo do resumo, tendo sido eliminados 4 artigos. Após a leitura integral dos 12 artigos selecionados, foram analisados 5 artigos na íntegra, por se enquadrarem nos objetivos da atual pesquisa. O corpo documental foi elaborado, refletido, discutido e consensualizado em conjunto pelas autoras do estudo. Os artigos selecionados para a revisão integrativa da literatura apresentam-se na tabela 4.

Tabela 4

Artigos selecionados para o estudo

N.º	Autores	Ano	Título
E1	Kacem, I., Kahloul, M., El Arem, S., Ayachi, S., Hafsia, M., Maoua, M., Ben Othmane, M., El Maalel, O., Hmida, W., Bouallague, O. Ben Abdessalem, K., Naija, W., & Mrizeka, N.	2020	Effects of music therapy on occupational stress and burn-out risk of operating room staff
E2	RashidAzar, S., Alimohammadzadeh, K. & Akhyani N.	2018	Investigation of the relationship between structural empowerment and reduction of nurses occupational stress and job burnout (case study: nurses of public hospitals in Tehran)
E3	Ueno, L., Bobroff, M., Martins, J., Machado, R., Linares, P. & Gaspar, S.	2017	Occupational stress: stressors referred by the nursing team
E4	Jukic, J.; Ihan, A., Strojnik, V., Stubljarić, D., & Starc, A.	2020	The effect of active occupational stress management on psychosocial and physiological wellbeing: a pilot study
E5	Mohebbi, Z., Dehkordi, S. F., Sharif, S. & Banitalebi, E.	2019	The Effect of Aerobic Exercise on Occupational Stress of Female Nurses: A Controlled Clinical Trial

RESULTADOS

A sistematização das características dos estudos incluídos está exposta na tabela 5 de acordo com:

identificação do autor, objetivos, tipo de estudo, amostra, intervenção e instrumento de colheita de dados e resultados major.

Tabela 5

Resumo da evidência recolhida

#	Objetivos	Tipo de estudo	Amostra/ Participantes	Intervenção	Instrumentos de colheita de dados	Resultados major encontrados
E1	Avaliar o impacte da musicoterapia nos níveis de stress e risco de burnout na equipa de um bloco operatório	Estudo quase-experimental	34 funcionários do BO (10 médicos e 24 paramédicos)	3 sessões de 30 minutos de musicoterapia diárias nas salas operatórias, durante 1 mês	-Questionário pré e pós intervenção; -Escala de Stress Percebido na sua versão PSS-10 -Maslash Burnout Inventory (MBI) na versão francesa	- A musicoterapia melhorou significativamente os níveis de stress da equipa da sala de cirurgia, sugerindo ampla utilização dessa terapia não farmacológica, simples, económica e não invasiva como medida preventiva. - Para os anestesiológicos, a música pode levar a uma comunicação deficiente e diminuir a atenção.
E2	Investigar a relação entre o empoderamento estrutural dos enfermeiros e a redução do seu stress ocupacional e esgotamento profissional em enfermeiros de hospitais públicos em Teerão	descritivo - correlacional	400 enfermeiras de hospitais selecionados da Universidade de Ciências Médicas de Teerão.	Estudo realizado em 2017 As amostras foram alocadas em hospitais grandes e pequenos proporcionais ao número de enfermeiras nos dois grupos.	-Questionário de Burnout de Maslach - Questionário de Empoderamento Estrutural de Spreitzer -Questionário de Stress no Trabalho. O questionário de informações individuais com 13 questões foi respondido pelas unidades de pesquisa.	-O empoderamento estrutural dos enfermeiros teve uma correlação inversa com o stress no trabalho e burnout, enquanto o burnout teve uma relação direta com o stress no trabalho. -Promover o empoderamento pode desempenhar um papel importante na eliminação do stress mental das enfermeiras no Meio laboral.
E3	Identificar os fatores de stress profissional na equipa de Enfermagem	Estudo descritivo abordado em qualitativa	51 profissionais (41 auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros), e 10 profissionais de funções administrativas e auxiliares de serviços gerais	Entrevista semi-estruturada	Análise estatística; Análise de Conteúdo	Categorias de fatores de stress: - Exigências de trabalho (défice de agendamento em ambulatório; falta de recursos humanos); -Pressão Emocional (fase avançada da doença; elevada prevalência morte); - Reconhecimento Profissional (insuficiente remuneração; desvalorização profissional); -Relações Interpessoais (falta de compromisso do grupo)

						Intervenções sugeridas: autoconhecimento, planeamento de atividades, remuneração/carga de trabalho/horas, gestão trabalho/acumulação de funções.
E4	Testar um programa de intervenção e comportamento: 24alife nos funcionários, que tiveram altos níveis de tensão no local de trabalho.	Experimental, longitudinal	Aleatória, randomizada 16 trabalhadores (8M e 8 F)	Utilização de uma aplicação digital destinada a lidar com o estilo de vida estressante, dieta e hábitos de vida saudáveis. Testados para parâmetros psicológicos e fisiológicos anteriores à intervenção, e foram acompanhados após 30, 60 e 90 dias.	-Rockport Fitness Walking Test; -Sit and Reach Test; -General Health Questionnaire; -Modified Fatigue Impact Scale; -State-Trait Anxiety Inventory; -Satisfaction with Life Scale; - Maslow burnout inventory; - Avaliação do marcador biológico de stress	Os utilizadores da aplicação 24alife apresentaram: maior motivação para o trabalho, menores pontuações de <i>burnout</i> e os participantes deram resposta subjetiva de melhor bem-estar geral. Uma diminuição significativa da hormona do stress, da proteína C reativa (PCR) e nível de glicose no final do programa. As medidas corporais não melhoraram muito. Houve uma tendência de mudança positiva no final do programa na diminuição do IMC, gordura corporal e melhoria dos parâmetros físicos.
E5	Determinar a efetividade de um programa de exercício aeróbico sobre o stress ocupacional das enfermeiras	Experimental, longitudinal	Aleatória randomizada 60 enfermeiras que (30 grupo controlo e 30 no grupo experimental)	Programa de exercício aeróbico durante 2 meses, 3 sessões semanais de 1h de duração cada.	Questionário Health and Safety Executive aplicado em 3 momentos: na inscrição, depois de finalizar o programa de exercícios e dois meses depois de terminada a intervenção.	O programa de exercício aeróbico associou-se à diminuição do stress profissional das enfermeiras no grupo de intervenção em comparação com o grupo de controlo às oito semanas, mas esta diferença não se manteve quando o grupo experimental não continuou com o programa.

Os próximos passos no processo de revisão foram a extração de dados e análise dos estudos individuais, a partir da qual foi possível atribuir domínios e subdomínios com a identificação de convergências entre o conteúdo informacional dos mesmos (Tabela 6). Salienta-se que os domínios foram definidos à priori pelo referencial teórico dos autores Queirós, Borges, Teixeira & Maio (2018).

O domínio organizacional deu origem a 6 subdomínios: planeamento; liderança; gestão de conflitos; empoderamento estrutural; reconhecimento profissional e musicoterapia. Por sua vez, o domínio Individual originou 5 subdomínios: autoavaliação (sintomas); autoconhecimento; motivação; gestão de tempo e estilos de vida.

Tabela 6

Análise dos estudos: Domínios e Subdomínios

Domínios	Subdomínios	E1	E2	E3	E4	E5
Individual	Autoavaliação (sintomas)	x	x		x	x
	Autoconhecimento	x	x	x	x	
	Motivação				x	x
	Estilos de vida				x	x
	Gestão de tempo			x	x	x
Organizacional	Musicoterapia	x				
	Empoderamento estrutural		x	x		
	Planeamento			x		
	Reconhecimento profissional		x	x		
	Liderança		x	x		
	Gestão de Conflitos			x		

Da análise da tabela 6 pode observar-se que os estudos analisados envolveram mais estratégias do domínio individual do que do organizacional. As estratégias do domínio organizacional mais referidas foram o empoderamento estrutural, o reconhecimento profissional e a liderança (E2 e E3). A musicoterapia como estratégia de controlo de stress foi referida no estudo 1. O planeamento e a gestão de conflitos foram referidos somente no estudo 3. A grande maioria (N=4) reconhece que a autoavaliação e o autoconhecimento são estratégias fundamentais para avaliar o nível de stress da pessoa. As estratégias motivação, estilos de vida e gestão de tempo são abordados nos estudos 4 e 5. Em nenhum estudo dos analisados foi referida a formação como estratégia para a gestão e controlo do stress ocupacional.

DISCUSSÃO

A revisão integrativa para a identificação das estratégias de gestão de stress mostrou que as organizações e os seus gestores têm ao dispor uma diversidade de intervenções que podem ser utilizadas para reduzir o stress e promover o bem-estar dos trabalhadores, facto que é corroborado por Untarini, Sayyida & Singh (2020).

Há uma base de evidências, na revisão bibliográfica efetuada, relativamente à recolha e análise de informação para avaliação atempada dos riscos psicossociais do trabalhador e da organização. A metodologia mais frequente recorre à utilização de questionários dirigidos aos trabalhadores de forma anónima, com a finalidade de avaliar a sua perceção quanto aos fatores de risco psicossocial a que estão expostos e aos efeitos adversos que os mesmos ocasionam na sua saúde (DGS, 2021). Só após a avaliação é possível

Riscos psicossociais: prevenção e controlo do stress ocupacional

definir os limites de exposição ao stress ocupacional e orientar as investigações e as ações a planear/empreender (Freitas, 2011). Os Serviços de SO/SST, devem adotar uma estratégia de comunicação do risco avaliado, através de informações claras, acessíveis e compreensíveis ao empregador, trabalhadores e seus representantes, visando a capacitação e cultura preventiva em matéria de riscos psicossociais (DGS, 2021).

Neste estudo conclui-se que o relacionamento interpessoal é um dos elementos provocadores de stress no local de trabalho, enquadrado no domínio organizacional e não no domínio dos fatores psicossociais proposto por Freitas (2011), pelo fato de se entender que o domínio organizacional incorpora em si as relações interpessoais, que integra o conflito (Queirós, Borges, Teixeira, Maio, 2018). Efetivamente, cada trabalhador está sujeito a envolver-se em conflitos, uma vez que suporta as suas próprias ideias, valores, cultura e forma de comunicação (Grube, & Trevelin, 2019). Estes podem ser de ordem pessoal, interpessoal ou intergrupar com outros trabalhos ou entre necessidades e valores divergentes (DGS, 2021). É necessário um mediador, com conhecimento na área de comunicação e da gestão de conflito que auxilie na procura pela solução do problema (Grube & Trevelin, 2019; Untarini, Sayyida & Singh, 2020). O líder será a pessoa ideal para efetuar essa mediação, no entanto, é necessário que reúna conhecimentos e conceitos estratégicos que o apoiem na resolução dos conflitos (Grube & Trevelin, 2019). Nesta revisão efetuada, verifica-se que uma liderança ineficaz, exerce uma forte

influência negativa no bem-estar do colaborador e foi descrita como um fator de risco de stress ao nível organizacional e individual, o que foi corroborado, por Jacobs (2019).

Assenta-se no presente estudo que o trabalhador que está menos exposto a fatores stressantes apresenta-se mais satisfeito com o trabalho e comprometido com a organização. É importante que os líderes demonstrem a valorização profissional do trabalhador, a sua importância para o sucesso da empresa, aumentando o seu compromisso, envolvimento e motivação (Brunório et al, 2017). Também o reconhecimento profissional mostrou ser um dos fatores motivadores no trabalho, devendo ser aplicada a todos os trabalhadores. A injustiça organizacional produz um impacto negativo nos trabalhadores, uma vez que quando estes estão sob uma supervisão de controlo excessivo ficam mais propensos a sofrer frustração/angústia (Michailidis & Cropley, 2018). O líder é o responsável pela motivação dos trabalhadores, podendo fazer a diferença na vida destes e principalmente nos resultados da organização, este deve conhecer as características, habilidades e o perfil de cada trabalhador, para o conseguir estimular e motivar de forma mais eficaz (Brunório et al, 2017).

Os estudos realizados por Orgambídez-Ramos, Borrego-Alés & Ruiz-Frutos (2018) e Santos de Carvalho *et al.* (2017) revelam que o empoderamento dos trabalhadores tem uma correlação inversa com o stress ocupacional. A autonomia entre a equipa melhora o ambiente laboral e torna as condições de trabalho mais

favoráveis. Santos de Carvalho *et al.* (2017) defendem que o empoderamento aumenta a satisfação, influenciando o trabalho, participação na tomada de decisão, autonomia e responsabilidade. Soluções como a mudança do estilo de gestão nos setores, a participação dos trabalhadores na tomada de decisão e o desenvolvimento de uma cultura organizacional adequada podem abrir caminho para a promoção das várias dimensões do empoderamento psicológico. O empoderamento é uma ferramenta essencial de prevenção e intervenção sobre as características organizacionais associadas ao stress (Orgambídez-Ramos, Borrego-Alés & Ruiz-Frutos, 2018). O empoderamento e o adequado planeamento apontam para um efeito positivo e significativo na redução da ocorrência de eventos adversos em ambientes de trabalho. Estes pontos influenciam positivamente os comportamentos e sentimentos dos colaboradores em relação ao seu próprio desempenho (Santos *et al.*, 2017).

A formação aumenta a percepção dos profissionais das oportunidades para adquirir novos conhecimentos e habilidades necessárias a um atendimento de qualidade, bem como a participação na tomada de decisão sobre a organização do trabalho (Orgambídez-Ramos, Borrego-Alés & Ruiz-Frutos, 2018). O planeamento organizacional é fundamental enquanto intervenção de prevenção de stress laboral. Neste estudo concluiu-se que o défice de planeamento das atividades gera sobrecarga por falta de agendamento, na organização e gestão do trabalho. Neste campo, a literatura parece ser unanime ao identificar a sobrecarga de trabalho

como um fator de risco para o stress, no entanto num estudo acerca da avaliação do programa de treino de habilidades de gestão de tempo aplicado a enfermeiros de serviços de urgência não mostrou reduzir os níveis de moderado-alto de stress destes profissionais (Ravari, Farokhzadian, Nematollahi, Miri & Foroughameri, 2020).

Neste estudo constata-se ainda que as organizações devem ajustar a carga total de trabalho e reduzir a carga de trabalho excessiva por profissional. A gestão de topo deve fazer uma gestão adequada dos recursos disponíveis, na medida em que a ausência destes, é interpretada como um obstáculo para a realização de um serviço de qualidade e conseqüente aumento de stress (Orgambídez-Ramos, Borrego-Alés & Ruiz-Frutos, 2018; Santos *et al.*, 2017). Por vezes, o excesso de trabalho está relacionado com baixos salários que leva os trabalhadores a ter dois vínculos contratuais, exercendo diversas funções ao mesmo tempo. Neste sentido, a gestão de tempo não está apenas relacionada diretamente com a organização, mas sim com o próprio trabalhador. É necessário, capacitar os trabalhadores de “estratégias de gestão de tempo”, de modo a não ultrapassarem os seus limites máximos (DGS, 2021). Para além da estratégia de gestão de tempo, neste estudo o estímulo (aplicação digital e exercício aeróbio) fez com que os trabalhadores colocassem nas suas prioridades diárias atividades de relaxamento, estilos de vida saudáveis, exercício, entre outros que concorreram para a diminuição dos níveis de stress auto percebidos antes e durante a implementação da estratégia.

Riscos psicossociais: prevenção e controlo do stress ocupacional

Os hábitos de sono, as atividades sociais e familiares, os hábitos alimentares, estilos de vida, entre outros, influenciam diretamente os ritmos biológicos, o metabolismo, a agilidade mental, a motivação para o trabalho e a saúde do trabalhador (Freitas, 2011). O presente estudo demonstrou que em profissões de natureza stressante, a prática de exercício físico pode desempenhar um papel importante na melhoria da saúde mental, influenciando as estratégias de *coping* e reduzindo os resultados negativos do stress. Por outro lado, esta avaliação é extensível no que se refere à avaliação de dados analíticos de marcadores biológicos de stress, com a diminuição da hormona do stress cortisol, proteína C-reativa (PCR) e o nível de glicose.

A musicoterapia permite maior oportunidade para atividade física, redução do stress, relaxamento e maior interação social entre os participantes (Teich, 2020). Na análise efetuada a musicoterapia foi identificada num estudo como medida preventiva. Castañon & Leite (2020) defendem que a musicoterapia é um recurso que pode ser aplicado nas empresas, contribuindo para a promoção do bem-estar e qualidade de vida dos trabalhadores.

O bem-estar dos seus trabalhadores é uma preocupação para as organizações, tanto o comportamento sedentário, como o stress ocupacional, podem estar associados ao desenvolvimento de doenças crónicas, absentismo/presenteísmo, aumento da rotatividade de funcionários e, custos de saúde mais elevados para as empresas (Teich, 2020). O desenvolvimento e implementação de programas

de promoção da saúde no local de trabalho são imperativos para mitigar esses problemas (DGS, 2021). No entanto, mesmo quando as empresas promovem esses programas, há que atender a falta de consciencialização, participação e empoderamento dos trabalhadores (Teich, 2020). Deste estudo podemos concluir que a estratégia para garantir a saúde e o bem-estar dos trabalhadores é fornecer um ambiente de trabalho livre de stress, criando sistemas organizacionais de apoio, auditoria de stress, aconselhamento, educação e treinamento e iniciativas de equilíbrio de trabalho (Untarini, Sayyida, & Singh, 2020).

A revisão integrativa da literatura efetuada permitiu conhecer o ponto da situação do conhecimento científico sobre a prevenção e gestão do stress ocupacional. Constatou-se que a literatura sobre esta temática, ainda é escassa e pouco direcionada ao âmbito laboral, dada a complexidade e abordagem multifatorial do stress. Considerando que o tema em questão é indispensável para o planeamento de medidas preventivas pelos serviços de saúde ocupacional, é necessário um maior investimento na produção de conhecimento nesta área, sendo esta a principal limitação do estudo constatada. Para além dessa escassez de artigos, os poucos estudos encontrados incidem sobre profissionais de saúde, descurando outros meios laborais e nenhum desenvolvido em contexto nacional. Pelo exposto evidencia-se a pertinência de estudar esta temática, sendo esta revisão integrativa um contributo para a investigação nesta área.

CONCLUSÃO

O presente estudo sublinha a necessidade de aumentar a implementação de estratégias para a redução e controlo do stress ocupacional pelos SST/SO uma vez que se traduz num investimento favorável tanto para os trabalhadores como para as organizações. Estas múltiplas e diversificadas estratégias tanto podem ser de cariz organizacional como individual. A revisão integrativa efetuada permitiu identificar como estratégias organizacionais eficazes na prevenção e controlo do stress ocupacional, o planeamento, o reconhecimento profissional e empoderamento dos trabalhadores, assim como a liderança, a gestão de conflitos e a musicoterapia. Por sua vez, a nível individual foram consideradas a autoavaliação, autoconhecimento, motivação, estilos de vida e gestão de tempo.

Grande parte dos estudos consultados foram realizados com profissionais de saúde, havendo poucos noutros setores de atividade. Este estudo trouxe contributos pertinentes para orientar as práticas de prevenção e controlo do stress ocupacional e despoletou a necessidade de se realizar estudos empíricos em Portugal sobre este tema. É necessário um despertar para esta problemática e a produção de mais evidência na área da saúde ocupacional, promovendo o avanço do conhecimento científico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brunório, W., Pasotti, J. R., Cardoso, C.A.A.S., & Felix, J. J.C. (2017). Liderança e Motivação no Trabalho. *Racre - Revista de Administração*, Brasília, 17 (21). <http://ferramentas.unipinhal.edu.br/racre/viewarticle.php?id=308>
- Castañon, L. N., & Leite, M. I. M. G. (2020). Musicoterapia na qualidade de vida em ambiente laboral: conhecendo efeitos da musicoterapia. *Cadernos de Psicologia*. 1(2), 452-472. ISSN 26749483. <https://seer.cesjf.br/index.php/cadernospsicologia/article/view/2503/1636>
- Castelôa, L., Luís, S., Romeiro, T., & Oliveira, I. (2019). Prevalência das lesões músculoesqueléticas relacionadas com o trabalho dos enfermeiros: revisão integrativa. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(1), 63-74. [Prevalência das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho dos enfermeiros: Revisão integrativa | Revista de Investigação & Inovação em Saúde \(essnortecvp.pt\)](https://essnortecvp.pt/Prevalencia-das-lesoes-musculo-esqueleticas-relacionadas-com-o-trabalho-dos-enfermeiros-Revisao-integrativa-Revista-de-Investigacao-e-Inovacao-em-Saude)
- Craig, J. & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN:972-8383-61-4
- Direção Geral da Saúde (2021). Vigilância da Saúde dos Trabalhadores Expostos a Fatores de Risco Psicossocial no Local de Trabalho- Guia Técnico nº3/ Programa Nacional de Saúde Ocupacional. Lisboa: Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/saude-ocupacional/referenciais-tecnicos-e-normativos/guias-tecnicos/guia-tecnico-n-3-pdf.aspx>
- EU-OSHA. (2021). Portal da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. [Riscos psicossociais e stresse no trabalho - Segurança e saúde no trabalho - EU-OSHA \(europa.eu\)](https://eu-osh.eu/Riscos-psicossociais-e-stresse-no-trabalho-Seguranca-e-saude-no-trabalho-EU-OSHA-europa.eu)
- Freitas, L. (2011). *Segurança e Saúde do Trabalho*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Grube, G. & Trevelin, A. (2019) Gestão de conflitos nas organizações: o papel do líder na resolução de conflitos. *Revista Interface Tecnológica*. 16 (1), 291-301. <https://revista.fatectq.edu.br/index.php/interface-tecnologica/article/view/522>
- Jacobs, C. M. (2019). Ineffective-Leader-Induced Occupational Stress. *SAGE Open*. April-June 2019, 1–15. <https://doi.org/10.1177/2158244019855858>
- Jukic, T., Ihan, A., Strojnik, V., Stubljarić, D., & Starc, A. (2020). The effect of active occupational stress management on psychosocial and physiological wellbeing: a pilot study. *BMC Medical Informatics*

- and Decision Making*, (20), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01347-z>
- Kacem, I., Kahloul, M., El Arem, S., Ayachi, S., Hafsia, M., Maoua, M., Ben Othmane, M., El Maalel, O., Hmida, W., Bouallague, O. Ben Abdesslem, K., Naija, W., & Mrizeka, N. (2020). Effects of music therapy on occupational stress and burn-out risk of operating room staff. *Libyan Journal of Medicine*, (15), 1-9. <https://doi.org/10.1080/19932820.2020.1768024>
- Michailidis, E. & Cropley, M. (2018). Investigating the predictors of workplace embitterment using a longitudinal design. Reino unido. *Occupational Medicine*, Volume 68 (8), 523–529. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy121>
- Orgambídez-Ramos, A., Borrego-Alés, Y., & Ruiz-Frutos, C. (2018). Empowerment, vulnerabilidade al estrés y burnout en enfermeros portugueses. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 259-266. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.15522015>
- Queirós, C., Borges, E., Teixeira, A. & Maio, T. (2018). Estratégias de Prevenção do Stress, Burnout e Bullying no Trabalho. In Borges, E. (coord.) (Eds.), *Enfermagem do Trabalho: Formação, Investigação e Estratégias de Intervenção* (pp. 139-151). Lisboa: Lidel. ISBN:978-989-752-342-7.
- RashidAzar, S. & Alimohammadzadeh, K. & Akhyani, N. (2018). Investigation of the relationship between structural empowerment and reduction of nurses' occupational stress and job burnout (case study: Nurses of public hospitals in Tehran). *Revista Latinoamericana de Hipertension*. (13), 547-553.
- Ravari, A., Farokhzadian, J., Nematollahi, M., Miri, S. & Foroughameri, G. (2020). The Effectiveness of a Time Management Workshop on Job Stress of Nurses Working in Emergency Departments: An Experimental Study. *Journal of Emergency Nursing*, 46(4), 548. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.03.013>
- Santos de Carvalho, C. M., Gouveia, A. L., Barreira Pinto, C. A., Mendes Mónico, L. dos S., Fernandes Correia, M. M., & Dinis Parreira, P. M. S. (2017). Empowerment em profissionais de saúde: Uma revisão da literatura. *Psychologica*, 60(2), 45-63. < https://doi.org/10.14195/1647-8606_60-2_3
- Teich, E. J. (2020). *Music Therapy-Based Workplace Health Promotion Programming: Wellness Facilitated Through Community Music-Making Experientials*. [Tese de Mestrado, Universidade do estado do Arizona, Arizona]. https://repository.asu.edu/attachments/227432/content/Teich_asu_0010N_20007.pdf.
- Ueno, L., Bobroff, M., Martins, J., Machado, R., Linares, P. & Gaspar, S. (2017). Occupational stress: stressors referred by the nursing team. *Journal of Nursing UFPE on line*, 11(4), 1632-1639.
- Untarini, N., Sayyida, & Singh, S. K. (2020). Occupational stress management in managerial employees: an analysis of level and source of work stress. *BISMA (Bisnis dan Manajemen)*, 13(1), 47-68. <https://doi.org/10.26740/bisma.v13n1.p47-68>.
- Zinat Mohebbi Z., Dehkordi S.F., Sharif S., Banitalebi E. (2019). The Effect of Aerobic Exercise on Occupational Stress of Female Nurses: A Controlled Clinical Trial. *Invest. Educ. Enferm*. 37(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n2e05>



RIIS

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde

Normas de publicação da revista RIIS

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

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

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

A RIIS tem uma periodicidade de publicação semestral.

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

ARTIGOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metodologia:

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

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

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

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

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

CHECKLIST DE AUTOVERIFICAÇÃO

1. ESTRUTURA DO ARTIGO Tipo

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

Informação dos autores

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

Título

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

Resumo

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

Palavras-chave

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

Formatação do texto

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

Tabelas e figuras

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

Citações

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

Referências

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

2. PROCEDIMENTOS DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

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

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

(Exemplos para a elaboração das Referências bibliográficas)

ESPECIFICAÇÃO DE AUTOR

Com 1 Autores

Bolander, V. (1998)

Com 2 a 7 Autores:

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

Com mais de 7 autores:

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

Editor como Autor:

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

Autor Coletivo:

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

Sem Autor Expresso:

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

PUBLICAÇÃO SEM ANO

Autor (s.d.).

LIVROS

Um autor

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

Dois a sete autores

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

Oito ou mais autores, coloque os seis primeiros nomes dos autores, seguido de reticências e o último autor

Benavente, A., Silva, R., Gomes, P., Aníbal, A., Guerra, B., Santos, P., ... Simões, C. (1987). *Do outro lado da escola*. Lisboa. Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.

Akai, K., Hayashi, M., & Nishimatsu, Y. (Eds). (1981). *Weak rock: soft fractured and weathered rock: proceedings of the international symposium Tokyo, 1981*. Rotterdam: A. A. Balkema,

Capítulo de livros

Napolitano, J. (2013). Development, sustainability and international politics. In L. Meuleman (Ed.), *Transgovernance: Advancing sustainability governance* (pp. 163-211). Berlin: Springer

Coletividade autor:

Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Direção Geral da Saúde

Teses, dissertações e outras provas académicas

Ferreira, P. (2004). *Melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde ao doente diabético tipo 2* (Tese de Mestrado). Instituto de Higiene e Medicina Social da Faculdade de Medicina

Atas de congressos

Congresso Nacional de bibliotecários, arquivística e documentalista (1987). *Integração europeia: um desafio à informação: atas de conferência*. Coimbra: Minerva, 1987.

ARTIGOS DE PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS

(Nota: A nível de autores segue as regras do livro)

Gomes, R. M. (2012, janeiro). Serra da Estrela. *Revista Fugas*, 152, (4), 20-21.

DOCUMENTOS LEGISLATIVOS E JUDICIAIS

Decreto-Lei nº 192/89 de 08 de junho (1989). *Diário da República nº 131/89. I Série*. Ministério, da agricultura pescas e alimentação. Lisboa, Portugal.

PORTARIA nº 1111/89 de 29 de dezembro (1989) *Diário da República nº 298. I Série*. Ministérios das Finanças e da Indústria e Energia. Lisboa, Portugal.

DOCUMENTOS ELETRÓNICOS

Livros

Almodovar, A., & Cardoso, J. L. (1998). *A history of portuguese economic thought* London: Routledge. Retirado de URL:<http://www.ebrary.com/lib/mctbrasil>

Artigos de publicações periódicas

Nono, M. A. & Mizukami, N. (2002). Casos de ensino e processos de aprendizagem profissional docente. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 83 (203), 172. retirado de <http://site.ebrary.com/lib/mctbrasil/Doc?id=10055894&ppg=172>. ISSN 0034-71803.

