

Semestral | Vol. 1 N. 2 | Dezembro
Ano: 2018 | ISSN: 2184-1578
ISSN e: 2184-3791

RIIS

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde

Revista de Investigação & Inovação em Saúde

Vol. 1 N. 2 | Dezembro

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.: 256 661 430
Email: riis@essnortecvp.pt
URL: <https://www.essnortecvp.pt/pt/investigacao/revista-riis/>

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



Corpo Editorial | Editorial | Consejo Editorial

Editor

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
Unidade de Investigação e Desenvolvimento

Editor Chefe

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

Editor Adjunto

Fernanda Príncipe, PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Secretariado Editorial

Odete Silva
Manuela Castro

Conselho Editorial

Alice Brito - PhD
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Ana Paula Macedo - PhD
Universidade do Minho
Ana Torres - PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
Celeste Dias - PhD
Centro Hospitalar Universitário de São João
Cláudia Maria Gomes de Sousa - PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
Carlise Rigon Dalla Nora - PhD
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Elsa Maria Oliveira Pinheiro de Melo - PhD
Escola Superior de Saúde da Universidade Aveiro
Ester Goutan Roura - PhD
Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya
Fernanda Bastos - PhD
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Fernando Alberto Soares Petronilho - PhD
Universidade do Minho
Germano Couto - PhD
Universidade Fernando Pessoa
Henrique Pereira - PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
Irma da Silva Brito - PhD
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
José Vilelas - PhD
Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa
Maria Goreti Silva Ramos Mendes - PhD
Universidade do Minho
Maria Manuela Frederico Ferreira - PhD
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Maria Manuela Henriques Pereira Ferreira - PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
Maria Otilia Brites Zangão - PhD
Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Maribel Domingues Carvalhais - PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
Miguel Padilha - PhD
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro - PhD
Escola Superior de Saúde de Santa Maria
Paula Encarnação - PhD
Universidade do Minho
Rafaela Schaefer - PhD
Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Raquel Simões de Almeida - PhD
Escola Superior de Saúde-IPP/ANARP
Rui Miguel Freitas Gonçalves - PhD
ACES Baixo Tâmega
Vera Maria Saboia - PhD
Universidade Federal Fluminense-Rio de Janeiro
Veronica Rita Dias Coutinho - PhD
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra



R | I | S

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde



Editorial

A investigação e inovação em saúde na resposta ao mundo em mudança

A investigação e a inovação devem ser vistas como parte integrante da prática diária dos profissionais de saúde e, portanto, do sistema de saúde. A relação que estabelecem entre si deve ser simbiótica, ou seja, deve permitir um crescimento mútuo e em espiral, onde ambas as partes se potenciam de forma a dar resposta às reais necessidades da população.

O valor e o mercado da saúde devem ser o foco da investigação e inovação de forma a diminuir os fatores inibidores ao processo de mudança que decorre dos processos científicos e tecnológicos.

Atualmente, a sociedade vivencia um processo transformativo, em resultado dos constantes desenvolvimentos tecnológicos e científicos, o que tem repercussões significativas na saúde das pessoas. Face às rápidas mudanças urge a necessidade do desenvolvimento de investigação e inovação alicerçadas no conjunto de transformações políticas, sociais, culturais, educativas e económicas que influenciam a saúde.

É fundamental, que cada vez mais, a tomada de decisão política esteja alicerçada de forma eficiente nos resultados da investigação, no sentido de esta poder estar alinhada com as evoluções do mundo contemporâneo.

Todo este processo transformativo deve emergir numa perspetiva *botom up* que considere todos os profissionais de saúde como parte fundamental da eficiência na investigação e que transforme a cultura enraizada nas instituições de saúde acerca da investigação.

Com um crescimento sustentado é possível que a investigação passe a fazer parte da prática diária de todos os profissionais de saúde, o que lhe permite um crescimento mais robusto, e com impacte significativo na qualidade da assistência. É necessário que haja uma aliança entre profissionais de saúde, académicos e investigadores de forma a criar pontes de conhecimento e promoção do interesse pela investigação e evolução dos cuidados de saúde.

É primordial olhar para a saúde como um todo integrado pelas instituições de ensino superior, empresas, centros de investigação e desenvolvimento, parques tecnológicos, serviços, distribuição e tecnologias da informação... Todos em conjunto devem trabalhar de forma a diminuir o distanciamento que existe entre as instituições de saúde e a academia no âmbito da investigação e inovação em saúde em prol da melhoria contínua da qualidade da assistência. A investigação emerge assim como um marco fundamental face à competitividade no sector da saúde em Portugal, muito pela via dos desenvolvimentos tecnológicos, melhoria da qualidade da assistência e da maior notoriedade da saúde em Portugal.

Cada vez mais a investigação deve ir para além do que é realizado nas instituições de ensino superior e centros de investigação, de forma a exponenciar a notoriedade da mesma internacionalmente e enaltecer a qualidade dos cuidados que são prestados em Portugal.

De forma a poder contribuir nas respostas a estes desígnios a Unidade de Investigação e Desenvolvimento da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP) convida todos os profissionais de saúde, académicos e investigadores para a sua “IV Conferência

Internacional de Investigação: em resposta ao mundo em mudança” que decorre de 10 a 12 de abril de 2019 no auditório da ESSNorteCVP. É da partilha dos desenvolvimentos científicos que podemos dar enormes contributos na resposta ao mundo em mudança.

Liliana Mota, PhD

Editor- Chefe da Revista de Investigação & Inovação em Saúde
Coordenadora Científica da Unidade de Investigação e Desenvolvimento da ESSNorteCVP

Sumário | Summary | Resúmen

Editorial

ARTIGOS DE INVESTIGAÇÃO

- 7 Patient compliance to glaucoma therapeutics: a portuguese overview
Maria José Reis Lopes, Germano Couto, Isabel Oliveira
- 13 Cuidadoaz: satisfação dos cuidadores familiares de idosos dependentes em oliveira de azeméis
André Correia, João Teixeira, Mónica Oliveira, Sílvia Magalhães, Vanessa Gomes, Sónia Novais
- 23 A pessoa com ostomia de eliminação intestinal: representação social dos enfermeiros
Joana Pinho, Tânia Jesus, Diana Leal, Cristina Nogueira, Filipa Felisberto, Liliana Mota
- 37 Itens cirúrgicos individualizados e packs cirúrgicos personalizados na gestão do bloco operatório
Dora Nunes, Sara Bernardino, Liliana Mota, Fernanda Príncipe

ARTIGOS DE REVISÃO

- 49 Involvement of the father in the prenatal period: integrative review
Joana Magalhães, Germano Couto, Carla Fernandes, Isabel Oliveira

PATIENT COMPLIANCE TO GLAUCOMA THERAPEUTICS: A PORTUGUESE OVERVIEW

Adesão do paciente à terapêutica do glaucoma: uma visão geral portuguesa

Adhesión del paciente con la terapéutica del glaucoma: una visión general de Portugal

Maria José Reis Lopes^{*}, Germano Couto^{**}, Isabel Oliveira^{***}**ABSTRACT**

Framework: glaucoma is one of the main causes for irreversible blindness. Proper treatment requires high levels of compliance to therapeutics. Most glaucoma patients do not comply with their treatment and that has been correlated with glaucoma progression.

Aim: to evaluate patient's compliance to glaucoma therapeutics. **Methodology:** an observational, cross-sectional and descriptive study was developed. Outpatients with glaucoma were enrolled and screened before follow-up medical appointment with an observational grid while applying antiglaucomatous drugs. After the treatment, patients were interviewed to understand their skills and difficulties in performing glaucoma treatment. **Results:** from 51 outpatients enrolled, 39% of them did not know the medication's name used; 59% did not perform hand washing prior to the procedure; 73% leaned the vial tip contacting the eye; 25% did not apply the medication to the conjunctival sac; in 63% of the subjects used more than one drop; the majority of patients, 57%, did not wait the appropriate time between applications when two or more drugs were prescribed. **Conclusion:** the results suggest the need to implement individual or group strategies that enable patients with glaucoma to correctly perform their treatment.

Keywords: patient compliance; therapeutics; glaucoma; nursing

^{*}Nurse Specialist

Department of Ophthalmology, Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal

^{**}Associate Professor

Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

^{***}Specialist Professor

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis, Portugal

RESUMO

Enquadramento: o glaucoma é uma das principais causas de cegueira irreversível. O tratamento adequado requer elevados níveis de adesão ao regime terapêutico. A maioria dos doentes com glaucoma não cumpre a terapêutica antiglaucomatosa o que está correlacionado com a progressão da doença. **Objetivo:** avaliar a adesão da pessoa à terapêutica antiglaucomatosa. **Metodologia:** foi desenvolvido um estudo observacional, transversal e descritivo. Foram incluídos e selecionados para este estudo doentes com glaucoma em tratamento ambulatorio que, antes da consulta médica, foram avaliados durante a aplicação de drogas antiglaucomatosas, utilizando uma grelha de observação. Após o tratamento, foram entrevistados para perceber as suas habilidades e dificuldades na realização do tratamento. **Resultados:** da amostra obtida de 51 doentes, 39% desconheciam o nome do medicamento utilizado; 59% não realizaram a lavagem das mãos antes do procedimento; 73% inclinou o frasco colocando-o em contacto com o olho; 25% não aplicavam a medicação no saco conjuntival; em 63% dos sujeitos verificou-se que utilizaram mais de uma gota; a maioria dos doentes, 57%, não esperou o tempo adequado entre as aplicações quando dois ou mais medicamentos foram prescritos. **Conclusão:** os resultados sugerem a necessidade de implementar estratégias individuais ou de grupo que possibilitem à pessoa com glaucoma realizar corretamente o tratamento.

Palavras-chave: adesão ao tratamento; terapêutica; glaucoma; enfermagem

RESUMEN

Encuadramiento: el glaucoma es una de las principales causas de ceguera irreversible. El tratamiento adecuado requiere altos niveles de adhesión a la terapia. La mayoría de los pacientes con glaucoma no cumplen su tratamiento lo que se correlacionó con la progresión del glaucoma. **Objetivo:** evaluar la adhesión del paciente a la terapéutica del glaucoma. **Metodología:** se ha desarrollado un estudio observacional, transversal y descriptivo. Fueron incluidos y seleccionados pacientes con glaucoma en tratamiento ambulatorio, que antes de la consulta médica, se evaluaron utilizando una rejilla de observación durante la aplicación de drogas antiglaucomatosas. Después del tratamiento, los pacientes fueron entrevistados para percibir sus habilidades y dificultades en la realización del tratamiento del glaucoma. **Resultados:** de la muestras 51 pacientes, el 39% desconocía el nombre del medicamento utilizado; 59% no realizaron el lavado de las manos antes del procedimiento; el 73% inclinó el frasco colocándolo en contacto con el ojo; el 25% no aplicaba la medicación en el saco conjuntival; en el 63% de los sujetos, se verificó que utilizaron más de una gota; la mayoría de los pacientes, el 57%, no esperó el tiempo adecuado entre las aplicaciones cuando se prescribieron dos o más medicamentos. **Conclusión:** los resultados sugieren la necesidad de implementar estrategias individuales o de grupo que posibiliten la persona con glaucoma realizar correctamente el tratamiento.

Palabras clave: adhesión al tratamiento; terapéutica; glaucoma; enfermería

Como Referenciar:

Lopes, M.J.R., Couto, G., Oliveira, I. (2018). Patient compliance to glaucoma therapeutics: a portuguese overview. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(2), 7-12

Recebido para publicação em: 02/10/2018
Aceite para publicação em: 29/11/2018

INTRODUCTION

Compliance to therapeutics has a key role to improve quality of life for patients with chronic disease and in glaucoma patients it is known to be poor. There are no available data concerning patient's compliance to eye drop treatment amongst Portuguese glaucoma patients. This has been identified as a problem and it is the focus of this research. With the aim of determining glaucoma patient's compliance to treatment, an observational, cross-sectional and descriptive study was developed in a Portuguese public hospital. The knowledge about compliance to the therapeutic regimen and the identification of possible barriers or constraints will allow nurses to intervene in this area, providing personalized care, more responsive to the real needs of these patients.

BACKGROUND / THEORETICAL FRAMEWORK

Glaucoma is one of the main causes for irreversible blindness in the world (Quigley & Broman, 2006; Weinreb, Aung & Medeiros, 2014; World Health Organization, 2012), caused by optic neuropathies characterized by retinal ganglion cells progressive degeneration (Weinreb, Aung & Medeiros, 2014). In Portugal, more than 200.000 people have intraocular hypertension and, of those, one third suffers from glaucoma. Around 6.000 patients can evolve to irreversible blindness or marked vision degradation (Direção-Geral da Saúde, 2016) and 2.2% (231,634 inhabitants) of Portuguese population are under some type of eye drop treatment (Sousa et al., 2017).

Glaucoma treatment includes medical treatment, laser therapy and surgery, or their combination (Boland et al., 2013). Medical treatment with

hypotensive drops is the most frequently used approach, with effective results in decreasing intraocular pressure (Weinreb et al., 2014) and the first choice in Portuguese guidelines for glaucoma therapeutics (Direção-Geral da Saúde, 2014).

However, proper treatment requires high levels of compliance to therapeutics (Prum Jr. et al., 2016). Compliance to medical treatment is poor, having up to 80% of glaucoma patients that do not comply with their medication regimen (Olthoff, Schouten, Van de Borne & Webers, 2005). This has been shown to be correlated with glaucoma progression (Sleath et al., 2011), and should be a main concern to health professionals. Four groups of presumed determinants were identified for noncompliance in glaucoma patients: demographic and sociographic variables; knowledge, attitude, and health behavior-related variables; aspects of the disease; and aspects of the treatment (Olthoff, Schouten, Van de Borne & Webers, 2005). Health professionals must target their interventions to enhance compliance of patients in whom they expect clinically relevant noncompliance, focusing on patient knowledge and understanding of glaucoma, patient forgetfulness, and reduction of the dose frequency (Olthoff, Schouten, Van de Borne & Webers, 2005).

METHODOLOGY

For this observational, cross-sectional and descriptive study, 51 adult patients diagnosed with glaucoma and ocular hypotensive treatment were enrolled, after informed consent, from both genders, treated as outpatients, in an ophthalmology department of a major public hospital. All data collection and

treatment had prior approval by the hospital's ethic commission.

Data collection was carried between April and May of 2017, through structured observation and systematic description of behaviours and events that concern the research problem. At the hospital where this study was conducted, there is no structured educational program for glaucoma patients. Study's Inclusion criteria were: 1) outpatients at the hospital's ophthalmology clinic, 2) cognitive and mental abilities to respond to the posed questions and to autonomously perform eye drop treatment, 3) to be an adult, and 4) informed consent to participate in the study. An observation grid was constructed by the authors, according to good practice standards and literature review, to allow data collection and analysis, namely behavioural data regarding the steps necessary to correctly perform the eye drop applying technique (Ministério da Saúde, 2011). Patients were asked to demonstrate how they normally apply ocular medication using a sterile artificial tear flask. During that, researchers observed and registered if the procedure was performed correctly, with the observational grid, according to the following items: 1) hand washing before procedure 2) head positioning 3) contact between the eye and the vial 4) eye location for drop application (conjunctival sac or elsewhere) 5) number of drops by application and 6) hand washing after the procedure. After therapeutics procedure, patients were interviewed, through a structured interview, to understand their skills and difficulties in performing glaucoma treatment, with three questions: 1) medication's name, 2) medication's schedule and 3) time between

applications if two or more eye drops were prescribed.

The sample was accidental non-probabilistic, since the data collection was performed on a population of patients who had scheduled glaucoma follow-up appointments and met the inclusion criteria. During time foreseen for data collection, a total of 51 patients was recruited. All the data were collected by a single researcher with differentiated training for this purpose. All ethical procedures have been complied with during data collection. Data were treated through descriptive statistics through the SPSS Version 24.

RESULTS

The sample comprised 51 patients, with 27 females and 24 males, with an average age of 73.4 (SD 10.5) and 73.7 yrs (SD 10.6) respectively, basic schooling (4th and 12th degree). Regarding the data collected from the observational grid, results show that most patients, 59% of the sample, did not wash their hands prior to the procedure. With respect to neck hyperextension, patients are fully aware of the importance of the head positioning (90%) for the correct eye drop application. During the drug instillation, it was found that 73% of patients lean the vial contacting with the eye. 25% of the patients did not apply the drop to the conjunctival sac, which means that the medication was not fully instilled. It should be noted that during the procedure these patients do not have the perception that eye drop application is not being correctly performed. Since the correct use is a single eye drop, in 63% of the subjects it was verified that they used more than one

drop. It was also observed that 98% of patients do not wash their hands after procedure. A majority of 57% patients did not wait for the appropriate time for effective treatment in case of prescription of two or more drugs.

Results from the structured interview show that 39% of the subjects did not know the name of the drug used, which may cause some difficulty in the treatment and recognition of the disease. Regarding the schedule of the application of the medication by the patient, it was verified that 96% of them are in compliance with the prescribed schedule. In our study, only 4% of the patients did not know the time for medication application.

DISCUSSION

The results obtained suggest that it is necessary to improve compliance in glaucoma patients treated with ocular hypotensive therapeutics. This study reinforces previous findings from other studies that evaluated compliance in glaucoma patients (Muir & Lee, 2011; Vaidergorn et al., 2003). Intraocular pressure control depends greatly on the strict compliance with eye drop treatment, not only in terms of periodicity, but also with respect to compliance with the rules for the eye drop application (Robin & Grover, 2011).

Regarding knowledge about prescription, 39% of patients did not know the medication's name and only 4% did not know the application schedule, which is in agreement with evidenced results (Tatham, Sarodia, Gatrad & Awan, 2013). One of the aspects to consider is the issue of hand hygiene before and after procedures as a way to prevent contamination of the bottles and infection's transmission (Ministério da

Saúde, 2011). In this case, patients should be informed so that they are trained and adopt more appropriate measures. This procedure is important to avoid contamination of other vials, surfaces, or disease transmission to other people. In eye drop application technique, a detail such as the neck hyperextension is an important strategy for the procedure's success which, according to the standard, facilitates its execution (Ministério da Saúde, 2011). 10% of patients do not perform hyperextension, so educational strategies must be taken to enhance patients understanding of the importance of positioning to optimize the eye drop application. 73% of patients touch the vial tip to the eye surface, and it should be noted that some patients have rubbed the vial tip with some pressure on the ocular surface, which can lead to trauma and contamination (Tatham et al., 2013). Improper administration technique can compromise health care outcomes since it does not allow to fully achieve expected results with treatment. Recent studies have shown that improper eye drop administration technique can lead to bottle tip contamination (Kholdebarin, Campbell, Jin & Buys, 2008; Tatham et al., 2013). The eye drop application to the conjunctival sac (25% did not do so) is essential so that medication is correctly absorbed and effective treatment is assured. Regarding the amount of drops used for each application, it should be noted that 63% of patients applies more than one drop, with waste, which for several reasons, is a factor to be taken into account in patient's education, alerting that excessive quantity does not yield more effective results, and increases the cost. It is noteworthy that several patients literally squeeze the bottle without having the least notion of the amount of drops they apply,

stopping only when they feel the medication trickling on the face. Finally, 57% of patients do not wait 5 minutes between different applications of eye drops in the same eye, which may reduce the efficacy of the medication administered and its consequent effect.

Patient education on the eye drop application technique is associated with increased patient's ability to correctly administer therapy. There is evidence that educational programs targeting glaucoma patients are effective (Newman-Casey, Dayno & Robin, 2016), not only to save costs related to over consumption of medication, but mainly by improving the quality of life of patients by obtaining better results in the control of intraocular pressure and consequently restrain the progression of the disease. Patient compliance is extremely important for effective and successful treatment. Additionally, maximizing patient adherence has a societal benefit (Osterberg & Blaschke, 2005). Poor adherence to medication has been shown to increase healthcare costs in the United States. According to Osterberg & Blaschke (2005), of all medication related hospital admissions in the US, 33-69% are due to poor medication adherence, with a resultant cost of around \$100 billion a year.

It must be highlighted that even patients with previous experience in the administration of this type of medication continue to have difficulties in administering the medication (Slota et al., 2015). Thus, the observational grid used in this study can be useful to evaluate the needs of each patient and serve as a way to evaluate educational intervention outcomes over time. It has been referred the importance of correct use of the prescribed medication, not only in the use of eye drop at the recommended times, but also the correct application

technique (Vaidergorn et al., 2003). The authors emphasize that it is extremely important that therapeutic compliance is effective, not only for its impact on the patient's quality of life, but also for the monetary costs that treatment entails. In a previous study, more than 50% of patients did not demonstrate compliance or adequate administration technique, emphasizing that patients with glaucoma should be educated about the importance of compliance and educated about the proper eye drop administration technique (Tatham et al., 2013). It has been targeting a better compliance that education programs have been implemented in many places, in order to avoid the disease progression (Leitão et al., 2010). The interventions that successfully improved glaucoma medication compliance used an adequate face-to-face counselling to overcome barriers to health behaviour change alongside with education about glaucoma (Newman-Casey et al., 2016).

This study's results, although its time and sample limitations, suggests that professional behaviour adjustments towards patients' needs are essential.

CONCLUSION

The results of this study provide new information targeting the need to promote educational programs for glaucoma patients, aiming to improve treatment compliance and health related outcomes. The methodology used allowed the identification of factors that could hardly be reached through other strategies of data collection. Participant observation suggests to be an adequate tool to deepen the phenomenon under study. Nevertheless, given the hospital's dynamics, it would be important to develop simpler tools that require less time and resources for

continuous monitoring of educational programs and thus achieve the goal to have educated patients. The study has limitations. The single location for data collection has limited the sample and the fact that researchers had not access to the information about the patient's length of treatment is the main limitations. Further studies should be conducted, with larger samples, increasing the data on patient compliance in glaucoma treatment, allowing more robust results for the design of educational programs. Action research must be undertaken to validate the results of educational programs, targeting glaucoma patient's compliance.

REFERENCES

- Boland, M. V., Ervin, A. M., Friedman, D. S., Jampel, H.D., Hawkins, B. S., Vollenweider, D.,... Robinson, K.A. (2013). *Comparative effectiveness of treatments for open-angle glaucoma: a systematic review for the U.S. preventive services task force*. *Ann Intern Med.*, 158, 271-9. doi: 10.7326/0003-4819-158-4-201302190-00008.
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Abordagem terapêutica farmacológica do glaucoma primário de ângulo aberto/hipertensão ocular*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Programa Nacional para a Saúde da Visão: Revisão e Extensão 2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Kholdebarin, R., Campbell, R. J., Jin, Y. P. & Buys, Y. M. (2008). *Multicenter study of compliance and drop administration in glaucoma*. *Can J Ophthalmol.*, 43 (4), 454-61. doi: 10.1139/i08-076.
- Leitão, P., Amaral, A., Pinto, L. A., Ferreira, J., Magriço, A., Trincão, F.,... Reina, M. (2010, Janeiro-Março). *Avaliação do conhecimento sobre a sua doença em doentes com glaucoma seguidos na consulta de especialidade de um hospital central*. *Oftalmologia*, 34 (1), 295-300.
- Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde IP. (2011). *Manual de Normas de enfermagem: procedimentos técnicos*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde IP.
- Muir, K. W. & Lee, P. P. (2011). *Glaucoma medication adherence: room for improvement in both performance and measurement*. *Arch Ophthalmol.*, 129 (2), 243-5. doi: 10.1001/archophthalmol.2010.351
- Newman-Casey, P. A., Dayno, M. & Robin, A. L. (2016). *Systematic review of educational interventions to improve glaucoma medication adherence: an update in 2015*. *Expert Review of Ophthalmology*, 11 (1), 5-20. doi: 10.1586/17469899.2016.1134318
- Olthoff, C. M., Schouten, J. S., Van de Borne, B. W. & Webers, C. A. (2005). *Noncompliance with ocular hypotensive treatment in patients with glaucoma or ocular hypertension*. *Ophthalmology*, 112 (6), 953-61. doi: 10.1016/j.ophtha.2004.12.035
- Osterberg, L., Blaschke T. (2005). *Adherence to medication*. *N Engl J Med.*, 353 (5), 487-97.
- Prum Jr., B. E., Rosenberg, L. F., Gedde, S. J., Mansberger, S. L., Stein, J. D., Moroi, S. E.,... Williams, R. D. (2016). *Primary Open-Angle Glaucoma Preferred Practice Pattern® Guidelines*. *Ophthalmology*, 123 (1), 41-111. doi: 10.1016/j.ophtha.2015.10.053
- Quigley, H. A. & Broman, A. T. (2006). *The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020*. *British Journal of Ophthalmology*, 90 (3), 262-7.
- Robin, A. & Grover, D. S. (2011). *Compliance and adherence in glaucoma management*. *Indian J Ophthalmol.*, 59, (Suppl), 93-6. doi: 10.4103/0301-4738.73693
- Sleath, B., Blalock, S., Covert, D., Stone, J. L., Skinner, A. C., Muir, K. & Robin, A. L. (2011). *The Relationship between Glaucoma Medication Adherence, Eye Drop Technique, and Visual Field Defect Severity*. *Ophthalmology*, 118 (12), 2398-402. doi: 10.1016/j.ophtha.2011.05.013
- Slota, C., Sayner, R., Vitko, M., Carpenter, D. M., Blalock, S. J., Robin, A. L., Muir, K. W.,... Sleath, B. (2015). *Glaucoma patients expression of medication problems and nonadherence*. *Optom Vis Sci.*, 92 (5), 537-43. doi: 10.1097/OPX.0000000000000574
- Sousa, D. C., Leal, I., Nascimento, N., Marques-Neves, C., Tuulonen, A. & Abegão Pinto, L. (2017). *Use of Ocular Hypotensive Medications in Portugal: PEM Study A Cross-sectional Nationwide Analysis*. *Journal of Glaucoma.*, 26 (6), 571-576. doi: 10.1097/IJG.0000000000000668
- Tatham, A. J., Sarodia, U., Gatrad, F. & Awan, A. (2013). *Eye drop instillation technique in patients with glaucoma*. *Eye*, 27 (11), 1293-8. doi: 10.1038/eye.2013.187
- Vaidergorn, P. G., Malta, R. F. S., Borges, A. S., Menezes, M. D. R., Trindade, E. S. & Santiago, J. B. N. (2003). *Eye drop instillation technique in chronic glaucoma patients*. *Arq. Bras. Oftalmol.*, 66 (6), 865-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492003000700023>
- Weinreb, R.N., Aung, T. & Medeiros, F. A. (2014). *The pathophysiology and treatment of glaucoma: a review*. *JAMA*, 311 (18), 1901-11.
- World Health Organization (2012). *Global data on visual impairments 2010*. Geneva: World Health Organization.

CUIDAOAZ: SATISFAÇÃO DOS CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS DEPENDENTES EM OLIVEIRA DE AZEMÉIS

CuidaOAZ: satisfaction of family care for dependent elderly in Oliveira de Azeméis

CuidaOAZ: satisfacción de los cuidadores familiares de idosos dependientes en Oliveira de Azeméis

André Correia*, João Teixeira*, Mónica Oliveira*, Sílvia Magalhães*, Vanessa Gomes*, Sónia Novais**

RESUMO

Enquadramento: o envelhecimento da população aumenta a probabilidade de conduzir os idosos a situações de dependência no autocuidado. Perante esta nova condição, a família surge como um recurso, constituindo-se como cuidadores familiares. **Objetivos:** caracterizar os motivos que conduzem à assunção do papel de cuidador familiar; determinar a satisfação com o exercício do papel bem como as principais fontes de satisfação; determinar a sua perceção de autoeficácia para tomar conta e o envolvimento nos cuidados. **Metodologia:** mista, descritiva e transversal. Como instrumentos de recolha de dados utilizamos um guião de entrevista semiestruturada, o Índice de Barthel e a Escala de Satisfação do Cuidador Informal (CASI). **Resultados:** os cuidadores familiares têm na sua generalidade uma satisfação elevada na assunção do papel. As principais fontes de satisfação relacionam-se com a pessoa dependente como principal beneficiária. No entanto, foram identificadas dificuldades no desempenho do papel, principalmente relacionadas com a prestação de cuidados que exigem capacidade física e com a gestão de emoções. **Conclusão:** os enfermeiros assumem um papel fundamental na capacitação e empoderamento dos cuidadores familiares, produzindo um impacto positivo na qualidade de vida e dos cuidados que a pessoa dependente recebe.

Palavras-chave: cuidador familiar; autocuidado; envelhecimento; satisfação pessoal.

*Enfermeiros Investigadores associados do projeto CuidaOAZ

**Professora Adjunta, Coordenadora do CLE, Investigadora responsável do projeto CuidaOAZ

Como Referenciar:

Correia, A., Teixeira, J., Oliveira, M., Magalhães, S., Gomes, V., Novais, S. (2018). CuidaOAZ: satisfação dos cuidadores familiares de idosos dependentes em oliveira de azeméis. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(2), 13-22

Recebido para publicação em: 13/03/2018
Aceite para publicação em: 28/11/2018

ABSTRACT

Background: the aging of the population increases the probability of leading the elderly to situations of self-care dependency. Faced with this new condition, the family emerges as a resource, constituting themselves as family caregivers. **Objectives:** to characterize the reasons that lead to the assumption of the role of family caregiver; to determine the satisfaction with the exercise of the paper as well as the main sources of satisfaction; to determine their perceived self-efficacy to take care of and involvement in care. **Methodology:** mixed, descriptive and transversal study. As data collection instruments we used a semi-structured interview script, the Barthel Index and the Informal Caregiver Satisfaction Scale (CASI). **Results:** family caregivers generally have a high satisfaction in paper assumption. The main sources of satisfaction relate to the dependent person as the main beneficiary. However, difficulties have been identified in the performance of the role, mainly related to the provision of cares that require physical capacity and the management of emotions. **Conclusion:** nurses play a fundamental role in empowering family caregivers, producing a positive impact on the quality of life and care that the dependent person receives.

Keywords: caregiver; self-care; ageing; personal satisfaction.

RESUMEN

Marco contextual: el envejecimiento de la población aumenta la probabilidad de conducir a los ancianos a situaciones de dependencia en el autocuidado. Ante esta nueva condición, la familia surge como un recurso, constituyéndose como cuidadores familiares. **Objetivos:** caracterizar los motivos que conducen a la asunción del papel de cuidador familiar; determinar la satisfacción con el ejercicio del papel así como las principales fuentes de satisfacción; determinar su percepción de autoeficacia para tomar cuenta y la participación en el cuidado. **Metodología:** mixta, descriptiva y transversal. Como instrumentos de recogida de datos utilizamos un guion de entrevista semiestruturada, el Índice de Barthel y la Escala de Satisfacción del Cuidador Informal (CASI). **Resultados:** los cuidadores familiares tienen en su general una satisfacción elevada en la asunción del papel. Las principales fuentes de satisfacción se relacionan con la persona dependiente como principal beneficiaria. Sin embargo, se identificaron dificultades en el desempeño del papel, principalmente relacionadas con la prestación de cuidados que exigen capacidad física y con la gestión de emociones. **Conclusión:** los enfermeros asumen un papel fundamental en la capacitación y empoderamiento de los cuidadores familiares, produciendo un impacto positivo en la calidad de vida y los cuidados que recibe la persona dependiente.

Palabras clave: cuidador; autocuidado; envejecimiento; satisfacción personal.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade que se tem vindo a acentuar nos últimos anos em Portugal e nos países desenvolvidos (INE, 2017). Em virtude deste aumento também se verifica o aumento do número de idosos em situação de dependência, nomeadamente nos autocuidados e nas atividades instrumentais de vida diárias. Segundo Pereira e Carvalho (2012), constituindo-se o envelhecimento como uma transição desenvolvimental que conduz a uma condição de dependência, a família é vista como o principal recurso e suporte para o provimento dos cuidados aos seus familiares dependentes. Pode-se concluir que é, portanto, no seio familiar que se desenvolve a natureza dos cuidados prestados aos idosos, sendo assumido por um dos membros da família, na maioria das situações, o papel de prestador de cuidados que, neste estudo, denominamos por cuidador familiar.

Neste sentido, e de modo a adequar a intervenção de enfermagem às necessidades identificadas pelos cuidadores familiares, é importante, para além de entender quem são, caracterizar os motivos que os conduzem à assunção do papel e determinar a sua satisfação. Importa, ainda, conhecer as principais fontes de satisfação e a sua perceção de autoeficácia para tomar conta e o envolvimento nos cuidados.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A evidência produzida mostra que a maioria dos cuidadores familiares são mulheres, com cerca de 60 anos, que mantêm relações de consanguinidade ou de amizade com a pessoa dependente. A maioria dos cuidadores familiares encontram-se reformados ou

desempregados, sendo que é demonstrada a dificuldade de conciliar o emprego com a necessidade de cuidar dos idosos, no entanto, existem cuidadores que ainda se encontram ativos e com emprego regular (Pereira & Carvalho, 2012; Guedes, 2011; Sousa, 2011; Mestre, 2010; Araújo, 2009).

Os motivos que conduzem os familiares a assumirem o papel de prestadores de cuidados passam pelo dever que estes sentem de cuidar dos seus familiares, nomeadamente, os filhos. Estes alegam que estão de certa forma a tentar retribuir todo o esforço que os seus pais tiveram com eles (Guedes, 2011; Araújo, 2009). Outro motivo que emerge dos estudos está relacionado com o impacte da educação e da religião traduzindo, desta forma, os seus valores e as suas crenças (Guedes, 2011; Araújo, 2009). Em alguns estudos, os cuidadores familiares afirmam que o único motivo que os conduz a serem prestadores de cuidados prende-se com o facto de não existir outro tipo de suporte social alternativo (Guedes, 2011; Araújo, 2009).

É unânime considerar que, perante um idoso dependente, o cuidador familiar sente uma responsabilidade acrescida de lhe prestar os melhores cuidados possíveis. Esta interiorização da responsabilidade, bem como a proximidade que mantêm com a pessoa dependente, ultrapassam a execução dos procedimentos e cuidados propriamente ditos, sendo encarada, pelo cuidador, como emocionalmente gratificante e como uma forma de agradecimento (Mestre, 2010). A responsabilidade de ser cuidador familiar, porém, traz consigo aspetos negativos, visto que, como nos diz Cardoso (2011), no momento em que uma pessoa aceita o papel de prestador de cuidados, por norma,

não tem consciência das exigências que este papel tem. Essas exigências, que no início não são sentidas, podem, passado algum tempo, conduzir à sobrecarga física e psicológica (Cardoso, 2011).

A sobrecarga surge, por vezes, em consequência das dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares. Assim, as dificuldades que estes sentem são devidas à inadequação do suporte social que recebem e também à ausência de um programa de capacitação sistematizado para a assunção do papel que promova a confiança, o envolvimento, a autoeficácia, bem como a capacidade para executar os cuidados necessários (Pereira & Carvalho, 2012; Guedes, 2011).

Um aspeto que é transversal aos estudos realizados em Portugal sobre esta temática e que mostram que também existem aspetos positivos na relação de proximidade que se cria ou aprofunda entre o cuidador familiar e a pessoa idosa dependente, na medida em que devido à sua condição a pessoa vai necessitar, no âmbito do suprimento das suas necessidades de autocuidado, por exemplo, de cuidados que requerem a “invasão” da sua privacidade e intimidade, tendo então como resultado o fortalecimento da sua relação, entre outros (Araújo, 2009). Nesse sentido, a perceção de eficácia nos cuidados aumenta satisfação que o cuidador familiar sente no exercício do papel e poderá sobrepor-se à sobrecarga que cuidar de um idoso dependente acarreta (Guedes, 2011).

Segundo Araújo (2009), os cuidadores familiares sentem uma maior satisfação quando adquirem e desenvolvem novos conhecimentos, habilidades e atitudes, pois tornam-se mais ágeis, mais aptos para enfrentar situações inesperadas e confiantes nos cuidados que têm de prestar. A mesma autora

também afirma que a satisfação está relacionada com o suporte social percebido pelos cuidadores familiares, porém, Sousa (2011), ressalta que, um aspeto que diminui a satisfação dos cuidadores é a falta de reconhecimento dos cuidados prestados, quer por parte dos idosos, quer por parte da família.

A sobrecarga que os cuidadores familiares sentem, principalmente aqueles que prestam cuidados a idosos com um nível de dependência muito elevado, tem uma grande influência na sua satisfação com o papel de cuidador (Pereira & Carvalho, 2012). Portanto, é dever dos enfermeiros, tanto em ambiente hospitalar, como em ambiente comunitário, capacitar adequadamente os familiares, no sentido da aquisição de conhecimentos e de habilidades suficientes para que possam prestar os melhores cuidados aos seus familiares, bem como da gestão da condição de saúde e de situações inesperadas. Assim, a sensação de confiança na prestação de cuidados apresenta-se como uma mais-valia, quer para o idoso, quer para o seu cuidador, aumentando assim a satisfação com o papel enquanto prestador de cuidados (Pereira & Carvalho, 2012; Mestre, 2010).

Neste sentido, este estudo pretendeu responder à seguinte questão: *“Qual a satisfação sentida pelos cuidadores familiares de pessoas idosas com dependência no autocuidado no concelho de Oliveira de Azeméis?”*.

METODOLOGIA

Este estudo enquadra-se num paradigma misto, descritivo e transversal. Através de uma amostragem não probabilística, por conveniência, foram convidados cuidadores familiares de uma Instituição

Privada de Solidariedade Social (IPSS) do concelho de Oliveira de Azeméis, cujos familiares idosos dependentes recebem cuidados do seu serviço de apoio domiciliário (SAD). Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: serem cuidadores familiares de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos com dependência no autocuidado segundo índice de Barthel e serem residentes no concelho de Oliveira de Azeméis.

A IPSS do concelho de Oliveira de Azeméis identificou 63 idosos que usufruem de SAD. Participaram no estudo 20 cuidadores, uma vez que, 11 idosos eram autónomos de acordo com o índice de Barthel, 19 cuidadores recusaram participar no estudo, 11 cuidadores mantiveram-se incontactáveis e 2 idosos faleceram durante o período de recrutamento dos participantes. De salientar que foram identificados 2 idosos com dependência no autocuidado e que se encontravam sem cuidador definido, situação que foi encaminhada para resolução pelo serviço social da instituição.

Para a recolha de dados foram utilizados o índice de Barthel e o Índice de satisfação do Cuidador (CASI) (Sequeira, 2010). O Índice de Barthel foi aplicado a todos os idosos para se determinar o seu grau de dependência no autocuidado. O CASI foi aplicado aos cuidadores familiares para perceber o nível de satisfação relativamente ao papel que assumiram. No momento da recolha de dados, foi também realizada uma entrevista semiestruturada, de forma a aprofundar alguns aspetos relacionados com a satisfação e os motivos que levaram à assunção do exercício do papel de cuidador familiar.

Foi pedida a autorização ao autor do instrumento de recolha de dados, concomitantemente foi autorizada

pela IPSS a realização do estudo nessa instituição, e foi obtido o parecer ético favorável da Comissão de Ética da ESEnfCVPOA e do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento. A recolha de dados decorreu desde novembro de 2016 e janeiro de 2017, através de visitas domiciliárias. As entrevistas tiveram a duração média de 45 minutos, foram audiogravadas com o consentimento informado, livre e esclarecido de cada participante e transcritas *verbatim* pelos investigadores.

Para a análise dos dados qualitativos utilizamos o procedimento de análise de conteúdo de Bardin (2011) e para a análise quantitativa foi utilizado o programa PSPP (GNU pspp 0.10.4-g50f7b7).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os cuidadores familiares que participaram neste estudo são maioritariamente mulheres (75%), e filhas (70%), em média têm 60,7 anos (DP=12,55), sendo que a maioria é casada ou vive em união de facto (80%). Apesar de assumirem o papel de cuidadores familiares, 45% encontram-se empregados, 40% estão reformados e os restantes 15% estão desempregados. Dos participantes, 55% assumiram este papel há mais de 5 anos, 30% cuidam há mais de 1 ano e menos de 3 anos e os restantes 15% cuidam há menos de 1 ano do idoso dependente. Acresce que 60% de cuidadores familiares afirmam cuidar mais de 5 horas/dia, sendo que os restantes 40% ocupam entre menos de 2 a 5 horas por dia do idoso dependente. Apenas 25% dos cuidadores tiveram experiência prévia de cuidar.

Os idosos dependentes que recebem cuidados são 70% do sexo feminino, apresentam uma média de idade de 83,7 anos (DP=8,78 anos), sendo que 40% tem entre 65 e 80 anos, 30% entre 81 e 89 anos e os

restantes apresentam idade superior a 90 anos. Quanto ao grau de dependência, avaliado de acordo com o índice de Barthel, 35% são ligeiramente dependentes, 15% são moderadamente dependentes, 15% são severamente dependentes e 35% são totalmente dependentes.

Segundo Machado (2012), a satisfação no desempenho do papel de cuidador familiar pode ser considerada como um fenómeno complexo, por se tratar de um estado subjetivo, que varia segundo as expectativas, valores e desejos de cada cuidador em diferentes momentos e circunstâncias envolventes. Como referimos, foi utilizada a Escala de CASI com o propósito de avaliar as principais fontes de satisfação que o cuidador obtém da relação de prestação de cuidados. Em cada item da escala, o cuidador respondeu se a situação descrita acontece ou não consigo (1), caso aconteça o cuidador respondeu se lhe proporciona *nenhuma satisfação* (2), *alguma satisfação* (3) ou *muita satisfação* (4). Esta escala é composta por 30 questões e divide-se em 3 categorias: *satisfação relacionada com a dinâmica interpessoal*; *satisfação relacionada com a dinâmica intrapessoal e intrapsíquica*; e, *satisfação relacionada com a dinâmica de resultados* que agrupam as diferentes fontes de satisfação (Sequeira, 2010).

Atendendo aos resultados obtidos através do CASI foi possível observar que as principais fontes de satisfação se referem ao domínio da pessoa dependente como principal beneficiária em todas as dinâmicas (interpessoal, intrapessoal e de resultados), com uma média global de 3,59 pontos.

Na categoria *satisfação relacionada com a dinâmica interpessoal*, observou-se que as principais fontes de satisfação têm como alvo os benefícios relacionados

com a pessoa dependente (M=3,59), ou seja, constituem situações de elevada satisfação os itens relacionados com o bem-estar e a dignidade da pessoa idosa dependente. Este resultado deve-se ao facto de a totalidade da amostra referir sentir muita satisfação na questão “Dá-me satisfação ver que a pessoa de quem cuido se sente bem”. Na questão “É importante para mim manter a dignidade da pessoa de quem cuido”, 90% refere sentir muita satisfação neste item e os restantes 10% alguma satisfação.

Quando o cuidador familiar é o principal beneficiário também se verificam fontes de satisfação como a questão “A pessoa de quem cuido aprecia o que faço” em que 45% dos cuidadores sentem muita, e 35% alguma satisfação neste item. Este aspeto é reforçado também na questão “É bom sentir-me apreciado pelos familiares e amigos que mais considero” em que 65% dos participantes sente muita satisfação e 25% alguma, sendo que apenas 10% refere que não acontece no seu caso. Quando o benefício é mútuo a questão com maior satisfação é “Prestar cuidados é uma forma de mostrar o meu amor pela pessoa de quem trato” em que 95% da amostra referiu sentir muita e 5% alguma satisfação.

Quando analisados os dados da categoria *satisfação relacionada com a dinâmica intrapessoal e intrapsíquica* é possível constatar que os cuidadores familiares sentem mais satisfação nesta categoria (M=3,73). Mais uma vez se conclui que os itens com maior satisfação têm como principal beneficiário a pessoa dependente. Estes dados são suportados por 95% dos cuidadores sentirem muita satisfação e 5% alguma satisfação no item “É agradável ver a pessoa de quem cuido limpa, confortável e bem arranjada”. Na questão “Posso garantir que a pessoa de quem

cuido tem as suas necessidades satisfeitas”, 90% dos inquiridos referem sentir muita satisfação e os restantes 10% alguma satisfação.

Quando o cuidador familiar é o principal beneficiário as situações com maior satisfação são: “Prestar cuidados permite-me cumprir o que sinto que é o meu dever” onde a totalidade dos participantes sente muita satisfação. No item “Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado” onde 95% sente muita e 5% alguma satisfação.

Quando o benefício é mútuo verifica-se situações de satisfação no item “Tenho possibilidade de retribuir à pessoa de quem cuido o que de bom fez por mim” da amostra 95% refere ter muita e 5% alguma satisfação. No item “No final, eu sei que terei feito o melhor que me foi possível” onde 90% refere muita e 10% alguma satisfação.

A categoria *satisfação relacionada com a dinâmica de resultados* (desejo de obtenção dos melhores resultados possíveis) foi a que apresentou um menor grau de satisfação dos cuidadores familiares (M=3,25).

Nesta categoria é possível constatar, novamente, que as principais fontes de satisfação são provenientes dos itens relacionados com a pessoa dependente como principal beneficiária, destacam-se as seguintes questões: “É bom observar pequenas melhoras no estado de pessoa que cuido” onde 80% da amostra sentem muita satisfação, 15% refere que não acontece no seu caso e 5% sentem alguma satisfação; “É bom ajudar a pessoa de quem cuido a vencer dificuldades e problemas” onde 95% dos cuidadores referem sentir muita satisfação e apenas 5% refere que este facto não acontece no seu caso.

Quando o cuidador familiar é o principal beneficiário é possível perceber que o item “Prestar cuidados

permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades” constitui a principal fonte de satisfação em que 80% refere sentir muita e 10% alguma satisfação e os restantes 10% referiram que não acontece no seu caso. Pela análise das médias globais de cada cuidador familiar, concluiu-se que 65% apresentou um grau de satisfação 4 (Muita Satisfação) e os restantes 35% apresentou um grau 3 (Alguma Satisfação).

Quando analisados os resultados obtidos por subcategoria verificamos que todos os itens referentes ao idoso dependente são avaliados como situações de grande satisfação para os cuidadores. Na dinâmica interpessoal é bem evidente a salvaguarda da dignidade e da promoção de bem-estar da pessoa idosa. Na dinâmica intrapessoal também se verifica uma grande satisfação por parte dos cuidadores ao perceberem que os idosos apresentam bem-estar. Da leitura dos resultados verificou-se que as maiores fontes de satisfação advêm do facto de o cuidador ser capaz de ajudar o idoso a vencer dificuldades e a evitar a institucionalização deste.

Quando analisamos os resultados na subcategoria cuidador como principal beneficiário, verificamos que na dinâmica interpessoal denota-se grande satisfação que este sente aquando do reconhecimento do seu papel. Este facto tem como consequência a melhoria da sua autoestima e, conseqüentemente, uma melhoria dos cuidados prestados. Na dinâmica intrapessoal verifica-se que os cuidadores se sentem satisfeitos com o facto de saberem que estão a cumprir com o seu dever, visto que a totalidade da amostra respondeu o grau máximo de satisfação neste item. Da leitura dos resultados verifica-se que o

aumento de conhecimentos e novas capacidades são motivos de satisfação para os cuidadores.

Já da análise dos resultados obtidos na subcategoria cuidador e idoso como mútuos beneficiários, quer ao nível da dinâmica interpessoal, quer ao nível da dinâmica intrapessoal, é evidente que a satisfação dos cuidadores se relaciona inteiramente com a afetividade e a promoção do bem-estar de quem cuidam, juntamente com sentimentos de solidariedade e altruísmo.

De uma forma geral, os cuidadores estão satisfeitos com o seu papel. No entanto, é possível verificar pela análise dos resultados que a categoria que trata da dinâmica dos resultados foi a que apresentou menor satisfação. Este facto merece atenção, pois verificamos que os cuidadores sentem falta de “desenvolver novas capacidades e habilidades” e esta situação conduz a menor perceção de autoeficácia, traduzida numa menor capacidade de ajudar o seu familiar. Denota-se destes resultados a importância do papel dos enfermeiros no empoderamento e capacitação dos cuidadores familiares com vista à promoção da autonomia e da perceção de autoeficácia nos cuidados que prestam, centrados em indicadores de resultados sensíveis às terapêuticas de enfermagem.

Após a análise dos dados resultantes do CASI, foi realizada a análise de conteúdo das entrevistas. Desta análise emergiram 5 categorias: *a razão para ser cuidador, os sentimentos vividos na prestação de cuidados, as dificuldades sentidas na capacidade de cuidar, as necessidades de aprendizagem e a perceção do suporte social.*

A principal razão enunciada por 75% dos cuidadores para a assunção do papel de cuidador é a

obrigação/dever. Este é um valor transmitido pela educação ao longo da vida, como forma de retribuir os cuidados já prestados pelo idoso ao cuidador. É exemplo desta subcategoria o seguinte relato: “*Vi-me obrigada a isso uma vez que sou filha*” (C20).

Do total de cuidadores, metade expressou, ainda, como motivação para assunção deste papel a disponibilidade que têm para o assumir, sendo um exemplo: “*Porque sou a pessoa mais próxima, apesar dos outros filhos também se preocuparem, eu sempre fui mais ligada à minha mãe, para além de que moro na casa ao lado*” (C1). A afetividade foi referida por 15% dos cuidadores como outra das razões para adotarem o papel de cuidador, como se pode constatar: “*Amor com amor se paga*” (C11). Apenas 5% dos cuidadores apontaram como motivo para assumirem o papel, os valores pelos quais estes se regem, presente no seguinte relato: “*Porque ela está cega e acamada, tem e merece ser cuidada*” (C6).

As razões apontadas pelos cuidadores estão maioritariamente de acordo com o que foi encontrado na literatura, sendo que a razão mais apontada é a obrigação/dever de cuidar. A literatura fala-nos de uma razão relacionada com a religião dos cuidadores que se pode relacionar com os valores dos mesmos sendo que apenas 5% da amostra evidenciaram este motivo (Araújo, 2010).

Os nossos participantes apontam ainda uma razão para cuidar relacionada com a afetividade e que não está tão explícita na revisão da literatura, mas que podemos identificar com o sentimento de agradecimento e de retribuição do esforço que um dia os idosos já fizeram pelo cuidador.

Metade da amostra deste estudo revelou que a razão para ser cuidador é a disponibilidade que possuem

para a assunção do papel e este motivo não foi encontrado ao longo da revisão da literatura sendo um dado novo.

Relativamente à categoria *sentimentos vividos na prestação de cuidados* o bem-estar é apontado por 70% dos inquiridos como sendo o sentimento maioritariamente vivenciado na prestação de cuidados, como se pode comprovar na seguinte afirmação: *“Sinto-me muito bem, quando se faz as coisas por amor, eu sinto-me bem vir aqui tratar dela”* (C8). Constatou-se, no entanto, que 20% dos cuidadores referem a sobrecarga física e psicológica como um dos sentimentos mais vividos. É exemplo desta subcategoria o seguinte relato: *“Sinto-me cansada, é um desgaste físico e psicológico muito grande”* (C1). A afetividade foi mencionada por 15% dos cuidadores como outro sentimento vivido. Como exemplo desta subcategoria obtivemos o seguinte relato: *“Muito orgulho e muito amor!”* (C16).

Os sentimentos vivenciados apenas por 5% dos cuidadores são a tristeza e a impotência, como se pode verificar nos seguintes relatos: *“Sinto-me de consciência tranquila porque dou o meu melhor, mas às vezes sabia bem ouvir um “obrigada” e não o ouço... Fico triste com isso”* (C4); *“Sinto-me impotente, porque quero dar-lhe o bem-estar e conforto e vejo-a sempre em baixo e insatisfeita. Não sei o que fazer mais para a poder ajudar.”* (C19). Os sentimentos que os participantes mais evidenciaram em relação à sua prática de cuidar de um idoso com condição de dependência foram o bem-estar, na sua maioria, a afetividade, a tristeza e a impotência, sendo que, na revisão da literatura não foi encontrada evidência em relação a estes sentimentos. O único sentimento expresso pelos participantes neste estudo e que se

encontra na revisão de literatura realizada foi a sobrecarga física e psicológica.

Ao serem questionados sobre as *dificuldades sentidas na capacidade de cuidar* obtivemos dados que nos permitiram a sua redução numa categoria. A higiene é identificada por 60% dos cuidadores como sendo a principal dificuldade, foi possível retirar este dado através de vários relatos semelhantes ao exemplo seguinte: *“Quando é para fazer a higiene tenho que recorrer à minha irmã ou ao meu irmão”* (C13). Outra dificuldade sentida pelos cuidadores é a mobilização da pessoa dependente no autocuidado, sendo que 20% dos cuidadores sentem dificuldades neste tipo de cuidado, como é perceptível na seguinte afirmação: *“Movimentá-la para a posicionar [é a atividade em que sinto mais dificuldade]”* (C15). Cerca de 10% dos cuidadores identificaram dificuldades emocionais na assunção do papel de cuidador como se pode verificar pelo seguinte testemunho: *“(…) lidar com ela e fazê-la sentir-se bem psicologicamente”* (C19). Outras dificuldades percecionadas pelos cuidadores são a alimentação e a relação com o idoso, como se pode verificar nos seguintes relatos: *“(…) dar-lhe de comer, custa um bocadinho porque a posição da cabeça dele não ajuda”* (C14) e *“Na comunicação. É muito difícil manter um diálogo coerente (...)”* (C4).

As dificuldades reveladas por estes participantes relacionam-se na sua maioria aos cuidados de higiene e mobilizações, cuidados físicos e que exigem do cuidador capacidade física para os executar. Este aspeto é acentuado pela idade apresentada pelos nossos participantes, 60,7 anos com um desvio padrão de 12,55. No entanto, num estudo realizado por Cardoso (2011), as dificuldades mais apontadas referem-se à inadequação do suporte social e à

necessidade, por parte dos cuidadores, de usufruírem de mais oportunidades de aprendizagem. Em relação a estas duas dificuldades os participantes do nosso estudo revelaram que se sentem apoiados pela rede de suporte social, todavia cerca de metade dos participantes revelaram interesse em aprender mais para prestar cuidados mais efetivos, o que vai aumentar os indicadores de resultado no sentido da mestria, da promoção do bem-estar, da interação saudável e da procura por novos recursos (Meleis, 2015).

Quando questionados sobre se sentiam *necessidades de aprendizagem* para prestarem melhores cuidados, 55% dos participantes responderam positivamente, sendo que 25% dos cuidadores referem os procedimentos técnicos como a sua principal necessidade, 20% afirmam necessitar de capacitação sobre o controlo emocional e psicológico e os restantes 10% dos cuidadores não souberam especificar a área de capacitação ou sentem necessidade em várias áreas pela pouca experiência no cuidar.

Na categoria *perceção do suporte social*, a grande maioria dos cuidadores (95%) sentem-se apoiados pelo SAD sendo que, 45% destes são auxiliados nos cuidados de higiene, 25% na alimentação, 15% na alimentação e higiene, 10% na higiene e na roupa e 5% na alimentação e na roupa. Para além do apoio do SAD, 85% dos cuidadores referem manter apoio informal de familiares, vizinhos, amigos ou outros. Da análise dos resultados verificamos que 90% deste apoio é nas atividades básicas da vida diárias, 5% nas atividades instrumentais de vida diárias e os restantes 5% referem receber apoio monetário. De salientar

que ainda existem 15% de cuidadores familiares que não possuem outro tipo de apoio para além do SAD.

CONCLUSÃO

Com este trabalho obtivemos resultados relativos à caracterização dos motivos que conduzem à assunção do papel de cuidador familiar, determinamos a satisfação com o exercício do papel bem como as principais fontes de satisfação, e determinamos a sua perceção de autoeficácia para tomar conta e o envolvimento nos cuidados.

A Escala de CASI permitiu também a avaliação do nível de satisfação que o cuidador obtém da relação de prestação de cuidados concluindo-se que 65% dos cuidadores apresentou muita satisfação e os restantes 35% apresentou alguma satisfação. De salientar que os maiores níveis de satisfação se relacionam, nas diferentes categorias da Escala de CASI, com os itens relacionados com a pessoa dependente como principal beneficiária, o que com alguma probabilidade poderá estar relacionado com a perceção de autoeficácia do cuidador familiar. Os resultados obtidos pela análise de conteúdo às entrevistas mostraram algumas questões relevantes que não tinham sido percecionadas na análise dos resultados da CASI. É de salientar que apesar dos resultados da CASI serem positivos em relação à satisfação, na análise das entrevistas são reveladas algumas dimensões negativas da assunção do papel do cuidador, nomeadamente, a sobrecarga física e psicológica, sentimentos de tristeza e dificuldades emocionais.

Concluiu-se que os resultados obtidos neste trabalho, na sua maioria, são concordantes com a revisão de literatura realizada, no entanto, obtivemos novos

resultados nomeadamente a nível das razões para a assunção do papel de cuidador, nos sentimentos vivenciados na prestação de cuidados e nas dificuldades sentidas na prestação de cuidados.

Este estudo apresenta como limitações, o número de cuidadores que aceitaram participar no estudo, uma vez que, do universo de 63 cuidadores apenas 20 fizeram parte dele, pelo que não é possível generalizá-los.

Consideramos, no entanto, que perante os resultados obtidos, era importante a continuação deste projeto com a elaboração de um programa de capacitação dos cuidadores familiares que dê resposta às suas dificuldades manifestas. Também aponta para a necessidade de uma estratégia sistematizada e articulada de capacitação dos cuidadores familiares para melhorar a satisfação com o exercício do papel.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, O. (2009). Idosos dependentes: Impacte positivo do cuidar na perspetiva da família. *Revista Sinais Vitais*, 86, 25-30. Retirado de: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/20901/1/Artigo%20Sinais%20Vitais.pdf>

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. (1ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Cardoso, M. (2011). *Promover o bem-estar do familiar cuidador: programa de intervenção estruturado* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. (1ª ed.) Coimbra: LIDEL.
- Fortin, M; Côté, J & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Guedes, S. (2011). *Cuidar de idosos com dependência em contexto domiciliário: necessidades formativas dos familiares cuidadores* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- INE. (2017) *Instituto Nacional de Estatística: Statistics Portugal*. Retirado de : <https://www.ine.pt>
- Machado, S. (2012). *Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, no Desempenho de suas Funções, à Pessoa Idosa Dependente, no Concelho de Santana*. (Dissertação de Mestrado). Universidade da Madeira.
- Meleis, A. (2015). *Transition Theory*. In Smith, M. & Parker, M. (Eds). *Nursing theories and nursing practises*. 4ª Ed. Philadelphia: F. A Davis.
- Mestre, M. (2010). *Suporte social e coping nos cuidadores informais de idosos dependentes* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.
- Pereira, M. & Carvalho, H. (2012). *Qualidade vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbilidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional*. *Temas em Psicologia*. 20 (2), 360 – 383. Retirado de : <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v20n2/v20n2a07.pdf>
- Sousa, A. (2011). *Quando o Cuidador é idoso: Impacto Físico, Emocional e Social do Cuidador Informal Idoso* (Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa.

A PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS ENFERMEIROS

The person with intestinal elimination ostomy: social representation of nursing

Persona con ostomía de eliminación intestinal: representación social de la enfermeira

Joana Pinho^{*}, Tânia Jesus^{*}, Diana Leal^{**}, Cristina Nogueira^{***}, Filipa Felisberto^{***}, Liliana Mota^{****}

RESUMO

Enquadramento: com a formação cirúrgica de uma ostomia de eliminação intestinal, a pessoa é desafiada a desenvolver um conjunto de competências de autocuidado de forma a garantir a vivência de uma transição saúde/doença saudável, sendo que o enfermeiro deve agir como facilitador neste processo. **Objetivo:** descrever a representação social dos enfermeiros acerca da pessoa com ostomia de eliminação intestinal. **Metodologia:** estudo qualitativo, descritivo e exploratório, orientado pela teoria das representações sociais. Participaram no estudo 69 enfermeiros. Para a recolha de dados utilizou-se um questionário com o Teste de Associação Livre de Palavras, sendo os dados posteriormente analisados no Software IRaMuTeQ 0.7 alpha 2. **Resultados:** os enfermeiros quando pensam na pessoa com ostomia de eliminação intestinal estão centrados nos dispositivos de ostomia, seguindo-se a sua preocupação com o ensinar. Realça-se também a relevância dada pelos enfermeiros às alterações da imagem corporal. O suporte social e familiar, assim como o apoio psicológico também assumem uma importância capital em todo este processo. **Conclusão:** a representação social dos enfermeiros acerca da pessoa com ostomia de eliminação intestinal assume a sua centralidade na capacitação da pessoa para o autocuidado e no autoconceito.

Palavras-chave: ostomia; eliminação intestinal; representação social; enfermagem

^{*}Enfermeira no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa

^{**}Enfermeira no SNS 24

^{***}Estudante Investigador da ESSNorteCVP

^{****}PhD, Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis, Portugal

Como Referenciar:

Pinho, J., Jesus, T., Leal, D., Nogueira, C. Felisberto, F., Mota, L. (2018). A pessoa com ostomia de eliminação intestinal: representação social dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(1), 23-36

Recebido para publicação em: 15/09/2018
Aceite para publicação em: 17/12/2018

ABSTRACT

Background: during the surgical formation of an intestinal elimination ostomy, a person is challenged to develop a set of self-care skills in order to guarantee their quality of life throughout the health/illness transition process, and the nurse must act facilitator in this process. **Objective:** to describe the social representation of nurses about the person with intestinal elimination ostomy. **Methodology:** a qualitative, descriptive and exploratory study guided by the theory of social representations. Sixty-nine nurses participated in the study. For the data collection, a questionnaire with Free Word Association Test was used, and the data were later analyzed in the IRaMuTeQ Software 0.7 alpha 2. **Results:** when nurses think about the person with intestinal elimination ostomy, are focused on ostomy devices, followed by their concern about teaching. The relevance of nurses to the changes in body image is also highlighted. Social and family support, as well as psychological support, are of paramount importance throughout this process.

Conclusion: the social representation of nurses about the person with intestinal elimination ostomy assumes its centrality in the person's capacity for self-care and self-concept.

keywords: ostomy; intestinal elimination; social representation; nursing

RESUMEN

Encuadramiento teórico: en la formación quirúrgica de una ostomía de eliminación intestinal, la persona es desafiada a desarrollar un conjunto de competencias de autocuidado para garantizar su calidad de vida durante todo el proceso de transición salud/enfermedad, siendo que el enfermero debe actuar como facilitador en este proceso. **Objetivo:** describir la representación social de los enfermeros acerca de la persona con ostomía de eliminación intestinal. **Metodología:** estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, orientado por la teoría de las representaciones sociales. Participaron en el estudio 69 enfermeros. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario con Prueba de Asociación Libre de Palabras, siendo los datos posteriormente analizados en el Software IRaMuTeQ 0.7 alfa 2. **Resultados:** los enfermeros cuando piensan en la persona con ostomía de eliminación intestinal están centrados en los dispositivos de ostomía, siguiendo su preocupación por enseñar. Se resalta también la relevancia dada por los enfermeros a los cambios de la imagen corporal. El soporte social y familiar, así como el apoyo psicológico, asumen una importancia capital en todo este proceso. **Conclusión:** la representación social de los enfermeros acerca de la persona con ostomía de eliminación intestinal asume su centralidad en la capacitación de la persona para el autocuidado y en el autoconceito.

Palabras clave: ostomía; eliminación intestinal; representación social; enfermería

INTRODUÇÃO

A formação cirúrgica de uma ostomia de eliminação intestinal tem impacto na pessoa e na forma como esta vivencia a sua transição saúde/doença, pela necessidade de redefinição do *self* em resposta às mudanças que são necessárias operar a nível físico, psicológico, social e sexual, tendo em vista a adaptação à nova condição de vida. A forma como a pessoa vivencia o seu processo de transição saúde/doença tem impacto significativo na capacidade da pessoa para se autocuidar, com repercussões a nível motor, cognitivo e afetivo (Mota, Gomes, Petuco, Heck, & Barros, 2015), o que afeta a qualidade de vida da pessoa portadora de uma ostomia de eliminação intestinal (Silva, 2012). Os enfermeiros têm um papel fundamental na preparação da pessoa para as transições eminentes e facilitam o processo de aprendizagem e capacitação relacionadas com as experiências de saúde/doença (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

Este processo de transição saúde/doença, devido a alterações da imagem corporal, envolve também medo e sofrimento, gerando na pessoa algumas respostas perante a sua nova condição de vida. Ao serem confrontadas com estas mudanças, as pessoas tentam lidar com a situação aceitando-a como um desafio e experienciando sentimentos de autodomínio, ou adotam comportamentos de negação recorrendo à fuga ou minimização do problema, como forma de se protegerem, ou então simplesmente sentem-se impotentes perante um acontecimento tão devastador (Silva, 2012).

Desta forma, os processos de transição são complexos e geradores de ansiedade, no entanto, se forem bem

conduzidos, nomeadamente com a assistência do enfermeiro, levam a pessoa a uma readaptação, na maior parte das vezes, plena (Pacheco, 2015).

Segundo Meleis et al. (2000), os significados atribuídos a eventos que precipitam a transição, as crenças culturais e atitudes, a preparação, o conhecimento e as condições pessoais, comunitárias ou sociais podem facilitar ou inibir um processo de transição saudável.

Quando o estigma está associado à experiência de transição, a expressão de estados emocionais relacionados com a mesma pode ser inibida. A sociedade e as condições sociais podem também ser fatores facilitadores ou inibidores para as transições, pois um evento transaccional estigmatizado e com significados estereotipados tende a interferir com o processo de transição saudável (Meleis, et al., 2000). Assim, a representação social dos enfermeiros irá influenciar os cuidados prestados a essas pessoas, sendo por isso o objetivo deste estudo descrever a representação social dos enfermeiros acerca da pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

ENQUADRAMENTO

A presença de uma ostomia de eliminação intestinal, com perda de controle da eliminação de fezes e gases, pode conduzir a pessoa ao isolamento psicossocial, à alteração da identidade e autoestima, a sentimentos de desprestígio social e de incapacidade na gestão da situação, constituindo-se assim como fatores inibidores neste processo de transição. Todavia, o contacto com pessoas ostomizadas que ultrapassaram com sucesso os desafios que lhes foram colocados e uma preparação antecipada podem facilitar o processo de transição, pois inerentemente

relacionado com a preparação, está o conhecimento acerca do que esperar durante a transição e que estratégias podem ser úteis para lidar com a situação (Meleis, et al., 2000).

Meleis et al., (2000) afirmam que a razão de ser da enfermagem é cuidar dos clientes, sendo isto baseado no conhecimento relacionado com estratégias de cuidado que levam a intervenções de enfermagem. No caso de uma pessoa portadora de ostomia de eliminação intestinal, essas intervenções devem ter como objetivo garantir a qualidade da assistência e a qualidade de vida da pessoa tendo em vista a maximização do seu potencial de autonomia.

Compreender a natureza dos seres humanos, a sua interação com o ambiente e o impacto que essa interação tem na saúde das pessoas, ajuda a planejar a prática clínica e a definir as intervenções que melhoram a saúde e o bem-estar das pessoas (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014).

Contudo, o sucesso de todo este processo irá depender também da representação social que o enfermeiro possui acerca da pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

Atualmente, somos confrontados diariamente com uma enorme quantidade de informações, questões e eventos que surgem no horizonte social. À medida que se investiga a formação e o funcionamento dos sistemas de referência utilizados para classificar pessoas e grupos e para interpretar os acontecimentos da realidade quotidiana, o estudo das representações sociais surge como algo promissor (Mazzotti, 2008).

De acordo com Moscovici (1978) existem dois aspetos essenciais das representações sociais na perspetiva da psicologia social: os processos responsáveis pela

formação e o sistema cognitivo do próprio indivíduo. Para Moscovici (1978) a representação é estruturada em duas fases não dissociáveis: a face figurativa e a face simbólica, ou seja, a cada figura corresponde um sentido e a cada sentido, uma figura. A atividade representativa constitui, portanto, um processo psicológico que nos permite tornar familiar um objeto que está distante e, de certa forma, ausente (Mazzotti, 2008).

Moscovici (1978) citado por Crusoé (2004) afirma que as relações sociais que estabelecemos no quotidiano surgem de representações facilmente apreendidas. Portanto, a representação social possui uma dupla dimensão: sujeito e sociedade, e situa-se no limiar de uma série de conceitos sociológicos e psicológicos.

As representações sociais podem ser concebidas e abordadas de muitas formas, sendo associadas ao imaginário quando se pretende enfatizar o carácter simbólico da atividade representativa de sujeitos que partilham uma mesma condição ou experiência social (Jodelet, 1990 citado por Mazzotti, 1994). Deste modo, as representações sociais representam conjuntos dinâmicos e a sua principal característica são os comportamentos e relacionamentos que se desenvolvem perante a interação com o meio ambiente (Santos & Dias, 2015).

A aplicação da teoria da representação social na enfermagem permite compreender as representações criadas sobre o cuidado, que nos possibilita conhecer os comportamentos em relação ao “outro”, fundamentando a prática clínica (Ferreira, 2015).

Perante isto, face às inúmeras dificuldades vivenciadas pelas pessoas portadoras de uma ostomia, as terapêuticas de enfermagem devem centrar-se no âmbito das respostas humanas da

pessoa às limitações provocadas pela doença. Estas exigem da pessoa a capacidade de aceitação e adaptação à sua nova condição de vida, nas quais o enfermeiro deve agir como facilitador, sendo para isso essencial conhecer qual a representação social dos enfermeiros acerca da pessoa com ostomia de eliminação intestinal (Reis, 2015).

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Qual a representação social dos enfermeiros acerca da pessoa com ostomia de eliminação intestinal?

METODOLOGIA

Estudo de investigação alicerçado numa metodologia de cariz qualitativo, orientado pela teoria das representações sociais, sobejamente reconhecida pela enfermagem.

Além de qualitativo, o presente estudo assentou também numa investigação descritiva e exploratória, com a finalidade definir as características de uma população, neste caso, o ponto de vista dos enfermeiros acerca da pessoa com ostomia de eliminação intestinal. O estudo desenvolveu-se na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP). Como estratégia de recolha de dados recorreu-se a um questionário com o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), caracterizado por ser um teste projetivo, que possibilita a apreensão das representações cognitivas de um grupo social de forma espontânea, revelando também conteúdos implícitos ou latentes que podem ser dissimulados nas práticas discursivas (Abric, 2011) “(...) possibilitando estudar os estereótipos sociais que são partilhados espontaneamente pelos membros do grupo e a visualização das dimensões estruturantes do

universo semântico específico” (Veiga, Fernandes, & Paiva, 2013, p. 19). O instrumento de recolha de dados foi construído com a elaboração de cinco perguntas indutoras de estímulo, sendo solicitado ao participante que respondesse com cinco palavras ou expressões sem restrição de resposta. Os cinco estímulos indutores utilizados no TALP foram: ostomia de eliminação intestinal, pessoa com ostomia de eliminação intestinal, necessidades, cuidados prestados e regresso a casa da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, através da apresentação de variações da expressão: “quando penso em... lembro de...”. No questionário constavam ainda variáveis de caracterização sociodemográfica (idade, género, qualificação académica, área científica de formação académica, anos de serviço e local de trabalho). A recolha de dados decorreu entre novembro de 2017 e janeiro de 2018. A amostra do estudo é não probabilística e de conveniência. O questionário foi enviado para todos os enfermeiros da base de dados da ESSNorteCVP, nomeadamente enfermeiros inscritos em Pós-Graduações e Pós-Licenciaturas de Especialização, tendo participado no estudo 69 enfermeiros.

Para a análise dos dados recorreremos ao *software* IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Mutidimensionnelles de Testes et de Questionnaires) 0.7 alpha 2, após as respostas terem sido transcritas para um ficheiro de texto. Em todas as etapas do processo de investigação a ética assume um papel fundamental na qualidade dos procedimentos e no respeito pelos princípios (Nunes, 2013). De forma a integrarem e participarem neste estudo, os participantes foram informados e esclarecidos relativamente às razões da investigação, finalidade e

objetivos, sendo que, pelo facto de ser um questionário online, a sua resposta garantiu-nos o seu consentimento presumido. Foram referidos também os benefícios da sua participação (contribuição para a evolução científica e para a identificação da representação social do enfermeiro acerca da pessoa portadora de ostomia de eliminação intestinal) e esclarecido que este não acarretava qualquer risco, nem custo para a pessoa.

Foi garantida a confidencialidade, a privacidade e o anonimato, assim como, a voluntariedade, o respeito pela autonomia da pessoa e dada a possibilidade de desistirem do estudo a qualquer momento, sendo sempre a sua decisão respeitada, sem qualquer prejuízo para o próprio.

A realização do estudo foi autorizada pelo Gabinete Investigação e Desenvolvimento, Comissão de Ética e Conselho de Direção da ESSNorteCVP.

RESULTADOS

Em relação à caracterização sociodemográfica dos participantes (69 enfermeiros) verificou-se que estes são, na sua maioria, do sexo feminino (78,3%), com idade média de 33,6 (\pm 8,9) anos, sendo que o participante mais novo tinha 22 anos e o mais velho tinha 58 anos de idade (tabela 1).

Os participantes do estudo têm em média 10,9 (\pm 8,9) anos de serviço, variando entre participantes com menos de 1 ano e com o máximo de 38 anos de serviço. Relativamente à qualificação académica, a maioria dos participantes são licenciados. Quanto à área científica de formação académica, a maioria dos participantes possui licenciatura em enfermagem (79,7%) e os restantes são enfermeiros especialistas.

Tabela 1

Caraterização sociodemográfica dos participantes

Variáveis	N (%)
Idade	33,6*
Sexo	
Masculino	15 (21,7)
Feminino	54 (78,3)
Anos de serviço	10,9*
Qualificação académica	
Licenciatura	59 (85,5)
Mestrado	10 (14,5)
Área de formação científica	
Licenciatura em Enfermagem	55 (79,7)
Especialidade	14 (20,3)
Locais de trabalho	
CPS/IPSS/Lar/Enfermagem no Trabalho/Laboratório de análises	17 (24,6)
Medicina/Oncologia/Cuidados Paliativos/Cuidados Continuados/Psiquiatria/ Reabilitação	18 (26,1)
Cirurgia/Ortopedia/Ginecologia e Obstetrícia/Pediatria e Neonatologia	20 (29,0)
Urgência/Cuidados Intermédios e/ou Intensivos	9 (13,0)
Instituições de Ensino Superior	5 (7,2)

*Variável descrita pela média

Da análise dos resultados verificamos que o *corpus* textual é constituído por 69 (amostra) com 69 segmentos analisados, ou seja, 100% do *corpus*. O número de ocorrências, ou seja, o número total de palavras contidas no *corpus* foram 1697, sendo 335 números de formas, ou seja, palavras diferentes e 180 o número de *hapax*, correspondente ao número de palavras que aparecem apenas uma vez em todo o *corpus*. A partir de uma análise de matriz, o IRaMuTeQ permitiu visualizar, sob forma de um plano

fatorial, as palavras organizadas em quatro quadrantes de acordo com a sua utilização (figura 1). As palavras foram agrupadas de modo a formar um grupo denominado núcleo central, dois grupos de palavras designados de primeira e segunda periferia e, por fim, um outro grupo de palavras que contém as palavras menos referidas pelos participantes, constituindo assim os elementos de contraste.

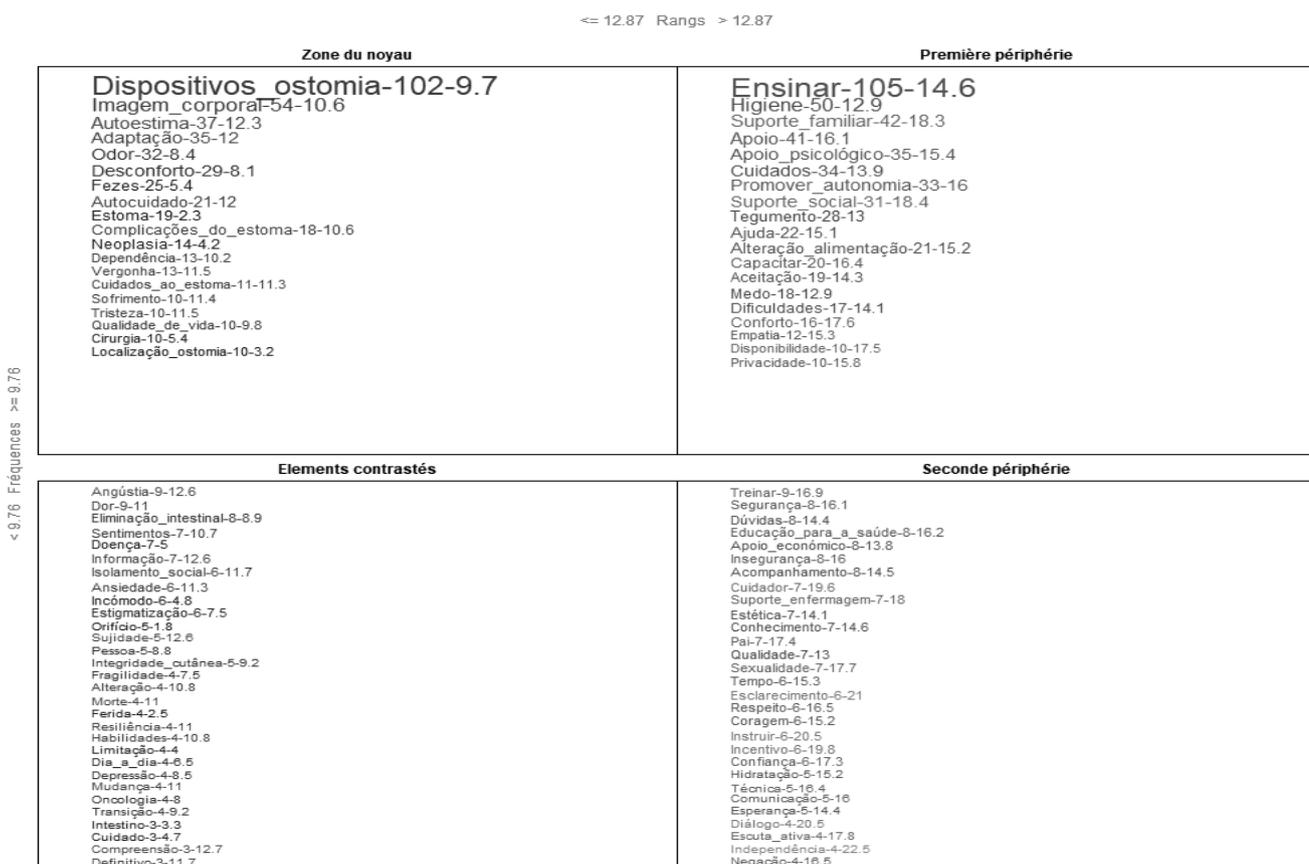


Figura 1

Análise de Matriz (IRaMuTeQ 0.7 alpha 2)

É possível também visualizar o delineamento do núcleo central, onde se encontram as palavras com maior frequência de utilização, mais referidas pelos participantes, ou seja, aquelas que os enfermeiros atribuem uma maior relevância sendo estas: dispositivos_ostomia, imagem_corporal e autoestima.

Os conceitos que dominam a zona da primeira periferia ligada à pessoa com ostomia de eliminação intestinal são o ensinar, higiene, suporte_familiar, apoio, apoio_psicológico, cuidados e promover_autonomia. Já a segunda periferia assenta em conceitos como treinar, segurança, dúvidas,

educação_para_a_saúde, insegurança, cuidador e suporte_enfermagem, entre outros. Maioritariamente, quer na primeira, quer na segunda periferia, os conceitos dominantes são ancestralmente indissociáveis da profissão de enfermagem. Estão diretamente relacionados com a capacitação da pessoa e/ou cuidador para o cuidado à ostomia de eliminação intestinal, através da implementação de intervenções do âmbito do Ensinar.

Por fim, o último grupo de palavras denominadas de elementos de contraste, pois consistem nas palavras menos referidas pelos participantes, ou seja, aquilo a que os enfermeiros atribuem menor importância quando pensam na pessoa com ostomia de eliminação intestinal: angústia, dor e eliminação_intestinal. Verifica-se uma menor centralidade nos processos corporais (dor e eliminação), assim como na forma como a pessoa está a vivenciar (angústia) este processo de transição de saúde/doença, apesar de na primeira periferia considerarem relevante o apoio_psicológico.

Todavia, mediante a área de formação científica e o local de trabalho dos participantes, os resultados também divergiram. Quanto à área de formação científica, os enfermeiros licenciados focaram-se sobretudo no conceito dispositivos_ostomia. Contrariamente a estes, os enfermeiros especialistas direcionaram as suas respostas para o ensinar, no sentido do autocuidado e do promover_autonomia, dando também ênfase ao apoio_psicológico, suporte_social e familiar.

Relativamente aos locais de trabalho, os enfermeiros que exercem funções em Cuidados de Saúde

Primários/ IPSS/ Lar/ Enfermagem no Trabalho/ Laboratório de análises, referem maioritariamente dispositivos_ostomia, ensinar e cuidado, fazendo referência também a palavras como odor e fezes.

Quanto aos locais Medicina/ Oncologia/ Cuidados Paliativos/ Cuidados Continuados/ Psiquiatria/ Reabilitação, os enfermeiros destacam essencialmente os dispositivos_ostomia e ensinar na medida da promoção do conforto e da autoestima. Também em Cirurgia/ Ortopedia/ Ginecologia e Obstetrícia/ Pediatria e Neonatologia, a expressão mais mencionada foi dispositivos_ostomia, dando importância também a conceitos como: ensinar, imagem_corporal e apoio_psicológico.

Relativamente à Urgência/ Cuidados Intensivos, os enfermeiros focam-se no ensinar e no apoio.

Por fim, em contexto de Instituições de Ensino Superior os enfermeiros valorizam a imagem_corporal, no âmbito do ensinar/ capacitar.

A análise de similitude/ semelhanças, efetuada pelo IRaMuTeQ, proporciona uma análise apoiada na teoria dos grafos, pois este é o modelo matemático ideal para o estudo das relações entre objetos discretos de qualquer tipo, possibilita identificar as coocorrências entre as palavras e o seu resultado traz indicações da conexão entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura da representação, diferenciando também as partes comuns e as especificidades (Marchand & Ratinaud, 2011). O dendograma de similitude (figura 2) representa as palavras com a frequência mais utilizada em cada questão dispostas por cores diferentes, constituindo uma representação da relação entre as mesmas.

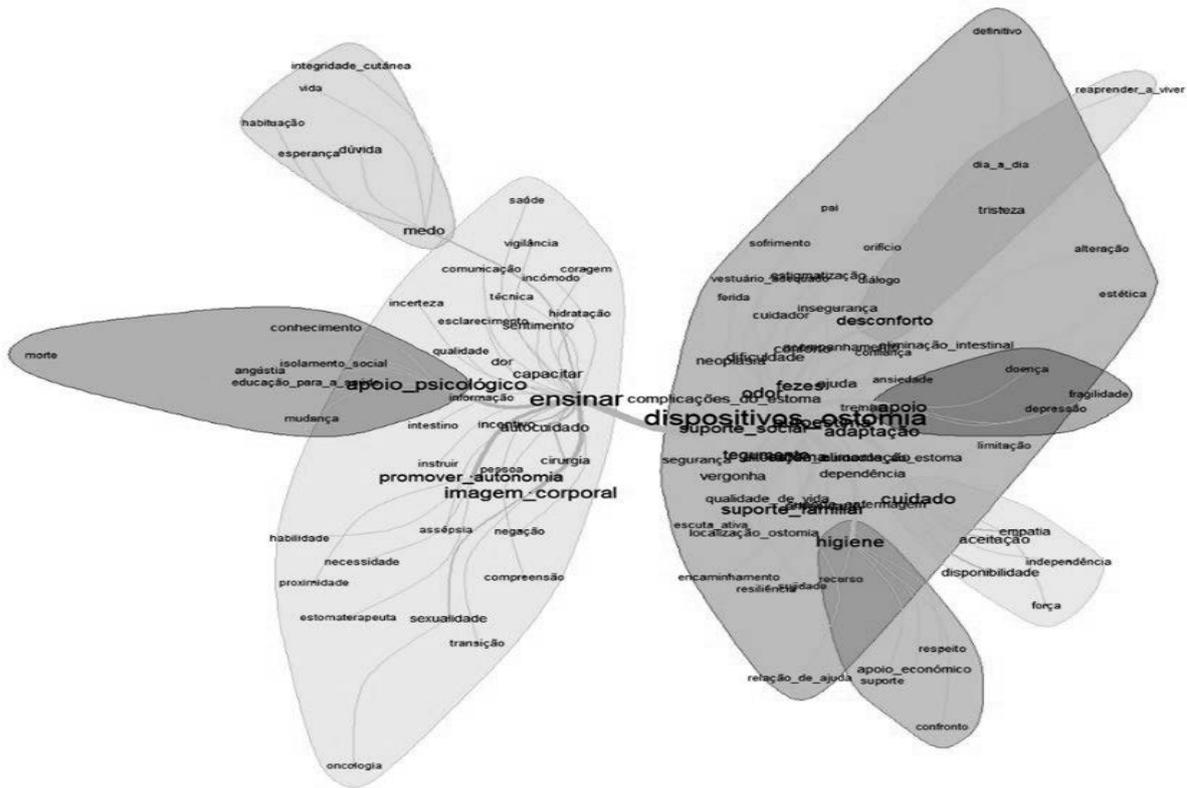


Figura 2
Análise de Similitudes (IRaMuTeQ 0.7 alpha 2)

Através dessa análise de semelhanças visualizou-se a relação entre as palavras e a sua conexão dentro de cada grupo e, bem como a sua ligação com os restantes grupos. Através desta análise pode-se identificar a estrutura, o núcleo central, sistema periférico da interpretação e como se relacionam as várias palavras referidas pelos enfermeiros para descreverem a sua representação social acerca da pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

Através da árvore de similitudes, o qual apresenta um leque semântico de palavras mais frequentes no *corpus* textual, percebeu-se que as palavras *dispositivos_ostomia*, *ensinar*, *imagem_corporal* e *apoio_psicológico* foram os que tiveram maior destaque, acompanhados por *apoio*, *promover_autonomia*, *higiene*, *cuidado* e

desconforto. Desta análise destaca-se, para além do já referenciado, a valorização da forma como a pessoa se vê nesta nova condição de saúde, a para a qual poderá necessitar de *apoio_psicológico* no sentido da redefinição do *self*.

A *nuvem de palavras* reúne e organiza as palavras graficamente em função da sua frequência, ou seja, a junção de palavras é feita de acordo com a sua utilização ao longo das perguntas do formulário, mostrando as palavras estruturadas em forma de nuvem, com tamanho diferentes, sendo as palavras maiores aquelas que apresentam maior importância, o que permite rapidamente identificar o core do *corpus*. Na *nuvem de palavras* (figura 3) destacam-se as seguintes palavras: *dispositivos_ostomia*, *ensinar*, *imagem_corporal*, *higiene*, *suporte_familiar*, *autoestima*, *promover_autonomia*. Podem ser

também observadas palavras como suporte_social, apoio_psicológico, tegumento, desconforto, adaptação, cuidado, apoio e odor. Os achados da nuvem de palavras são sobreponíveis aos anteriores, incorporando como relevante a necessidade de adaptação à nova condição para a qual é necessário “dar tempo”.

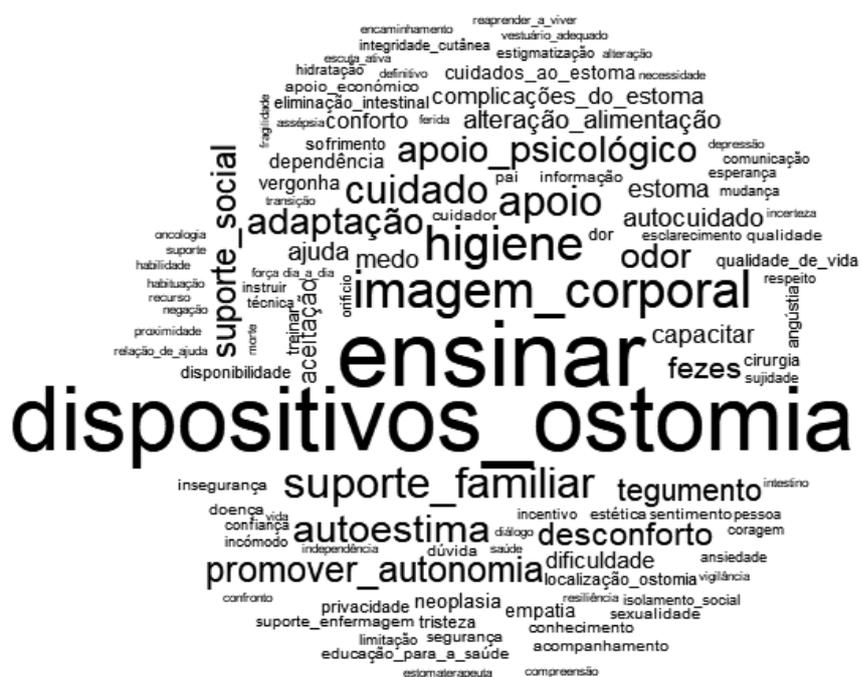


Figura 3
Nuvem de palavras (IRaMuTeQ 0.7 alpha 2)

DISCUSSÃO

A qualidade de vida da pessoa portadora de ostomia de eliminação intestinal está dependente da atuação de enfermeiros, nomeadamente das suas competências científicas, técnicas e relacionais específicas, capazes de assegurarem, durante todo este processo de transição e adaptação à sua nova condição, os cuidados que estas necessitam (Oliveira, 2016). Contudo, podem surgir diversos fatores que podem condicionar este processo de transição, nomeadamente a representação social que os enfermeiros atribuem a estas pessoas. De acordo com Pinto (2014) o uso de materiais adequados à ostomia permite à pessoa uma melhor

otimização do tempo, conforto e segurança e, simultaneamente, reduz o risco de complicações. A análise dos dados demonstra que os enfermeiros, no geral, quando pensam na pessoa com ostomia de eliminação intestinal, estão muito centrados nos dispositivos de ostomia, ou seja, no material necessário para a realização do autocuidado, remetendo para uma representação social dominada pela técnica. A utilização deste instrumento possibilitou tanto a apreensão dos elementos do núcleo central, como da periferia de uma representação. Embora o ensinar surja de imediato na zona da primeira periferia, denotando-se que os enfermeiros atribuem uma importância considerável a este conceito, este surge

com uma forte ligação aos dispositivos de ostomia, ou seja, mesmo quando os enfermeiros valorizam esta componente, fazem-no direcionado para a técnica. “À priori, uma pessoa com um maior nível de demonstração do conhecimento estará mais desperta e consciencializada para adotar uma postura de autovigilância relativamente à ostomia e aos seus cuidados” (Pinto, 2014, p. 80). Deste modo, apesar da evidência científica apontar como essencial dotar a pessoa de conhecimentos suficientes para que esta assuma uma postura de autovigilância e de tomada de decisão autónoma e consciente, os dados obtidos demonstram que os enfermeiros não atribuem a devida relevância a esta componente. Estes dados veem ainda confirmar o referido num estudo desenvolvido por Silva (2012, p.24) que afirma ser necessário “(...) um maior incremento ao nível do desenvolvimento de conhecimentos na área por parte dos enfermeiros, por forma a constituírem uma ajuda profissional efetiva a esta população, ao responderem a necessidades em saúde evidentes.”

Relativamente ao apoio psicológico, social e familiar, contrariamente ao defendido por autores acima referidos como o capital durante todo o processo, no nosso estudo não é apontado como o principal foco, visto não surgir de imediato no núcleo central. Desta forma, coloca-se em questão a importância atribuída pelos enfermeiros a esta componente.

O cuidado à ostomia é fulcral, como já foi referido anteriormente, todavia nunca irá ser efetuado eficazmente caso hajam aspetos a influenciar todo o processo de consciencialização, aprendizagem e adaptação (Pinto, 2014), nomeadamente relacionados com a angústia, dor, incómodo, ansiedade, mudança, transição. Apesar da sua relevância, estes foram

conceitos incluídos nos elementos de contraste, ou seja, pouco referidos pelos participantes. “O desenvolvimento de competências de autocuidado à ostomia pressupõe a aprendizagem dessas mesmas competências, contudo este processo só pode ser desenvolvido quando o utente já iniciou o processo de transição, isto é, se encontra consciencializado da sua nova condição” (Pinto, 2014, p. 23). Assim, é necessário que os enfermeiros estejam disponíveis e despertos, caso contrário não serão capazes de identificar estes aspetos de forma a intervir precocemente e a implementar terapêuticas de enfermagem que vão de encontro às reais necessidades da pessoa ostomizada.

Além da análise “geral” dos dados foi possível analisar mais pormenorizadamente a representação social dos enfermeiros acerca da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, consoante a área de formação científica e o local de trabalho, onde os participantes se encontravam a exercer funções.

Relativamente à variável da área de formação científica, destacam-se nos enfermeiros de cuidados gerais, representações sociais pautadas por conceitos relativos aos “dispositivos de ostomia”, sendo também notória uma grande diversidade de conceitos, o que já era espetável dada a maioria da amostra (79,7%) serem licenciados, havendo assim uma maior quantidade de respostas. Após a licenciatura em enfermagem, os recém-profissionais apresentam competências do enfermeiro de cuidados gerais, possuindo um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobilizam em contexto de prática clínica que lhes permitem ponderar as necessidades de saúde de um grupo-alvo (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Assim, uma possível explicação

para essa representação social pode residir no facto de enfermeiros apenas licenciados apresentarem competências de enfermeiros de cuidados gerais, ou seja, competências generalizadas, daí a diversificação de conceitos apontados e o foco na componente técnica.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010), o enfermeiro especialista apresenta um conhecimento aprofundado de competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Possuem assim a capacidade de intervir em diversos contextos, promovendo cuidados de saúde eficientes, continuados e adequados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, como é o caso de pessoas ostomizadas (Pinto, 2014).

Relativamente aos enfermeiros especialistas, os dados obtidos vem confirmar que de facto estes detêm de competências mais específicas e, por isso, direccionam o foco do seu cuidado ao ensinar, nomeadamente competências de autocuidado, com vista à promoção do seu potencial de autonomia. Fazem também referência aos dispositivos de ostomia, embora seja no seguimento do ensinar. Além disso, atribuem ao apoio psicológico, social e familiar uma importância capital em todo o processo.

Analisando os dados de acordo com o local de trabalho, podemos afirmar que o foco da sua atenção varia consoante o local onde trabalham. Para uma análise mais estruturada, os locais de trabalho foram agrupados de acordo com a especialidade e com o tipo de cuidados prestados, obtendo-se assim cinco grupos, como anteriormente descrito na tabela 1.

Em Cuidados de Saúde Primários/ IPSS/ Lar/ Enfermagem no Trabalho/ Laboratório de análises, instituições de saúde onde são prestados maioritariamente cuidados de conforto, vigilância e de diagnóstico, a expressão dispositivos_ostomia foi a expressão mais referida pelos enfermeiros, associada ao ensinar e ao cuidado, surgindo também palavras como odor e fezes. Num estudo desenvolvido com o intuito de identificar a perceção de pessoas ostomizadas sobre os cuidados de saúde recebidos, é referido que estas associam aos cuidados de saúde primários a carência de informação transmitida, nomeadamente sobre prevenção de complicações desde o início do processo, levando a sentimentos de medo, incerteza e desamparo e também problemas a nível da pele periestomal (Nieves, et al., 2017).

Quanto aos enfermeiros que trabalham em Medicina/ Oncologia/ Cuidados Paliativos/ Cuidados Continuados/ Psiquiatria/ Reabilitação, estes direccionam o pensamento também para a expressão dispositivos_ostomia. Os profissionais de saúde são um elemento facilitador do processo de transição saúde-doença e de encontro com esta ideia, os profissionais desta secção consideram que ensinar promove o aumento da autoestima e o conforto da pessoa.

Também em Cirurgia/ Ortopedia/ Ginecologia e Obstetrícia/ Pediatria e Neonatologia, grupo constituído por especialidades em que o contacto com pessoas com ostomia de eliminação é quase nulo, exceto na cirurgia, dispositivos_ostomia é a expressão a que os enfermeiros dão mais ênfase, seguida do ensinar, imagem corporal e apoio psicológico.

Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica exigem dos enfermeiros intervenções que promovam a satisfação do cliente, promoção de saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Em contexto de Urgência/ Cuidados Intensivos, os enfermeiros destacam a palavra ensinar, nomeadamente sobre complicações do estoma, cirurgia, adaptação, autocuidado, frisando também os dispositivos de ostomia, no seguimento do ensinar. Além disso, valorizam a componente de apoio (no cuidado e na promoção de autonomia) e o odor, no sentido do desconforto associado e da aceitação.

Por fim, relativamente aos enfermeiros cujo local de trabalho são Instituições de Ensino Superior, a imagem corporal e o capacitar/ ensinar assumem a centralidade, ou seja, estão preocupados em dotar as pessoas de conhecimentos, dando-lhes informação sistematizada sobre aspetos fundamentais para o desempenho do seu autocuidado bem como estratégias de *coping* com vista a facilitar a aceitação da mudança da sua imagem corporal.

Portanto, o papel do enfermeiro perante a pessoa com ostomia de eliminação intestinal deve ser focado em padrões emancipatórios de enfermagem, sendo a pessoa o centro de atendimento e o plano de cuidados focado em ajudar a pessoa a adaptar-se às mudanças nos diversos níveis, de forma a proporcionar-lhe uma melhor qualidade de cuidados e de assistência, o que se irá traduzir em qualidade de vida e ganhos em saúde.

CONCLUSÃO

A realização de uma ostomia de eliminação intestinal induz transformações profundas na vida da pessoa. O retomar da normalidade após a realização de uma ostomia, depende do apoio, estímulo e reforço encontrado em pessoas e/ou profissionais que fazem parte do suporte social da pessoa ostomizada, no período de transição/ adaptação. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, são considerados um recurso para pessoas ostomizadas, no sentido de obterem informações e conhecimento técnico acerca da ostomia e dos cuidados a ter com a mesma.

Na evidência científica, existem ainda várias lacunas acerca desta temática, devido ao facto de esta ser uma área, até há pouco tempo, pouco abordada em Portugal. Porém, nos últimos anos foram surgindo estudos de investigação direcionados para a enfermagem que evidenciam a sua importância ao longo de todo o processo de transição saúde/ doença da pessoa com ostomia de eliminação intestinal. Deste modo, acreditamos que este estudo será também um importante contributo para a evolução científica, nomeadamente na área da estomaterapia.

A análise dos resultados obtidos permitiu-nos conhecer a perceção dos enfermeiros acerca da pessoa com ostomia de eliminação intestinal que, de forma geral, assume a sua centralidade nos dispositivos de ostomia, no ensinar e na imagem corporal.

Pretendemos, com este estudo, conduzir os enfermeiros a uma reflexão mais aprofundada sobre as intervenções realizadas à pessoa com ostomia de eliminação, bem como a interferência da sua representação social da pessoa ostomizada com as

mesmas, tendo em vista a promoção da saúde, que inclui a capacitação da pessoa para o autocuidado e o apoio à pessoa ostomizada, de forma a minimizar o impacto negativo aquando da formação de uma ostomia.

Uma vez que os estudos de investigação nesta área são escassos, este vem abrir portas para o desenvolvimento e realização de novos estudos, ainda que noutras vertentes, o que permitirá aprofundar conhecimentos acerca deste tema, conduzindo os enfermeiros para uma prática de enfermagem cada vez mais próxima da mestria. Para além disso, este estudo vem revelar a necessidade de uma participação crítica e reflexiva dos enfermeiros acerca das representações sociais que os mesmos possuem acerca das pessoas a quem prestam cuidados, no seu próprio contexto de trabalho, permitindo uma melhor adequação das intervenções de enfermagem.

As principais limitações do estudo resultaram da dificuldade em captar a atenção dos enfermeiros para participarem no estudo, o que resultou numa amostra constituída por um número de enfermeiros inferior ao pretendido. Uma outra limitação resultou do facto de os participantes serem maioritariamente enfermeiros que frequentam ou frequentaram a ESSNorteCVP, o que restringe a amostra em termos demográficos.

Apesar de ser difícil o enfermeiro abster-se do seu ponto de vista, ao ser confrontado com estes achados, pode procurar deter-se de conhecimento que permita ver além da sua perspetiva e dotar-se de competências especializadas, de modo a ver a pessoa ostomizada de forma holística, assegurando assim a garantia da qualidade dos cuidados e de assistência ao longo de todo o processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J. (2011). *Méthodologie de recueil des représentations sociales*. Pratiques Sociales et Représentations, 73-102.
- Crusoé, N. (2004). A teoria das representações sociais em Moscovici e sua importância para a pesquisa em educação. *Aprender - Caderno de Filosofia e Psicologia da Educação* (2), 105-114.
- Ferreira, M. (2015). Teoria das Representações Sociais e Contribuições para as Pesquisas do Cuidados em Saúde e de Enfermagem. *Escola Anna Nery* (2), 214-219.
- Marchand, P., & Ratinaud, P. (2011). *L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les premiers socialistes pour l'élection présidentielle française*. Toulouse: Université de Toulouse.
- Mazzotti, A. (2008). Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. *Revista Múltiplas Leituras* (1), 18-43.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Rage Theory. *Advances in Nursing Science* (1), 12-28.
- Moscovici, S. (1978). *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Mota, M., Gomes, G., Petuco, V., Heck, R., & Barros, E. &. (2015). Facilitadores do processo de transição para o autocuidado da pessoa com estoma: subsídios para enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* (1), 82-88.
- Nieves, C., Díaz, C., Celdrán-Mañas, M., Morales-Asencio, J., Hernández-Zambrano, S., & Hueso-Montoro, C. (2017). Percepção de pacientes ostomizados sobre os cuidados de saúde recebidos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (25), 1-8.
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS|IPS.
- Oliveira, A. (2016). *Qualidade de Vida da Pessoa Portadora de Ostomia na Unidade Local de Saúde Nordeste*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Em Pessoa Em Situação Crítica*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pacheco, R. (2015). Os enfermeiros e a autonomia no autocuidado: a transição na pessoa portadora de uma ostomia de eliminação intestinal. *Açoriano Oriental*.
- Pinto, I. (2014). *Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal: validação do formulário*. (Dissertação de Mestrado). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* (3), 157-164.
- Reis, F. (2015). *Transição para a vivência com uma ostomia: Intervenções de enfermagem*. (Tese de Doutoramento). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Santos, G., & Dias, J. (2015). Teoria das representações sociais: uma abordagem sociopsicológica. *PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP* (1), 173-187.

Silva, C. (2012). *Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa que vai ser submetida a ostomia de eliminação*

intestinal. (Dissertação de Mestrado). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Veiga, K., Fernandes, J., & Paiva, M. (2013). Análise fatorial de correspondência das representações sociais sobre o trabalho noturno da enfermeira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, (66), 18-24.

ITENS CIRÚRGICOS INDIVIDUALIZADOS E PACKS CIRÚRGICOS PERSONALIZADOS NA GESTÃO DO BLOCO OPERATÓRIO

Individualized surgical items and customized surgical packs in operating room management

Artículos quirúrgicos individualizados y paquetes quirúrgicos personalizados en la gestión de la sala de operaciones

Dora Nunes*, Sara Bernardino*, Liliana Mota**, Fernanda Príncipe**

RESUMO

Enquadramento: no Bloco Operatório (BO) a eficiência é alcançada pela capacidade de os profissionais oferecerem cuidados de saúde de alta qualidade e simultaneamente encontrarem ideias inovadoras e criativas para diminuir os custos e aumentar a produtividade. Usar Packs Cirúrgicos Personalizados (PCP) em vez dos Itens Cirúrgicos Individuais (ICI) descartáveis poderá ser uma forma de alcançar essa eficiência. **Objetivos:** avaliar os custos e tempo dispensado na utilização dos ICI comparando-os com a utilização dos PCP, nas cirurgias de fratura trocantérica. **Metodologia:** estudo de natureza qualitativa, realizado num bloco operatório, entre novembro de 2017 e abril de 2018, com observação participante e análise documental de custos, tratamento de dados com recurso ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 25. **Resultados:** os custos associados aos ICI, por cirurgia, são em média 42,20€ enquanto que nos PCP o custo médio é de 33,33€. O tempo utilizado na colocação da mesa operatória com a utilização dos ICI é em média 6 minutos com 4 segundos e na utilização dos PCP decresce para 49 segundos. **Conclusão:** eficiência em BO e sustentabilidade financeira são garantidas com a utilização de PCP ao invés de ICI, contribuindo para a eliminação do desperdício com recurso a uma estratégia de otimização dos recursos disponíveis.

Palavras Chave: sala de operações; eficiência, redução de custos, dispositivos médicos.

*Enfermeira do bloco operatório do Centro Hospitalar de Leiria

**PhD, Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis, Portugal

ABSTRACT

Background: in the operation room (OR), ideal efficiency is achieved by the professional's ability to offer high quality healthcare and simultaneously find new and creative ideas to lower costs and improve productivity. Using Customized Surgical Packs (CSP) instead of Individualized Surgical Items (ISI) could be a way to work more efficiently. **Objective:** to evaluate the costs and time spent while using ISI and compare them with CSP in trochanteric fracture surgery. **Methodology:** qualitative study, done in OR, between november 2017 and april 2018, through participative observation and cost documentary analysis. Data analysis was performed with Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 25. **Results:** costs associated with ISI, per surgery, are in average 42,20€ while using CSP has an average cost of 33,33€. Setting up the operating table with the use of ICI takes an average time of 6 minutes and 4 seconds, whereas using CSP takes that value down 49 seconds. **Conclusion:** OR efficiency and financial sustainability are guaranteed when comparing the use of CSP instead of ISI, contributing for less wasting by optimizing the available resources.

Keywords: operating room; efficiency, cost savings; medical devices.

RESUMEN

Marco contextual: en el quirófano, la capacidad de los profesionales para ofrecer atención médica de alta calidad y, al mismo tiempo, encontrar ideas nuevas y creativas para reducir costos y mejorar la productividad, logran la eficiencia ideal. Usar Paquetes Quirúrgicos Personalizados (PQP) en lugar de Artículos Quirúrgicos Individuales (AQI) podría ser una forma de trabajar de manera más eficiente. **Objetivo:** evaluar los costos y el tiempo empleado en el uso de AQI y compararlos con la PQP en la cirugía de fractura trocantérica. **Metodología:** estudio cuantitativo, realizado en el quirófano, entre noviembre de 2017 y abril de 2018, mediante observación participativa y análisis documentado de costos. El análisis de los datos se realizó con Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 25. **Resultados:** los costos asociados con AQI, por cirugía, son en promedio 42,20 € mientras que el uso de PQP tiene un costo promedio de 33,33 €. La configuración de la mesa de operaciones con el uso de AQI requiere un tiempo promedio de 6 minutos e 4 segundos, mientras que el uso de PQP reduce ese valor a 49 segundos. **Conclusión:** La eficiencia del quirófano y la sostenibilidad financiera están garantizadas cuando se compara el uso de PQP en lugar de AQI, lo que contribuye a una menor pérdida mediante la optimización de los recursos disponibles.

Palabras clave: quirófano; eficiencia; ahorro de costes; dispositivos médicos.

Como Referenciar:

Nunes, D., Bernardino, S., Mota, L. & Príncipe, F. (2018). Itens cirúrgicos individualizados e packs cirúrgicos personalizados na gestão do bloco operatório. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(2), 37-47

Recebido para publicação em:04/10/2018
Aceite para publicação em: 04/12/2018

INTRODUÇÃO

Atualmente, a gestão hospitalar esforça-se por ter os processos de tratamento mais eficientes, sem ceder ao nível de qualidade ou segurança. Assim sendo, há uma pressão cada vez maior para realizar mais intervenções com recursos inalterados. Tem-se tornado cada vez mais importante otimizar os processos internos para melhorar a eficiência.

Segundo Healey, El-Othmani, Healey & Peterson (2015) em sala de bloco operatório, a eficiência ideal é alcançada pela capacidade de oferecer cuidados de alta qualidade com o uso mínimo do tempo, dinheiro e espaço. Todas as técnicas de melhoria devem ser implementadas e geridas pela administração hospitalar e cirurgiões para garantir a melhor eficiência em bloco operatório, satisfação do doente e melhoria nos resultados.

No desempenho das nossas funções como enfermeiras de bloco operatório procuramos refletir sobre soluções práticas para procedimentos cirúrgicos mais eficientes de modo a permitir mudanças nos comportamentos, com ganhos acrescidos para a dinâmica do serviço e ganhos económicos para a instituição bem como a melhoria contínua da qualidade da assistência.

Tradicionalmente, os hospitais nacionais recebem produtos esterilizados de utilização individual para intervenções cirúrgicas. Para cada procedimento, os enfermeiros presentes na sala de operações precisam de ir buscar os materiais necessários um a um ao armazém, e preparar tudo para cada intervenção.

Neste âmbito propusemo-nos realizar um estudo sobre a utilização de Itens Cirúrgicos Individuais (ICI) e a utilização de Packs Cirúrgicos Personalizados (PCP),

em cirurgia de fraturas trocantéricas, realizadas no Bloco Operatório (BO).

É objetivo deste estudo avaliar os custos e o tempo dispensado na utilização dos ICI comparando-os com a utilização dos PCP, nas cirurgias de fratura trocantérica, proporcionando à equipa a utilização de um campo operatório diferente do usual, mas adaptado a este tipo de cirurgia, dentro das disponibilidades no mercado atual.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Cardoen, Beliënc & Vanhoucke (2015) definem um PCP como um pacote descartável único, estéril, personalizado, que contém todos os componentes necessários para um procedimento cirúrgico particular e que é montado por um fornecedor para as especificidades dos cuidados de saúde. PCP também podem incluir apenas um subconjunto dos componentes necessários para uma cirurgia e nesse caso, a seleção de itens individuais junto com a utilização de um PCP pode completar o conjunto de itens médicos para uma determinada cirurgia. O uso do PCP exige um requisito mínimo de itens médicos, o que minimiza a configuração da cirurgia, sendo essa uma das suas principais vantagens.

Os ICI são todos os consumíveis, embalados individualmente, que são necessários para uma determinada cirurgia e que devem ser organizados e preparados previamente à cirurgia.

O bloco operatório é considerado um dos serviços com maior peso no orçamento de um hospital cuja gestão deve basear-se em conceitos como a eficiência, a efetividade e a eficácia. Segundo Healey et al. (2015) a eficiência pode ser alcançada por uma

redução em minutos e euros gastos na sala de operações, em simultâneo com a melhoria da qualidade dos cuidados.

Existem múltiplas estratégias para aumentar o rendimento de uma sala de operações. Para Harders, Malangoni, Weight & Sidhu (2006) um correto planeamento cirúrgico, a utilização de novas tecnologias e a eficiente utilização das salas operatórias nos tempos não operatórios podem encurtar o tempo necessário para uma cirurgia. Harders et al. (2006) define o tempo não operatório como o tempo de turnover da sala acrescido do tempo de indução anestésica e o tempo do acordar, no qual este engloba o tempo de limpeza e preparação da sala operatória para o próximo doente. A redução deste tempo não operatório, pode ser obtida segundo este autor, pela atribuição de tarefas específicas à equipa de enfermagem e logística da sala, pela introdução de técnicas otimizadas e, portanto, excluindo passos e ações desnecessários nos procedimentos a serem efetuados, ou ainda pela introdução de PCP por tipo de cirurgia e/ou profissionais envolvidos.

Wilkerson (2010) refere que com a utilização dos PCP existe uma elevada poupança em tempo que reverte em benefício do doente, pois este é colocado dentro da sala operatória mais rapidamente devido à diminuição dos tempos de rotatividade. Cardoen et al. (2015) refere que os PCP são efetivos na redução do tempo necessário para a instalação da cirurgia, principalmente por duas razões: primeiro, os itens não são empacotados individualmente e os packs personalizados substituem o desempacotamento individual de todos os itens médicos incluídos; em segundo lugar, os consumíveis não precisam de ser

organizados e preparados, pois, encontram-se sequenciados dentro do PCP, independentemente do enfermeiro responsável por esse processo. Também com a utilização de PCP, a probabilidade de não escolher um item solicitado ou escolher itens errados são fortemente reduzidos.

Segundo Greiling (2010) a magnitude da poupança de tempo depende de vários fatores, incluindo o número de diferentes PCP utilizados, o número de componentes em cada pack e o número de procedimentos realizados com um pack. No estudo efetuado pelo autor supracitado verificou-se maior poupança de tempo na preparação e limpeza da sala cirúrgica e este tempo poupado foi utilizado para realizar maior número de intervenções cirúrgicas ou para formação do pessoal.

Segundo Cardoen et al. (2015) os PCP ao permitirem uma resposta rápida, seriam uma mais valia em cirurgias de emergência, como por exemplo numa cesariana, devido à grande velocidade na instalação da cirurgia.

Também com a utilização dos PCP menos tempo é despendido pelos profissionais na realização do *Picking* (formalização dos gastos cirúrgicos, informaticamente, no centro de custos do bloco operatório), libertando os profissionais de saúde para fazerem outras tarefas como estar mais tempo com os doentes, que é o seu propósito principal. A redução da necessidade de mão-de-obra pode ser acompanhada pela diminuição em horas de trabalho para alguns membros da equipa, reatribuindo outras tarefas aos enfermeiros.

Kaczmarek (2012) refere que o uso de PCP pode custar menos do que usar ICI, mas isso apenas se irá verificar se os packs atenderem a duas condições:

primeiro, eles devem conter apenas os itens que são totalmente usados; em segundo lugar, o custo do pack deve ser igual ou inferior ao custo de comprar os itens cirúrgicos separadamente.

Segundo Evans & Normén (2013) o mais importante no uso de PCP é o ganho de eficiência operacional e as consequentes economias de custos. O registo do pack é suficiente para um facturamento adequado, enquanto que essa tarefa pode ser complicada no caso de diversos itens e, portanto, propenso a erros ou omissões. Os PCP são apenas um pacote para encomendar, transportar e armazenar.

Sabemos que os resíduos produzidos em unidades de prestação de cuidados de saúde públicas, podem constituir um importante problema ambiental e de saúde pública. Se, por um lado, os resíduos resultantes da prestação de cuidados de saúde encerram na sua constituição uma grande componente de resíduos urbanos ou equiparados a urbanos, por outro lado a necessidade de intervenção na gestão dos resíduos é prioritária na sociedade moderna.

Cardoen et al. (2015) defende que os PCP reduzem diretamente a manipulação de materiais e consequentemente diminuem o risco de o pessoal de enfermagem contaminar os componentes esterilizados.

A Organização Mundial de Saúde (2010), citado por Pina, Maia, & Pereira (2012) referem que a infeção pós-operatória da ferida como a infeção associada à saúde mais frequente em configurações restritas a recursos. A infeção pós-operatória da ferida, aumenta os custos dos cuidados de saúde e afeta a experiência do paciente de forma negativa. A proteção da esterilidade dos packs cirúrgicos e embalagens

estéreis durante a manipulação, transporte e armazenamento, antes da utilização, é um requisito importante de um sistema de embalagem de fornecimento estéril.

No Inquérito Nacional de Prevalência da Infeção realizado em 2012 as Infeções do Local Cirúrgico (ILC) representaram 18% das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) no hospital. Os doentes que as adquirem têm 60% mais probabilidade de irem para uma unidade de cuidados intensivos, cinco vezes mais probabilidade de reinternamento e duas vezes mais probabilidade de morrer. De referir que a sua ocorrência depende de diversos fatores relacionados com: o doente, com os procedimentos peri operatórios, com fatores ambientais e organizacionais. Estas infeções incluem-se nas consideradas evitáveis, uma vez que o risco pode ser diminuído com a adoção de boas práticas (Pina, Paiva, Nogueira & Silva 2012).

De acordo com Greiling (2010) e Kaczmarek (2012), o uso de PCP apresenta algumas desvantagens, pois o processo de configuração de packs personalizados envolve muitas partes interessadas e diferentes fases consecutivas para concordar sobre o conteúdo e a variedade de packs personalizados a serem desenvolvidos o que pode ser um processo demorado. A constituição de um PCP deve ser revista pelo menos, uma vez por ano, de forma a verificar se houve alterações nas práticas que levam à não utilização de algum item da sua constituição ou se há necessidade de acrescentar mais algum.

Para além de todos os aspetos referidos, torna-se também difícil avaliar financeiramente algumas melhorias alcançadas com a introdução do PCP, nomeadamente na melhoria da qualidade clínica

(Cardoen et al., 2015).

METODOLOGIA

Estudo de natureza qualitativa, com recurso à observação participante e análise documental enquanto estratégias de recolha de dados. Realizado num Bloco Operatório de um Centro Hospitalar público da região centro de Portugal.

A população foi constituída pela equipa de enfermagem, 78 enfermeiros, do referido bloco operatório, com base no critério de inclusão: integrarem o grupo de Enfermeiros Circulantes e Instrumentistas. A amostra foi composta por 40 enfermeiros, 20 enfermeiros circulantes e 20 enfermeiros instrumentistas, utilizando-se um método de amostragem não probabilístico por conveniência.

Os dados foram recolhidos no período de março e abril de 2018, por duas fases. Numa primeira fase através da utilização de uma grelha de observação construída para o efeito, através da qual foram observadas dinâmicas e práticas entre enfermeiros, no seu ambiente de trabalho, tais como: a experiência dos profissionais; os tempos utilizados na preparação dos itens cirúrgicos, na colocação destes na mesa cirúrgica e na realização do picking; as práticas na abertura dos diferentes itens; a eficácia dos campos operatórios e a contabilização dos resíduos cirúrgicos limpos. Esta observação foi realizada, com 1 observador, no decurso de 20 cirurgias de fratura trocântérica, em doentes masculinos e femininos, com idade superior a 18 anos, provenientes da urgência ou dos internamentos de ortopedia, sendo que em 10 cirurgias foram utilizados os ICI e nas

restantes 10 foram usados os PCP. Numa segunda fase foi realizada a análise documental dos custos hospitalares e empresariais na utilização dos PCP e ICI. Em relação aos ICI analisamos duas fontes de custos hospitalares, a central de esterilização e o serviço de aprovisionamento. Para os custos associados aos PCP analisamos os orçamentos definidos pela empresa fornecedora, externa ao hospital.

Para a análise dos dados, as variáveis de natureza qualitativa foram numeradas e os seus níveis foram codificados, procedendo-se a uma análise quantitativa das mesmas, através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23, com recurso a estatística descritiva e inferencial.

O estudo foi desenvolvido após terem sido obtidas as autorizações dos diretores clínicos dos serviços envolvidos, da comissão de investigação e com autorização do conselho de administração deliberada em ata nº 9 a 13 de março de 2018. A identidade de todos os participantes foi protegida, atribuindo-se-lhes um código com letras na grelha de observação, obtido o seu consentimento informado de modo livre e esclarecido, bem como garantida a confidencialidade e autenticidade de todas as informações recolhidas. As grelhas de observações, para além da codificação, foram colocadas numa pasta encriptada e destruídos os dados físicos em papel.

RESULTADOS

Nas 20 cirurgias realizadas foram observadas 10 cirurgias com a utilização de ICI (50%) e 10 cirurgias com a utilização de PCP (50%).

A maioria dos enfermeiros de peri operatório têm

experiência profissional em bloco operatório entre 10 e 20 anos (40%). Sendo que a maioria dos Enfermeiros Circulantes (40%) têm entre 10 e 20 anos de

experiência profissional e nos Enfermeiros Instrumentistas, 40 % têm entre 2 e 10 anos e 40% têm entre 10 e 20 anos.

Tabela 1

Experiência dos enfermeiros de peri operatório em anos

	0 - 2	2 - 10	10 - 20	+ 20
Enfermeiro Circulante	20%	25%	40%	15%
Enfermeiro Instrumentista	5%	40%	40%	15%

Quanto ao tempo (escala horária) despendido pelos profissionais ao prepararem os itens cirúrgicos previamente à cirurgia, verificou-se que o tempo despendido na preparação de ICI varia entre 3,44 minutos (min) e 7,30 min, com uma média de 5,14 min e um desvio padrão de 1,26 min. Com a utilização de PCP despendeu-se entre 0,30 min e 0,50 min, com uma média de $0,40 \pm 0,06$ min. Estatisticamente existem diferenças significativas entre o tempo de preparação dos ICI e dos PCP, $t(18) = 11,90$, $p \leq 0,001$, o tempo utilizado na preparação dos ICI superior ao utilizado nos PCP.

Relativamente à colocação da mesa operatória verificou-se que o tempo despendido pelo enfermeiro instrumentista, aquando a utilização de ICI varia entre 5,02 min e 8,30 min, com uma média de 6,04 min e um desvio padrão de 1,33 min. Com a utilização de PCP, o enfermeiro despendeu entre 0,30 min e 1,03 min, com uma média de $0,49 \pm 0,20$ min. Estatisticamente existem diferenças significativas entre o tempo de colocação da mesa com os ICI e os PCP, $t(18) = 18,38$, $p \leq 0,001$, o tempo utilizado na colocação da mesa operatória com a utilização dos ICI superior ao utilizado nos PCP.

Quanto à realização do picking aquando da utilização dos ICI, 50% dos enfermeiros não o realizaram e dos

50% que realizaram, a maioria (40%) fazem-no aquando da preparação dos itens para a cirurgia. Aquando da utilização dos PCP, uma vez que estes não estão associados ao centro de custos do bloco, apenas 20% dos profissionais realizam o picking relativo a alguns itens extra necessários na cirurgia.

Os enfermeiros ao realizarem o picking dos ICI despendem em média 2,39 min, variando entre 0 e $7,30 \text{ min} \pm 2,94$ min. Quando se utilizam os PCP, o tempo médio é de $0,15 \pm 0,23$ min, variando entre 0 e 0,53 min. Assim, existem diferenças significativas entre o tempo de picking dos ICI e dos PCP, $t(18) = 2,40$, $p \leq 0,027$, o tempo utilizado para a realização do picking com a utilização dos ICI é superior ao utilizado nos PCP.

O preço de cada um dos diferentes itens necessários nas cirurgias de fratura trocantérica foi analisado através dos respetivos centros de custos e associado ao número de itens abertos por cirurgia, permitindo inferir o custo total do conjunto de itens utilizados. Sabemos que nas 20 cirurgias observadas, gastamos em média $37,76 \pm 4,92\text{€}$, variando entre 32,75€ e 48,30€. Aquando da utilização dos ICI, gastamos em média $42,20 \pm 2,53\text{€}$, variando entre 39,17€ e 48,30€, enquanto que com a utilização dos PCP gastamos em média $33,32\text{€} \pm 0,90\text{€}$, variando entre 32,75€ e

34,63€. Estatisticamente existem diferenças significativas, sendo que $t(18) = 10,45$, $p \leq 0,001$, os custos associados à utilização dos ICI é superior aos associados à utilização dos PCP.

Os itens abertos para a mesa cirúrgica e não utilizados, consideramos como desperdício. Com a utilização de ICI observamos que em média ouve um desperdício de 0,39€, variando entre 0 e 2,07€, com um desvio padrão de 0,70€. Na utilização dos PCP não houve desperdício.

O peso dos resíduos cirúrgicos limpos gerados pela abertura dos ICI pesa em média $318 \pm 41,8$ gramas (gr), variando entre 250 e 410 gr. Os resíduos, aquando da utilização de PCP, pesam em média $128,9 \pm 11,1$ gr, variando entre 122 e 145 gr. Existem diferenças estatísticas significativas entre o peso dos resíduos cirúrgicos limpos dos ICI e dos PCP, $t(18) = 13,81$, $p \leq 0,001$, o peso dos resíduos gerados pela

abertura de ICI é superior aos gerados pelos PCP.

Em relação à abertura dos diferentes ICI verificou-se que 80% dos enfermeiros circulantes abrem as embalagens dos itens individualizados ao enfermeiro instrumentista. Tendo-se verificado também que 30% dos enfermeiros circulantes abrem os itens sobrepondo os braços à mesa cirúrgica e 50% utiliza o “método de voo” (atirar para cima da mesa operatória) na abertura dos itens. Relativamente à abertura dos PCP verificou-se que 100% dos enfermeiros circulantes abrem as embalagens dos itens ao enfermeiro instrumentista e que nenhum (0%) dos enfermeiros circulantes abre os itens com sobreposição dos braços à mesa cirúrgica ou através do método de voo. Verificamos que as práticas dos enfermeiros melhoraram significativamente com a utilização dos PCP.

Tabela 2

Abertura dos diferentes itens cirúrgicos

		n	%			n	%	
Circulante Abre Itens ao Instrumentista	S	8	80	S	10	100		
	N	2	20	N	0	0		
Circulante sobre põe braços à mesa cirúrgica	ICI	S	3	30	PCP	S	0	0
		N	7	70		N	10	100
Circulante usa “método de voo”		S	5	50		S	0	0
		S	5	50		N	10	100
		N						

No que concerne à eficácia dos campos operatórios verificou-se, aquando da utilização dos ICI, que em 100% das cirurgias observadas o campo operatório não adere totalmente ao local cirúrgico, nem retém todos os fluidos cirúrgicos. Observou-se também que apenas em 20% das cirurgias o campo cirúrgico

isola completamente o intensificador de imagem e que apenas em 10% proporciona uma barreira total entre o doente e a equipe cirúrgica. Aquando da utilização dos PCP observou-se que em 100% destas cirurgias o campo operatório permite a retenção dos fluidos cirúrgicos e que em 80 % existe uma aderência

total do campo operatório ao local cirúrgico, em 80% e em 80% proporciona uma barreira total entre o doente e a equipa.

Tabela 3

Eficácia dos campos operatórios

			n	%			n	%
Campo operatório adere totalmente ao local cirúrgico	ICI	S	0	0	PCP	S	8	80
		N	10	100		N	2	20
Campo operatório permite retenção fluidos cirúrgicos		S	0	0		S	10	100
		N	10	100		N	0	0
Campo operatório isola o intensificador de imagem		S	2	20		S	8	80
		N	8	80		N	2	20
Campo operatório proporciona barreira entre doente e equipa	S	1	10	S	8	80		
	N	9	90	N	2	20		

DISCUSSÃO

Tendo por base os profissionais de enfermagem do bloco operatório observados, os quais maioritariamente (40%) têm de experiência profissional entre 10 e 20 anos, constatamos que este fato não trouxe diferenças nas práticas de enfermagem, quer com o uso de ICI ou com PCP. Com o uso de ICI comparando-os com os PCP, verificamos que o tempo de preparação dos itens cirúrgicos previamente à cirurgia diminui. Este fato veio confirmar o que já tinha sido referido por Wilkinson (2010) e Cardoen et al. (2015), a existência de uma redução efetiva do tempo necessário para a instalação da cirurgia.

Hoje em dia, o tempo é o recurso mais precioso no interior de um hospital e reveste-se de maior importância para uma equipa cirúrgica. Também Greiling (2010) refere que com a aplicação de PCP em diferentes tipos de cirurgias, alcançaram-se

poupanças reais de tempo, permitindo aumentar a produção cirúrgica. No estudo realizado por este autor com a implementação dos PCP, em três hospitais europeus, houve uma poupança de tempo significativa (40-55%), com o qual o hospital francês realizou 37% mais intervenções cirúrgicas e o hospital alemão, aumentou o número de intervenções em 18% num ano.

Wong, Khu, Kaderali & Bernstein (2010) referem que mesmo economizando tempo com a utilização de PCP, pode não ser possível aumentar a produção, mas que os profissionais de saúde ficam mais disponíveis para dedicar ao doente, fazer pesquisa e investigação. O mesmo autor defende ainda que com a utilização de PCP a satisfação de doentes e familiares com o hospital aumenta por estes facilitarem a realização atempada das cirurgias.

Também o tempo despendido pelos profissionais na realização do picking diminui com a utilização de PCP em comparação com os ICI.

De acordo com o autor Kaczmarek (2012), o PCP é eficaz se contiver apenas o que é estritamente

necessário e se tiver um custo inferior ou igual ao conjunto de todos os ICI. Com a realização do nosso estudo, observamos que com a utilização dos PCP não há nenhum desperdício, pois este apenas contém o que é mesmo usado, havendo necessidade de abrir alguns itens individuais extra em algumas das cirurgias observadas. Com a utilização dos ICI verificamos que, apesar de poucos desperdícios, foram abertos alguns itens que não foram usados, havendo custos desnecessários em média de 0,39€, mas que chegaram a ser de 2,07€ numa cirurgia. Sabemos que é um valor irrisório, mas que se for associado a muitas cirurgias pode fazer repensar as práticas.

Em relação aos custos reais dos ICI *versus* PCP constatamos que em média uma cirurgia realizada com os PCP fica 8,88€ mais económica. Realizam-se em média 300 cirurgias por ano de fratura trocantérica neste centro hospitalar, o que poderia traduzir uma poupança anual de 2.664€.

Porém, se por um lado a utilização de PCP é economicamente vantajosa, por outro se um pack for danificado o custo do desperdício é muito maior do que desperdiçar um item individual.

A gestão efetiva dos resíduos hospitalares exige o envolvimento dos profissionais de saúde, pois dela depende a redução dos riscos para a saúde e para o ambiente (Santiago, 2014). Sabemos que com a utilização de PCP a abertura de embalagens é inferior, diminuindo a produção de resíduos hospitalares limpos em cerca de 190 gr por cirurgia, comparativamente com os ICI. Consideramos que estes desperdícios não são significativos em termo de custos, uma vez que cada tonelada deste tipo de lixo, envolve apenas um custo de 0.07€ para o centro hospitalar. Porém os resíduos resultantes da

prestação de cuidados de saúde constituem um importante problema ambiental e de saúde pública.

De acordo com Pina et al. (2012) a ocorrência de ILC depende de diversos fatores relacionados com o doente, com os procedimentos perioperatórios e com fatores ambientais e organizacionais e o seu risco pode ser diminuído com a adoção de boas práticas. Todos os profissionais presentes na sala de cirurgia devem atuar no sentido de garantir um ambiente cirúrgico seguro, regendo-se por valores e normas que determinem um desempenho adequado, estejam ou não a ser observados, desenvolvendo, assim, a sua consciência cirúrgica.

Relativamente à abertura dos PCP verificou-se que 100% dos enfermeiros circulantes abrem as embalagens ao enfermeiro instrumentista e que nenhum (0%) dos enfermeiros circulantes abre os itens com sobreposição dos braços à mesa cirúrgica ou através do método de voo, verificando assim, que as práticas dos enfermeiros melhoraram significativamente com a utilização dos PCP, o que está de acordo com o que defende Cardoen et al. (2015).

Verificamos também que com a utilização de PCP exige-se a abertura de menos embalagens o que segundo Cardoen et al. (2015) resulta num fluxo de ar mais estável dentro da sala de operação e, portanto, menos partículas de poeira para a atmosfera da sala operatória. De acordo com a bibliografia na utilização dos PCP também é mais fácil verificar a integridade/esterilização de todos os itens, do que nos ICI.

A AESOP (2006) refere que a adequada colocação de campos cirúrgicos esterilizados e o cumprimento dos princípios da técnica asséptica cirúrgica constituem

um conjunto de barreiras à contaminação do campo operatório e da ferida cirúrgica. No nosso estudo verificou-se, aquando da utilização dos ICI, que em 100% das cirurgias observadas o campo operatório não adere totalmente ao local cirúrgico, nem retém todos os fluidos cirúrgicos e que apenas em 20% das cirurgias o campo cirúrgico isola completamente o intensificador de imagem e que só 10% proporciona uma barreira total entre o doente e a equipe cirúrgica. Aquando da utilização dos PCP observou-se que em 100% destas cirurgias o campo operatório permite a retenção dos fluidos cirúrgicos, em 80 % existe uma aderência total do campo operatório ao local cirúrgico, 80% isola completamente o intensificador de imagem e em 80% proporciona uma barreira total entre o doente e a equipa. Assim, percebemos que o campo operatório individual disponível no centro hospitalar não permite uma barreira eficaz na prevenção da infeção comparativamente com o campo operatório disponível nos PCP, indo contra as boas práticas.

Segundo Pina, Ferreira, Marques & Matos (2010) os principais riscos de IACS associam-se a procedimentos cirúrgicos. A bibliografia refere que a utilização de PCP minimiza o risco de infeções cirúrgicas ao permitir um menor tempo de permanência do doente no bloco operatório e um menor período de exposição.

A redução em minutos e euros gastos na sala de operações, em simultâneo com a melhoria da qualidade dos cuidados são essenciais para a eficiência num processo cirúrgico, proporcionando simultaneamente maior satisfação nos profissionais de saúde (Healey et al., 2015). O uso de PCP contribui para a diminuição dos gastos com a saúde, gerindo racionalmente os recursos humanos e materiais

existentes e diminuindo os desperdícios, nunca colocando em causa a qualidade dos cuidados.

CONCLUSÃO

Ao avaliarmos o impacte da utilização dos ICI comparando-os com a utilização dos PCP, nas cirurgias de fratura trocantérica, percebemos que estes produtos são efetivamente eficientes e económicos.

Na gestão dos cuidados e na prevenção e controlo da infeção salientamos que existem três razões principais para se usar os PCP em detrimento dos ICI: melhorar a eficiência, controlar os custos e diminuir o risco de infeção. A observação das práticas dos enfermeiros ao longo do nosso estudo, bem como alguns autores referenciados demonstram que a utilização dos PCP traduz uma poupança efetiva de tempo, podendo este ser usado pelos profissionais de saúde para estar mais perto do doente ou executar outras atividades. A literatura e análise dos dados obtidos suportam a redução nos custos com a utilização dos PCP. As pesquisas efetuadas salientam que ao usarmos os PCP os riscos de infeção diminuem. Na nossa observação, constatamos que as práticas dos profissionais melhoram com o uso de PCP, contribuindo desta forma para a diminuição da infeção.

A limitação do numero de PCP disponibilizados pela empresa externa ao centro hospitalar condicionou a obtenção de uma amostra mais significativa. Outra limitação prende-se com o fato de os enfermeiros envolvidos no estudo não terem experiencia no contato com o campo operatório incluído nos PCP o que por vezes condicionou a sua correta utilização.

Para melhorar a eficiência em BO e garantir a

sustentabilidade financeira do sistema de saúde torna-se urgente apostar na minimização das ineficiências e na eliminação do desperdício com recurso a uma estratégia de otimização dos recursos disponíveis. Nesse sentido, a preocupação das instituições de saúde deve assentar na promoção da eficiência e contenção da despesa sem nunca colocar em causa a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de saúde a prestar aos doentes.

Assim, consideramos que em desenvolvimentos futuros será fundamental a elaboração de estudos conjuntos para determinar a taxa de infeção cirúrgica associada aos cuidados de saúde prestados com a utilização de PCP ao invés de ICI, bem como seria essencial a existência de estudos nacionais em contexto de bloco operatório, utilizando os PCP nas diversas cirurgias e especialidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP, 2006). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados* (3ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Cardoen, B., Beliënc, J. & Vanhoucke, M. (2015). On the Design of Custom Packs: Grouping of Medical Disposable Items for Surgeries. *International Journal of Production Research*, 53 (24), pp. 7343–7359. Recuperado de doi: 10.1080/00207543.2015.1061221.
- Evans, A. & Normén, A. (2013). A Practical Approach to OR Efficiency – Switching to Customized Procedure Trays in Ramsay Health Care Hospitals. *Journal of Perioperative Practice – Procurement Guide*, 2 (1), pp. 9–10.
- Greiling, M. (2010). *A multinational case study to evaluate and quantify time-saving by using custom procedure trays for operating room efficiency*. (Poster)
- Harders, M., Malangoni, S., Weight & Sidhu, T., (2006). Improving Operating Room Efficiency through Process Redesign. *Surgery*, 140 (4), pp. 509–516.
- Healey, T., El-Othmani, MM., Healey, J. & Peterson, TC., (2015). Improving operating room efficiency, part 1: general managerial and preoperative strategies. *JBJS Reviews*, 3 (10), pp. 10-20. Recuperado de doi: 10.2106/JBJS.RVW.N.00109.
- Kaczmarek, D. (2012). Managing Custom Packs. *Healthcare Purchasing News*, p. 72. Recuperado de <https://www.hponline.com/inside/2012-07/1207-backtalk.html>.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques A., & Matos, B. (2010). Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, pp. 27- 39. Recuperado de: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivoa-de-apoio/cdi/cdi/sector-depublicações/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente>.
- Pina, E., Paiva, J., Nogueira, P., & Silva, M. (2012). *Prevalência de Infeção Adquirida no Hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais Portugueses – Inquérito 2012*. Direção Geral da Saúde. Lisboa.
- Pina, E., Maia, M. J. & Pereira, L. (2012). *Vigilância das Infeções do Local Cirúrgico: HELICS-Cirurgia – Relatório 2006-2010*. Direção Geral da Saúde. Lisboa: Programa Nacional de Controlo da Infeção - PNCI.
- Santiago, A. (2014). *Resíduos Hospitalares: Documento de Orientação*. Direção Geral da Saúde. Divisão de Saúde ambiental e Ocupacional. Lisboa.
- Wilkerson, A. (2010, 27 de Maio). OKC-based Mercy Hospital produces surgical packs in-house. *The Journal Record*.
- Wong, J., Khu, K., Kaderali, Z. & Bernstein, M. (2010, Junho). Delays in the operating room: signs of an imperfect system. *Canadian Journal of surgery*, 53(3), pp. 189–195. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2878989/>.

INVOLVEMENT OF THE FATHER IN THE PRENATAL PERIOD: INTEGRATIVE REVIEW

Envolvimento do pai no período pré-natal: revisão integrativa

Participación del padre en el período pré-natal: revisión integrativa

Joana Magalhães^{*}, Germano Couto^{**}, Carla Fernandes^{***}, Isabel Oliveira^{****}**ABSTRACT**

Background: there are currently paradigmatic changes in relation to the focus of maternal health nursing, with the predominant role of the father being one of the main focuses of care. **Objective:** to identify the father's importance and his role during pregnancy. **Methodology:** an integrative review was performed on the CINAHL®, Medline® and Psychology and Behavioral Science® databases. Of the 601 articles obtained only 10 were included in this review. **Results:** the included articles allude to pregnancy as a demanding period, being considered as a transition to paternity. From the analysis four subareas emerged: the father's mental representation; how pregnancy becomes real to the father; the way parents have committed to fatherhood and the father's role father in family life. **Conclusion:** the results highlight the father's importance during pregnancy and the emerging need to focus care in the family in the face of a transition. Father's involvement and inclusion during pregnancy plays a key role in building trust and leading to better management of stress caused by the transition to parenting of all family members.

Keywords: fathers; pregnancy; role; paternity^{*}Nurse

University Fernando Pessoa (PASOP), Porto, Portugal

^{**} Associate Professor

Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

^{***} Auxiliary Professor

University Fernando Pessoa, Porto, Portugal

^{****} Specialist Professor

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis, Portugal

RESUMO

Enquadramento: existem, atualmente, mudanças paradigmáticas em relação ao foco da enfermagem em saúde materna, sendo o papel predominante do pai um dos principais focos do cuidado. **Objetivo:** identificar a importância dada ao pai e o seu papel durante a gravidez. **Metodologia:** realizada uma revisão integrativa nas bases de dados CINAHL®, Medline® e Psychology and Behavioral Science®. Dos 601 artigos obtidos apenas 10 foram incluídos nesta revisão. **Resultados:** os artigos incluídos aludem para a gravidez como um período exigente, sendo considerado como uma transição para a paternidade. Da análise emergiram quatro subáreas: a representação mental do pai; como a gravidez se torna real para o pai; a maneira como os pais se comprometeram com a paternidade e o papel do pai na vida familiar. **Conclusão:** os resultados evidenciam a importância do pai durante a gestação e a necessidade emergente de centrar o cuidado na família diante de uma transição. A participação e inclusão do pai durante a gravidez desempenha um papel fundamental aumentando a confiança e conduzindo a uma melhor gestão do stress causado pela transição para a parentalidade de todos os membros da família.

Palavras-chave: pai; gravidez; papel; paternidade**RESUMEN**

Marco contextual: existen actualmente cambios paradigmáticos en relación al foco de la enfermería en salud materna, siendo el papel predominante del padre uno de los principales focos del cuidado. **Objetivo:** Identificar la importancia dada al padre y su papel durante el embarazo. **Metodología:** realizada una revisión integrativa en las bases de datos CINAHL®, Medline® y Psychology and Behavioral Science®. De los 601 artículos obtenidos apenas 10 se incluyeron. **Resultados:** los artículos incluidos aluden al embarazo como un período exigente, siendo considerado como una transición a la paternidad. Del análisis surgieron cuatro subáreas: la representación mental del padre; como el embarazo se vuelve real para el padre; la manera como los padres se comprometieron con la paternidad y el papel del padre en la vida familiar. **Conclusión:** los resultados evidencian la importancia del padre durante la gestación y la necesidad emergente de centrar el cuidado en la familia ante una transición. La participación e inclusión del padre durante el embarazo desempeña un papel fundamental aumentando la confianza y conduciendo a una mejor gestión del estrés causado por la transición a la parentalidad de todos los miembros de la familia.

Palabras clave: padre; embarazo; rol; paternidad**Como Referenciar:**Magalhães, J., Couto, G., Fernandes, C., Oliveira, I. (2018). Involvement of the father in the prenatal period: integrative review. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(2), 49-60

Recebido para publicação em: 18/10/2018

Aceite para publicação em: 21/12/2018

INTRODUCTION

There is a wide range of research focused on women's transition during the pregnancy period, as well as its importance (Tamis-LeMonda & McFadden, 2010). Research around the paternal figure began to emerge in the 1980's (Silverstein & Auerbach, 1999). In this context, according to the authors, it has become preponderant to focus research on the father, since it still has poor visibility. This will allow understanding the impact of the father's involvement during pregnancy.

Pregnancy determines a transition from a family of two for a family of three persons, one of the most important stages in the family life cycle (Linn, Wilson & Fako, 2015). Throughout pregnancy, parents question their abilities because they do not know if they will be able to meet their own expectations (Hildingsson, Haines, Johansson, Rubertsson & Fenwick, 2014). Fathers are a cornerstone in supporting women throughout this period, being fundamental their involvement so that, in the future, the bonds established with the child become stronger (Linn et al. Halle et al., 2016). Thus, understanding the father, despite all the difficulties and barriers experienced at this stage, is preponderant for the development of a happy and united family (Sansiriphun et al., 2010).

According to Poh, Koh & Seow (2013) understanding this phenomenon lies at the genesis of what it is to be a nurse, directing care in the best possible way. However, what evidence is there available about the father's importance during pregnancy? Nowadays, several fields of knowledge have been studying this transition process and throughout this review of

literature, it is expected to find the primordial aspects on the subject.

Thus, this article has as object of study the father, especially the importance attributed to the father and his role during pregnancy. The objective of this review is to identify the father's importance and his role during pregnancy.

BACKGROUND / THEORETICAL BACKGROUND

Over time the father's role has undergone changes, a result of the demands imposed by society. Once, paternity became more intense after birth, nowadays a father has become an educator and more participatory during pregnancy. In an industrial pre-revolution perspective, the father was seen as authoritarian and responsible for the well-being of the family, namely at the economic level; he was the only one who worked, and agriculture was his means of subsistence. He supported the family, since they were numerous and lived in rural communities. From the eighteenth century until the mid-twentieth century, the traditional family ceased to exist and stopped relying on the support of family and friends to sustain themselves, as innovations in agriculture and industrial technology emerged (Linn et al., 2015). The city's growth process accelerated, so the indigence of the labor force in the industries and the decrease of workers in the field, promoted the exit of families from rural to urban environment. In fact, and as Benokraitis (2007) argues, people left behind dependent family and elderly parents as they became financial burdens. According to Cherlin (2004), associated to the economic evolution, there were improvements in the public and individual health due to changes in the quality of life, in hygiene habits and in diet. Thus, the woman was excluded

from society, as she was not allowed to vote, to attend school, to own a real estate property or to manage her independence. In this line of thought, the woman was seen as a subordinated, only controlling pregnancy and childbirth. According to Beck & Beck-Gursheim (as cited in Linn et al., 2015), with the industry growth a new movement emerged giving birth to the independent woman. Children who were only seen as a profitable family instrument, acquire a preponderant role in the couple's life, meaning that the woman stops focusing on domestic and family life assuming a role of a woman who invests in her professional career, in her family and in herself. On the other hand, the father leaves his main focus, work, focusing not only on his professional life, but also supporting the woman in the domestic activities and actively participating in the children's education, love and affection. In this way, one can consider that the couple is going through a process of developing new roles, moving from a dyad to a triad, which is, developing their affective and daily relationships, transforming them into a family alliance. According to the same author, fathers participate increasingly in domestic activities, as well as in child care. Also, according to Silva & Lopes (as cited in Néne, Marques & Batista, 2016, p. 71), "It has become culturally accepted that man becomes involved and *pregnant* from the psychological point of view." However, Marques argued that despite the fact that they do not go through the various transitions and sensations experienced in the woman's body, the father acquires a satisfactory involvement with the fetus, considering pregnancy as the foundation stone to establish and strengthen the existing interactions with the future baby (as cited in Néne et al., 2016).

During pregnancy, fathers question their abilities because they do not know if they will be able to meet their own expectations. According to Hildingsson et al. (2014), expectant fathers who are fearful of childbirth seem to have deteriorated health status in relation to those who do not have the same symptomatology. Men who exhibit this type of negative emotions are more likely to understand that pregnancy, childbirth and paternity are complex. Paternity presents significant stress in couples, threatening family functioning. Hildingsson et al., (2014) found that men experiencing high levels of fear in relation to childbirth are less positive, so fatherhood stress increases exponentially as they transit into parenting. This transition is a continuous working process, and depends on how men handle the other transformations, since there is a change in identity, which forces it to be redefined. It is important for men to internalize various roles ranging from son, husband, brother, friend, man, professional to father, that often question their masculinity. According to Marques, (as cited in Néne et al., 2016, p. 71), "This new role can awaken insecurities, given the greatness of the challenge ahead." Fatherhood entails relevant rights and obligations at the family level. Father's involvement during the pregnancy period has a positive impact on the whole family's health.

According to Lowdermilk & Perry (2008), some men positively appreciate the father's role during pregnancy, being their main focus the response to the pregnant woman's feelings of fragility. Being directly involved with the pregnancy increases the bonds with the future baby when they caress the woman's abdomen, kiss, call the fetus by its name, play or communicate with it. Despite that, during

pregnancy, some men feel a rivalry, although unconscious, that they expressed through small behaviors, providing a feeling of discomfort, since the woman has a more introspective attitude. In the same way, when observing the involvement of the woman with the pregnancy, they may feel misunderstood by taking refuge in new hobbies or by being deeply involved in their work. At the same time, there is a deficit accessing information, with significant consequences, since there are couples who are unaware of the changes that they face during pregnancy, the feelings that emerge during this process, as well as the best strategies to promote a healthy transition. Nurses who accompany parents during pregnancy and postpartum help minimize fears and maximize information that pertains to the entire process of parenting. Therefore, an integrative review was conducted to identify the importance given to the father and his role during pregnancy.

METHODOLOGY

To answer the main purpose of this research, a critical and extensive analysis of a set of existing publications on the topic was analysed, according to the methodological process for an integrative review (Souza, Silva & Carvalho, 2010). After identifying the area of interest and selecting the research question, the inclusion and exclusion criteria were defined. The inclusion criteria were defined as primary scientific articles that particularize the father’s role during pregnancy. This research was then conducted with no time limitations. In addition, all articles written in English and available in full text were included. Exclusion criteria were review articles, editorials, narratives, chapters and opinion articles, as well as

articles not available, those focusing adolescent pregnancy, and those that did not answer to the research question. The research was conducted between November of 2017 and July of 2018 and 601 articles retrieved from databases. Data were collected by two independent researchers, which ensured the quality of the selected articles, from the following data bases: CINAHL®, Medline® y Psychology and Behavioral Science®. The descriptors used, in conjunction with the boolean operators AND, OR, are shown in Table 1.

Tabela1
Boolean descriptors and markers used in the database search

Data base	Boolean descriptors and markers used
CINAHL	((“Paternal role” OR “Parental role” OR “Paternal Attitudes” OR “Paternal Attitudes Evaluation” OR “Fatherhood” OR “Expectant Fathers” OR “Paternal Role Evaluation” OR “Paternal Role Trends” OR “Paternal Behavior”) and (“Maternal Attitudes” OR “Maternal Role” OR “Expectant Mothers” OR “Maternal Exposure” OR “Motherhood” OR “Maternal Attitudes Evaluation” OR “Attitude to pregnancy” OR “Pregnant women” OR “Childbirth” OR “Pregnancy” OR “Maternal- child care” OR “Obstetric care” OR “Intrapartum care” OR “Delivery Rooms” OR “Delivery” OR “Obstetric” OR “Obstetric Nursing” OR “Maternal-Child” OR “Midwifery Service” OR “Obstetric Service” OR “Obstetric Patients” OR “Childbirth” OR “Labor, Obstetric” OR “Postnatal Period” OR “Puerperium” OR “Birthing Centers” OR “Labor” OR “Parturition” OR “Pregnancy Evaluation” OR “Attitude to Pregnancy” OR “Stress, Psychological In Pregnancy”))
Medline	((“Paternalism” OR “Paternal involvement” OR “Paternalistic leadership” OR “Paternal sensitivity” OR “Paternity” OR “Paternal behavior” OR “Gender identity” OR “Paternal Behavior psychology”) and (“Pregnant women” OR “Maternal-fetal relations” OR “expectant mothers” OR “Pregnant Women psychology” OR “Pregnancy” OR “Pregnancy maintenance” OR “Delivery,obstetric” OR “Midwifery Service”))
Psychology and Behavioral Science	((“Paternal involvement” OR “Parental influences” OR “Parent Attitudes” OR “Parental support” OR “Parental role” OR “Parental responsibility” OR “Paternalism” OR “Father role” OR “Fatherhood” OR “paternity” OR “paternal role” OR “paternalistic leadership”) and (“Pregnant women” OR “Pregnant” OR “maternal sensitivity” OR “Motherhood” OR “Mother e infant” OR “Attitude to pregnancy” OR “Mothers attitudes” OR “Maternal & infant welfare” OR “Prenatal care” OR “Pregnancy” OR “gestational pregnancy” OR “development fetus” OR “Prenatal influences” OR “Prenatal care”))

Articles were excluded by repetition, title and abstract and full text analysis. The remaining articles were excluded because they did not answer the research question (n=54) because they were unavailable (n=12), because they were secondary research (n=21) and because they focused on teenage pregnancy (n=18), resulting in 10 studies for review, which are cataloged from E1 to E10. The Prisma Diagram Flow (Moher et al., 2015) shows

the main step in the search developed for this review (Fig. 1). From the analysis of the studies, four subtopics emerged: the father's mental

representation; the father's role in the family life; the father's commitment to fatherhood; and when the pregnancy becomes real for the father.

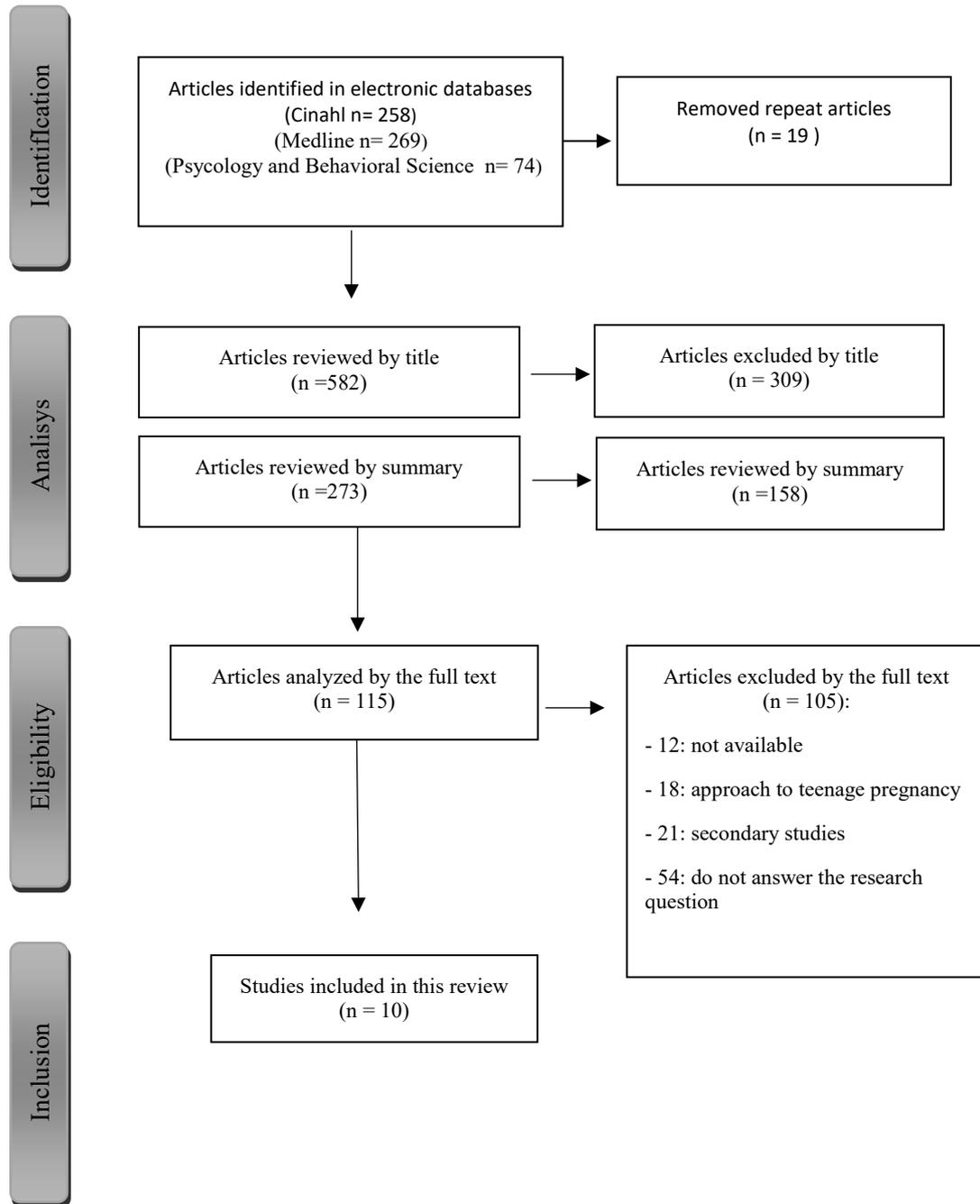


Figure 1

Process of identification and inclusion of studies - PRISMA Diagram flow.

RESULTS AND DISCUSSION

The data extracted from the included studies is summarized in Table 2, with the following information: code, reference, year, country of study, objective and type of study.

The largest number of studies is centered after the year 2010, and there are only three studies in the previous years. The majority of studies, with the exception of E9, were published in specific nursing journals. Concerning the country of publication of the articles, there is a great variety, one of the articles was published in Taiwan, two in the United States of

America and the rest are condensed in Europe. Regarding methodology, seven qualitative studies and three quantitative studies were included. The sample varied from 11 individual participants to 827 couples, and one of the studies included seven health professionals. In this integrative review, the data analysis was performed with methodological rigor so that, starting from the results of selected studies, the assimilation and arrangement of the main concepts can represent an essential contribution to clinical practice.

Table 2

Data extracted from the included studies

Code	Reference	Year	Country of study	Objective	Format study	Participants
E1	Åsenhed, L., Kilstam, J., Alehagen, S., & Baggens, C. (2014). Becoming a father is an emotional roller coaster - an analysis of first-time fathers' blogs. <i>Journal Of Clinical Nursing, 23</i> (9/10), 1309-1317.	2014	Sweden	To identify and describe the process of paternity during the gestation of the partner between expectant parents for the first time	Qualitative Exploratory	n= 11 first time parents
E2	Kao, C., & Long, A. (2004). First-time Taiwanese expectant fathers' life experiences during the third trimester of pregnancy. <i>Journal Of Nursing Research (Taiwan Nurses Association), 12</i> (1), 60-71.	2004	Taiwan	To explore the life experiences of first time 14 expectant fathers from Taiwan's while their wives were in the third trimester of pregnancy.	Qualitative Content Analysis Descriptive phenomenological study; Retrospective; Cross-sectional	n=14 First time expectant fathers in Taiwan, while their wives were in the third trimester of pregnancy.
E3	Jordan, P. (1990). Laboring for relevance: expectant and new fatherhood. <i>Nursing Research, 39</i> (1), 11-16.	1990	USA	To describe the experience of expectation of new fatherhood.	Qualitative longitudinal, explanatory, descriptive, correlational	n= 56 expectant fathers and first time recent fathers living with their lifemates. These were between the ages of 20 and 41 years old.
E4	Rosich-Medina, A., & Shetty, A. (2007). Paternal experiences of pregnancy and labour. <i>British Journal Of Midwifery, 15</i> (2), 66-70.	2007	Scotland	To evaluate the first experiences of fathers during pregnancy and compare the experiences of work between three different modes of childbirth	Qualitative longitudinal, explanatory, descriptive, correlational	n= 142 fathers who decided to participate in the study. There are 59 parents in the SVD group (spontaneous vaginal delivery), 69 parents in the emergency group and 14 parents in the normal delivery group.
E5	Bogren Jungmarker, E., Lindgren, H., & Hildingsson, I. (2010). Playing Second Fiddle Is Okay—Swedish Fathers' Experiences of Prenatal Care. <i>Journal Of Midwifery & Women's Health, 55</i> (5), 421-429	2010	Sweden	To describe the experiences of expectant fathers and involvement in prenatal care.	Quantitative Prospective, longitudinal, descriptive	n= 827 couples participated in the study after exclusion of abortions, stillbirths, fathers who moved, separated or who

						withdrew from the study. To be included in this specific study, parents must have completed all three questionnaires.
E6	Lewis, S., Lee, A., & Simkhada, P. (2015). The role of husbands in maternal health and safe childbirth in rural Nepal: a qualitative study. <i>BMC Pregnancy & Childbirth</i> , 15(1), 162.	2015	Nepal	To examine the role of husbands in maternity care and childbirth safety, their perceptions of women and children needs, the factors that influence or discourage their participation as a father, and how women feel about male involvement in childbirth.	Qualitative cross-sectional	n= 42 with 35 home interviews being delivered, including 17 fathers, 15 mothers and three mothers-in-law. Seven interviews with health professionals.
E7	Widarsson, M., Engström, G., Tydén, T., Lundberg, P., & Hammar, L. M. (2015). 'Paddling upstream': Fathers' involvement during pregnancy as described by expectant fathers and mothers. <i>Journal Of Clinical Nursing</i> , 24(7-8), 1059-1068.	2015	Sweden	Describe the perspectives of pregnant women and fathers on their involvement during pregnancy.		n=30 expectant parents, being 20 women and 10 men. Of this total, 20 were parents for the first time (12 women and 8 men). Participants were between the ages of 21 and 56.
E8	Straughen, J. K., Caldwell, C. H., Young, A. J., & Misra, D. P. (2013). Partner support in a cohort of African American families and its influence on pregnancy outcomes and prenatal health behaviors. <i>BMC Pregnancy And Childbirth</i> , 13187.	2013	USA	It was examined how two indicators of partner involvement, type of relationship and parental support, influenced the risk of pregnancy outcomes (preterm birth, low birth weight) and health behaviors (prenatal, drug use and smoking) among women African American women.	Quantitative, descriptive and correlational	n= 713 women, resulted after the following exclusion criteria: prematurity, low birth weight, adequate prenatal care, prenatal smoking and prenatal drug use.
E9	Kuljanić, K., Dorčić, T. M., Bistrović, I. L., & Brnčić-Fischer, A. (2016). Prospective Fathers: Psychosocial Adaptation and Involvement in the Last Trimester of Pregnancy. <i>Psychiatria Danubina</i> , 28(4), 386-394.	2016	Croatia	To test differences in parental involvement in pregnancy, detected stress and quality of relationships in relation to complications during pregnancy and during pregnancy (gestational weeks) in the last trimester of pregnancy.	Descriptive quantitative longitudinal correlational	n= 143 male sample of first-time parents, aged over 18 years, who accompanied the pregnant partner.
E10	Johnsen, H., Stenback, P., Halldén, B., Crang Svalenius, E., & Persson, E. K. (2017). Nordic fathers' willingness to participate during pregnancy. <i>Journal Of Reproductive & Infant Psychology</i> , 35(3), 223-235.	2017	Dinamika, Finland and Sweden	To clarify the experiences of parents for the first time during pregnancy in three Nordic countries.	Qualitative phenomenology	n= 31 parents were recruited when the partner was in the 30th week of pregnancy or more. The ages of the parents ranged from 24 to 43 years.

As previously mentioned and after the review of the present articles on the father's involvement in the prenatal period, it is clear that pregnancy is a demanding period and is considered a transition to fatherhood [E1]. Parents make this commitment and show interest [E5]. These studies support the knowledge gained about how male bond to their

partner / woman and the fetus / child can have a positive effect. Thus, four subtopics emerge from the main subject: father's mental representation [E1; E2; E3; E6; E7; E9; E10], when pregnancy becomes real for the father [E3; E4; E7; E9; E10], father's commitment to fatherhood [E1; E2; E3; E5; E6; E7;

E9; E10], and the role of parents in family life [E1; E2; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10].

Father's mental representation

Initially, one of the main issues referred to, goes through the way parents are daily confronted with various negative feelings such as frustration; such as health professional's negligence [E1]; fear, not knowing how to interact with the newborn; panic because they do not know how to proceed during labor, or how to respond to the various situations as a father [E2]; loneliness, since only the pregnant woman experiences alterations in the body consequences that come from pregnancy [E3; E1] health professionals, responsible for the support in the couple's life transition often put on the mother the focus of their attention, forgetting about the repercussions caused in the father, that is, the family is seen in part and not as a whole [E7].

However, it is now known that there are even physiological symptoms experienced by the father, such as insomnia, extreme fatigue, weight gain, nausea and back pain [E1]. Thus, studies report that the father's health is closely related to the bond felt by the baby. But if this is known today, why is there still a deficit in integrating fathers in the professional care [E7]?

The father feels alone during pregnancy and unable to achieve the role of idealized father [E3], experiencing a wide range of obstacles throughout pregnancy, barriers that can often be bridged through support / teaching by those whose principal purpose is to educate. Transversal to all analyzed articles is this feeling of fear, fear of the unknown, not understanding the changes that are intrinsic to pregnancy, frustration about not knowing how to

interact with their child, fear of misunderstanding mood changes and poor temperament women, sadness because they could not help the pregnant woman with the discomfort, ambitioning even the anticipated birth [E2]. Stress is the feeling that results from pressure and anxiety to the point of being unable to function properly physically and mentally. Thus, first time parents experience elevated levels of stress during the pregnancy period and their adaptation to fatherhood. These levels do not change at all if they experience a pregnancy with associated complications [E9]. However, different authors report that trained parents are more prepared to deal with unexpected situations [E10].

Thus, it is considered that the active participation and father's inclusion can be explained by the biopsychosocial model, ie, the increase of oxytocin plays a fundamental role in the couple's connection, mainly in the third trimester of pregnancy [E2, E9]. Fathers feel real excitement and happiness because they know the baby is coming. Also, study [E2] states that couples experience 4 different types of perception. When a woman becomes pregnant, she feels that her obligations towards her family are fulfilled, and that one of her greatest goals is to have a baby. As the life goal is achieved, he sees how his wife's discomfort is over and sees the beginning of a new era full of love and affection that unites them forever, which began with the conception of the fetus and "carrying the child in the womb."

It can then be deduced that the internal and external pressure that parents feel during pregnancy contributes to pejorative feelings, in this way, it is up to the health professionals to integrate parents in care, increasing their confidence. That is, the parents

start to live a pregnancy with fewer complications and better manage the stress caused by this transition, eventually becoming grateful to health care professionals.

PREGNANCY BECOMES REAL

At first the father sees the pregnancy as the woman being sick or just gaining weight, eventually hypothesizing [E9]. However, from the moment he hears the baby's heart, when he watches the ultrasound, he stops thinking about the woman in this way and begins to feel more and more involved in the pregnancy [E3, E4, E7, E10]. As the father feels the baby, it makes his existence more understandable. In this way, it is understood that the technologies and the new techniques promote a more real perception of the pregnancy for the father, helping him to cross for one of the major transitions of life, because he is putten in a situation in which he may feel total lack of control. However over time, this transition is overcome.

Father's commitment to paternity

Throughout pregnancy, parents increasingly want to get involved in pregnancy. They are committed to counseling with experienced people, attending training courses, and retraining their childhood to become better fathers and husbands [E1, E2, E3, E5]. Thus, they aspire to have an active role in pregnancy. However, they question their capacities for fear of failing to live up to their own expectations, stating that the information they receive is not always sufficient [E1, E5]. In order to reduce these difficulties, they commit themselves to making savings, so that the child has the best possible future,

to become involved in the pregnancy process by putting aside preconceptions and old traditions [E2, E6, E10]. Today it is known that the more active and involved parents are in pregnancy and childbirth, the better the relationship between them and their wives will be, as well as co-parenting [E7, E9, E10]. There is also a difference between parents for the first time, of those who have children, because they give a different importance to the information they receive [E5]. In the same line of thought, it can also be mentioned that parents are less likely to follow the same steps as their parents, that flexibility and adaptation to new situations and values is closely linked with the involvement of pregnancy [E9, E10].

Role of parents in family life

Expectant fathers are aware of their role, perceiving that this is different from that of their partners, because during the pregnancy period, they are mere observers, beginning to have physical contact with the baby after birth. They have matured through their experience during pregnancy succeeding thoughts and feelings about the life that will come [E2]. Therefore, becoming a parent is a priority in which the focus is off-centered and directed towards the baby, that is, it is redirected to the new family and as a consequence the relationship with the partner can improve [E1]. A desired pregnancy enables positive paternal involvement during pregnancy and postpartum [E9], since it is more real, they become fully involved throughout their process [E4]. Today, couples agree that prospective parents should become more involved in pregnancy, reflecting a change in the social mentality [E6]. Pregnancy admits different interpretations, since the quality of the relationship influences it positively

[E9], promoting beneficial effects on the whole family's health [E7]. However, other authors report that the type of relationship / involvement of the partner does not compromise the pregnant woman's health [E8].

The transition to fatherhood triggers feelings of uncertainty, therefore, they try to do their best to adapt, establishing strategies to overcome them [E2]. Stress is perceived by a parent as a negative factor, since it reduces the involvement of the pregnancy, which may even be triggered by inadequate communication between the couple, overloading the woman in both domestic and unpaid work, thus damaging the family's health as a whole [E7]. On the other hand, it can be understood as a positive factor because, when intimately involved in pregnancy and exposed to high levels of associated stress, they increase the quality of the relationship [E9].

The father is the best support for the mother during pregnancy. The goal is to create ideal conditions for both mother and baby [E7], showing concern predominantly in the third trimester of pregnancy [E2]. Its presence is profoundly related to birth weight and prematurity [E8].

Prenatal care for the pregnant woman is considered to be of great relevance and satisfaction to parents. Fathers, when accepted by health professionals, interact more frequently with the family, that is, they feel more involved in the pregnancy process once they take on this responsibility, strengthening the relationship with the partner.

In short, over time the father's role in pregnancy has been changing. Increasingly it is seen as indispensable in the involvement with the mother and baby. In this way, the father, despite all the less

positive feelings, difficulties and barriers, nowadays plays a shared role and is also the target of maternal and obstetrical health nursing care.

In nursing, looking at the family as a whole occupies a place of great importance, because care's excellence is intrinsically related to the experience of a healthy pregnancy and a parenting full of significant emotions.

In the genesis of the present review was the inevitable determination and curiosity to understand to what extent the father is important during the pregnancy. In this sense, a path of research and commitment was pursued which, in a general way, allowed answering the research question initially formulated. Of all the studies found and explored, 10 articles were selected for analysis. After being examined individually and finally discussed with the other bibliographical references, it is believed that it was possible to respond to the guiding objectives. It became pertinent, for analysis purpose, to group into subthemes: father's mental representation, pregnancy becomes real for the father, commitment of the father with the fatherhood, role of the parents in the life of the family.

As far as the father's mental representation is concerned, it has been found that the father often feels fear and anxiety. However, at the same time, feelings of joy, occupy a primordial role in pregnancy. In this perspective of care nurses acquire a fundamental role that will help to overcome one of the major transitions of an adult's life. For, it assists, and educates techniques and strategies to adapt to fatherhood and therefore a healthy transition.

CONCLUSION

Father's involvement and inclusion during pregnancy plays a key role in building trust and leading to better management of stress caused by the transition to parenting of all family members. Research on the father's importance during pregnancy is a significant contribution for nurse's intervention in antenatal care, since their cooperation has great advantages, such as increased parental confidence and gratitude. When included in care, fathers end up being more involved in the pregnancy process. Thus, this study has brought to nursing several contributions, namely the importance of decentralizing mother's / baby's health care, focusing on the family as a whole and father's teaching / education, which is essential. It helps them so that they can achieve the role of idealized father. However, it also has an impact on society, denoting a change in attitudes and acceptance of the divergence of the parent's role. In the course of the research, it is pertinent to highlight the following limitations, namely in the search of studies that provide a more effective response to the objectives initially proposed. To develop this review it was necessary to analyse numerous articles for selection and data extraction, with different methodological approaches, so that pertinent results could be compiled. It is important to emphasize that the subject under study is very pertinent, and was for the authors a challenge and a motivation for the work developed. However, there is a need to develop more research and disseminate the results to parents and nurses, since there is little information on strategies that health professionals can adopt to help parents in the transition to fatherhood.

BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

- Åsenhed, L., Kilstam, J., Alehagen, S., & Baggens, C. (2014). *Becoming a father is an emotional roller coaster - an analysis of first-time fathers' blogs*. *Journal of Clinical Nursing*, 23(9/10), 1309-1317.
- Benokraitis, N. V. (2007). *Marriages & families: changes, choices, and constraints*. Princeton, NJ: Prentice Hall.
- Bogren Jungmarker, E., Lindgren, H., & Hildingsson, I. (2010). *Playing Second Fiddle Is Okay—Swedish Fathers' Experiences of Prenatal Care*. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(5), 421-429
- Cherlin, A. (2004). *The deinstitutionalization of American marriage*. *Journal of Marriage and Family*, 72, 403-419.
- Halle, C., Dowd, T., Fowler, C., Rissel, K., Hennessy, K., MacNevin, R. & Nelson, M. A. (2008). *Supporting fathers in the transition to parenthood*. *Contemporary Nurse*, 31:1, 57-70. doi:10.5172/conu.673.31.1.57.
- Hildingsson, I., Haines, H., Johansson, M., Rubertsson, C. & Fenwick, J. (2014). *Childbirth fear in Swedish fathers is associated with parental stress as well as poor physical and mental health*. *Midwifery*, 30(2):248-54. doi: 10.1016/j.midw.2013.12.012 .
- Johnsen, H., Stenback, P., Halldén, B., Crang Svalenius, E., & Persson, E. K. (2017). *Nordic fathers' willingness to participate during pregnancy*. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 35(3), 223-235.
- Jordan, P. (1990). *Laboring for relevance: expectant and new fatherhood*. *Nursing Research*, 39(1), 11-16.
- Kao, C., & Long, A. (2004). *First-time Taiwanese expectant fathers' life experiences during the third trimester of pregnancy*. *Journal Of Nursing Research (Taiwan Nurses Association)*, 12(1), 60-71.
- Kuljanić, K., Dorčić, T. M., Bistrotić, I. L., & Brnčić-Fischer, A. (2016). *Prospective Fathers: Psychosocial Adaptation and Involvement in the Last Trimester of Pregnancy*. *Psychiatria Danubina*, 28(4), 386-394.
- Lewis, S., Lee, A., & Simkhada, P. (2015). *The role of husbands in maternal health and safe childbirth in rural Nepal: a qualitative study*. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 15(1), 162.
- Linn, J.; Wilson, D. & Fako, T. (2015). *Historical Role of the Father: Implications for Childbirth Education*. *International Journal of Childbirth Education, International Journal of Childbirth Education*, 30 (1), 12-18.
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusodidata.
- Marques, T. (2016). *Aceitação e vivência da gravidez no casal*. in Néné, M., Batista, M., & Marques, R. (Ed.). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. (1ª ed.) Lisboa: Lidel.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... Group, P.-P. (2015). Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4, 9. doi:10.1186/2046-4053-4-1
- Poh, H., Koh, S. & Seow, H. (2013). *First-time fathers' experiences and needs during pregnancy and childbirth: A descriptive*

- qualitative study. *An International Journal Midwifery*. 24 (3), 1–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.002>
- Rosich-Medina, A., & Shetty, A. (2007). Paternal experiences of pregnancy and labour. *British Journal of Midwifery*. 15(2), 66-70.
- Sansiriphun, N., Kantaruksa, K., Klunklin, A., Boasuang, C. & Jordan, P. (2010). *Thai men becoming a first-time father*. *Nurs. Health Sci*. 12, 403-409.
- Schaurich, D. & Crossetti, M. (2010). *Produção do Conhecimento sobre Teorias de Enfermagem: análise de periódicos da área*. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 14, (1), 182-88. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000100027>.
- Silva, M. & Lopes, N. (2016). *Comunicação Intrauterina*. in Néné, M., Batista, M. & Marques, R. (Ed.). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. (1ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Silverstein, L.; Auerbach, C. (1999). *Deconstructing the essential father*. *American Psychologist*. 54, (6), 397-407.
- Souza, M.; Silva, M. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrative: o que é e como fazer. *Einstein*. 8,(1 pt 1):102-108.
- Straughen, J. K., Caldwell, C. H., Young, A. J., & Misra, D. P. (2013). *Partner support in a cohort of African American families and its influence on pregnancy outcomes and prenatal health behaviors*. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 13187.
- Tamis-LeMonda, C. S., & McFadden, K. E. (2010). Fathers from low-income backgrounds: Myths and evidence. in M. E. Lamb (Ed.). *The role of the father in child development* (5th ed., 296-318). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Widarsson, M., Engström, G., Tydén, T., Lundberg, P., & Hammar, L. M. (2015). 'Paddling upstream': Fathers' involvement during pregnancy as described by expectant fathers and mothers. *Journal Of Clinical Nursing*. 24(7-8), 1059-1068.



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 enviados em suporte informático para riis@esencfvpoa.eu, acompanhados da Declaração do Autor, que se encontram na página <https://www.essnortecvp.pt>

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 datilografados, letra Calibri, tamanho 11, espaço 1,5, em formato word, justificado, páginas em formato A4, evitando negritos e sublinhados, variação de tipo de letra, fundos de cor. O artigo não deverá ultrapassar as 15 páginas incluindo referências, tabelas e figuras.

As tabelas e as figuras só devem ser incluídas se absolutamente necessárias para a compreensão do artigo. Têm de ser identificadas ao longo do texto com a numeração por ordem de inclusão. As tabelas têm de apresentar o número e título em cabeçalho. As figuras têm de apresentar a sua identificação no rodapé. No caso de conterem abreviaturas, devem ser apresentadas nos rodapés das mesmas.

Os artigos de investigação empírica deverão conter as seguintes secções: Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Enquadramento/Fundamentação Teórica, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências bibliográficas.

Os artigos de revisão deverão conter as seguintes secções: Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Procedimentos Metodológicos de Revisão, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências bibliográficas.

Os artigos teóricos/ensaios deverão conter as seguintes secções: Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Desenvolvimento/Dissertação, Conclusão, e Referências bibliográficas.

Título: máximo 12 palavras. Escrito em português, inglês e espanhol.

Resumo: máximo 200 palavras. Deve incluir a divisão pelas seguintes secções: enquadramento, objetivos, metodologia, resultados e conclusão.

Palavras-chave: máximo 4, escritas em português, inglês e espanhol. Devem estar transcritas de acordo com os descritores MeSH (disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> e/ou <http://decs.bvs.br/>).

Introdução: Enunciado do problema, argumentos de relevância de acordo com a literatura. Objetivos do estudo.

Enquadramento / Fundamentação Teórica: Apresentação do estado da arte relativa ao tema em estudo. Sugere-se a inclusão de trabalhos publicados nos últimos 5 anos, indexados em base de dados.

Metodologia: Amostra/Participantes/População/Tipo de estudo/ Desenho. Instrumentos de recolha de dados, procedimentos e considerações ético-legais. Técnicas de análise de dados utilizadas.

Resultados: Apresentação e análise de dados. Rigor da análise.

Discussão: Análise comparativa dos resultados com o conhecimento existente acerca do tema e relevância dos novos conhecimentos que emergem do estudo.

Conclusão: Conclusões relacionadas com os objetivos/questões/hipóteses de investigação. Os resultados devem suportar ou refutar a temática estudada e apresentada no artigo. Limitações do estudo. Implicações para as ciências da saúde, educação e investigação. Sugestões para investigações futuras.

Agradecimentos: (facultativo) Devem ser evidenciados todos os apoios, financeiros, técnicos ou institucionais, que contribuíram para o

desenvolvimento do trabalho, mas que não têm peso de autoria.

Normas de referência bibliográfica: deve ser utilizada a norma da *American Psychological Association (APA)* 6ª Edição. As referências devem ser de fonte primária, incluídas no texto, cuja apresentação deve ser feita por ordem alfabética. Sugere-se a integração de uma referência publicada na RIIS.

(Exemplos para a elaboração das Referências bibliográficas)

ESPECIFICAÇÃO DE AUTOR

Com 1 Autores

Bolander, V. (1998)

Com 2 a 7 Autores:

Roper, N., Logan, W., & Tierney, J.

Com mais de 7 autores:

Cooper, I., Eagle, K., Home, L., Robertson, A., Taylor, D., Reims, H. ... Smith, W.A.

Editor como Autor:

Melo, M. C., & Lopes, J. M. (Eds).

Autor Coletivo:

Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis

Sem Autor Expresso:

Entrada pelo título se a obra é anónima no local do autor coloca-se Anónimo

PUBLICAÇÃO SEM ANO

Autor (s.d.).

LIVROS

Um autor

Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental*. (1ª ed). Lisboa: Lusodidacta.

Dois a sete autores

Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. J. (1995). *Modelo De enfermagem*. (3ª ed.) Alfragide: McGraw-Hill.

Oito ou mais autores, coloque os seis primeiros nomes dos autores, seguido de reticências e o último autor

Benavente, A., Silva, R., Gomes, P., Aníbal, A., Guerra, B., Santos, P.,... Simões, C. (1987). *Do outro lado da escola*. Lisboa. Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.

Editor literário

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 internacional politics. In L. Meuleman (Ed.), *Transgovernance: Advancing sustainability governance* (pp. 163-211). Berlin: Springer

Coletividade autor:

Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Direção Geral da Saúde

Teses, dissertações e outras provas académicas

Ferreira, P. (2004). *Melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde ao doente diabético tipo 2* (Tese de Mestrado). Instituto de Higiene e Medicina Social da Faculdade de Medicina.

Atas de congressos

Congresso Nacional de bibliotecários, arquivística e documentalista (1987). *Integração europeia: um desafio à informação: atas de conferência*. Coimbra: Minerva, 1987.

ARTIGOS DE PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS

(Nota: A nível de autores segue as regras do livro)

Gomes, R. M. (2012, Janeiro). Serra da Estrela. *Revista Fugas*, 152, (4), 20-21.

DOCUMENTOS LEGISLATIVOS E JUDICIAIS

Decreto-Lei nº 192/89 de 08 de Junho (1989). *Diário da República nº 131/89. I Série*. Ministério, da agricultura pescas e alimentação. Lisboa, Portugal.

PORTARIA nº 1111/89 de 29 de Dezembro (1989) *Diário da República nº 298. I Série*. Ministérios das Finanças e da Indústria e Energia. Lisboa, Portugal.

DOCUMENTOS ELETRÓNICOS

Livros

Almodovar, A., & Cardoso, J. L. (1998). *A history of portuguese economic thought* London: Routledge. Retirado de URL:<http://www.ebrary.com/lib/mctbrasil>

Artigos de publicações periódicas

Nono, M. A. & Mizukami, N. (2002). Casos de ensino e processos de aprendizagem profissional docente. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 83 (203), 172. retirado de <http://site.ebrary.com/lib/mctbrasil/Doc?id=10055894&ppg=172>>. ISSN 0034-71803.

CHECKLIST DE AUTOVERIFICAÇÃO

Preencher e enviar à Revista, juntamente com o artigo e a declaração única do autor.

SECRETARIADO EDITORIAL

Código do artigo	
Título	

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.
- Máximo 7 autores.

Título

- Escrito em português, inglês e espanhol.
- Máximo 12 palavras.

Resumo

- Está apresentado em português, inglês e 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 a submissão do artigo via e-mail.

Enviei os seguintes documentos:

- Artigo integral*;
- CHECKLIST de autoverificação*;
- Declaração única do autor*.

IV CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

Na resposta ao mundo em mudança

www.essnortecvp.pt



10th - 12th

Abril | April

2019

10 de abril- Workshops

11 e 12 de abril- Conferência

IV International Conference of Health Research
Responding to the changing world

IV Conferencia Internacional de Investigación en Salud
En la respuesta al mundo en cambio

Entidade Organizadora



Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Email
sec.dir@esefcvpoa.eu | investigacao@esefcvpoa.eu

Contactos
Telf: (+351) 256 661 430 | Tm: (+351) 9169 612 565
Fax: (+351) 256 661 430

Morada:
Rua da Cruz Vermelha, Cidacos, Ap. 1002,
3720-126 Oliveira de Azeméis