

RIIS

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde

RIIS

Revista de Investigação & Inovação em Saúde

Vol. 2 N.º 1 | Junho 2019

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



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA





R|I|S

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde

Editorial

A promoção da saúde nas instituições de ensino superior

Na atualidade a maioria dos países encontra-se em transformação social, como resultado do crescimento populacional, envelhecimento e urbanização, juntamente com as mudanças ambientais. Neste contexto, os processos de saúde e doença são muitas vezes acelerados pela globalização do comércio e comunicação assim como emergências complexas.

A sociedade civil e os cidadãos em geral esperam que instituições de ensino superior sejam espaços de vanguarda de conhecimento científico e tecnológico, sendo desejável que, em relação à aquisição de aptidões dos estudantes, coexista um investimento na plenitude do desenvolvimento humano, que só se atingirá se o sistema educativo investir em saúde.

As instituições de ensino superior enquanto contextos promotores de saúde são lugares onde as pessoas vivem e experimentam diferentes aspetos das suas vidas, formando indivíduos, futuros profissionais e decisores políticos com potencial para influenciar as condições que afetam a qualidade de vida das pessoas.

As unidades de investigação abriram as suas portas aos estudantes, com atividades de investigação e inovação desde os primeiros anos de ensino, permitindo-lhes a oportunidade de desenvolver o seu interesse na área da investigação em saúde. Os jovens estudantes, desde logo começam a contactar com investigadores conceituados, materiais afetos à investigação, à produção científica e tecnológica e aos resultados produzidos, proporcionando-lhes através do desenvolvimento do ensino, da investigação e da partilha de conhecimentos contribuir para o bem-estar da comunidade académica e para a avaliação da eficácia dos programas de intervenção em educação para a saúde, e ainda para o desenvolvimento de competências de raciocínio crítico e de tomada de decisão para o exercício profissional.

O principal objetivo da revista RIIS é contribuir para a valorização do conhecimento e dos resultados da articulação entre ensino e a investigação, tornando visível a produção científica dos autores, para que seja validado e efetivamente útil para a sociedade e para o mundo.

Fernanda Príncipe, PhD

Editor Adjunto da Revista de Investigação & Inovação em Saúde

Sumário | Summary | Resúmen

Editorial

ARTIGOS DE INVESTIGAÇÃO

- 7 Normotermia no perioperatório: prespetiva do enfermeiro
Helena Penaforte, Carla Sá, Lurdes Seara, Maria João Costa, Alice Mendes
- 19 Cárie dentária e fatores sociodemográficos em crianças com e sem fissuras labiopalatina
Thaieny Ribeiro da Silva, Mariela Peralta-Mamani, Heitor Marques Honório, Izabel Regina Fischer Rubira-Bullen, Narciso de Almeida Vieira, Gisele Silva Dalben
- 33 O significado dos cuidados de enfermagem para o enfermeiro docente
Diogo Moura, Susana Santos, Delfina Teixeira, Helena Penaforte, Catarina Sequeira, Cristina Moura
- 41 Prespetiva dos estudantes e docentes acerca do debriefing na prática simulada
Liliana Mota, Catarina Maia, Filipa Soares, Tiago Marreiros, Ana Rita Silva, Rui Freitas
- 51 Preocupações do estudante trabalhador do curso de enfermagem nas suas práticas clínicas
Vitor Machado, Cristina Sequeira, Delfina Teixeira, Susana Santos, Helena Penaforte, Diana Pereira

ARTIGOS DE REVISÃO

- 63 Prevalência das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho dos enfermeiros: revisão integrativa
Liliane Castelôa, Sónia Luís, Tiago Romeiro, Isabel Oliveira

NORMOTERMIA NO PERIOPERATÓRIO: PERSPETIVA DO ENFERMEIRO

Perioperative normothermia: nurses perspective

La normotermia en el perioperatorio: perspectiva del enfermeiro

Helena Penaforte*, Carla Sá*, Lurdes Seara*, Maria João Costa*, Alice Mendes*

RESUMO

Enquadramento: a hipotermia é uma complicação frequente durante o procedimento anestésico-cirúrgico, sendo o enfermeiro de bloco operatório, determinante na garantia da normotermia no perioperatório. **Objetivo:** conhecer a perspetiva do enfermeiro sobre normotermia no perioperatório. **Metodologia:** estudo qualitativo, exploratório e descritivo. Participaram 10 enfermeiros, voluntários, em funções no bloco operatório. Para a colheita de informação, recorreu-se à entrevista semiestruturada, submetida posteriormente a técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** i) a importância da normotermia no perioperatório surge orientada para promoção da segurança do doente cirúrgico; ii) e a normotermia como alvo de monitorização, ganha sentido pelo reconhecimento e uso de procedimentos, identificação de sinais, sintomas ou complicações e pelo recurso à escala de avaliação do conforto térmico. **Conclusão:** evidenciou-se a importância da normotermia na garantia da segurança e conforto do doente cirúrgico. A prática dos registos e o uso da escala de avaliação do conforto térmico surgem como fragilidades no perioperatório. Ressalta a necessidade de assegurar estratégias para garantir a normotermia no perioperatório.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem; cuidados perioperatórios; temperatura corporal

ABSTRACT

Background: hypothermia is a frequent complication during the anesthetic-surgical procedure, and the operating room nurse is fundamental to ensure normothermia in perioperative care. **Objective:** to study the nurses' perspective on the normothermia in the perioperative period. **Methodology:** qualitative, exploratory and descriptive study. Ten nurses working in the operating room, participated, voluntarily, in the study. To collect data, we used a semi-structured interview, which was subsequently submitted to a content analysis. **Results:** i) the importance of normothermia in perioperative care is oriented to promote the safety of the surgical patient; ii) The normothermia as a monitoring target, as a gained importance through the recognition and use of procedures, identification of signs, symptoms or complications, and the use of thermal comfort assessment. **Conclusion:** it was showcased the importance of maintaining normothermia to guarantee the safety and comfort of the surgical patient. Proper clinical records and the use of the thermal comfort assessment appear as weaknesses in the perioperative care. It is underlined the need to assure strategies in the normothermia in perioperative care.

Keywords: nursing care; perioperative care; body temperature

RESUMEN

Encuadramiento: la hipotermia es una complicación frecuente durante el procedimiento anestésico-quirúrgico, siendo el enfermero del quirófano un elemento determinante. **Objetivo:** conocer la perspectiva del enfermero sobre la normotermia en el perioperatório. **Metodología:** estudio cualitativo, exploratório y descriptivo. Participaron 10 enfermeros, voluntarios, todos ellos trabajando en el quirófano. Para recoger la información se recurrió a la entrevista semiestructurada, sometida posteriormente a técnica de análisis de contenido. **Resultados:** i) la importancia de la normotermia en el perioperatorio surge como orientación para promover la seguridad del paciente quirúrgico; ii) la normotermia como objetivo de monitorización alcanza sentido por el reconocimiento y uso de procedimientos, identificación de señales, síntomas o complicaciones y por el recurso a la utilización de la escala de evaluación de confort térmico. **Conclusión:** se demostró la importancia de la normotermia en la garantía de la seguridad y confort del paciente quirúrgico. La práctica de los registros y el uso de la escala de evaluación de confort térmico surgen como fragilidades en el perioperatório. A resaltar, la necesidad de asegurar estrategias para garantizar la normotermia en el perioperatorio.

Palabras clave: cuidados de enfermería; cuidados perioperatorios; temperatura corporal

*Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado - nepenaforte@gmail.com

Como Referenciar:

Penaforte, H.; Sá, C.; Seara, L.; Costa, M. J.; & Mendes, A. (2019). Normotermia no perioperatório: perspetiva do enfermeiro. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(1), 7-17

Recebido para publicação em: 26/03/2019
Aceite para publicação em: 28/06/2019

INTRODUÇÃO

A Sociedade Americana de Anestesia (ASA) recomenda como monitorização básica de qualquer procedimento anestésico, além da avaliação contínua da oxigenação, ventilação e circulação, a temperatura corporal. O objetivo central da avaliação deste parâmetro é a manutenção de uma temperatura corporal adequada, durante todo o procedimento anestésico (Azenha et al., 2017).

Decorrente de uma indução anestésica advém a inibição do mecanismo de vasoconstrição responsável pela manutenção da temperatura. Deste modo, ocorre vasodilatação, maior aporte sanguíneo nas extremidades e a perda de calor corporal no doente cirúrgico, dando lugar à hipotermia. No caso da anestesia loco-regional há um bloqueio periférico da vasoconstrição abaixo do nível do bloqueio, resultando também, em perda de calor corporal. Na combinação dos dois tipos de anestesia, a desregulação da temperatura é mais acentuada (Kamal & Hussein, 2011).

A hipotermia inadvertida pode constituir-se num problema sério que segundo Bindu, Bindra & Rath (2017) afeta os doentes cirúrgicos, quer em regime de ambulatório quer em regime convencional, podendo variar a sua incidência entre 26% e 90%. Desta forma, é crucial a implementação de medidas preventivas da hipotermia no perioperatório o mais precocemente possível (Azenha et al., 2017). Compete aos profissionais de saúde a responsabilidade de atuar, nomeadamente, ao enfermeiro do perioperatório, assumindo este, um papel relevante na prevenção e tratamento da hipotermia, com a adequação de intervenções eficazes (Poveda & Galvão, 2011).

Para a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP, 2017) o fenómeno da hipotermia no perioperatório também tem sido alvo de preocupação. Assim, AESOP considera que a normotermia está relacionada com a variação normal da temperatura central, a qual pode oscilar entre 36°C e 38°C. A normotermia resulta de um equilíbrio dinâmico entre o ganho e a perda de calor, pelo que se torna necessário a sua manutenção durante o período perioperatório (Azenha et al., 2017). Segundo o mesmo autor este período tem início com a chegada do doente cirúrgico ao bloco operatório, prolongando-se até 24 horas após admissão na Unidade de Cuidados pós-anestésicos (UCPA). A propósito, a AESOP (2017) recomenda a monitorização da temperatura corporal, enquanto intervenção de enfermagem no perioperatório.

Cabe ao enfermeiro no perioperatório intervir de modo a garantir a segurança do doente e salvaguardar as condições ideais do ambiente cirúrgico, cuidando da pessoa, atendendo à sua individualidade e vulnerabilidade antes, durante e após a cirurgia. Compete-lhe, promover a gestão do risco e o ambiente propício aos cuidados, adequando uma resposta na garantia da segurança da pessoa alvo da intervenção (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

Segundo Poveda & Galvão (2011), a prática profissional em contexto de perioperatório requer mais investimento na atenção à normotermia. Também, Bindu et al. (2017) identificaram que a temperatura continua a ser pouco monitorizada.

Por outro lado, e atendendo a que a segurança do doente cirúrgico e a redução de complicações associadas ao evento anestésico-cirúrgico são metas

dos cuidados de enfermagem é imperativo uma adequada resposta do enfermeiro na garantia da normotermia no perioperatório. Tendo por base os fundamentos sobre a importância da normotermia no perioperatório e da intervenção do enfermeiro na mesma, torna-se relevante conhecer a perspectiva dos enfermeiros sobre a normotermia no perioperatório.

ENQUADRAMENTO

A situação de hipotermia no doente cirúrgico ocorre com frequência devido às alterações na termorregulação, não só pelo efeito anestésico, responsável pela redução de 20% na produção metabólica de calor, mas também, devido à temperatura ambiente, ao ambiente frio da sala operatória (Lopes, Magalhães, Sousa & Araújo, 2015). Segundo a AESOP (2017) é fundamental manter a temperatura das salas operatórias entre 20°C – 25°C, e na Unidade de Cuidados Pós-anestésicos (UCPA) deve rondar os 24°C, pois, todos os fatores térmicos, incluindo a temperatura ambiente, devem ser mantidos de modo a poderem favorecer a manutenção e/ou recuperação da normotermia.

Bernardis, Silva, Gozzani, Pagnocca & Mathias (2009) consideram a hipotermia como sendo um fenómeno que representa uma das complicações mais comuns durante o procedimento anestésico, atingindo aproximadamente 70% dos doentes cirúrgicos. Por sua vez, Amante, Slomochenski, Teixeira & Bertoncello (2012) no estudo que realizaram, em 83% da sua amostra foi verificada hipotermia durante a cirurgia, ocorrendo com maior frequência entre os 61 minutos e os 240 minutos, após o início da mesma.

Relativamente à ocorrência de hipotermia, Moysés, Trettene, Navarro & Ayres (2014) referem ser mais

frequente em cirurgias longas, com descida acentuada entre 40 e os 60 minutos, após o início da indução anestésica. Para estes autores, monitorizar a temperatura central em todos os procedimentos cirúrgicos é essencial, particularmente naqueles com duração superior a 30 minutos.

A hipotermia no perioperatório induz o aparecimento de várias complicações, entre elas, as coagulopatias, aumento da necessidade de transfusão sanguínea, eventos do miocárdio, tal como enfarte, taquicardia, hipertensão, infeção do local cirúrgico, desconforto térmico, tremores (*shivering*), diminuição do metabolismo dos fármacos e recuperação prolongada (Danczuk et al, 2016). Também, Wartting, Anderson, Campbell & Smith (2014) salientaram que a hipotermia triplica a incidência de eventos cardíacos adversos.

Pereira (2016) num estudo onde comparou doentes normotérmicos e hipotérmicos no perioperatório, salientou que a diminuição da temperatura em 1,4°C no perioperatório pode aumentar até três vezes a incidência de eventos coronários em idosos. Verificaram ainda, que os doentes hipotérmicos apresentam um tempo de internamento superior aos normotérmicos. Do mesmo modo, para Hong-Xia, Xbijian, Hong & Zhiqing (2010), além do maior tempo de internamento, aumenta ainda a necessidade em unidade de cuidados intensivos.

Durante um procedimento anestésico, para além da inibição dos mecanismos fisiológicos da termorregulação, a exposição do corpo a um ambiente frio, a desinfeção da pele com soluções antissépticas frias, a infusão de fluidos não aquecidos, a ventilação mecânica e o tipo de anestesia a que o doente é submetido predispoem à hipotermia no

perioperatório (Azenha et al, 2017). A estes, acrescentam outros fatores de risco tais como a idade extrema, baixo índice de massa corporal, vítimas de trauma, *sépsis* e queimaduras, pressão arterial sistólica no período pré-operatório inferior a 140mmHg e a duração do ato cirúrgico (Hooper et al., 2010).

Torossian, et al. (2015) defendem que os doentes que se encontrem hipotérmicos na admissão na UCPA devem ser aquecidos ativamente e a temperatura monitorizada a cada 15 minutos até atingirem a normotermia.

No que diz respeito à administração de grandes volumes de fluídos no perioperatório, esta parece estar associada à diminuição da temperatura central, recomendando o seu aquecimento à temperatura de 37º C em infusões superiores a 500 ml/h, bem como, o aquecimento das soluções de irrigação a uma temperatura entre os 38 e 40º C (Torossian, et al., 2015).

De acordo com Torossian, et al., (2015), num procedimento cirúrgico com tempo anestésico previsto acima dos 30 minutos, os doentes devem ser aquecidos ativamente, considerando o método de aquecimento por convexão como o mais eficaz, que consiste na utilização de mantas de ar quente forçado. Matias, Ferreira, Matos & Martins (2017) demonstraram vantagem na realização de um pré-aquecimento ativo com ar quente forçado durante 10 minutos, antes da indução anestésica, obtendo-se uma prevalência muito baixa de hipotermia no final da cirurgia.

A AESOP (2017) no sentido da prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida recomenda algumas práticas para o bloco operatório, nomeadamente o protocolo de monitorização no pré,

intra e pós-operatório, a documentação de cuidados de enfermagem, utilização de dispositivos de aquecimento, aquecimento de fluídos, rigor na avaliação da temperatura e formação dos enfermeiros. Sugere ainda, algoritmos de atuação para a admissão ao bloco operatório, durante a cirurgia e admissão na UCPA, bem como, a escala para avaliação do conforto térmico.

Com vista a evitar complicações associadas à hipotermia é fundamental que o enfermeiro do bloco operatório tenha as competências necessárias de modo a implementar medidas que atuem ao nível da sua prevenção (Silva & Peniche, 2014).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativo, de tipo exploratório, descritivo e transversal, com recurso à entrevista semiestruturada para a recolha de informação.

Para clarificar sobre a questão central do estudo “Qual a perspectiva do enfermeiro sobre a normotermia no perioperatório?” foi construído um guião de entrevista norteado por questões temáticas, orientadoras na condução da mesma informação (Fortin, Côte & Fillion, 2009).

A partir de uma amostra não probabilística e intencional (Fortin, 2009), participaram no estudo 10 enfermeiros, que trabalhavam em bloco operatório, provenientes de quatro hospitais do norte do país. Na seleção dos participantes, foram considerados como critérios de inclusão ser: i) enfermeiro com experiência em bloco operatório superior a 2 anos; ii) enfermeiro com experiência na área da anestesia/UCPA; iii) enfermeiro a exercer função em bloco operatório de cirurgia convencional. Foram critérios

de exclusão: i) enfermeiro ausente há mais de 3 meses; ii) enfermeiro a trabalhar apenas em blocos de cirurgia ambulatório; iii) enfermeiro a trabalhar apenas nas áreas de circulação/instrumentação.

A determinação do número de participantes obedeceu à saturação da informação (Fortin et al., 2009).

Os procedimentos éticos foram garantidos, sendo a cada participante fornecida informação sobre o estudo, nomeadamente, objetivos, finalidade, método de recolha de dados e formas de abordagem da informação. Foi ainda, garantida a confidencialidade da informação e o anonimato dos participantes, demonstrando disponibilidade para lhes divulgar os resultados finais. O local e o momento da entrevista foram geridos de acordo com a disponibilidade das partes envolvidas, sendo fornecido o termo de consentimento informado, assegurando-se a participação livre a cada participante.

A colheita de informação decorreu entre 15 de junho e 30 de julho de 2018. As entrevistas foram presenciais, com uma duração média de 25 minutos por entrevista e realizadas pelo mesmo entrevistador, em espaço exterior ao meio hospitalar e depois da jornada de trabalho dos participantes.

A informação proveniente das entrevistas foi registada em suporte de papel, documento elaborado para o efeito, a fim de facilitar a análise posterior. Para o tratamento da informação foi considerada a proposta de análise de conteúdo de Bardin (2009),

que após codificação das entrevistas, leitura e releitura dos discursos, foram identificadas e reagrupadas as categorias e subcategorias. As categorias e subcategorias foram sofrendo alterações à medida que decorreu a análise, para que estas se tornassem, como refere Bardin (2009) exaustivas, exclusivas, homogêneas, objetivas e pertinentes.

RESULTADOS

No estudo, a idade dos participantes oscilou entre 35 e 54 anos, três destes, eram do sexo masculino e sete do sexo feminino. O tempo de exercício profissional variou entre os 13 e os 32 anos e o tempo de exercício profissional em contexto de Bloco operatório, entre os 5 e os 21 anos. De entre os participantes, dois, eram detentores de título de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Da análise de conteúdo da informação, proveniente das entrevistas, procurou-se descobrir significados. O sentido foi conferido às áreas temáticas, sustentadas por categorias e subcategorias, em torno das práticas do enfermeiro na manutenção da normotermia no perioperatório.

Da análise efetuada, a área temática “importância da normotermia no perioperatório”, surge associada às categorias i) “evitar complicações”, ii) “garantir a segurança do doente no peri e pós-operatório” e iii) “assegurar o conforto do doente cirúrgico”. A cada uma destas, estão associadas subcategorias e unidades de registos conforme se apresenta na tabela 1.

Tabela 1

Importância da normotermia para o enfermeiro do bloco operatório – categorias e subcategorias de significado

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Evitar complicações	Comprometimento cardíaco	<i>“É importante manter a normotermia devido ao comprometimento cardíaco (...)”</i> E1
	Instalação de hipotermia	<i>“(...) como as perdas energéticas (...) devido às baixas temperaturas existentes nas salas operatórias (...)”</i> E1; <i>“É importante para evitar complicações relacionadas com a hipotermia (...)”</i> E7
	Infeção do local cirúrgico	<i>“(...) prevenção da infeção da ferida operatória (...)”</i> E7 <i>“Proporcionar conforto...reduz a infeção no local cirúrgico (...)”</i> E9
	Perda sanguínea	<i>“Proporcionar conforto (...) diminuindo as perdas sanguíneas (...)”</i> E9
	Comprometimento da homeostasia	<i>“É importante manter a normotermia (...) e manutenção da homeostasia (...)”</i> E1 <i>“É importante para manter a homeostasia.”</i> E5
Garantir a segurança do doente cirúrgico no peri e pós-operatório	Assegurar o uso dos procedimentos	<i>“(...) é muito importante para (...) a segurança do doente (...)”</i> E6
	Sucesso da cirurgia	<i>“(...) é muito importante para o sucesso da cirurgia e da anestesia (...)”</i> E3
	Estabilização do parâmetro vital	<i>“(...) e manter a estabilidade do sinal vital(...)”</i> E9
Assegurar o conforto do doente cirúrgico	Diminuição da ansiedade	<i>“(...) diminuir a ansiedade(...)”</i> E9
	Diminuição do período de permanência na UCPA	<i>“(...) diminui o tempo de estadia na UCPA (...)”</i> E10

Sobre a área temática “A normotermia perioperatória como alvo de monitorização” foram inferidas as categorias: i) “procedimentos usados na monitorização da normotermia”; ii) “identificação de sinais e sintomas por alteração da normotermia”; iii)

“reconhecimento de complicações”; iv) “recurso da escala de avaliação do conforto térmico”. Na tabela 2, podem observar-se as categorias, respetivas subcategorias e unidades de registo.

Tabela 2

“A normotermia perioperatória como alvo de monitorização” - categorias e subcategorias de significado

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Procedimentos usados na monitorização da normotermia	Registo da temperatura pré-operatória	<i>“No meu serviço há registo da temperatura corporal no pré-operatório (check-list) E1, E3, E6</i> <i>“(...) existe avaliação da temperatura no pré-operatório (...)”</i> E4, E5
	A avaliação da temperatura corporal como prática irregular	<i>“(...) na cirurgia e no recobro (...) se demorar mais de uma hora pelo menos de hora a hora (...)”</i> E4 <i>“(...) uma vez na sala e uma vez no recobro e em S.O.S (...)”</i> E5 <i>“(...) hora a hora se houver hipotermia 15 em 15 minutos (...)”</i> E6 <i>“(...) Início da cirurgia (...)se houver grandes alterações, mais frequentemente (...)”</i> E7, E8, E9
	Aplicação das normas e procedimentos existentes	<i>“(...) há normas e protocolos (...) emanadas pela DGS e AESOP (...)”</i> E1

		<p>“(…) no meu serviço os do PPCIRA (…)” E7 “(…) as preconizadas pela AESOP (…)” E4, E6, E8. “(…) tenho conhecimento da norma da DGS (…)” E9 “não temos normas e protocolos no meu serviço (…)” E2, E4</p>
	Registo das intervenções efetuadas na alteração da normotermia	<p>“(…) registo o método utilizado para o aumento da temperatura (…)” E3, “(…) só registo em SOS (…)” E1 “(…) realizo registo das intervenções que executo, em campo próprio (…)” E6, E7, E10; “Não tudo (…)” E8</p>
Identificação de sinais e sintomas na alteração da normotermia	Não valorização dos sinais e sintomas	<p>“Não valorizo propriamente os sinais e sintomas da hipotermia peri-operatória (…)” E1</p>
	Avaliação de Sinais e sintomas presentes	<p>“(…) conheço os sinais e sintomas mais fáceis de verificar (…) arrepios e tremores (…)” E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9 “(…) má perfusão periférica (…)” E3, E4, E5, E6, E8 “(…) cianose labial (…)” E3, E5, E6, E7; “(…) confusão (…) sudorese (…)” E4 “(…) vasoconstrição (…)” E4, E6</p>
Reconhecimento de complicações	Alterações cardíacas e circulatórias	<p>“(…) podem surgir enfartes agudos do miocárdio (…)” E1 “(…) aumento da frequência cardíaca (…)” E2, E6 “(…) arritmias (…)” E1, E6, E7 “(…) aumento (…) tensão arterial (…)” E2</p>
	Alteração da metabolização dos gases e fármacos anestésicos	<p>“(…) torna mais difícil a eliminação e metabolização dos gases e fármacos anestésicos (…)” E2</p>
	Alteração do metabolismo	<p>“(…) alteração do metabolismo corporal (…)” E3 “(…) diminui o metabolismo(…)” E5</p>
	Comprometimento da segurança e conforto	<p>“(…) demasiado tempo exposto sem medidas de conforto térmico (…)” E4</p>
	Infeção do local cirúrgico	<p>“(…) as complicações são a infeção do local cirúrgico (…)” E5, E9, E10</p>
	Alteração do estado de consciência	<p>“(…) as complicações são alterações do estado de consciência (…)” E6</p>
O recurso à escala de avaliação do conforto térmico	Desconhecimento da existência da escala de conforto térmico	<p>“(…) nem tenho conhecimento de nenhuma (…)” E3, E5, E7</p>
	Conhecimento da escala sem uso da mesma	<p>“(…) Tenho conhecimento de uma escala de conforto térmico da AESOP” E1, E4, E6 “(…) mas não utilizamos (…)” E1, E3, E4, E6, E7, E8, E9 “(…) não avaliamos o conforto do doente através de escala (…)” E2, E10</p>

DISCUSSÃO

Relativamente à importância da normotermia a produção de sentido surge associada às categorias evitar complicações, garantir a segurança do doente no peri e pós-operatório e ao assegurar o conforto do doente cirúrgico. Ou seja, a da normotermia ganha relevância, porque é importante para evitar complicações, nomeadamente o comprometimento cardíaco, instalação de hipotermia, evitar a infeção do local cirúrgico, a perda sanguínea e o

comprometimento da homeostasia, conforme inferido das subcategorias. O inferido vem ao encontro das complicações descritas sobre as complicações resultantes da hipotermia no período perioperatório (Danczuk et al., 2016; Pereira, 2016; Silva & Peniche, 2014; Warttig et al., 2014).

Também, para os participantes, a normotermia adquire importância por garantir a segurança do doente, na medida em que urge assegurar o uso dos procedimentos, o sucesso da cirurgia e a estabilização

do parâmetro vital, como preconizado pela AESOP (2017) e Azenha et al. (2017). Implicitamente, está em consonância com o referido por Moysés et al. (2014), pois, o essencial é monitorizar a temperatura central em todos os procedimentos cirúrgicos, especialmente nos de duração superior a 30 minutos. Reitera, a necessidade apontada por Poveda & Galvão (2011), em implementar protocolos de cuidados direcionados para intervenções eficazes, no sentido da prevenção da hipotermia. Assegurar o uso de procedimentos e a estabilização do parâmetro vital, concorrem para a garantia da segurança do doente cirúrgico no perioperatório, como defendido por Azenha et al. (2017) e pela AESOP (2017).

Por outro lado, é importante assegurar o conforto do doente cirúrgico relativamente à normotermia, porque contribui para a diminuição da ansiedade e para a diminuição do período de permanência na UCPA, indo de encontro ao apurado por Ribeiro et al. (2017) que defendem que a hipotermia provoca alteração da farmacocinética e farmacodinâmica da maioria dos anestésicos prolongando o tempo de estadia na UCPA.

Para os enfermeiros participantes, a normotermia é tida como importante, associando-a ao evitar complicações, garantir a segurança do doente cirúrgico e assegura o seu conforto. Implicitamente reconhecem a pertinência da intervenção na normotermia. Resultados que corroboram os de Poveda & Galvão, (2011), os quais defendem a implementação de métodos para manter a normotermia do doente cirúrgico no perioperatório como crucial, cabendo ao enfermeiro a implementação de intervenções eficazes para a prevenção ou tratamento da hipotermia,

inclusivamente, a diminuição das complicações associadas ao evento.

Da descrição sobre a importância da normotermia, infere-se o controlo do parâmetro vital como uma prática a consagrar durante o perioperatório, o que vem afirmar o descrito por Azenha et al. (2017), que a monitorização deve ser realizada em todos os doentes submetidos a procedimentos anestésicos. Urge uma prática importante, para a qual a AESOP (2017) apresenta recomendações visando a prevenção e controlo da hipotermia no perioperatório.

Relativamente à normotermia perioperatória como alvo de monitorização, assumem significado as categorias: procedimentos usados na monitorização da normotermia, identificação de sinais e sintomas por alteração da normotermia, reconhecimento de complicações e o recurso da escala de avaliação do conforto térmico.

Quanto aos procedimentos usados na monitorização da normotermia, perfilam o registo da temperatura pré-operatória, a aplicação das normas e procedimentos existentes e o registo das intervenções efetuadas na alteração da normotermia. Constatase que a avaliação da temperatura corporal emerge como uma prática irregular. Infere-se o reconhecimento e o uso de procedimentos essenciais à manutenção da normotermia, porém, não se assume como prática regular a avaliação da temperatura corporal. Resultado que se afasta do relatado por Azenha et al. (2017) que defendem a monitorização em todos os doentes submetidos a procedimentos anestésicos. Ou seja, embora se verifique o registo da temperatura, existe uma lacuna no registo dos procedimentos efetuados, contrapondo, em parte, com Bindu, Bindra & Rath

(2017), os quais constataram que a temperatura continua a ser pouco monitorizada no perioperatório e a hipotermia tratada ainda com menor frequência.

A identificação de sinais e sintomas por alteração da normotermia, assume significado ao salientar a avaliação de sinais e sintomas presentes, todavia, para alguns dos participantes, existe uma desvalorização destes sinais e sintomas, traduzindo-se como uma fragilidade.

O reconhecimento de complicações compreende subcategorias, como a identificação de alterações cardíacas e circulatórias, alteração da metabolização dos gases e fármacos anestésicos, alteração do metabolismo, comprometimento da segurança e conforto, infeção do local cirúrgico e alteração do estado de consciência. Resultado que vai ao encontro às complicações reconhecidas e descritas por Danczuk et al. (2016).

O recurso à escala de avaliação do conforto térmico, ganha sentido através das subcategorias, conhecimento da escala sem uso da mesma e o desconhecimento da sua existência, sugerindo orientações opostas, sendo evidenciado o não uso da mesma na manutenção da normotermia perioperatória, resultado que se afasta da prática recomendada para o uso da referida escala pela AESOP (2017).

Nas áreas temáticas emergentes, a normotermia surge associada a práticas que necessitam de intervenção para garantir o conforto e segurança do doente cirúrgico, no perioperatório.

CONCLUSÃO

Dos achados relativos à normotermia no perioperatório a partir da perspetiva do enfermeiro de bloco operatório, assumem significado as áreas temáticas: importância da normotermia e a da normotermia perioperatória como alvo de monitorização.

Da importância atribuída à normotermia, sobressai o sentido da promoção da segurança e conforto do doente cirúrgico, ressaltando o controlo do parâmetro vital, temperatura corporal, como uma prática a consagrar durante o perioperatório.

Da normotermia perioperatória como alvo de monitorização, a prática dos registos e uso da escala de avaliação do conforto térmico, não constituem uma prática implementada e uniformizada no perioperatório, traduzindo-se como fragilidade.

O registo do parâmetro da temperatura corporal, embora efetuado, não é acompanhado do registo dos procedimentos na abordagem das alterações à normotermia.

Dos resultados, aprez referir a necessidade de adequar estratégias, para assegurar normas e procedimentos de atuação, em torno da normotermia no perioperatório para garantir o conforto e a segurança do doente cirúrgico.

De salientar que no presente estudo, não são exploradas as estratégias e intervenções utilizadas pelo enfermeiro para garantir a normotermia no perioperatório, pelo que se oferece como limitação do mesmo. Também, o tipo de amostra utilizada por si só, pode constituir uma limitação do estudo. Face aos resultados, sugere-se o desenvolvimento de novas

investigações, com recurso a outro tipo de amostra, método e instrumento de recolha de informação, afim de obter novos contributos sobre o fenómeno da normotermia no perioperatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amante, L.N., Slomochenski, L.A., Teixeira, M.G., & Bertoncello, K.C. (2012). Ocorrência de hipotermia não planejada em sala de recuperação anestésica. *UNOPAR Científica, Ciências Biológicas e da Saúde*, 14 (4), 211-215.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses - AESOP (2017). *Práticas recomendadas para bloco operatório: prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida*. Retirado de: <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf>
- Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, L., Cruz, L., Carvalho, P.C., Macedo, A.L., & Gomes, M. (2017). Proposta de consensos de manutenção da Normotermia no período peri-operatório. *Revista Sociedade da Portuguesa de Anestesiologia*, 26(1), 27-37. Retirado de: <http://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/articloe/view/10884/8940>
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bernardis, R.C., Mauro, M.P., Gozzani, J.L., Pagnocca, M.L., & Mathias, L.A. (2009). Uso da manta térmica na prevenção da hipotermia intraoperatória. *Revista da Associação de Medicina Brasileira*, 55(4), 421-426. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n4/a17v55n4.pdf>
- Bindu B., Bindra A., & Rath G. (2017) Temperature management under general anesthesia: compulsion or option. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*, 33(3),306- 316. Retirado de: <http://www.joacp.org/text.asp?2017/33/3/306/214311>
- Danczuk, R.F., Nascimento, E.R., Hermida, P.M., Hagemann, L.B., Bertoncello, K.C., & Jung, W. (2016). Termometria timpânica e temporal na avaliação da hipotermia no intraoperatório de cirurgia abdominal em adultos. *Texto e Contexto Enfermagem*, 25(4), 1-10. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016007210015>
- Fortin, M. F., Côte, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Hong-xia, X., Xbi-jian, Y., Hong, Z., & Zhiqing, L. (2010). Prevention of hypothermia by infusion of warm fluid during abdominal surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 25(6), 346-365. Retirado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21126666>
- Hooper, V., Chard, R., Clifford, T., Fetzer, S., Fossum, S., Godden, B., ... Wilson, L. (2010). ASPAN's evidence based clinical practice guideline for the promotion of operative normothermia: second edition. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 25(6), 346-365. Retirado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21126665>
- Kamal, M., & Hussein, N. (2011). Prevention of postspinal shivering by using ketamine plus midazolam in comparison with nefopam. *Egyptian Journal of Anaesthesia*, 27(1), 1-5. Retirado de: <https://doi.org/10.1016/j.egja.2010.12.002>
- Lopes, I.G., Magalhães, A.M., Sousa, A.L., & Araújo, I.M. (2015). Prevenir a hipotermia no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 147-155. Retirado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a16.pdf>
- Matias, F., Ferreira, C., Matos, F.M., & Martins, M. (2017). Pré-aquecimento de dez minutos: uma boa forma de evitar a hipotermia. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 26(1), 19-25. Retirado de: <http://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/articloe/view/7710/8939>
- Moysés, A. M., Trettene, A.S., Navarro, L. H., & Ayres, J. A. (2014). Prevenção da hipotermia no transoperatório: comparação entre manta e

- colchão térmicos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 228-235. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000200005>
- Poveda, V.B. & Galvão, C.M. (2011). Hipotermia no período peri-operatório: é possível evitá-la? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 411-417. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a15>
- Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República II Série, Nº 135 (16-07-2018) 19359-19370. Retirado de: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>.
- Ribeiro, A.F., Pereira, E., Matias, F., Azenha, M., Macedo, A.L., & Órfão, M.R. (2017). Manutenção da normotermia peri operatória em Portugal: resultados de um inquérito de avaliação. *Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 26 (1), 11-17. Retirado de: <http://doi.org/10.25751/rspa.10127>
- Silva, A.B. & Peniche, A.C. (2014). Hipotermia perioperatória e aumento de infeção da ferida cirúrgica: estudo bibliográfico. *Einstein (São Paulo)*, 12 (4), 513-517. Retirado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082014RW2398>
- Torossian, A., Brauer, A., Hocker, J., Bein, B., Wulf, H., & Horn, E.P. (2015). Clinical practice guideline: preventing inadvertent perioperative hypothermia. *Deutsches Arzteblatt International*, 112(10), 166-172. Retirado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4383851/>
- Warting, S., Anderson, P., Campbell, G., & Smith, A.F. (2014). Interventions for treating postoperative hypothermia: review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. Retirado de: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009892.pub2/epdf>

CÁRIE DENTÁRIA E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS EM CRIANÇAS COM E SEM FISSURA LABIOPALATINA

Dental caries and sociodemographic factors in children with and without clefts

Caries dental y factores sociodemográficos en niños con y sin fisura labiopalatina

Thaieny Ribeiro da Silva*, Mariela Peralta-Mamani**, Heitor Marques Honório***, Izabel Regina Fischer

Rubira-Bullen****, Narciso de Almeida Vieira*****, Gisele da Silva Dalben*****

RESUMO

Enquadramento: indivíduos com fissura labiopalatina possuem higiene bucal precária e tendência de não manipular a região da fissura, contribuindo a um maior risco de cárie. **Objetivo:** descrever a prevalência de cárie e sua correlação com fatores sociodemográficos e cuidados de higiene bucal em crianças com fissura de lábio, comparadas a crianças sem fissuras. **Metodologia:** este estudo prospectivo transversal avaliou 145 crianças de 7 a 66 meses com FL (27,0±17,9 meses). No grupo comparativo foram 130 crianças sem fissura (38,5±17,99 meses). Foi realizada avaliação da cárie pelo índice ceo-d e os familiares responderam um questionário abordando aspectos sociodemográficos, hábitos dietéticos e de higiene bucal. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** a prevalência de cárie foi 30% no grupo de estudo e 21,53% no grupo comparativo (χ^2 , $p=0,089$). O índice ceo-d médio foi de 1,5±3,3 para o grupo de estudo e 0,8±1,9 para o grupo comparativo (teste T, $p=0,072$). Os aspectos sociodemográficos, higiene bucal e hábitos dietéticos não influenciaram na ocorrência de cárie ($p>0,001$). **Conclusão:** houve maior ocorrência de cárie em crianças com fissura nos incisivos superiores, tiveram menos aleitamento materno e introdução mais precoce do açúcar na dieta. Os familiares relataram mais receio na higiene bucal, entretanto foi iniciada mais precocemente.

Palavra-chave: fenda labial; cárie dentária; higiene bucal; odontopediatria

ABSTRACT

Background: individuals with cleft lip and palate present poor oral hygiene and their parents often fear touching the cleft region, contributing to a higher caries risk. **Objective:** to describe the caries prevalence and its correlation with sociodemographic factors and oral hygiene care in children with cleft lip and palate, compared to children without clefts. **Methodology:** this prospective cross-sectional study evaluated 145 children aged 7 to 66 months with clefts (27.0±17.9 months). The comparative group included 130 children without clefts (38.5±17.99 months). The evaluation was performed by the dmft index, and the relatives replied to a questionnaire addressing sociodemographic aspects, dietary habits and oral hygiene. The significance level adopted was 5%. **Results:** the caries prevalence was 30% in the cleft group and 21.53% in the comparative group (χ^2 , $p=0.089$). The mean dmft index was 1.5±3.3 for the cleft group and 0.8±1.9 for the comparative group (T test, $p=0.072$). The sociodemographic aspects, oral hygiene and dietary habits did not influence the occurrence of caries ($p>0.001$). **Conclusion:** there was higher caries prevalence in children with clefts on the maxillary incisors, lower access to breastfeeding and earlier introduction of sugar in their diet. The relatives reported more fear during oral hygiene, yet it was initiated earlier than in the comparative group.

Keywords: cleft lip; dental caries; oral hygiene; pediatric dentistry

RESUMEN

Encuadramiento: individuos con fisura labiopalatina tienen higiene bucal precaria y tendencia a no manipular la región de fisura, contribuyendo al riesgo de caries. **Objetivo:** describir la prevalencia de caries y su correlación con factores sociodemográficos y cuidados de higiene bucal en niños con fisura de labio, comparados a niños sin fisuras. **Metodología:** se evaluaron 145 niños de 7 a 66 meses con fisura (27,0±17,9 meses). En el grupo comparativo, hubo 130 niños sin fisura (38,5±17,99 meses). Se evaluó la caries por el índice ceo-d y los familiares respondieron cuestionarios abordando aspectos sociodemográficos, hábitos dietéticos e higiene bucal. El nivel de significancia adoptado fue de 5%. **Resultados:** la prevalencia de caries fue un 30% en el grupo fisura y 21,53% en el grupo comparativo (χ^2 , $p=0,089$). El índice ceo-d medio fue de 1,5±3,3 para el grupo con fisura y 0,8±1,9 para el grupo comparativo (prueba T, $p=0,072$). Los aspectos sociodemográficos, higiene bucal y hábitos dietéticos no influyeron en la ocurrencia de caries ($p>0,001$). **Conclusión:** hubo mayor ocurrencia de caries en niños con fisura en incisivos superiores, tuvieron menos lactancia materna e introducción más precoz de azúcar en dieta. Los familiares relataron más temor al hacer higiene bucal, sin embargo se inició más temprano.

Palabras clave: labio leporino; caries dental; higiene bucal; odontopediatria

* Doutora em Ciências da Reabilitação – Área de Concentração Fissuras Orofaciais. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo. - thaieny_ribeiro@yahoo.com.br

**Doutoranda do Departamento de Cirurgia, Estomatologia, Patologia e Radiologia. Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

***Professor associado do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva. Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

****Professora associada do Departamento de Cirurgia, Estomatologia, Patologia e Radiologia. Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo.

***** Biólogo, Especialista em Laboratório, Seção Laboratório de Análises Clínicas, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo.

*****Cirurgiã dentista da Seção de Odontopediatria e Saúde Coletiva. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo.

Como Referenciar:

Silva, T. R., Peralta-Mamani, M., Honório, H. M., Rubira-Bullen, I. R.F., Vieira, N. A., & Dalben G. S. (2019). Cárie dentária e fatores sociodemográficos em crianças com e sem fissura labiopalatina. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(1), 19-31

INTRODUÇÃO

A fissura labiopalatina (FLP) é um dos defeitos congênitos mais comuns entre as malformações que atingem a face do ser humano. Manifesta-se precocemente na vida intrauterina, resultante da falha no nivelamento dos processos faciais e palatinos (da quarta até a 12ª semana). Pode apresentar diversos graus de severidade, envolvendo total ou parcialmente o lábio, rebordo alveolar e palato (anterior e/ou posterior). Sua etiologia é multifatorial, incluindo fatores hereditários e ambientais (Trindade & Silva Filho, 2007).

A prevalência das FLP é de cerca de um em cada 700 indivíduos, com variação considerável entre regiões e etnias. Essa malformação engloba uma ampla variedade de alterações com extensões e amplitudes que determinam protocolos e prognósticos de tratamento distintos (Freitas, Dalben, Santamaria, & Freitas, 2004).

A reabilitação do indivíduo com fissura é extensa e complexa, e depende de um trabalho multidisciplinar no qual o papel do enfermeiro, usualmente um dos primeiros profissionais a ter contato com as famílias de bebês com fissuras, é primordial para o estabelecimento precoce de estratégias dietéticas e de higiene que minimizem os riscos a doenças bucais presentes neste grupo. A queiloplastia e a palatoplastia são as primeiras cirurgias plásticas reparadoras e têm como objetivo reconstruir o defeito morfológico no lábio e no palato, respetivamente, visando o restabelecimento estético e funcional com o mínimo de traumatismo e máximo de conservação das estruturas (Trindade & Silva Filho, 2007).

Na região da fissura ocorrem desvios anatómicos próprios da malformação ou das intervenções cirúrgicas, acarretando consequências dentárias e

esqueléticas, além da fibrose cicatricial labial resultante do reparo cirúrgico (King, Wong, & Wong, 2013). Respiração bucal, fístulas cicatriciais e fibrose cirúrgica podem dificultar a higiene bucal e favorecer a colonização microbiana da boca e o acúmulo de biofilme dental. Todos estes aspetos contribuem para um maior acúmulo de placa bacteriana na região do defeito ósseo, conseqüentemente aumentando o risco de cárie dentária.

ENQUADRAMENTO

Na infância precoce, a saúde bucal não representa prioridade para famílias de crianças com FLP, cujo foco principal neste período é a expectativa da reparação cirúrgica; ao longo do tempo, a expectativa da família se direciona à reabilitação da fala e à correção da má oclusão, negligenciando os aspetos de higiene bucal (HB). Pais de crianças com FLP geralmente se preocupam com os numerosos tratamentos médicos e cirúrgicos, não priorizando um cuidado bucal adequado (Hazza'a, Rawashdeh, Al-Nimri, & Al Habashneh, 2011). A família geralmente é permissiva em relação à dieta, permitindo também à criança recusar a realização da higiene bucal, além da tendência de não manipular a região da cirurgia por receio, o que contribui para um maior risco de desenvolvimento de cárie (Tannure, Costa, Kúchler, Romanos, Granjeiro, & Vieira, 2012).

Quando o indivíduo apresenta lesões de cárie ativas no momento da triagem pré-operatória para realização das cirurgias, estas devem ser totalmente removidas e os dentes restaurados com material definitivo. Assim, previnem-se possíveis intercorrências como infecção ou dor no pós-operatório, situações difíceis de serem controladas nesta fase (Dalben, Costa, Carrara, Neves, & Gomide,

2009). A cárie dentária em crianças com FLP pode estar relacionada à dificuldade na manutenção da HB, uma vez que estudos têm demonstrado que indivíduos com fissura têm pior HB comparados a indivíduos sem fissura, sendo que dentes adjacentes à fissura são mais frequentemente afetados pela cárie em um período mais curto de tempo (Hazza'a et al., 2011).

A dieta pode constituir um fator de risco à cárie dentária, especialmente nos bebês com FLP, principalmente aqueles com fissura envolvendo o palato, nos quais a sucção do leite materno é prejudicada pela pressão negativa intrabucal deficiente devido à comunicação buco-nasal, ou à ausência de integridade do músculo orbicular do lábio. Movimentos variáveis e inconsistentes da língua e das articulações, com arritmia de sucção, sugerem que a dificuldade de amamentação não está apenas relacionada à inabilidade de sugar, mas também às anormalidades anatômicas (Massarei, Sell, Habel, Mars, Sommerlad, & Wade, 2007).

Deste modo, há necessidade de um esforço adicional para sugar, resultando em cansaço e sono antes da criança estar completamente saciada (Dalben, Costa, Gomide & Teixeira das Neves, 2003). Com a dificuldade de aleitamento materno, o primeiro contato destes bebês com o biberão costuma ocorrer muito precocemente, principalmente para a ingestão de leite. Geralmente, açúcar é acrescentado ao biberão, ou é utilizado leite em pó industrializado, cuja formulação já contém açúcar. Também costumam ser utilizados rotineiramente outros compostos calóricos como mucilagens e multi-misturas, ricos do ponto de vista nutricional, mas também repletos de carboidratos cariogênicos (Dalben et al., 2003). Além disto, é usual diminuir o intervalo durante as

mamadas, mesmo durante a noite, para que a criança possa ganhar peso satisfatório, permitindo um bom desenvolvimento geral, importante para a realização das cirurgias plásticas primárias reparadoras. Maior ênfase deve ser dada nos procedimentos de higiene bucal após ingestão de dieta cariogênica, sendo necessário posteriormente salientar a necessidade de regularizar os horários do aleitamento para pais de bebês com FLP. Diferentes autores destacaram que a dinâmica familiar, ainda emocionalmente abalada, nem sempre permite a adequação necessária (Dalben et al., 2003).

Os pais de crianças com FLP apresentam dificuldade em realizar adequadamente e satisfatoriamente a HB, alguns por desconhecerem a necessidade, outros por receio de manipular a cavidade bucal, devido à presença da fissura ou também pelas diversas anomalias dentárias, favorecendo o acúmulo de placa bacteriana e ocorrência de cárie dentária (Dalben et al., 2009). A prevalência de cárie dentária na dentadura decídua é significativamente maior em indivíduos com FLP comparados a grupos sem fissura (King et al., 2013). Em contradição a outros autores Tannure et al. (2012) relataram experiência de cárie semelhante em indivíduos com e sem FLP. Embora haja alguma evidência de que crianças com FLP possam ter maior risco de cárie na dentadura decídua, os dados publicados não são conclusivos.

Esta tendência de maior ocorrência de cárie dentária apenas pode ser revertida pelo estabelecimento de medidas preventivas intensas, incluindo educação dos pais e atenção odontológica em crianças com maior suscetibilidade à cárie, incluindo programas de saúde escolar que promovam a escovação dentária diária na escola, orientações de HB, profilaxia profissional e aconselhamento dietético (Rodrigues, Matias &

Ferreira, 2016; Hazza'a et al., 2011;). Além disto, o atendimento odontológico preventivo e terapêutico deve ser regular e implementado o mais cedo possível durante a infância para minimizar o risco de cárie (King et al., 2013).

Nas últimas décadas, melhorias consideráveis têm sido alcançadas na saúde bucal de indivíduos sem fissura em idade pré-escolar nos países desenvolvidos. No Brasil houve queda na ocorrência de cárie dentária, com redução no índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) (Borges, Garbin, Saliba, Saliba, & Moimaz, 2012). Fatores dietéticos e biológicos, tais como consumo frequente de alimentos ricos em açúcar e a presença de bactérias como o *Streptococcus mutans*, contribuem para o desenvolvimento da cárie na primeira infância. Entretanto, vários outros fatores podem influenciar a ocorrência e severidade da cárie dentária, incluindo fatores sociodemográficos como etnia, renda familiar, nível educacional dos pais, crenças e hábitos de HB (Duijster, Verrips, & Van Loveren, 2014). O objetivo deste trabalho foi descrever a prevalência de cárie e sua correlação com fatores sociodemográficos e cuidados de HB em crianças com fissura de lábio e comprometimento do rebordo alveolar, na faixa etária de 7 a 66 meses, comparadas a crianças sem fissuras.

METODOLOGIA

Neste estudo observacional transversal correlacional, foram avaliadas crianças de 7 a 66 meses de idade que compareceram ao HRAC/USP no período de agosto de 2014 a março de 2015. Para o cálculo da amostra, considerando um desvio padrão de 2,7 para a prevalência de cárie em crianças com FLP (Miranda, 2013), mínima diferença a ser detectada de 1,0, erro alfa de 5% e erro beta de 20%, foi calculada uma

amostra de 115 indivíduos por grupo considerando uma população infinita; assim, foi estabelecida uma amostra de 130 indivíduos por grupo.

Como critérios de inclusão, foram selecionados indivíduos com fissura de lábio com comprometimento do rebordo alveolar com ou sem envolvimento do palato, regularmente matriculados no HRAC/USP, na faixa etária de 7 a 66 meses de idade, submetidos ou não às cirurgias primárias. Foram excluídos indivíduos com idade igual ou inferior a 7 meses ou igual ou superior a 66 meses, apresentando fissura isolada de lábio sem envolvimento do rebordo, com síndromes ou malformações associadas. Para comparação, foi obtido um grupo comparativo de crianças na mesma faixa etária e sem alterações morfofuncionais, recrutadas em escolas da rede pública da cidade de Bauru. As crianças de ambos os grupos foram submetidas a exame clínico e os dados foram anotados em fichas individuais. Além disto, seus familiares responderam a um questionário abordando aspectos sociodemográficos e hábitos de HB da família. As crianças do grupo de estudo foram selecionadas entre pacientes atendidos consecutivamente na clínica de Odontopediatria do HRAC/USP para consultas de rotina. As crianças do grupo comparativo foram obtidas por amostragem de conveniência nas escolas públicas visitadas.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HRAC/USP. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos responsáveis. As crianças foram examinadas após convite, orientação, aceitação e assinatura do TCLE pelos responsáveis. Em seguida, os indivíduos foram examinados para avaliação de cárie dentária, por meio do índice ceo-d (Organização Mundial da Saúde) utilizando kits individuais de exame clínico

contendo uma sonda periodontal comunitária e espelho bucal, previamente envelopados e esterilizados. O exame clínico foi realizado em cadeira odontológica na posição deitada sob iluminação artificial do refletor, por um único examinador previamente calibrado. O questionário foi adaptado para a língua portuguesa a partir do estudo de Peres et al. (2005) e continha perguntas sobre características socio-demográficas, hábitos dietéticos e de HB. As famílias responderam o questionário e em seguida o questionário foi conferido pela examinadora. Durante o atendimento, os pais receberam orientações sobre cuidados e hábitos de HB, elucidando eventuais dúvidas. Para garantir a confidencialidade dos dados, os questionários não continham informações de identificação das crianças ou seus responsáveis.

Foi aplicado o teste de normalidade para cada uma das variáveis e, de acordo com os resultados, foram definidos os testes estatísticos. O índice ceo, características sociodemográficas e hábitos dietéticos e de HB foram comparados entre os grupos com e sem fissura pelos testes Qui-Quadrado (X^2) e Mann-Whitney. A influência dos fatores sociodemográficos e hábitos dietéticos e de higiene bucal sobre o índice ceo foi avaliada individualmente para cada grupo, utilizando o coeficiente de correlação de Spearman e testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. O nível de significância adotado em todos os testes foi de 5%.

RESULTADOS

Características da amostra

A amostra final incluiu 275 indivíduos, sendo 145 no grupo de estudo e 130 no grupo comparativo. A mediana de idade foi de $27,0 \pm 17,9$ meses para o grupo de estudo e $38,5 \pm 17,99$ meses para o grupo

comparativo. Houve predominância do gênero masculino no grupo de estudo (92 indivíduos, 63,4%) e feminino no grupo comparativo (67 indivíduos, 51,5%). Houve predominância de etnia branca em ambos os grupos (80% para o grupo de estudo e 79,23% para o grupo comparativo). A maioria dos indivíduos no Grupo de estudo era proveniente da região sudeste (73,8%) e 91,7% já haviam sido submetidos a pelo menos um procedimento cirúrgico para reparo da fissura. Quanto ao estado civil dos pais, a maioria em ambos os grupos (71% para o grupo de estudo e 66,9% para o grupo comparativo) eram casados. Houve predominância de apenas um irmão (38,6% no grupo de estudo e 38,5% para o grupo comparativo). Para ambos os grupos, o pai era o principal chefe da família (85,5% para grupo de estudo e 84,6% para o grupo comparativo). A ocupação do chefe da família é apresentada na figura 1.

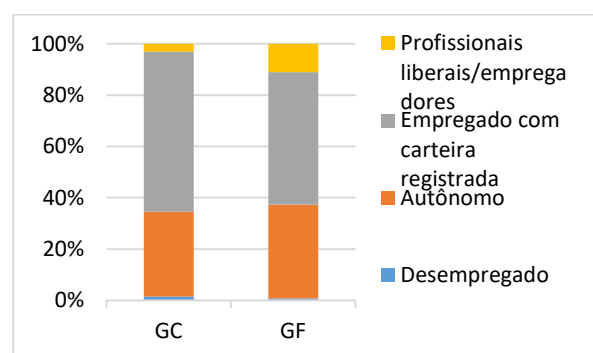


Figura 1

Ocupação do principal chefe da família

A renda familiar predominante foi de 1 a 6 salários mínimos para ambos os grupos de estudo (85,5%) e comparativo (87,7%), sem diferença entre grupos (X^2 , $p=0,099$). Com relação ao grau de instrução, houve predominância de ensino médio completo para ambos os grupos de estudo (44,8% para as mães e 42,7% para os pais) e comparativo (42,3% para as mães e 49,2% para os pais). Conforme apresentado na figura 2, as

crianças no grupo comparativo iniciaram a frequência em escola ou creche mais precocemente (χ^2 , $p < 0,001$)

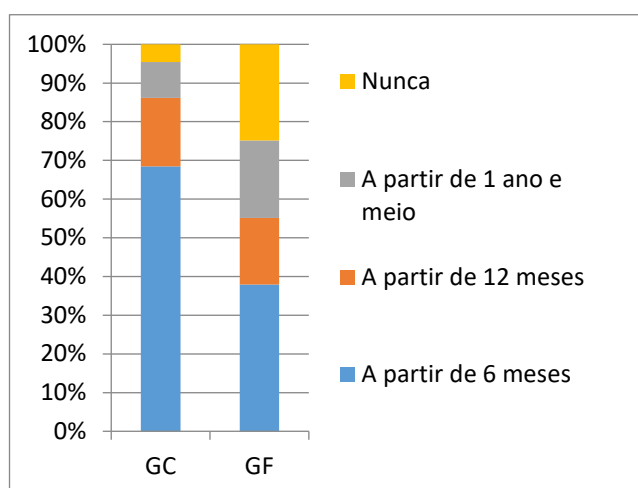


Figura 2

Idade no início de frequência em creche ou escola entre as crianças examinadas

Hábitos dietéticos

Houve diferença na prevalência e duração do aleitamento materno entre os grupos (χ^2 , $p < 0,001$), cujos resultados são apresentados na figura 3.

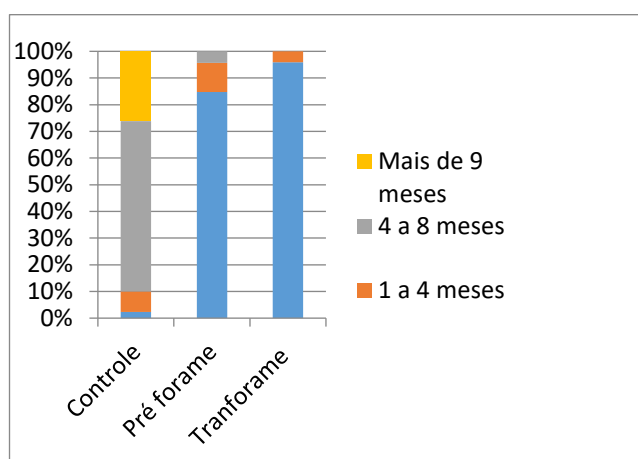


Figura 3

Prevalência e duração do aleitamento materno

Foi observada diferença estatística entre os grupos quanto ao uso do biberão (χ^2 , $p < 0,001$), conforme

ilustrado na figura 4.

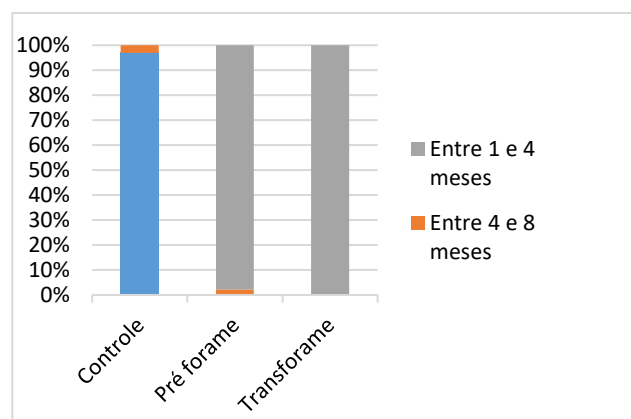


Figura 4

Período de início do uso do biberão

A introdução de açúcar foi significativamente mais precoce no grupo de estudo (χ^2 , $p < 0,001$) (figura 5).

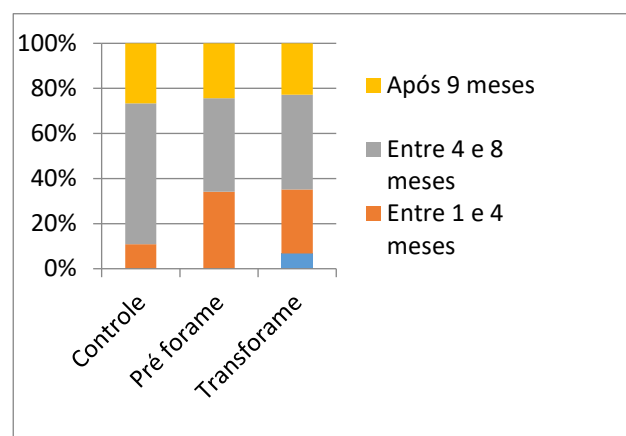


Figura 5

Período de início de introdução do açúcar

A utilização do biberão de madrugada após os 6 meses de idade foi mais frequente no grupo comparativo (97,7%), comparado ao grupo de estudo (90,3%) (χ^2 , $p = 0,023$).

Características odontológicas

Com relação ao número de dentes presentes, observou-se mediana de $17 \pm 6,2$ para o grupo de estudo e $20 \pm 6,2$ para o grupo comparativo, com diferença entre grupos (Mann Whitney, $p < 0,001$). A

maioria (99,2%) dos indivíduos no grupo comparativo e todos os indivíduos no grupo de estudo haviam previamente recebido orientações de higiene bucal. Os profissionais responsáveis por esta orientação são apresentados na figura 6.

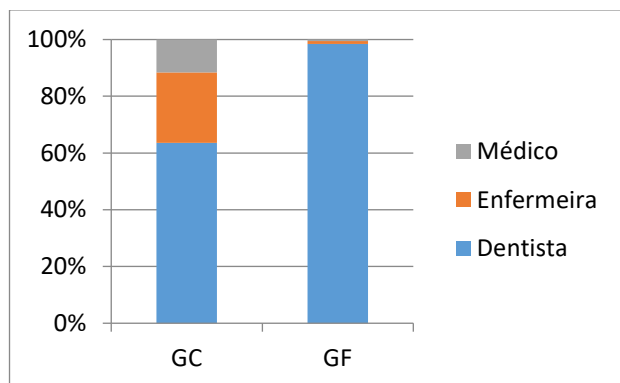


Figura 6

Profissional responsável pelas orientações de higiene bucal

A maioria dos participantes em ambos os grupos (99% para o grupo de estudo e 98,5% para o grupo comparativo) relatou realizar a higiene bucal na criança. Receio em realizar este procedimento foi relatado por 26,6% dos entrevistados no grupo de estudo e 6,3% no grupo comparativo, com diferença significativa (X^2 , $p < 0,001$). As dificuldades relatadas no grupo de estudo foram choro e falta de colaboração da criança (87,75%) e a presença da fissura (12,25%), enquanto para o grupo comparativo a única dificuldade relatada foi o choro e falta de colaboração da criança.

A maioria dos indivíduos relatou realização de higiene bucal ao menos duas vezes por dia (85,9% para o grupo de estudo e 86,8% para o grupo comparativo). A higiene bucal foi iniciada mais precocemente no grupo de estudo (X^2 , $p < 0,001$), conforme demonstrado na figura 7.

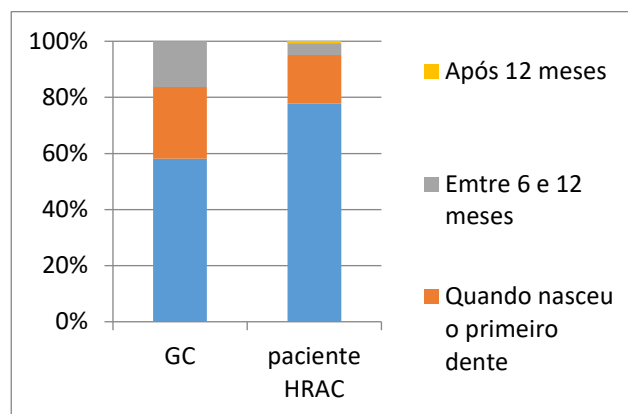


Figura 7

Período de início da higiene bucal

A prevalência de cárie foi de 30% (60 indivíduos) para o grupo de estudo e 21,53% (28 indivíduos) para o grupo comparativo, sem diferença estatística entre grupos (X^2 , $p = 0,089$). O índice ceo-d médio foi de $1,5 \pm 3,3$ (variação de 0 a 20) para o grupo de estudo e $0,8 \pm 1,9$ (variação de 0 a 14) para o grupo comparativo, sem diferença estatística entre grupos (teste T, $p = 0,072$).

O número total de dentes presentes e respectivas percentagens distribuídas entre as categorias do índice ceo-d estão apresentados na tabela 1. Não foi observada diferença estatística entre os grupos (X^2 , $p = 0,965$).

Tabela 1

Distribuição dos dentes presentes entre os componentes do índice ceo-d

Componente	Grupo comparativo	Grupo de estudo
A (hígido)	523 (83,41%)	1914 (89,43%)
B (cariado)	82 (13,07%)	175 (8,18%)
C (restaurado com cárie)	-	2 (0,09%)
D (restaurado sem cárie)	18 (2,88%)	36 (1,68%)
E (ausente)	4 (0,64%)	13 (0,62%)

A análise da ocorrência de cárie por dente entre os grupos de estudo e comparativo revelou maior prevalência no grupo de estudo para os dentes 55 ($p=0,025$), 52 ($p<0,001$), 51 ($p=0,022$), 62 ($p<0,001$) e 65 ($p=0,006$) (tabela 2). Não foi observada diferença estatística entre grupos na ocorrência de cárie nos demais dentes superiores e em todos os dentes inferiores.

Tabela 2

Distribuição dos componentes do índice ceo-d para os incisivos centrais e laterais e segundos molares decíduos superiores

	Grupo comparativo						Grupo de estudo					
	A	B	C	D	E	Não irrompido	A	B	C	D	E	Não irrompido
Dente 55*	54,6	5,4	0,0	2,3	0,0	37,7	36,6	9,7	0,0	2,8	0,0	51,0
Dente 52*	87,7	0,0	0,0	0,0	0,0	12,3	53,1	5,5	0,0	0,7	2,1	38,6
Dente 51*	90,8	2,3	0,0	0,0	0,0	6,9	79,3	10,3	0,0	1,4	1,4	7,6
Dente 61**	91,5	1,5	0,0	0,0	0,0	6,9	82,1	8,3	0,0	0,7	0,7	8,3
Dente 62*	87,7	0,0	0,0	0,0	0,0	12,3	49,7	6,2	0,0	0,7	2,1	41,4
Dente 65*	57,7	5,4	0,0	0,8	0,0	36,2	35,2	9,0	0,7	3,4	0,7	51,0

* diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$); ** $p=0,067$

Influência dos fatores sociodemográficos, hábitos dietéticos e de higiene bucal sobre a ocorrência de cárie dentária

A influência dos diversos fatores sociodemográficos sobre a ocorrência de cárie dentária foi avaliada estatisticamente por coeficiente de correlação e testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Para o grupo de estudo, foi observada correlação significativa na ocorrência de cárie com o aumento da idade (coeficiente de correlação, $p<0,001$) e número de dentes presentes (coeficiente de correlação, $p<0,001$). Os fatores gênero, etnia, estado civil dos pais, número de irmãos, principal chefe da família, renda familiar, frequência em escola ou creche, aleitamento materno, uso de biberão, idade de

introdução do açúcar, uso do biberão de madrugada pós 6 meses de idade, realização de higiene bucal, dificuldade ou receio na realização de higiene bucal, frequência diária de escovagem e período de início de realização da higiene bucal não apresentaram influência sobre a ocorrência de cárie dentária.

Com relação ao grupo comparativo, também foi observada correlação significativa na ocorrência de cárie com o aumento da idade (coeficiente de correlação, $p=0,002$), número de dentes presentes (coeficiente de correlação, $p=0,004$) e renda familiar (Mann-Whitney, $p=0,028$). Os fatores gênero, etnia, estado civil dos pais, número de irmãos, principal chefe da família, frequência em escola ou creche, aleitamento materno, uso de biberão, idade de introdução do açúcar, uso de biberão de madrugada pós 6 meses de idade, realização de higiene bucal, dificuldade ou receio na realização de higiene bucal, frequência diária de escovagem e período de início de realização da higiene bucal não apresentaram influência sobre a ocorrência de cárie dentária.

DISCUSSÃO

No Brasil poucos trabalhos foram realizados sobre a prevalência de cárie em indivíduos com fissuras labiopalatinas; os poucos estudos existentes avaliaram faixas etárias maiores ou não abordaram a influência de determinantes sociodemográficos sobre tal prevalência (Moura, 2008; Neves, 2002). O presente estudo investigou a prevalência de cárie e sua correlação com fatores sociodemográficos e cuidados de higiene bucal em crianças com fissura de lábio com ou sem envolvimento do palato, comparadas a crianças sem alterações morfofuncionais. À semelhança do estudo de Dalben et al. (2003), as

crianças do grupo de estudo apresentaram baixa prevalência e duração de aleitamento materno, com início precoce do uso de biberão, comparadas ao grupo comparativo. É interessante observar que o grupo comparativo relatou maior frequência de utilização do biberão de madrugada, possivelmente refletindo a influência benéfica das orientações precoces e constantes oferecidas na Clínica de Bebês do HRAC/USP, com ênfase no controle da dieta.

A introdução do açúcar foi iniciada mais precocemente em crianças com fissura comparadas ao grupo comparativo. A nutrição dos bebês com fissura é diferenciada, pois existe a importância do aumento do peso para realização das cirurgias primárias. O açúcar é o principal alimento de baixo custo e fácil acesso com o objetivo fundamental de ganho calórico, explicando sua utilização mais precoce por indivíduos no grupo do estudo. A introdução precoce do açúcar no estudo de Do, Ha & Spencer (2015) contribuiu para o aumento da prevalência de cárie em crianças com fissura. O presente estudo não observou correlação entre o período de introdução do açúcar e o índice ceo-d, para ambos os grupos de estudo e comparativo, evidenciando a participação importante de outros fatores na ocorrência da cárie dentária, além dos hábitos dietéticos.

Estudos anteriores afirmaram que a alimentação de madrugada foi o fator que mais influenciou a prevalência de cárie precoce em bebês com fissura labiopalatina e também sem fissura (Mutarai, Ritthagol, & Hunsrisakhun, 2008). Neste estudo observou-se que em ambos os grupos os indivíduos também tinham esse mesmo hábito, que, entretanto, foi mais prevalente no grupo comparativo e não

influenciou significativamente a prevalência de cárie em ambos os grupos.

A maioria dos indivíduos no grupo comparativo e todos os indivíduos no grupo de estudo haviam previamente recebido orientações de higiene bucal, oferecida predominantemente por cirurgiões dentistas. O HRAC/USP tem como rotina a consulta na Clínica de Bebés no setor de Odontopediatria, que é frequente desde sua primeira visita ao hospital. São feitas orientações de higiene bucal, transmissibilidade e controle da dieta, os profissionais realizam exame clínico e orientam os pais quanto à importância da saúde bucal, salientando sua importância relacionada também às cirurgias reparadoras para prevenção de infecções. Quanto ao grupo comparativo, a maioria das creches e escolas municipais na cidade de Bauru apresentam programas educativos de prevenção à cárie supervisionados por um cirurgião dentista.

É interessante observar que, apesar de não ter sido evidenciada diferença estatística na prevalência de cárie e índice ceo-d entre os grupos com e sem fissura, os valores numéricos indicam diferenças clinicamente significativas, de quase dez pontos percentuais para a prevalência e o dobro para o índice ceo-d. A ausência de significância estatística pode estar relacionada às características da presente amostra e da doença cárie em si, que tende a apresentar grande variação e polarização em estudos epidemiológicos; desta forma, a diferença na ocorrência de cárie dentária entre os grupos pode ser considerada clinicamente relevante. Isto salienta a importância de orientações preventivas para famílias de crianças com fissuras labiopalatinas, considerando ainda a necessidade de manutenção da saúde bucal no processo de reabilitação (Gomide & Costa, 2007).

A maioria dos indivíduos (97,5%) no grupo de estudo já havia recebido orientações preventivas na Clínica de Bebés do HRAC/USP. Isto evidencia a importância da orientação de higiene bucal feita precocemente para os pais, que permitiu a redução da prevalência de cárie ao longo dos anos. O estudo de Neves (2002), realizado no HRAC/USP antes da implantação da Clínica de Bebés na instituição, apresentou prevalência de cárie em bebês com fissuras de 59,3% com índice ceo-d médio de 3,4, comparados a 30% e 1,5 no presente estudo, respectivamente.

A importância das orientações precoces e frequentes de higiene bucal é ainda demonstrada pelo receio em realizar a higiene bucal nas crianças, relatado por 24,4% dos participantes no presente grupo de estudo dessa amostra e por 40% no estudo de Neves (2002). Moura (2008) relatou que, devido a sobras teciduais e retrações cicatriciais, os pais têm dificuldade na realização da correta higiene bucal na região anterior superior, o que foi corroborado no presente estudo, que revelou maior prevalência de cárie principalmente nos dentes adjacentes à fissura, comparativamente ao grupo comparativo. A maior ocorrência de cárie nos dentes anteriores superiores já havia sido relatada em estudos anteriores (Moura, 2008; Neves, 2002). No presente estudo foi observada maior ocorrência de cárie nos incisivos e segundos molares superiores em crianças com fissura, comparadas às crianças sem alterações morfofuncionais. As informações apresentadas na tabela 2 evidenciam ainda, principalmente para os incisivos superiores, uma maior participação do componente B (cariado) no índice ceo-d, salientando a dificuldade de acesso ao tratamento odontológico para crianças com fissuras

labiopalatinas, especialmente para os dentes adjacentes à região da fissura.

Numerosos estudos epidemiológicos afirmaram que os índices de cárie dentária têm declinado na maioria dos países industrializados e alguns países em desenvolvimento. O presente estudo confirmou esta tendência também para crianças com fissuras labiopalatinas (Bian, Du, Bedi, Holt, Jin, & Fan, 2001).

Diversos estudos na literatura relataram associação entre a frequência diária de escovagem e a ocorrência de cárie dentária (Do et al., 2015; Borges et al., 2012; Peres et al., 2005;). No presente estudo, ambos os grupos apresentaram relato de escovação pelo menos duas vezes por dia, sem correlação com a ocorrência de cárie dentária. Os hábitos de higiene bucal foram iniciados mais precocemente no grupo de estudo, o que, entretanto, também não apresentou associação com a ocorrência de cárie dentária. Salienta-se a necessidade de interpretar estes dados com cautela, uma vez que a presente pesquisa se baseou em informações fornecidas pelas famílias.

De acordo com Borges et al. (2012) e Peres et al. (2005), a classe social baixa e baixo nível de escolaridade dos pais aumentam a prevalência de cárie dentária. O presente estudo demonstrou que o aumento na idade e no número de dentes presentes levou ao aumento na ocorrência de cárie dentária, entretanto somente o grupo comparativo apresentou associação entre a prevalência de cárie dentária e a renda familiar, sugerindo uma maior influência da fissura labiopalatina em si sobre a ocorrência da cárie dentária, em detrimento dos diferentes determinantes sociodemográficos. Com relação a este aspecto, deve-se considerar a dificuldade de pareamento dos grupos de estudo e comparativo,

considerando a natureza do recrutamento da amostra. Os presentes resultados servem de estímulo para dar continuidade e aperfeiçoar o programa educativo-preventivo realizado precocemente na Clínica de Bebês do HRAC/USP antes da realização das cirurgias primárias.

CONCLUSÃO

Crianças com fissuras labiopalatinas apresentaram menor acesso ao aleitamento materno e introdução mais precoce do açúcar em sua dieta, com menor utilização de biberão noturna. Familiares de crianças com fissuras relataram mais receio na realização dos procedimentos de higiene bucal; entretanto, a higiene bucal foi iniciada mais precocemente entre estas crianças.

Foi observada maior ocorrência de cárie dentária em crianças com fissura, principalmente afetando os incisivos superiores. A ocorrência de cárie aumentou com o aumento da idade e número de dentes irrompidos para ambos os grupos. A renda familiar demonstrou associação com a prevalência de cárie dentária somente em crianças sem fissuras. Os demais fatores sociodemográficos avaliados não apresentaram correlação com a ocorrência de cárie dentária.

Estes achados reforçam a relevância da presença do enfermeiro, pela sua possibilidade privilegiada de contato com bebês com fissuras desde seu nascimento, para oferecimento de instruções preventivas tanto relacionadas aos hábitos dietéticos e alimentos a serem introduzidos na mamadeira, até a implementação de orientações preventivas desde a mais tenra idade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bian, Z., Du, M., Bedi, R., Holt, R., Jin, H., & Fan, M. (2001). Caries experience and oral health behavior in Chinese children with cleft lip and/or palate. *Pediatric Dentistry*, 23(5), 431-434.
- Borges, H. C., Garbin, C. A. S., Saliba, O., Saliba, N. A., & Moimaz, S. A. (2012). Socio-behavioral factors influence prevalence and severity of dental caries in children with primary dentition. *Brazilian Oral Research*, 26(6), 564-670.
- Dalben, G. S., Costa, B., Carrara, C. F. C., Neves, L. T., & Gomide, M. R. (2009). Treating children with cleft lip and palate: special needs and attention required during dental care. In J. C. Taggart (Ed.), *Handbook of dental care: diagnostic, preventive and restorative services* (pp. 199-266). Hauppauge: Nova Science Publishers.
- Dalben, G. S., Costa, B., Gomide, M. R., & Teixeira das Neves, L. T. (2003). Breast-feeding and sugar intake in babies with cleft lip and palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 40(1), 84-87.
- Do, L. G., Ha, D. H., & Spencer, A. J. (2015). Factors attributable for the prevalence of dental caries in Queensland children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 43(5), 397-405.
- Duijster, D., Verrips, G. H. W., & Van Loveren, C. (2014). The role of family functioning in childhood dental caries. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 42(3), 193-205.
- Freitas, J. A. S., Dalben, G. S., Santamaria, Jr. M., & Freitas, P. Z. (2004). Current data on the characterization of oral clefts in Brazil. *Brazilian Oral Research*, 18(2), 128-133.
- Gomide, M. R., & Costa, B. (2007). Cuidados odontopediátricos. In I. E. Trindade, & O. G. Silva Filho (Ed.), *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar* (pp. 199-212). São Paulo: Santos.
- Hazza'a, A. M., Rawashdeh, M. A., Al-Nimri, K., & Al Habashneh, R. (2011). Dental and oral hygiene status in Jordanian children with cleft lip and palate: a comparison between unilateral and bilateral clefts. *International Journal of Dental Hygiene*, 9(1), 30-36.
- King, N. M., Wong, W. L., & Wong, H. M. (2013). Caries experience of Chinese children with cleft lip and palate. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 50(4), 448-455.
- Massarei, A. G., Sell, D., Habel, A., Mars, M., Sommerlad, B. C., & Wade, A. (2007). The nature of feeding in infants with unrepaired cleft lip and/or palate compared with healthy noncleft infants. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 44(3), 321-328.
- Miranda, J. N. (2013). *Prevalência de cárie em bebês com fissuras labiopalatinas* (Monografia). Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Moura, A. M. (2008). *Prevalência de cárie dentária em crianças portadoras de fissuras de lábio e/ou palato na faixa etária entre 6 e 36 meses* (Dissertação). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Mutarai, T., Ritthagol, W., & Hunsrisakhun, J. (2008). Factors influencing early childhood caries of cleft lip and/or palate children aged 18 to 36 months in southern Thailand. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 45(5), 468-472.
- Neves, L. T. (2002). *Avaliação da prevalência de cárie e dos fatores associados, em diferentes intervalos na faixa etária entre 5 e 72 meses em portadores de fissura de lábio e/ou palato* (Dissertação). Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Peres, M. A., de Oliveira Latorre, Mdo. R., Sheiham, A., Peres, K. G. A., Barros, F. C., Hernandez, P. G.,... Victora, C. G. (2005). Social and biological early life influences on severity of dental caries in children aged 6 years. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33(1), 53-63.
- Rodrigues, A. P., Matias, F., & Ferreira, M. M. (2016). Escovagem de dentes em ambiente escolar e redução do índice de placa bacteriana: avaliação da efetividade de um projeto de saúde oral. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 244-249.
- Shashni, R., Goyal, A., Gauba, K., Utreja, A. K., Ray, P., & Jena, A. K. (2015). Comparison of risk indicators of dental caries in children with and without cleft lip and palate deformities. *Contemporary Clinical Dentistry*, 6(1), 58-62.

- Tannure, P. N., Costa, M. C., Kuchler, E. C., Romanos, H. F., Granjeiro, J. M., & Vieira, A. R. (2012). Caries experience in individuals with cleft lip and palate. *Pediatric Dentistry*, 34(2), 127-131.
- Trindade, I. E. K., & Silva Filho, O. G. (2007). *Fissuras labiopalatinas: uma abordagem interdisciplinar*. (1ª ed). São Paulo: Santos.

O SIGNIFICADO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA O ENFERMEIRO DOCENTE

The meaning of nursing care for the lecturer nurse

El significado de los cuidados de enfermería para el enfermero docente

Diogo Moura*, Susana Santos*, Delfina Teixeira*, Helena Penaforte*, Catarina Sequeira*, Cristina Moura*

RESUMO

Enquadramento: o cuidado de enfermagem é um conceito singular e multidimensional, sendo condição fulcral para a compreensão do ser humano, objeto central de estudo para os estudantes de enfermagem. **Objetivo:** este estudo tem como objetivo compreender qual o significado do cuidado de enfermagem para o enfermeiro docente. **Metodologia:** é um estudo de natureza qualitativa seguindo os princípios da fenomenologia utilizando entrevistas semiestruturadas. Questionamos 10 enfermeiros a desempenharem funções de ensino. **Resultados:** os resultados conferem aos cuidados de enfermagem significados oferecidos pelos docentes enfermeiros de competências que circulam em volta dos diferentes saberes: saber, saber ser e saber fazer, de entre os quais adquirem maior significado o saber e o saber fazer em sequência lógica vistos como indissociáveis. **Conclusão:** a formação circula em torno de um conjunto de saberes para construção do perfil dos futuros enfermeiros, mobilizando, integrando e transferindo todos eles, com a finalidade de promover cuidados humanizados e de bem-estar em que a autonomia é o fim último a atingir.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem; docentes de enfermagem; formação de conceito

ABSTRACT

Background: nursing care is a singular and multidimensional concept, being a central condition for understanding the human being, a central object of study for nursing students. **Objective:** this study aims to understand the meaning of nursing care for teaching nurses. **Methodology:** it is a qualitative study following the principles of phenomenology using semistructured interviews. We questioned 10 nurses to perform teaching functions. **Results:** the results give the nursing care meanings offered by the nurses of competencies that circulate around the different knowledges: knowing, knowing how to be and knowing how to do, among which acquire greater meaning are the knowledge and know how to make logical sequence seen as inseparable. **Conclusion:** training works around a set of knowledge to build the profile of future nurses, mobilizing, integrating and transferring all of them, with the purpose of promoting humanized care and well-being in which autonomy is the ultimate goal of reach.

Keywords: nursing care; faculty; nursing; concept formation

RESUMEN

Encuadramiento: el cuidado de enfermería es un concepto singular y multidimensional, siendo condición fundamental para la comprensión del ser humano, objeto central de estudio para los estudiantes de enfermería. **Objetivo:** este estudio tiene como objetivo comprender cuál es el significado del cuidado de enfermería para el enfermero docente. **Metodología:** es un estudio de naturaleza cualitativa siguiendo los principios de la fenomenología utilizando entrevistas semiestructuradas. Cuestionamos 10 enfermeros a desempeñar funciones de enseñanza. **Resultados:** los resultados confieren a los cuidados de enfermería significados ofrecidos por los docentes enfermeros de competencias que circulan alrededor de los diferentes saberes: saber, saber ser y saber hacer, de entre los cuales adquieren mayor significado son el saber y el saber hacer en secuencia lógica vistos como indisolubles. **Conclusión:** la formación funciona circulando en torno a un conjunto de saberes para la construcción del perfil de los futuros enfermeros, movilizándolo, integrando y transfiriendo todos ellos, con la finalidad de promover cuidados humanizados y de bienestar en que la autonomía es el fin último lograr.

Palabras Clave: atención de enfermería; docentes de enfermería; formación de concepto

*Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado - diogomoura11@icloud.com

Como Referenciar:

Moura, D.; Santos, S.; Teixeira, D.; Penaforte, H.; Sequeira, C.; & Moura, C. (2019). O significado dos cuidados de enfermagem para o enfermeiro docente. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(1), 33-40

Recebido para publicação em: 23/03/2019
Aceite para publicação em: 20/06/2019

INTRODUÇÃO

Na atualidade o conhecimento é visto não de forma isolada, mas a partir das relações entre pessoas e o meio ambiente ao qual se pertence. Neste sentido, torna-se necessário olhar para esta dualidade de uma forma alargada e complementar, uma vez que um depende do outro e situá-lo de acordo com o contexto específico no qual está inserido.

Centrando-nos no ensino da enfermagem, a evidência traduz que este tem sido alvo de várias alterações ao longo dos anos, resultantes das mudanças nos diversos contextos e de reflexões sobre a prática de enfermagem (Ávila, Amestoy, Porto, Thofehrn, Trindade & Figueira, 2012). Sabe-se que as práticas pedagógicas alinhadas ao ensino de enfermagem têm como centralidade de formação, o aprender a cuidar do outro, de uma forma personalizada e qualificada, visando um processo relacional que aproxima o cuidador da pessoa a cuidar. Este exige a procura constante de uma formação de qualidade, cujo objetivo tem como enfoque a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem tão preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2002, p. 8), que os concetualiza e apresenta como finalidade “...tomar por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue,... procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente”.

Assim e dado que o conceito sobre o cuidado se define como abrangente, consideramos pertinente delimitar a sua compreensão numa abordagem diferente, a partir de um contexto específico, o da educação/formação em enfermagem. Neste âmbito, e tendo presente que o processo de cuidar é um trabalho que acontece no âmbito das relações interpessoais em interação, o significado atribuído pelos enfermeiros docentes de enfermagem sobre o mesmo, pensamos ser uma mais-valia, não só pela sua caracterização, mas também pelo sentido peculiar e específico transmitido sobre o cuidar e ao mesmo tempo, a afirmação e identidade sobre o conceito evidenciado pelos estudantes de enfermagem.

Facto que justifica a realização deste estudo, bem como a nossa própria motivação, questionando-nos: Qual o significado do cuidado de enfermagem para o enfermeiro docente?

Considerando que o objetivo de um estudo, indicam o porquê de uma investigação e cujo enunciado exige uma redação clara e explícita dos resultados que se esperam alcançar num determinado estudo de investigação (Fortin, Côté & Fillion, 2009), delineamos o seguinte objetivo: i) compreender o significado do cuidado de enfermagem para o enfermeiro docente. Abordar este conceito central do cuidar permite evidenciá-lo, trabalhar na conquista de um ensino de excelência com uma maior sustentabilidade e cuja finalidade se baseia em contribuir para uma reflexão da formação de enfermeiros com um espírito crítico, reflexivo e competente face às necessidades dos cuidados de enfermagem como uma arte e uma ciência (Sousa, Jardim, Coimbra, Kantorski, Oliveira, Franzmann & Pinheiro, 2011).

ENQUADRAMENTO

O cuidado de enfermagem ao longo dos últimos anos vem adquirindo novos significados e novas abordagens, influenciados por diferentes paradigmas, valores, convicções culturais, motivado por interações e desenvolvido por vários saberes expressos pelo trabalho compartilhado e transdisciplinar (Amestoy, Cestari, Milbrath & Porto, 2010).

Neste sentido o cuidar é entendido no âmbito das relações interpessoais e em interação, onde a conceção dos docentes sobre o mesmo, se expressa e difunde como um sistema complexo e ainda como um fenómeno dinâmico circular e integrador, para a sua compreensão a partir de um contexto específico, o da educação/formação em enfermagem (Amestoy, Cestari, Thofehrn, Milbrath, Trindade & Backes, 2010). Transcende ações meramente técnico-prescritivas, pontuais e lineares, fomentando uma visão mais alargada e contextualizada a nível pedagógico, permitindo aos estudantes de enfermagem um ensino mais refletido e fundamentado de um conhecimento altamente qualificado.

O ensino deste cuidar, constitui-se assim, como uma componente fundamental nos curricula da formação em enfermagem, sustentados pelo preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2003a, 2003b) ao mencionar que, ao promover programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo por base os Padrões de Qualidade, adquirem um maior propósito, quando inseridos num contexto fundamentado pelo conhecimento, as instituições de ensino de enfermagem.

Para os docentes enfermeiros os cuidados de enfermagem têm competências que abrangem os diferentes saberes. Entendem-no como um processo dinâmico e interativo de mobilização, que culmina num agir que se pretende ser assertivo e orientado para os saberes “o saber” e “o saber fazer” alicerçado pela componente teórica pelo pensar, elaborar, refletir e planear e pela componente prática, a partir do executar, agir e fazer em sequência lógica vistos como indissociáveis, devendo caminhar sempre juntos, complementando-se (Teixeira & Oliveira, 2005). Neste sentido, Lima (2010) fala do princípio da «circularidade» que deve existir na relação entre “ensino teórico – ensino clínico – estágios”.

METODOLOGIA

Neste estudo, seguindo os princípios da fenomenologia (Giorgi & Sousa, 2010) entrevistas semiestruturadas na colheita de dados, tendo participado 10 enfermeiros a desempenharem funções no ensino de enfermagem.

A utilização de uma abordagem metodológica qualitativa, tem como intenção capturar o fenómeno em estudo, descritivo do tipo exploratório e analítico (Fortin, Côté & Fillion, 2009) cujo principal objetivo é obter o significado de um grupo de peritos para a construção de uma realidade, onde a teoria e a metodologia caminham juntas, revelando o fenómeno em estudo, permitindo uma maior aproximação e sua aplicabilidade prática no contexto em estudo, dando ênfase aos processos vivenciados e significados atribuídos pelos participantes (Oliveira & Botelho, 2010). Os participantes do estudo foram enfermeiros docentes de uma instituição de ensino superior. Para a seleção dos participantes optamos

por uma amostragem não probabilística e intencional, permitindo a sua escolha, levando-nos a interpretar o conceito da problemática em estudo enriquecendo os resultados da investigação. O tamanho da amostra foi determinado pela saturação dos dados (Fontanela, Ricas & Turato, 2008). Consideraram-se como critérios de inclusão: enfermeiros a desempenharem funções de ensino em instituições de ensino superior; exercerem funções há pelo menos dois anos. Como instrumento de recolha de dados, optamos pela entrevista com apenas uma questão aberta “Qual o significado dos cuidados de enfermagem para o enfermeiro docente?”, tendo em conta os objetivos do estudo, bem como, a questão de investigação formulada, de forma a permitir uma informação mais rica e vasta (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

A colheita de dados ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2017, num local previamente acordado e consoante a disponibilidade dos participantes. Foram realizadas 10 entrevistas com apenas uma questão aberta, sendo identificadas de E1 a E10 com a duração média de 20 minutos e seguidamente efetuada transcrição e posterior leitura dos relatos obtidos pela experiência vivida dos entrevistados, agrupando/categorizando a informação em unidades de significado do fenómeno em estudo, o significado dos cuidados de enfermagem para o enfermeiro docente, cumprindo os preceitos da fenomenologia de Husserl (1986, p.1), cujo propósito constitui o fundamental da fenomenologia “... ir à coisa mesma”, isto é, à experiência vivida, pelo sujeito que a vivencia de forma a estudar o fenómeno.

No percurso metodológico foi ainda assegurado o respeito de todos os pressupostos deontológicos, inerentes à ética da investigação, e o assinalado na Declaração de Helsink (2013). Foi proporcionado o consentimento informado e disponibilizado aos enfermeiros docentes todos os esclarecimentos sobre a natureza da sua participação, bem como, os objetivos e finalidade do estudo, assinando posteriormente o referido documento após aceitação voluntária.

RESULTADOS

A análise e interpretação dos dados tiveram por base a perspetiva fenomenológica, cujo foco se direciona para o estudo dos fenómenos, daquilo que aparece à consciência, daquilo que é dado, procurando explorá-los, identificando-os por forma a assegurar o sentido e significado dado aos mesmos, de acordo com a realidade tal como ela é vivida pelos participantes. No que respeita à amostra do nosso estudo e fazendo a caracterização sociodemográfica dos participantes, a idade dos 10 enfermeiros docentes entrevistados, varia entre o mínimo de 30 e o máximo de 62 anos, sendo a média de 50,04 anos; 8 são do sexo feminino e 2 do masculino. Os resultados advêm da descrição da análise dos relatos, dimensionando-os em unidades de significado até às áreas temáticas, tendo sempre presente a nossa temática, bem como, a questão que norteou o estudo.

Optámos pela construção de tabelas, no sentido de objetivar os dados que a seguir apresentamos.

Tabela 1

Significado dos cuidados de enfermagem para os docentes de enfermagem

Área Temática Categoria Entrevistas nº	Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais									
	Saber									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Conhecimentos científicos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Conhecimentos técnicos		x	x	x	x	x	x			
Tomada de decisão/Responsabilidade			x							

Analisando o espectro apresentado na tabela 1, mais valorizados, relatados por 9 dos participantes no segundo o significado atribuído pelos enfermeiros estudo, seguidos dos conhecimentos técnicos docentes, foram os conhecimentos científicos os expressos por 6 enfermeiros docentes.

Tabela 2

Significado dos cuidados de enfermagem para os docentes de enfermagem

Área Temática Categoria Entrevistas nº	Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais									
	Saber Ser									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Momento de interação/relação com o outro		x	x	x	x	x			x	x
Humanização/Bem-estar e conforto		x		x	x	x	x	x	x	
Atender o utente como um todo						x	x	x		
Cuidado holístico						x	x	x		

Pela leitura da tabela 2, o saber ser apresentou-se a nível pedagógico, visíveis através da relação e muito representativo, em que os cuidados de interação com o outro e pela humanização, bem-enfermagem adotam um significado muito valorizado estar e conforto.

Tabela 3

Significado dos Cuidados de Enfermagem para os Docentes de Enfermagem

Área Temática Categoria Entrevistas nº	Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais									
	Saber Fazer									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cuidado técnico "bem feito"		x	x		x	x	x			
Intervenções autónomas ou interdependentes				x	x					
Atividades que contribuem para a recuperação e autonomia do utente				x	x	x	x			

No que concerne ao saber fazer, urge dizer que dos achados o cuidado técnico bem feito assume a maior relevância, apresentando-se este já correlacionados no domínio do saber, seguido dos cuidados de enfermagem como atividades que promovem a recuperação e autonomia dos utentes em 4 relatos.

DISCUSSÃO

Visando a qualidade científica do presente estudo, fundamentamos os seus aspetos considerados como diferenciadores não só pela forma qualitativamente de cada experiência, mas também como a descrição e significado atribuído através das vivências e como cada participante entende o fenómeno.

Neste sentido e de acordo com os achados é evidenciado que os enfermeiros em função docente, atribuem significado a componentes, integradoras do cuidado de enfermagem, identificadas como competências e que circulam em volta de diferentes saberes: saber, saber ser e saber fazer. De entre estas, surge articulação e complementaridade em termos de significado entre o saber e o saber fazer, entendidos como indissociáveis.

Aos cuidados de enfermagem são acometidos significados oferecidos pelos docentes enfermeiros de competências que circulam em volta dos diferentes saberes. São considerados como um processo dinâmico e interativo de mobilização, que culminam num agir profissional que se pretende ser assertivo e orientados para o: saber; saber ser e saber fazer, que pressupõe à partida a evidência de um conhecimento científico, técnico, humano/relacional, projetado no sentido do desencadeamento dos cuidados, de forma prioritária promovendo o conforto e bem-estar dos utentes, com a finalidade de atingir a maior autonomia possível, o que vai de encontro ao preconizado por Ferreira (2015).

Sublinhamos ainda e de encontro com os relatos, o conceito desta realidade dinâmica fruto da combinação dos diferentes saberes, indo de encontro ao perfil das competências dos enfermeiros de

cuidados gerais, como um processo, uma de forma a dar resposta às necessidades dos utentes corroborado num estudo desenvolvido por Jorge (2012).

De realçar ainda dos resultados e ao nível da formação académica, a primazia objetivada pela aquisição de conhecimentos científicos praticamente ao mesmo nível e em consonância, com o conhecimento técnico, ou seja, a técnica e a execução, ambos adotam um lugar praticamente prioritário no processo ensino/aprendizagem.

É realçado a nível da formação académica a primazia pela aquisição de conhecimentos científicos, ao mesmo nível e em consonância, com o conhecimento técnico e a execução técnica, ambos num lugar prioritário do processo ensino/aprendizagem.

São considerados fundamentais no cuidado, as competências centradas na interação/relação de ajuda, a humanização e o bem-estar e conforto, visando a promoção da assistência integral.

Outros significados emergem e sobressaem, sendo considerados também fundamentais embora em menor número pelos docentes enfermeiros, visíveis nos achados apresentados na tabela 2, em que os mesmos, apresentam significados ao nível de um cuidado baseado na interação/relação de ajuda, a humanização e o bem-estar e conforto são consideradas competências norteadoras para esse cuidar, visando a promoção de uma assistência integral, que na área da formação todos os conteúdos contemplam uma abordagem ao tema da humanização (Corbani, Brêtas, & Matheus, 2009).

O saber fazer, é traduzido nos relatos, evidenciados na tabela 3, para um cuidar oferecido por um cuidado técnico “bem feito”, em que, as intervenções

autônomas e as intervenções independentes, constituem-se como domínios do conhecimento visivelmente presentes na prática pedagógica, como pilares fundamentais no processo de formação. Dizer que se trata de aplicar aquilo que se aprendeu para poder interferir no meio das práticas clínicas, significando a aquisição de uma profissão, bem como o conhecimento e práticas que lhe estão associados defendidas já por Collière (1989).

CONCLUSÃO

Globalmente, este estudo oferece alguns subsídios para uma reflexão sobre o processo de ensino aprendizagem, no que se refere aos cuidados de enfermagem. A formação funciona como um conjunto de saberes para construção do perfil dos futuros enfermeiros, com competências que circulam em torno dos diferentes saberes, mobilizando, integrando e transferindo todos eles, com a finalidade de promover cuidados humanizados e de bem-estar em que a autonomia é o fim último a atingir. Esta realidade só é possível pelo entrosar não só do saber, como também do saber ser e fazer.

De realçar que de entre os saberes os que adquirem maior significado são o saber e o saber fazer fundamentada pela componente teórica pelo pensar, elaborar, refletir e planejar e pela componente prática, a partir do executar, agir e fazer em sequência lógica vistos como indissociáveis, devendo caminhar sempre juntos, complementando-se.

O cuidado de enfermagem emerge caracterizado por um conjunto de saberes articulados os quais promovem o desenvolvimento de competências. É destacado o saber e o saber fazer de forma fundamentada, pela componente teórica, processo

de pensamento, reflexão, planeamento e a componente prática que, o cuidado de enfermagem se constrói. O conceito revela-se dinâmico e associado a conjunto de saberes em interação e a exigir atualização contínua, de forma a projetar o bem-estar, a autonomia e a humanização no mesmo. O estudo encontrou limitações à sua realização, os resultados obtidos, pela pequena amostra de participantes. Por fim, este estudo constituiu apenas um contributo para conhecer o significado que o enfermeiro docente tem sobre os cuidados de enfermagem. Dada a importância do tema considera-se que muito há ainda que percorrer no campo da investigação nesta área sendo, portanto, um campo fértil de trabalho para a realização de novas pesquisas, visando discutir modos e meios de facilitar o vínculo trabalho e estudo, assim como investigar a qualidade de vida dos estudantes trabalhadores antes e depois do ensino clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amestoy, S.C., Cestari, M.E., Milbrath, V.M. & Porto, A.R. (2010). Enfermeiras refletindo sobre seu processo de trabalho. *Cogitare enferm*, 15(1). Acedido 20-09-2015, Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17188/11323> 7.
- Amestoy, S.C., Cestari, M.E., Thofehrn, M.B., Milbrath, V.M., Trindade, L.L. & Backes, V.M.S. (2010). Processo de formação de enfermeiros líderes. *Rev Bras Enferm*, 63(6). Acedido 09-09-2015, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/11.pdf> 4.
- Ávila, V.C., Amestoy, S.C, Porto, A.R., Thofehrn, M.B., Trindade, L.T. & Figueira, A.B. (2012). Visão dos docentes de enfermagem sobre a formação de enfermeiros-líderes. *Cogitare Enferm*, 17(4), 621-7.
- Collière, M.-F. (1989). *Promover a vida: Da prática*

- das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.* Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Corbani, N.M.S., Brêtas, A.C.P., & Matheus, M.C.C. (2009). Humanização do cuidado de enfermagem: O que é isso?. *Rev Bras Enferm*, 62 (3), 349-354. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/03.pdf>.
- Ferreira, C., I., S., R., A., (2015). *Gestão Em Enfermagem E A Formação Em Serviço: Tecnologias De Informação E Padrões De Qualidade.* Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem Do Porto.
- Fontanela, B.J.B., Ricas, J. & Turato, E.R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad saúde pública*, 24(1), 17-27.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures: Lusociência.
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). Método fenomenológico de investigação em psicologia. Lisboa: Fim de século.
- Husserl, E. (1986). *A ideia da fenomenologia.* Lisboa: Edições 70.
- Jorge, A.A.F. (2012). A formação do Enfermeiro e os conteúdos curriculares necessários para aquisição de competências e habilidades para o planeamento e a gestão em saúde. *Rev Eletr Gestão & Saúde*, 3(3), 1013-30. Acedido 28-09-2017, Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5555804.pdf>.
- Lima, I. (2010). *Formação inicial: Metodologias formativas baseadas em experiências de vida ao longo das quais se formam a identidade pessoal e a identidade profissional em enfermagem – Um contributo para o corpo que somos.* Tese de doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Oliveira, J. & Botelho, M. (2010). De Husserl a Ricoeur: Um Percurso Metodológico Aplicado à Investigação em Enfermagem. As Propostas Fenomenológico-Hermenêuticas de Alexander e de Lindseth & Norberg. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), 19-29.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade de cuidados de enfermagem.* Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003a). *Conselho de Enfermagem: Do caminho percorrido e das propostas (análise do primeiro mandato 1999/2003).* Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003b). Plano de Saúde (PNS): Orientações estratégicas contributos/posições da ordem dos enfermeiros. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 10, 7-11.
- Sousa, A.S.S., Jardim, V.M.R., Coimbra, V.C.C., Kantorski, L.P, Oliveira, M.L.M., Franzmann, U.T. & Pinheiro, G.E.W. (2011). O projeto pedagógico do Curso de Enfermagem da UFPel. *JONAH*, 1 (1). Acedido 20-09-2015, Disponível em: <http://www.ufpel.edu.br/revistas/index.php/enfermagemesaude/article/viewPDFInterstitial/55/40>.
- Teixeira, Lia C., & Oliveira, Ana M. (2005). A relação teoria-prática na formação do educador e seu significado para a prática pedagógica do professor de Biologia. Acedido 3-10-2017, Disponível em <http://www.portal.fae.ufmg.br/seer/index.php/ensaio/article/viewArticle/102>

PERSPETIVA DOS ESTUDANTES E DOCENTES ACERCA DO DEBRIEFING NA PRÁTICA SIMULADA

Student and teacher perspectives on simulation practice debriefing

Perspectiva de los estudiantes y docentes acerca del debriefing en la práctica simulada

Liliana Mota*, Catarina Maia**, Filipa Soares**, Tiago Marreiros**, Ana Rita Silva**, Rui Freitas**

RESUMO

Enquadramento: a simulação é uma estratégia pedagógica que envolve uma representação hipotética da realidade clínica. O debriefing na prática simulada consiste num método de aprendizagem que tem como objetivo a reflexão sobre o sucedido, incluindo aspetos positivos e negativos, com a formulação de alternativas aos aspetos que correram menos bem. **Objetivo:** compreender a perspetiva dos estudantes e dos docentes do curso de licenciatura em enfermagem acerca da utilização do debriefing na prática simulada. **Metodologia:** estudo qualitativo descritivo orientado pela teoria das representações sociais. Foi utilizado como instrumento de recolha de dados um questionário (googledocs) com um Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e análise de dados com recurso ao Iramuteq. **Resultados:** o estudo integrou 52 estudantes e 9 docentes do curso de licenciatura em enfermagem. A partir da classificação hierárquica descendente obtivemos cinco classes: competência (30%), pensamento crítico-reflexivo (23%), aprendizagem (18%), evolução (18%) e atitude (11%). **Conclusão:** o debriefing na prática simulada representa para os estudantes e docentes do curso da licenciatura em enfermagem um momento de desenvolvimento de competências e pensamento crítico-reflexivo.

Palavras-chave: treinamento com simulação de alta fidelidade; exercício de simulação; treinamento por simulação; simulação

*PhD / Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa Investigador integrado CINTESIS

**Estudantes da Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Como Referenciar:

Mota, L.; Maia, C.; Filipa, S.; Marreiros, T.; Silva, A.R.; & Freitas, R. (2019). Perspetiva dos estudantes e docentes acerca do debriefing na prática simulada. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(1), 41-50

Recebido para publicação em: 18/02/2019
Aceite para publicação em: 21/03/2019

ABSTRACT

Background: simulation is a strategy that involves a hypothetical representation of clinical reality. The debriefing in simulated practice is a learning method that aims to reflect on what happened, including positive and negative aspects, with the formulation of alternatives to aspects that went less well. **Objective:** to understand the perspective of the students and teachers of bachelor's degree in nursing on the simulated practice using debriefing. **Methodology:** descriptive qualitative study guided by the theory of social representations. A questionnaire (googledocs) with a Word Free Association Test (TALP) and data analysis using Iramuteq were used as data collection tool. **Results:** the study included 52 students and 9 teachers of the bachelor's degree in nursing. From the descending hierarchical classification we obtained five classes: competence (30%), critical-reflective thinking (23%), learning (18%), evolution (18%) and attitude (11%). **Conclusion:** the debriefing in simulated practice represents for students and teachers of the bachelor's degree in nursing a moment of development of skills and critical-reflective thinking.

Keywords: high fidelity simulation training; simulation exercise; simulation training; simulation

RESUMEN

Encuadramiento: la simulación es una estrategia pedagógica que implica una representación hipotética de la realidad clínica. El debriefing en la práctica simulada consiste en un método de aprendizaje que tiene como objetivo la reflexión sobre lo sucedido, incluyendo aspectos positivos y negativos, con la formulación de alternativas a los aspectos que corrieron menos bien y reflexión sobre las experiencias en la práctica simulada de enfermería. **Objetivo:** comprender la perspectiva de los estudiantes y de los docentes del curso de licenciatura en enfermería acerca de la práctica simulada con recurso al debriefing. **Metodología:** estudio cualitativo descriptivo orientado por la teoría de las representaciones sociales. Se utilizó como herramienta de recogida de datos un cuestionario (googledocs) con una Prueba de Asociación Libre de Palabras (PALP) y análisis de datos con recurso a Iramuteq. **Resultados:** el estudio integró a 52 estudiantes y 9 docentes del curso de licenciatura en enfermería. A partir de la clasificación jerárquica descendente obtuvimos cinco clases: competencia (30%), pensamiento crítico-reflexivo (23%), aprendizaje (18%), evolución (18%) y actitud (11%). **Conclusión:** el debriefing en la práctica simulada representa, para los estudiantes y docentes del curso de licenciatura en enfermería, un momento de desarrollo de competencias y pensamiento crítico-reflexivo.

Palabras clave: enseñanza mediante simulación de alta fidelidad; ejercicio de simulación; entrenamiento simulado; simulación

INTRODUÇÃO

Na prática simulada o momento do debriefing assume-se de extrema relevância por permitir aos participantes discutir sobre todo o seu desempenho, refletindo sobre o que correu bem, o que correu mal, ou o que devia ter sido feito de diferente, durante a simulação. Neste processo, o facilitador assume um papel significativo pela sua capacidade de orientar a reflexão e o processo de tomada de decisão que esteve na base da ação. O debriefing fornece aos facilitadores a oportunidade de proporcionar *feedback* aos participantes de forma a promover uma aprendizagem mais significativa. Os objetivos mais comuns do debriefing são reconhecer e realçar emoções, melhorar a cognição, desenvolver habilidades na resolução de problemas, promover a aprendizagem reflexiva e colocar o que aconteceu em simulação no meio clínico tradicional, reforçando assim os objetivos da aprendizagem. Os participantes e seus facilitadores refletem sobre o que aconteceu, podendo assim vincular a aprendizagem que ocorreu com a simulação, no qual o participante será convidado a argumentar e tomar decisões (Jeffries, 2014).

O reconhecimento da perspetiva dos participantes da prática simulada acerca do momento do debriefing leva-nos a uma abordagem alicerçada na teoria da representação social, definida como a explicação "(...) que nos expõe somente à descrição, à constatação ou mesmo à interpretação de factos, sem que se procure desvendar os mecanismos sociais que os engendram e que, se por um lado, condicionam a produção desses factos, por outro, possibilitam a superação, mediante

a atividade humana e o desenvolvimento da consciência" (Franco, 2004, p. 177-178).

Este estudo de investigação tem como objetivo compreender a perspetiva dos estudantes e docentes acerca da utilização do debriefing na prática simulada do curso de licenciatura de enfermagem tendo em vista o sucesso académico e o desenvolvimento de competências para o exercício do papel de enfermeiro.

ENQUADRAMENTO

Com os avanços científicos e tecnológicos, os profissionais que ensinam os cuidados de saúde foram desafiados a incorporar novas e inovadoras estratégias de aprendizagem, ensinando aos estudantes as habilidades que lhes permitem adquirir as competências necessárias a uma boa prática clínica. Em resultado, o recurso à prática simulada enquanto estratégia de ensino-aprendizagem tem assumido capital importância em substituição das práticas clínicas tradicionais (Jeffries, 2014).

É objetivo de cada experiência clínica desenvolver conhecimento cognitivo, bem como as habilidades e atitudes profissionais necessárias para o sucesso. A simulação é vista como uma estratégia pedagógica, que consiste em recriar um ambiente similar ao da prática clínica como por exemplo, pacientes simulados para que, os participantes possam praticar o que foi lecionado nas aulas antes da prática clínica (Coutinho, Martins, & Pereira, 2014). A simulação de alta-fidelidade é um instrumento que fornece suporte para a construção da identidade do participante através da relação entre pares que constitui as expectativas da prática e para a prática futura (Martins, 2017).

O momento do debriefing revela-se de carácter importante na prática simulada, pois possibilita aos participantes fazer uma reflexão relativamente ao seu desempenho, avaliando em retrospectiva o que correu bem ou mal, o que deveria ter sido diferente ao longo de toda a simulação. Na implementação desta estratégia de aprendizagem, o facilitador desempenha um papel de extrema importância através da sua abordagem, tanto na orientação da reflexão como na promoção da exteriorização do pensamento subentendido em todas as ações e decisões. Os facilitadores adquirem através do debriefing o *feedback* dos participantes podendo assim promover aprendizagens relevantes (Jeffries, 2014). Esta estratégia de aprendizagem assegura uma relação dedicada, assim como o crescimento da confiança dos integrantes. O ensino simulado é fulcral, tendo em conta que, permite uma reflexão que apoia a consolidação do conhecimento dos estudantes, olhando em retrospectiva para o que foi feito, adaptando justificações e mecanismos mentais ligados à tomada de decisão (Coutinho, Martins, & Pereira, 2014).

É finalidade do debriefing o reconhecimento das emoções, de forma a fortalecer os requisitos da aprendizagem e o aperfeiçoamento da cognição. Devem também ser desenvolvidas habilidades na resolução dos problemas e o incentivo à aprendizagem reflexiva.

Em suma, o debriefing na prática simulada visa o sucesso académico bem como a aquisição de competências e melhoria nas aptidões enquanto profissionais de enfermagem. As estratégias cognitivas e metacognitivas permitem ao indivíduo desenvolver um planeamento do seu desempenho na

aprendizagem e monitorizá-lo, possibilitando a aquisição de consciência nos processos desenvolvidos para aprender.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Qual a perspetiva dos estudantes e docentes acerca da prática simulada com recurso ao debriefing no ensino superior de enfermagem?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de investigação que se fundamenta numa metodologia de carácter qualitativo descritivo, devido à sua perspetiva indutiva e por visar a procura de vivências subjetivas sobre determinado assunto. Pelo seu interesse pelas representações sociais de cada estudante/docente acerca da temática é orientado pela teoria das representações sociais (Abric, 2011).

A população definida para este estudo foram os estudantes e docentes do curso de licenciatura em enfermagem da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP). O acesso aos participantes foi conseguido através do email enviado pela ESSNorteCVP aos seus estudantes e docentes do curso de licenciatura em enfermagem. A amostra é não probabilística e de conveniência, dado que para integrar este estudo é necessário responder a um questionário, a amostra foi constituída por 61 estudantes e docentes do curso de licenciatura em enfermagem da ESSNorteCVP.

Para a recolha de dados foi construído um questionário online (googledocs) composto por duas partes. A primeira parte permite a caracterização sociodemográfica dos participantes e a segunda parte

é constituída por um Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) que se baseia em técnicas que fornecem informações introspectivas e projetivas acerca dos processos mentais dos participantes (Tavares, Brito, Córdula, Silva, & Neves, 2014). Assim sendo, são colocadas cinco perguntas abertas ao participante e este deve escrever as cinco palavras ou expressões que evidenciem o seu primeiro pensamento quando lê as questões relacionadas com a temática em estudo. Esta técnica alicerça-se na evocação de respostas com base num estímulo indutor o que permite evidenciar universos semânticos relacionados com um determinado objeto (Abric, 2011). A amostra é não probabilística por conveniência, tendo participado no estudo 52 estudantes e 9 docentes da ESSNorteCVP. A recolha de dados decorreu de junho a setembro de 2018. As respostas ao questionário foram transcritas verbatim para um ficheiro de texto e analisadas com recurso ao Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) que "permite fazer análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras" (Camargo & Justo, 2013, p. 1).

É de salientar que este estudo só foi implementado após aprovação pela Comissão de Ética e Unidade de Investigação e Desenvolvimento da ESSNorteCVP, instituição abrangida pelo estudo. Podemos garantir que todos os aspetos éticos foram respeitados neste projeto, bem como os direitos fundamentais dos participantes.

RESULTADOS

O estudo contou com 61 participantes, 52 estudantes (85,2%), 11 do primeiro ano (18%), 11 do segundo ano (18%), 23 do terceiro ano (37,7%) e 7 do quarto ano (11,5%) e 9 docentes (14,8%) do curso de licenciatura em enfermagem.

Da análise de dados obtivemos um dendograma de similitudes onde são ilustradas as palavras mais frequentes, bem como a relação entre elas. Esta apresenta-se em três núcleos centrais e respetivos sistemas periféricos e a análise destas ligações permite-nos interpretar as respostas obtidas. O núcleo central dá ênfase à palavra prática, demonstrando a importância que o debriefing representa na prática clínica. A análise deste núcleo central mostra-nos as ligações existentes com a palavra prática, ligações estas que nos permitem relacionar os conceitos treino, avaliação, experiência, simulação e apoiar. Outro dos núcleos centrais dá ênfase à palavra reflexão, demonstrando que o debriefing constitui-se num importante momento de reflexão. A análise deste núcleo permitiu-nos estabelecer relação entre a reflexão e conceitos como pensamento_crítico, argumentação, orientação, competência, feedback_positivo e análise. A análise do último núcleo dá ênfase ao conceito aprendizagem, o que nos permite dizer que os participantes do estudo identificam o debriefing como um elemento de aprendizagem. Os conceitos que se ligam neste núcleo são o conhecimento, a melhoria, o desenvolvimento e a partilha.



Figura 1
Dendrograma de similitudes

A classificação hierárquica descendente das repostas obtidas (figura 2) demonstra-nos cinco classes: competência (30,4%), pensamento crítico-reflexivo (23,2%), aprendizagem (17,9%), evolução (17,9%) e atitude (10,7%). Estas classes apresentam ligações entre si, nomeadamente o pensamento crítico-reflexivo que se liga à aprendizagem denominado

tecnologias educativas, que por sua vez se liga à evolução designado por aprendizagem ao longo da vida. A classe da competência apresenta ligação com a classe da atitude originando o desenvolvimento pessoal. Por último, existe ligação entre o desenvolvimento pessoal e a aprendizagem ao longo da vida culminando no autoconhecimento.

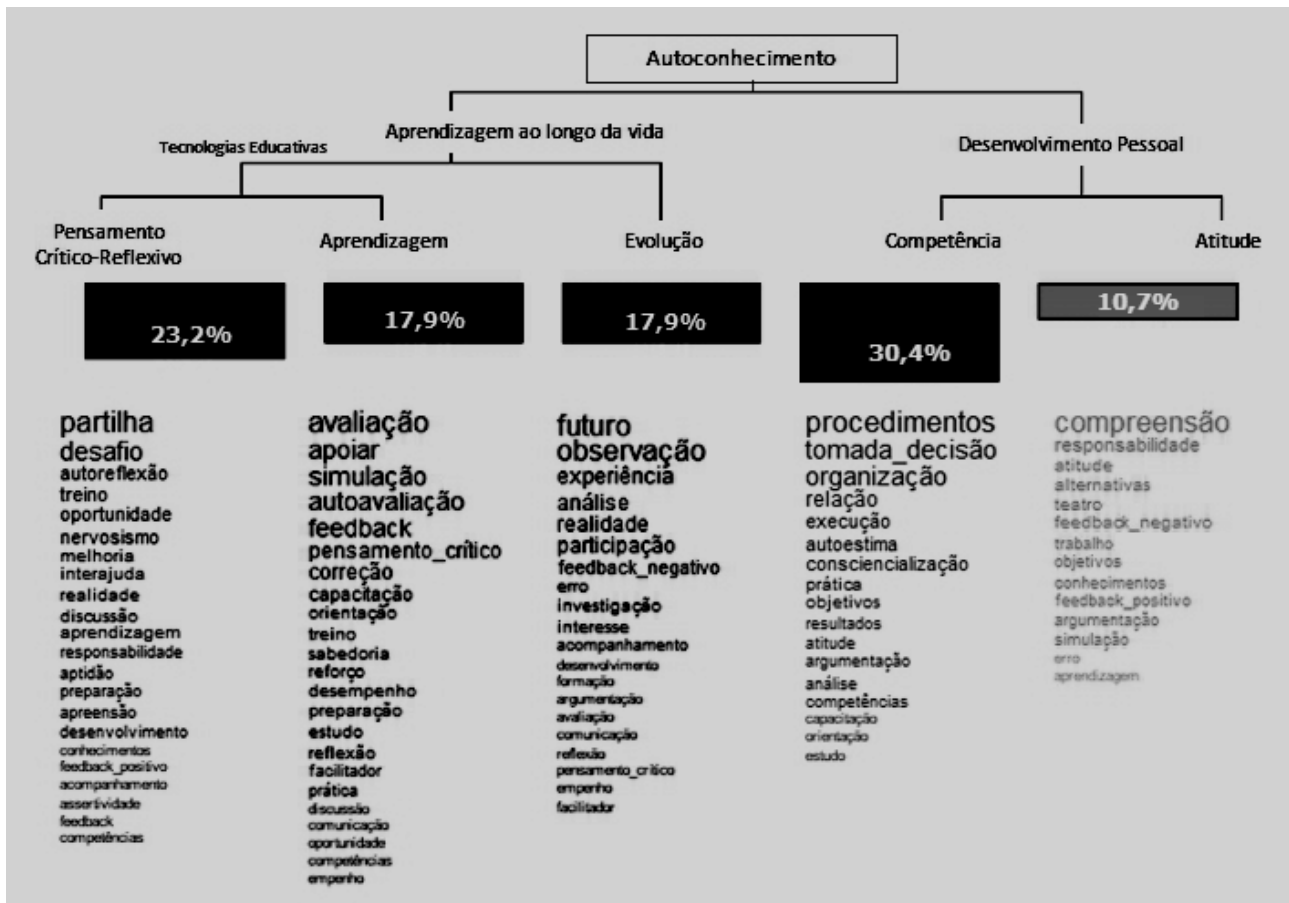


Figura 2

Dendrograma da classificação hierárquica descendente (estudantes e docentes)

Pelo facto do debriefing ser realizado com vista à melhor capacitação dos estudantes e por estes serem os mais beneficiados no que se refere a este método de aprendizagem, decidimos analisar também as respostas dos estudantes isoladamente.

Na análise das repostas dos estudantes obtivemos sete classes (figura 3). Em relação aos dados obtidos apenas da análise das repostas dos estudantes o debriefing na prática simulada divide-se em 7 categorias, em que a aprendizagem se destaca com 19,2%, sendo que os participantes (estudantes) no estudo referem que a aprendizagem define-se por pensamento crítico, apoiar, autoavaliação, orientação e simulação. Em seguida, com 17,3% emerge o

conceito colaborativo definido pelos estudantes como, nervosismo, partilha, desafio e interajuda. Com 15,4% segue-se o autoconceito representado pela autoestima, exigência, confiança e stress. Com 13,5% assumem-se duas categorias, a atitude e a competência. A atitude emerge definida por compreensão, responsabilidade e teatro. Por sua vez, a competência é representada pelos resultados, objetivos, estudo e argumentação. A evolução está representada na sexta categoria pela observação, futuro, análise, desenvolvimento e formação. Por fim, na última categoria encontramos conceitos como o acompanhamento, as competências, o desenvolvimento, a autorreflexão e a autoavaliação

que representam o pensamento crítico reflexivo. Estas demonstram também relações entre si. sete categorias obtidas pela análise dos dados

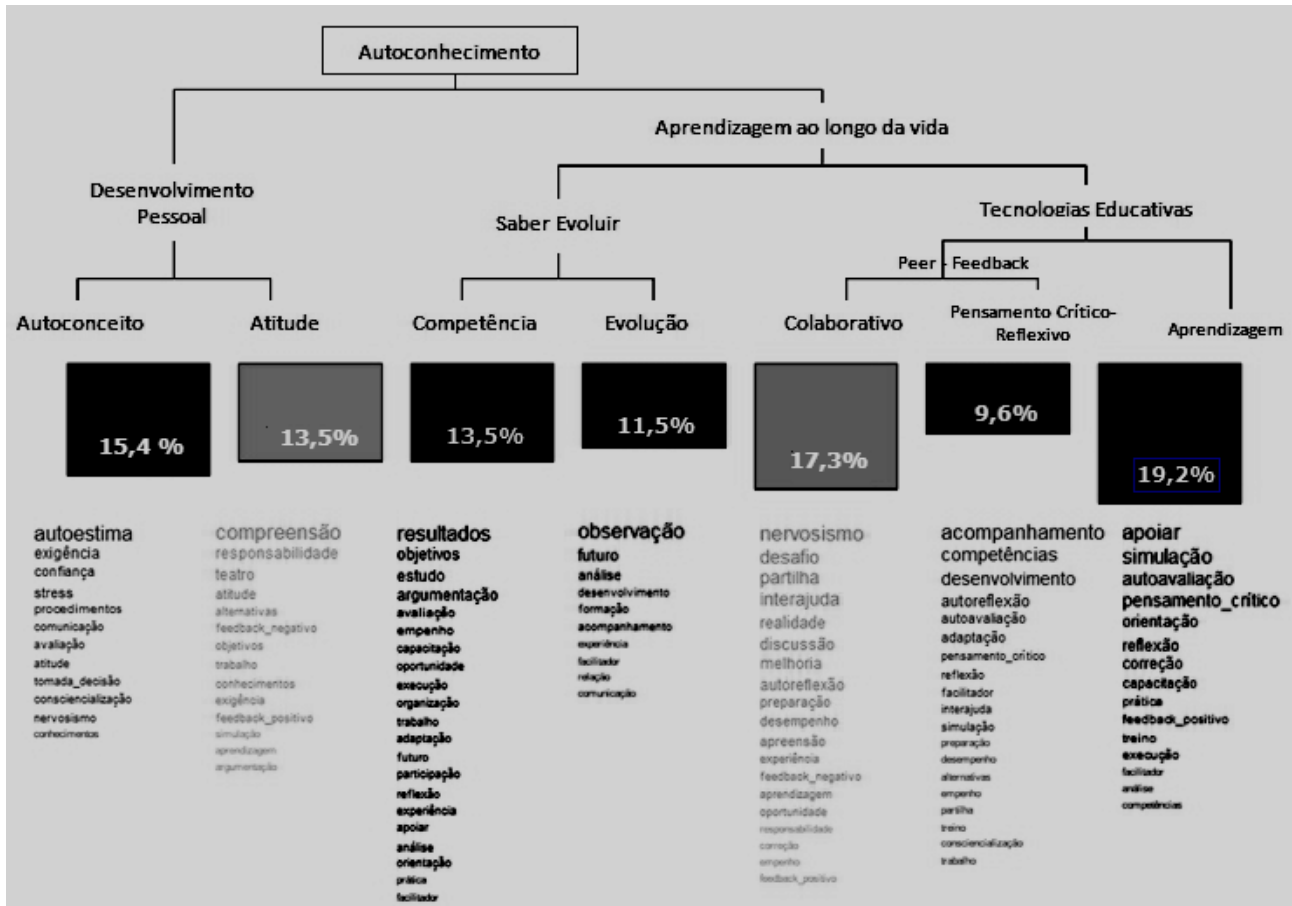


Figura 3 Dendrograma da classificação hierárquica descendente (dos estudantes)

Conforme apresentado na figura acima, existe uma ligação entre o colaborativo e o pensamento crítico-reflexivo denominado de *peer-feedback*, que por sua vez se liga à aprendizagem e denomina-se de tecnologias educativas. As tecnologias educativas ligam-se ao saber evoluir, que advém da ligação da competência à evolução, que se denomina por aprendizagem ao longo da vida. A aprendizagem ao longo da vida liga-se por último, ao desenvolvimento

pessoal, que advém da ligação do autoconceito à atitude, denominando-se de autoconhecimento.

DISCUSSÃO

A aprendizagem, a prática e a reflexão são as três categorias principais que emergem da análise dos dados dos estudantes e docentes. Estas três categorias representam, para os participantes, a importância do debriefing na prática simulada. "A

busca pela prática reflexiva na enfermagem assume importância ao nível da aprendizagem profissional e na apropriação e síntese do trabalho dos enfermeiros. Fundamentalmente, assume-se como premissa para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos " (Peixoto & Peixoto, 2016, p. 131).

A prática emerge como uma das categorias nomeadas pelos participantes do estudo assumindo-se como uma preocupação dos participantes no saber fazer, contudo, é muitas das vezes subestimado com o simples colocar em prática. Não só em enfermagem, mas como em todas as profissões, a prática é considerada um pilar na formação de qualidade (Moreira & Ferreira, 2014). Segundo os participantes do estudo a prática agrega sobretudo a experiência, treino, avaliação, simulação, apoiar e tomada de decisão imprescindível no desenvolvimento do processo de enfermagem, que é fundamental na conceção dos cuidados. Relativamente à reflexão, também uma das principais categorias enumeradas pelos participantes, esta adquire destaque devido à sua importância na prática de enfermagem, assumindo-se como uma condição indispensável ao desenvolvimento profissional (Peixoto & Peixoto, 2016). Para os estudantes e docentes que integraram o estudo, a reflexão abrange o pensamento crítico, a competência, o feedback positivo, a orientação e a análise.

O conceito aprendizagem destaca-se também como uma das três categorias principais da análise de dados. De acordo com Sousa, Formiga, Oliveira, Costa, & Soares (2015, p. 721) a "aprendizagem significativa requer o rompimento da dicotomia existente entre teoria e prática e a promoção da articulação dos conteúdos com a ação, considerando o aluno como

autor de seu próprio conhecimento, já que a Enfermagem necessita de profissionais que saibam cuidar de outro ser humano com conhecimento, ética, compromisso, amor e responsabilidade". A representação da aprendizagem, para os participantes do estudo, engloba uma melhoria, um conhecimento e um desenvolvimento.

Em relação aos dados obtidos apenas da análise das respostas dos estudantes, o debriefing na prática simulada, divide-se em 7 categorias, a aprendizagem, o colaborativo, o autoconceito, a atitude, a competência, a evolução e pensamento crítico-reflexivo. As categorias anteriormente referidas apresentam relações entre si e a sua perceção demonstra-nos o verdadeiro significado do debriefing para os estudantes.

A relação apresentada entre as categorias, colaborativo e o pensamento crítico-reflexivo foi denominada *peer-feedback*. Este caracteriza-se por promover um pensamento crítico-reflexivo não só sobre, o nosso comportamento/atitude, mas como também sobre o dos outros. A capacidade de dar e receber um *feedback* objetivo proporciona aos estudantes, oportunidades de enriquecerem experiências de aprendizagem (Sackstein, 2017). Por sua vez, o *peer-feedback* apresenta uma ligação com a aprendizagem denominada de tecnologias educativas uma vez que se apresenta como uma nova metodologia educativa que visa a aprendizagem.

A segunda agregação de categorias ocorre entre a evolução e a competência, estes dois conceitos interligam-se para originar um saber evoluir uma competência de extrema importância nos cuidados de enfermagem, uma vez que esta está em constante

mudança e é da responsabilidade do enfermeiro acompanhar estas mudanças.

Em resultado destas agregações, podemos também verificar ligação entre o saber evoluir e as tecnologias educativas culminando na aprendizagem ao longo da vida. "Quanto à relação entre as abordagens de aprendizagem e a tendência/ inclinação para os estudantes se envolverem em atividades de aprendizagem ao longo da vida, esta foi agrupada por meio das características do aprendiz ao longo da vida, nomeadamente: estabelecimento de metas; aplicação de conhecimento de competências; autodireção e avaliação; localização da informação; e adaptação de estratégias de aprendizagem" (Barros, Monteiro, & Moreira, 2014, p. 561).

A última agregação de categorias agregar o autoconceito e atitude no desenvolvimento pessoal. Este conceito surge na interpretação dos resultados uma vez que "...o treino ao nível académico/profissional pode funcionar como um contexto mais explícito de exercício ao desenvolvimento pessoal, uma vez que foram reportadas diversas transformações pessoais a par da aquisição de competências de desenvolvimento académico/profissional, em estudantes sem experiência de prática clínica" (Teixeira & Conceição, 2017, p. 31).

Por último, os resultados apresentam-nos uma agregação da aprendizagem ao longo da vida e do desenvolvimento pessoal denominando-se de autoconhecimento. O autoconhecimento segundo a Conselho Internacional de Enfermeiros (2016, p. 41) é a "consciencialização: perceção da disposição da pessoa para manter ou abandonar uma ação, ou seja, razão de primeira ordem para a ação". O conceito do

autoconhecimento revela-se de extrema importância para os estudantes do ensino superior, na medida em que se apresenta como uma característica relevante na tomada de decisão. O indivíduo ao consciencializar-se, de forma realista, pode mudar a sua atuação de modo a desenvolver as suas potencialidades e crescer como profissional de modo a prestar os melhores cuidados. Desta consciencialização, advém a importância do autoconhecimento no processo de aprendizagem (Pires, Silva, Silva, & Bueno, 2016).

CONCLUSÃO

A implementação do debriefing nas práticas simuladas representa para os estudantes e para os docentes um momento extremamente positivo e facilitador da aprendizagem no qual tanto os estudantes como os docentes devem ter um papel ativo.

Surge como limitação ao estudo o número reduzido de docentes que participou no estudo, o que condicionou a realização da classificação hierárquica descendente isolada dos dados resultantes dos questionários dos docentes.

A realização do estudo permitiu-nos conhecer a perspetiva dos estudantes e docentes acerca da utilização do debriefing na prática simulada tendo em vista o sucesso académico e o desenvolvimento de competências no papel de enfermeiro.

Percebemos com este estudo que por parte dos estudantes ainda existe uma perceção negativa em relação ao debriefing, nomeadamente, pela utilização da palavra `feedback_negativo`. Assim sendo, é relevante que seja explicado aos estudantes os princípios orientadores do debriefing de forma a colmatar a conotação negativa do mesmo,

demonstrando a relevância da utilização da crítica construtiva para o desenvolvimento de competências.

A partir da análise dos resultados obtidos podemos concluir que debriefing na prática simulada representa para os estudantes e docentes um momento de autoconhecimento, ou seja, um momento de desenvolvimento de competências e pensamento crítico-reflexivo.

Em desenvolvimentos futuros importa perceber o impacto do debriefing associado à prática simulada no sucesso académico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J.C. (2011). Les Représentations Sociales: Aspects Théoretiques. In J. C. Abric (Ed.), *Pratiques Sociales et Représentations* (pp. 15–46). Paris: Quadrigue/Presses Universitaires de France.
- Barros, R., Monteiro, A. R., & Moreira, J. A. (2014). Aprender no ensino superior: relações com a predisposição dos estudantes para o envolvimento na aprendizagem ao longo da vida. *Revista Brasileira Estudos Pedagogicos*, pp. 544-566.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). *Iramuteq*. Obtido de Iramuteq : <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) Versão 2015 (1ª edição)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Coutinho, V. D., Martins, J. A., & Pereira, M. d. (2014). Construção e Validação da Escala de Aaliação do Debriefing associado à simulação.
- Franco, M. L. (2004). Representações Sociais, Ideologia e Desenvolvimento da Consciência. *Cadernos de Pesquisas*, 169-186.
- Jeffries, P. R. (2014). *Clinical Simulations in Nursing Education: Advanced Concepts, Trends and Opportunities*.
- Martins, J. C. (2017). *Aprendizagem e Desenvolvimento em Contexto de Prática Simulada*.
- Moreira, F., & Ferreira, E. (2014). Teoria, prática e relação na formação inicial na enfermagem e na docência. *Educação, Sociedade e Culturas*, pp. 127-148.
- Peixoto, N. M., & Peixoto, T. A. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 121-132.
- Pires, A. d., Silva, P. d., Silva, S. C., & Bueno, L. d. (2016). Ingressante do Curso de Engenharia Civil: o autoconhecimento para ensino - aprendizagem das disciplinas de matemática e física. *Ignis: Periódico Científico de Arquitetura e Urbanismo, Engenharias e Tecnologia da Informação*, pp. 33 - 43.
- Sackstein, S. (2017). *Peer Feedback in the classroom: Empowering students to be the experts*. USA: Library of Congress Cataloging.
- Sousa, A. T., Formiga, N. S., Oliveira, S. H., Costa, M. M., & Soares, M. J. (2015). A utilização de teoria da aprendizagem significativa no ensino da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, pp. 713-722.
- Tavares, D. W., Brito, R. C., Córdula, A. C., Silva, J. T., & Neves, D. A. (2014). Protocolo Verbal e Teste de Associação Livre de Palavras: perspectivas de instrumentos de pesquisa introspectiva e projetiva na ciência da informação.
- Teixeira, J., & Conceição, N. (Fevereiro de 2017). Integrar desenvolvimento pessoal com aprendizagens académicas e profissionais: Um estudo qualitativo através de uma unidade curricular no ensino superior. *Ciências Aplicadas: Coletânea de Estudos*, pp. 11-35.

PREOCUPAÇÕES DO ESTUDANTE TRABALHADOR DO CURSO DE ENFERMAGEM NAS SUAS PRÁTICAS CLÍNICAS

Concerns of nursing workers students of nursing school in their clinical practices

Preocupaciones del estudiante trabajador del curso de enfermería en sus prácticas clínicas

Vítor Machado*, Catarina Sequeira*, Delfina Teixeira*, Susana Santos*, Helena Penaforte*, Diana Pereira*

RESUMO

Enquadramento: os fluxos de mudança no mercado de trabalho exigem trabalhadores cada vez mais qualificados, conduzindo também a implicações significativas nas diferentes áreas do conhecimento entre elas a enfermagem. Muitos procuram o ensino superior, surgindo assim o estudante trabalhador. **Objetivo:** identificar as principais preocupações do estudante trabalhador do curso de enfermagem antes e durante a realização das suas práticas clínicas. **Metodologia:** estudo de abordagem qualitativo, de natureza exploratório-descritivo e cariz transversal. Foram realizadas 8 entrevistas semiestruturadas, numa escola de enfermagem do norte do país com diversidade cultural, aplicadas a estudantes trabalhadores espanhóis e portugueses. A análise da informação foi baseada na análise de conteúdo. **Resultados:** brotaram as preocupações do estudante trabalhador antes e durante o ensino clínico nomeadamente a valorização do local de realização do ensino clínico e das relações familiares, coordenação de horários, valorização das relações familiares/sociais, valorização do impacto na sua saúde e bem-estar e valorização do desempenho em ensino clínico. **Conclusão:** os resultados permitiram conhecer algumas preocupações do estudante trabalhador de enfermagem antes e durante a realização do ensino clínico, significando vivenciar uma transformação não somente no seu quotidiano, relacionamento familiar e social, mas também transformações interiores com impacto na sua saúde e bem-estar que devem ser consideradas pelos responsáveis das instituições de ensino superior.

Palavras-chave: educação em enfermagem; estágio clínico; estudante de enfermagem

ABSTRACT

Background: the flows in the labour market demand increasingly skilled workers, also leading to significant implications in the different areas of knowledge among them nursing. Many seek higher education, thus arising the student worker. **Objective:** to identify the main concerns of nursing student students before and during their clinical practice. **Methodology:** A qualitative approach, exploratory-descriptive and cross-sectional. Eight semi-structured interviews were conducted in a nursing school in the north of the country with cultural diversity, applied to Spanish and Portuguese working students. The analysis of the information was based on content analysis. **Results:** Worker students' concerns emerged before and during clinical teaching, in particular the valorisation of the place of clinical teaching and family relations, coordination of schedules, appreciation of family / social relations, appreciation of the impact on their health and well-being and performance enhancement in clinical teaching. **Conclusion:** The results allowed us to know some of the nursing student's concerns before and during the clinical teaching, meaning a transformation not only in their daily life, family and social relationships, but also internal transformations with an impact on their health and well-being which should be considered by the heads of higher education institutions.

KeyWords: education nursing; clinical clerkship; student nursing

RESUMEN

Encuadramiento: los flujos de cambio en el mercado de trabajo exigen trabajadores cada vez más cualificados, conduciendo también a implicaciones significativas en las diferentes áreas del conocimiento entre ellas la enfermería. Muchos buscan la enseñanza superior, surgiendo así el estudiante trabajador. **Objetivo:** identificar las principales preocupaciones del estudiante trabajador del curso de enfermería antes y durante la realización de sus prácticas clínicas. **Metodología:** estudio de abordaje cualitativo, de naturaleza exploratorio-descriptivo y cariz transversal. Fueron realizadas 8 entrevistas semiestruturadas, se hicieron en una escuela de enfermería del norte del país con diversidad cultural, a los estudiantes trabajadores de nacionalidad española y portuguesa. El análisis de la información se basó en el análisis de contenido. **Resultados:** brotaron las preocupaciones del estudiante trabajador antes y durante la enseñanza clínica, especialmente la valorización del lugar de realización de la enseñanza clínica y de las relaciones familiares, coordinación de los horarios, valoración de las relaciones familiares / sociales, valorización del impacto en su salud y bienestar y valorización del desempeño en enseñanza clínica. **Conclusión:** los resultados permitieron conocer algunas preocupaciones del estudiante trabajador de enfermería antes y durante la realización de la enseñanza clínica, teniendo como resultado una transformación no sólo en su cotidiano, relación familiar y social, sino también transformaciones interiores con impacto en su salud y bienestar que deben ser consideradas por los responsables de las instituciones de enseñanza superior.

Palabras Clave: educación en enfermería; enseñanza clínica; estudiante de enfermería

*Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado

Como Referenciar:

Machado, V.; Sequeira, C.; Teixeira, D.; Santos, S.; Penaforte, H.; & Pereira, D. (2019). Preocupações do estudante trabalhador do curso de enfermagem nas suas práticas clínicas. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(1), 51-61

Recebido para publicação em:29/03/2019

Aceite para publicação em: 24/15/2019

INTRODUÇÃO

A enfermagem, pela sua própria natureza, possui características singulares e aspetos específicos. Enquanto disciplina e profissão, deve conter certas características, das quais se destacam um vasto campo de conhecimento que importa ser transmitido, através do ensino formal, da autonomia na tomada de decisão, da autoridade sobre a prática e da responsabilidade e reconhecimento pelos resultados. No exercício desta atividade, os profissionais presenciam diariamente, no seu quotidiano de trabalho, situações críticas vivenciadas pela sociedade (Santos et al., 2016). O padrão socioeconómico e etário das universidades portuguesas sofreu uma reconfiguração, observamos na atualidade um aumento progressivo de estudantes trabalhadores (Quintas et al., 2014). Estes têm também de enfrentar as exigências de ser um trabalhador estudante, além das incumbências próprias ao estudante universitário (Quintas et al., 2014; Alves, 2011). Este fenómeno estudante trabalhador nos últimos anos tem vindo a crescer no curso de licenciatura em enfermagem, em consonância com o restante ensino universitário em Portugal (Quintas et al., 2014; Alves, 2011). A procura parece continuar em franca ascensão, precisamente por cativar o estudante trabalhador que, altamente motivado, superará grandes desafios para se tornar enfermeiro. A maioria desses estudantes trabalhadores exerce atividades relacionadas com a área da saúde. A aspiração pela formação superior de enfermagem é para eles prioritária e representa a oportunidade de ascensão profissional e social que o diploma de curso superior pode proporcionar (Quintas et al., 2014; Alves, 2011). Neste contexto, os

mesmos autores salientam que muitos estudantes trabalhadores estão sempre cansados, têm pouca disposição para o estudo, apresentam baixo rendimento teórico no domínio das aulas práticas, bem como, o facto de em campos de ensino clínico saírem apressadamente para exercer as suas atividades profissionais. No que concerne à realidade portuguesa, uma revisão da literatura evidencia uma escassez de estudos no contexto das preocupações do estudante trabalhador de enfermagem aquando da realização dos seus estágios. É na procura deste conhecimento que, numa escola de enfermagem do norte do país, e atendendo à diversidade cultural presente no atual cenário académico, precisamente de estudantes portugueses e espanhóis, questionamos sobre as preocupações que o estudante trabalhador vivencia perante a realização dos seus estágios. Assim, considerando o exposto, acreditamos ser pertinente a realização de uma investigação nesta área definindo como objetivo: identificar as principais preocupações do estudante trabalhador do curso de enfermagem antes e durante a realização dos estágios.

ENQUADRAMENTO

Os avanços científicos e tecnológicos nos diferentes domínios do conhecimento, as realidades económicas e a globalização, colocam desafios importantes nas vidas e no trabalho dos profissionais uma vez que o mercado de trabalho se torna cada vez mais exigente e competitivo. O acompanhamento destes fluxos de mudança(s) conduziu a implicações significativas nos quadros de referência das diferentes áreas do conhecimento, entre elas a enfermagem (Fernandes, 2010). A enfermagem, pela

sua própria natureza, possui características singulares e aspetos específicos. Enquanto disciplina e profissão, deve conter certas características, das quais se destacam um vasto campo de conhecimento que importa ser transmitido, através do ensino formal, da autonomia na tomada de decisão, da autoridade sobre a prática e da responsabilidade e reconhecimento pelos resultados. No exercício desta atividade, os profissionais presenciam diariamente, no seu quotidiano de trabalho, situações críticas vivenciadas pela sociedade (Santos et al., 2016). Na década de 70 do século XX, o ensino de enfermagem assentava numa perspetiva da racionalidade técnica inerente à perspetiva biomédica, centrando-se os cuidados na cura da doença e alívio dos sintomas. Posteriormente, a filosofia educativa passa a considerar o estudante de enfermagem como um agente em construção de quem se espera uma atitude crítica e construtiva face à realidade e não um mero cumpridor de tarefas externamente determinadas (Santos et al., 2016). Com o objetivo de proteger, junto da entidade patronal e da instituição de ensino, todos aqueles que optam por esta via, tentando garantir-lhes as condições para levarem os seus objetivos em diante surge em Portugal, o Estatuto do Trabalhador Estudante.

O artigo 89º, no ponto 1, aprovado pelo Decreto-Lei nº 7/2009, de 12 de fevereiro define trabalhador estudante como “o trabalhador que frequenta qualquer nível de educação escolar, bem como curso de pós-graduação, mestrado ou doutoramento em instituição de ensino (...)” (pág. 32). No contexto formativo atual, uma parte significativa da formação académica dos estudantes de enfermagem é efetuada em contexto de ensino clínico. Desde

sempre, os contextos clínicos tiveram uma estreita ligação com o ensino de enfermagem, uma vez que cerca de 50% da sua formação se desenvolve em instituições de saúde que dão corpo aos campos de estágio (Ribeiro & Cunha, 2010). Neste processo pressupõe-se a cooperação de enfermeiros experientes e qualificados, que partilhem conhecimentos e interajam com o formando, de forma a construir uma base teórica e prática assente na análise reflexiva e crítica das situações vivenciadas (Pinto, 2011). Segundo Miranda (2010), a formação em contexto clínico deverá ser entendida, numa tripla vertente de saberes: saber (dimensão cognitiva), saber fazer (dimensão operativa/técnica) e saber ser e estar (dimensão ética e relacional), que só na atividade e em contexto de trabalho podem ser percebidos e desenvolvidos pelos estudantes. Por este motivo, este momento privilegiado de formação é ansiado por todos os estudantes, tendo em vista o contacto com o seu futuro profissional, podendo por em prática toda a componente teórica apreendida anteriormente. Por outro lado, Fernandes (2010) refere-nos que durante a formação clínica, os estudantes para além das vivências inerentes ao seu papel formativo terão de se confrontar com um ambiente complexo, característico das unidades de saúde, integrando-se no seu meio para desenvolver aprendizagens. A mesma autora refere ainda que esta realidade comporta sentimentos duais de desafio, motivação, interesse, curiosidade e expectativa, em confronto com o medo e receio e que a preocupação dos alunos em conciliar os estudos e o trabalho é marcante. A necessidade de trabalhar para manter os estudos, reflete-se diretamente no quotidiano do estudante trabalhador. A associação

estudo-trabalho reflete-se evidentemente no rendimento escolar, pois, além de reduzir o tempo disponível para os estudos, pode causar sobrecarga física e mental.

METODOLOGIA

Na investigação qualitativa, a escolha dos participantes não acontece de forma aleatória, obedece a critérios precisos para garantir que as características destes dão resposta aos objetivos do estudo. Assim, a participação dos estudantes nesta investigação ocorreu de forma voluntária e todas as informações e esclarecimentos a respeito desta, foram prestados. Definimos como critérios de inclusão: i) Todos os estudantes trabalhadores do Curso de Licenciatura de Enfermagem regularmente matriculados. Como critérios de exclusão: i) estudantes de enfermagem que não têm o estatuto de estudante trabalhador; ii) Todos os estudantes trabalhadores matriculados no 1º ano do Curso de Licenciatura de Enfermagem por inexistência de ensino clínico. Quanto à amostra, foi por conveniência, não probabilística, tendo sido considerados 8 estudantes trabalhadores no estudo, sendo 6 estudantes espanhóis e 2 estudantes portugueses, de uma escola de enfermagem do norte do país, que autorizou a realização do estudo. A escolha da instituição teve como critério a facilidade de acesso e da colheita de dados entre os estudantes trabalhadores matriculados, pelo nosso interesse particular e acessibilidade da amostra. O tamanho da amostra na investigação qualitativa é definido fundamentalmente pela complexidade do fenómeno em análise, pela finalidade e objetivos do estudo e pela necessidade de informação relativa ao mesmo

(Fortin, et al., 2009). Porém, o número de participantes é geralmente pequeno, determinado pela saturação dos dados, ou seja, quando a aquisição de novos testemunhos já não traz nada de novo para a investigação. De acordo com o objetivo delineado, optou-se como método de recolha de dados a entrevista semiestruturada. A escolha deve-se ao facto de a entrevista possibilitar ao investigador um contacto direto com os participantes e aceder a uma vasta amplitude de dados para análise, que o sujeito entrevistado transmite com base nas suas ideias e opiniões, de forma não condicionada (Coutinho, 2011). Para a recolha de dados elaborou-se um guião de entrevista com base na informação que se pretendia recolher dos participantes, atendendo ao objetivo e a questão de investigação formulada. A entrevista aplicada consiste em duas partes. A primeira parte consiste na formulação de questões no sentido da caracterização sociodemográfica da amostra. Na segunda parte tendo em conta o desenho de estudo formulamos uma questão aberta. Salientamos que todas as questões éticas foram previamente determinadas e asseguradas durante o decurso da recolha de dados e da investigação, em conformidade com a Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2016). Ao grupo de participantes foi entregue, em duplicado, o documento de consentimento informado que foi assinado voluntariamente por todos os participantes. As entrevistas foram agendadas com antecedência para garantir a sua realização em data, hora e local de preferência do participante, tendo decorrido em espaços reservados salvaguardando sempre a sua privacidade e sigilo. Todas as entrevistas realizadas pelos investigadores, tiveram como suporte o guião

de entrevista e foram transcritas manualmente na íntegra, respeitando a fidelidade do discurso. O princípio da saturação dos dados serviu de base para terminar a colheita de dados, com a inclusão de 8 participantes na investigação. A amostragem por saturação é usada para estabelecer o tamanho final de uma amostra, interrompendo a captação de novos dados, quando passam a apresentar, na avaliação do investigador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado produtivo persistir na colheita dos mesmos. Significa então, que as informações fornecidas por novos participantes pouco acrescentariam ao material já obtido, não

contribuindo de maneira relevante para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada (Bardin, 2011). Cada entrevista teve uma duração mínima de 15 minutos e máxima de 25 minutos. A colheita de dados decorreu durante os meses de abril e maio de 2017. A análise da informação teve por base a técnica de análise de conteúdo de (Bardin, 2011).

RESULTADOS

Dos resultados destacamos a caracterização sociodemográfica dos sujeitos da amostra, que apresentamos na tabela 1

Tabela 1

Caraterização sociodemográfica

Variáveis	Sexo				Total (N= 8)	
	Masculino		Feminino		N	%
	n	%	n	%		
Grupo etário						
25-30 anos	-	-	3	37,5	3	37,5
31-35 anos	1	12,5	3	37,5	4	50,0
36-40 anos	-	-	1	12,5	1	12,5
Nacionalidade						
Portuguesa	-	-	2	25	2	25
Espanhola	1	12,5	5	62,5	6	75
Estado civil						
Casado (a)	-	-	2	25	2	25
Solteiro (a)	1	12,5	5	62,5	6	75
Profissão						
Auxiliar de Enfermeria	-	-	6	75	6	75
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	-	-	1	12,5	1	12,5
Comercial	1	12,5	-	-	1	12,5
Dependentes a cargo						
Sim	-	-	3	37,5	3	37,5
Não	1	12,5	4	50	5	62,5
Horário praticado (trabalhador)						
Tempo completo (40 horas/ semana)	1	12,5	7	87,5	8	100
Tipologia de horário (trabalhador)						
Horário fixo	1	12,5	5	62,5	6	75
Horário por turnos	-	-	2	25	2	25
Distância da residência habitual ao local de Ensino Clínico (último Ensino Clínico realizado)						
Entre 0 e 20 km	1	12,5	2	25	3	37,5
Entre 21 e 30 km	-	-	4	50	4	50
≥ 31 km	-	-	1	12,5	1	12,5

Legenda: N – Frequência absoluta; n - Frequência relativa; % - Percentagem

Em conformidade com os procedimentos assinalados por Bardin (2011), fomos decompondo os discursos, alinhando grupos de informação, conforme a semelhança das suas características, formando, então, categorias e subcategorias que apresentamos através das seguintes tabelas:

Tabela 2

Preocupações do estudante trabalhador antes do início do ensino clínico

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Valorização do local de realização do Ensino Clínico		<i>"...preocupa-me o local onde vou estagiar..." E1, E2, E3, E4, E5, E6; E7, E8</i>
	Preocupação com a tipologia do horário que terá de realizar	<i>"...tipo de horário que vou realizar nas instituições dos ensinos clínicos ..." E1, E2, E4, E5</i> <i>"...tipo de horário que vou realizar no hospital..." E3, E6, E7, E8</i>
	Preocupação com a distância da residência ao local de Ensino Clínico	<i>"...quantos quilómetros vou realizar desde a residência ao ensino clínico ..." E1, E5</i> <i>"...distância do local de residência ao local do ensino clínico ..." E2, E4, E7</i> <i>"...tempo despendido nas deslocações..." E3, E6, E8</i>
Valorização das relações familiares	Preocupação com as despesas que terá de suportar em Ensino Clínico	<i>"...dinheiro que vou gastar nas deslocações ..." E1, E2, E3, E7, E8</i> <i>"...dinheiro despendido nas deslocações ..." E4, E5, E6</i> <i>"...quantos quilómetros vou realizar desde a residência ao ensino clínico ..." E1, E5</i>
	Preocupação com os familiares dependentes	<i>"...tenho a carga o meu avô com demência (...) com quem o vou deixar (...) tenho que conciliar os horários com o meu marido (...) se acontece alguma coisa ao meu avô (...) a responsabilidade é minha (...) durante o período de estágio é muito difícil..." E5</i> <i>"...com quem vou deixar a minha filha, ainda não posso pô-la no infantário (...) tenho que conciliar com os horários do meu marido ou com a minha mãe... E6</i> <i>"...com quem vai ficar o meu filho quando vem da escola..." E8</i>

Analisando a tabela 2, das preocupações do estudante trabalhador antes do início do Ensino Clínico, sobressaem duas preocupações: Valorização do local de realização do Ensino Clínico e a valorização das relações familiares.

Tabela 3

Preocupações do estudante trabalhador durante o ensino clínico

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Coordenação de horários	Dificuldades na conciliação de horários	<i>"...dificuldades em conciliar o horário de trabalho com os do ensino clínico ..." E2, E3, E4, E7, E8</i> <i>"...muitas vezes tenho que fazer turnos seguidos para conseguir conciliar com o trabalho ..." E5, E6</i>
Valorização das relações familiares e sociais	Preocupação com as relações familiares	<i>"...pouco tempo para a família e o marido (...) afeta a minha vida sentimental, o meu marido apoia-me, mas já está cansado de não me ver em casa, nem estar com ele..." E5</i> <i>"...pouco tempo para estar com a minha filha, não acompanho o seu crescimento, e com o meu marido... E6</i> <i>"...pouco tempo para estar com a minha família..." E3, E7, E8</i> <i>"...falta de tempo para a o namorado..." E2, E3</i>
	Preocupação com as	<i>"...relacionamento com os amigos afetado..." E3, E4, E6</i>

	relações de amizade		<p><i>"...ausência de vida social..." E1, E2, E8</i></p> <p><i>"...tenho um cão e não tenho tempo para passear nem cuidar dele, tenho que o deixar a cargo de outros..." E3</i></p> <p><i>"... tenho um gato e pouco tempo para cuidar dele..." E4</i></p>
Valorização do impacto na sua saúde e bem-estar	Preocupação com a resposta física		<p><i>"...fadiga..." E3, E4</i></p> <p><i>"... cansaço..." E1, E2, E5, E6, E7,E8</i> <i>"... com o aumento da carga horária semanal..." E2</i></p> <p><i>"...ritmo de vida acelerado..." E3, E5</i></p> <p><i>"...durmo poucas horas..." E2, E3</i></p> <p><i>"...preocupação em conduzir um longo período de tempo porque durmo poucas horas..." E2</i></p> <p><i>"...alteração nos meus hábitos alimentares..."E2, E4</i> <i>"...tenho pouco tempo para comer..." E4</i></p>
	Preocupação com o seu bem-estar		<p><i>"...diminuição do número de horas dormidas..." E1, E4, E5, E8</i></p> <p><i>"...aumento da ingestão de café..." E1, E2, E4, E6 ..."e tabaco..." E2, E4</i></p> <p><i>"...falta de tempo para o exercício físico..." E1, E2</i></p>
	Preocupação com sinais e sintomas de stress e ansiedade		<p><i>"...stress..." E1, E2, E4, E6, E7, E8</i></p> <p><i>"...ansiedade..." E1,E3, E4, E5, E6, E7, E8</i></p>
Valorização do desempenho em Ensino Clínico	Preocupações com a gestão do desempenho em Ensino Clínico		<p><i>"...observação constante dos orientadores..." E1, E3, E6, E7, E8</i></p> <p><i>"...o que será exigido no estágio..." E4</i></p> <p><i>"...medo de cometer erros no ensino clínico..." E1, E2, E4, E5, E7, E8</i></p> <p><i>"...alcançar os objetivos que foram propostos para o ensino clínico..." E5</i></p> <p><i>"...dificuldades que vou encontrar durante o ensino clínico e se vou ultrapassa-las..." E2</i></p>

Analisando a tabela 3, as preocupações dos estudantes trabalhadores durante o Ensino Clínico, que sobressaem são: a coordenação de horários, valorização das relações familiares e sociais, valorização do impacto na sua saúde e bem-estar e por último a valorização do desempenho em Ensino Clínico.

DISCUSSÃO

Como se pode verificar da caracterização sociodemográfica da amostra, ao analisar os dados obtidos pelas entrevistas constatamos que dos 8 estudantes trabalhadores inquiridos, 7 são do sexo feminino (87,5%) e 1 do masculino (12,5%). Esta distribuição é característica do universo da Enfermagem em Portugal, comprovado pelos dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros de Portugal

onde os 69682 inscritos, 57164 dos profissionais de enfermagem são mulheres (OE, 2016). No que respeita à idade, varia entre os 25 e os 40 anos, havendo uma predominância de indivíduos com idades compreendidas entre 31 e 35 anos (4 indivíduos, o que corresponde a um total de 50% da amostra). A maior parte dos inquiridos possui nacionalidade espanhola (75%), sendo apenas (25%) de nacionalidade portuguesa. Observa-se que 75% se encontram solteiros e 62,5% não têm dependentes a cargo. Quanto a variável "profissão", 75% dos estudantes exerce atividade profissional na área de "Auxiliar de Enfermeria", assim como refere Alves (2011) a maioria desses estudantes trabalhadores exerce atividades relacionadas com a área da saúde. A carga horária semanal de trabalho de 40 horas, correspondente ao total de inquiridos da amostra

(100%), tendo a maioria 75% horário fixo. Relativamente à distância praticada da residência habitual ao local de ensino clínico (último realizado), 50% dos sujeitos da amostra realizou distâncias compreendidas entre 21 e 30 Km.

Dos resultados da análise de conteúdo das entrevistas brotaram as preocupações do estudante trabalhador antes do início do ensino clínico e durante o ensino clínico, cujos significados resultam de um conjunto de categorias diferentes e respetivas subcategorias também distintas. Nas preocupações do estudante trabalhador antes do início do ensino clínico emergiram duas categorias: a *“valorização do local de realização do ensino clínico”* e a *“valorização das relações familiares”* e cada uma delas possui subcategorias. Relativamente à categoria *“valorização do local de realização do ensino clínico”* congrega com as subcategorias a conferir-lhe significado, precisamente: *“a preocupação com a tipologia do horário que terá de realizar”*; *“a preocupação com a distância da residência ao local do ensino clínico”*; *“a preocupação com as despesas que terá de suportar em ensino clínico”*, inferimos a importância atribuída pelo estudante trabalhador ao tipo de horário, distância e as questões económicas relacionadas com o ensino clínico. Também Costa (2011) considera que a questão dos horários a realizar no estágio, é outro dos fatores no qual os estudantes referem sentir dificuldade, uma vez que interfere diretamente com as deslocações que têm de ser geridas diariamente. Um dos motivos que poderá estar na origem destes impedimentos pode ser a longa distância que o estudante tem de percorrer todos os dias. As despesas financeiras (transporte, alimentação, mensalidades, entre

outras) são um dos desafios de quem precisa trabalhar e estudar ao mesmo tempo.

Na categoria *“valorização das relações familiares”*, inclui a subcategoria *“a preocupação com os familiares dependentes”* a conferir-lhe significado, precisamente pela preocupação manifestada em relação aos familiares dependentes. Relativamente às dificuldades encontradas na procura da conciliação dos estudos, do trabalho e da família, Oliveira & Temudo (2008) apontam como uma das principais dificuldades a nível pessoal a falta de tempo para a família por exemplo, a assistência a familiares dependentes. Verifica-se, em particular, que muitas crianças, idosos, doentes sofrem as consequências da falta de estrutura de apoio à família.

Nas preocupações do estudante trabalhador durante o ensino clínico surgiram quatro categorias: *“coordenação de horários”*; *“valorização das relações familiares e sociais”*; *“valorização do impacto na sua saúde e bem-estar”* e *“valorização do desempenho em ensino clínico”*, cada uma delas possui também subcategorias que lhe dão significado. A categoria *“coordenação de horários”* inclui a subcategoria *“dificuldades na conciliação de horários”* a conferir-lhe significado, onde fica patente a preocupação dos estudantes trabalhadores em conciliar o trabalho e o ensino clínico. Segundo Costa (2011) quando iniciam o processo de ensino clínico, esses trabalhadores enfrentam o obstáculo de conciliar os horários de trabalho com a realização do mesmo, uma vez que, alguns cumprem uma carga horária extensa de trabalho. Muitos conseguem realizar horários flexíveis no trabalho para cumprir o ensino clínico, outros realizam-no em horários alternativos, como

final de tarde ou fins-de-semana. Conforme o ponto 1, do artigo 90º, do Decreto-Lei nº 7/2009, de 12 de fevereiro, estipula que “o horário de trabalho do estudante trabalhador deve, sempre que possível, ser ajustado de modo a permitir a frequência das aulas e o deslocamento para o estabelecimento de ensino” (pág. 33).

A categoria “*valorização das relações familiares e sociais*” engloba as subcategorias: “*preocupação com as relações familiares*” e “*preocupação com as relações de amizade*” que lhe inferem significado, em particular pela importância atribuída a relação com os familiares/pessoas. Segundo Santos, et al. (2016), salientam que se torna difícil para o estudante trabalhador conciliar o ensino clínico com as necessidades de cunho pessoal e social. Neste contexto, também Alves (2010), salienta que ocorrem conflitos pelas necessidades afetadas por afastamento do meio familiar e nas relações interpessoais.

A categoria “*valorização do impacto na sua saúde e bem-estar*” é composta pelas subcategorias “*preocupação com a resposta física*”; “*preocupação com o seu bem-estar*” e “*preocupação com sinais e sintomas de stress e ansiedade*”, que lhe inferem significado, manifestando o estudante trabalhador a preocupação com a sua saúde e qualidade de vida. Neste sentido Santos, Greco, Prestes, Kirchof, Magnago & Oliveira (2016), salientam que estudar e trabalhar não é uma tarefa fácil, acrescentando que para além da falta de tempo afeta o fisicamente e psicologicamente. Estudos mostram que a qualidade de vida de estudantes trabalhadores tem sido negativamente influenciada por sinais e sintomas de *stress* e ansiedade, decorrentes das atividades

práticas para as quais não se sentem preparados, das horas exigidas para pesquisas e estudos teóricos, a incerteza em relação ao mercado de trabalho e, sobretudo, por terem de lidar diariamente com os processos de dor, morte e sofrimento (Oliveira & Ciampone, 2008). Neste contexto, Alves (2011) refere que o *stress* está relacionado com o impacto no bem-estar, podendo afetar não só a realização académica, mas também a saúde dos estudantes. Surgem assim, dificuldades, como sono e repouso, cansaço, nutrição, o pouco tempo para o lazer e prática de atividades físicas, os problemas financeiros, o consumo excessivo de estimulantes para suportarem a rotina (café e tabaco). Para Araújo, Frazili & Almeida (2011), o sono é fundamental para um bom desempenho profissional e educacional, atenção, coordenação motora, ritmo mental e aprendizagem.

Quanto à categoria “*valorização do desempenho em ensino clínico*”, que inclui a subcategoria “*preocupações com a gestão do desempenho em ensino clínico*” a conferir-lhe significado,” inferimos a dificuldade que o aluno estudante trabalhador confere para lidar com a incerteza do ambiente clínico. O ensino clínico, tem como objetivos consolidar o conhecimento adquirido e proporcionar ao aluno o desenvolvimento de competências profissionais (Dias et al., 2014). De realçar que, segundo Melincavage (2011), a observação constante dos orientadores na prática clínica, o medo de cometer erros, sentimentos de inadequação e falta de inclusão na equipa multidisciplinar são destacados como as principais preocupações. Portanto, Novo (2011), considera que as expectativas, o conhecimento, as atitudes e as emoções afetam a construção e a interpretação dos conteúdos das

experiências. Deste modo considera-se que a supervisão clínica assume um papel fulcral, no que respeita à transmissão de conhecimentos, pela experiência, pela capacidade de saber motivar e na ajuda da interpretação dos conteúdos, das experiências vivenciadas, quer pelo profissional quer pelo estudante.

CONCLUSÃO

Neste estudo deu-se ênfase às preocupações do estudante trabalhador antes e durante o ensino clínico. Dos resultados induzimos antes do início do ensino clínico duas categorias: a *“valorização do local de realização do ensino clínico”* e a *“valorização das relações familiares”* com as respetivas subcategorias. Durante o ensino clínico surgiram quatro categorias: *“coordenação de horários”*; *“valorização das relações familiares e sociais”*; *“valorização do impacto na sua saúde e bem-estar”* e *“valorização do desempenho em ensino clínico”*, cada uma delas possui também subcategorias que lhe dão significado. As interpretações das categorias, subcategorias e as considerações contidas permitiram concluir que das preocupações antes do início do ensino clínico destaca-se a importância atribuída pelo estudante trabalhador ao tipo de horário, distância, questões económicas e a relação com os familiares dependentes que é afetada pela falta de tempo para lhes proporcionar assistência. Durante a realização do ensino clínico os inquiridos enfatizam a dificuldade em conciliar os horários de trabalho com os do ensino clínico e a afetação das relações familiares e sociais.

De salientar ainda a preocupação do estudante trabalhador com a sua saúde e bem-estar, referindo

que o aumento do *stress*, ansiedade, fadiga, sono e repouso, hábitos alimentares entre outros afeta a sua qualidade de vida. Em relação à valorização do ensino clínico cabe ressaltar as preocupações como a incerteza de lidar com o ambiente clínico, nomeadamente, o medo de cometer erros. Ser estudante trabalhador de enfermagem significa vivenciar uma transformação não somente no seu quotidiano, mas também transformações interiores, no seu comportamento, relacionamento pessoal e social.

O estudo encontrou limitações à sua realização, considerando a falta de experiência dos investigadores na elaboração deste tipo de estudos de investigação do método qualitativo. Os resultados obtidos, pela pequena amostra de participantes. Por fim, este estudo constituiu apenas um contributo para conhecer as preocupações do estudante trabalhador antes e durante o ensino clínico. Dada a importância do tema considera-se que muito há ainda que percorrer no campo da investigação nesta área sendo, portanto, um campo fértil de trabalho para a realização de novas pesquisas, visando discutir modos e meios de facilitar o vínculo trabalho e estudo, assim como investigar a qualidade de vida dos estudantes trabalhadores antes e depois do ensino clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, E. (2010). Qualidade de vida de estudantes de enfermagem de uma faculdade privada. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 2 (2), 23-30.
- Alves, F. (2011). Características Demográficas e Ocupacionais do estudante trabalhador de enfermagem e o risco de acidentes de

- trabalho. *Trabalho & Educação Belo Horizonte*, v.20 (nº 3), 47-59.
- Araújo, C., Frazili, R., & Almeida, E. (2011). Influência do sono nas atividades académicas dos graduados de enfermagem que trabalham na área no período noturno. *Revista Eletrónica de Enfermagem do Vale do Paraíba (REENVAP)*, 1,53-62.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Costa, C. (2011). *As práticas de gestão de recursos humanos que conciliam a tripla jornada: a perspetiva dos trabalhadores estudantes do ensino superior* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Ciências Empresariais.
- Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Decreto-Lei nº 7/2009 de 12 de fevereiro (2009). Estatuto do Trabalhador-Estudante. Diário da República I Série, Nº 30 (12/02/2009) 946-948.
- Dias, E., Stutz, B., Resende, C., & Batista, B. (2014). Expectativas de alunos de enfermagem em frente ao primeiro estágio em instituições de saúde. *Rev Psicopedagogia*, 31(94), 44-55.
- Fernandes, M. (2010). *O primeiro ensino clínico no percurso formativo do estudante de enfermagem*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://ria.ua.pt/handle/10773/3824>
- Fortin, M. F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Melincavage, S. M. (2011). Student nurses' experiences of anxiety in the clinical setting. *Nurse Educ Today*, 31, 785-789.
- Miranda, A. (2010). Formação na Prática Clínica de Enfermagem – Os Saberes do Cuidar. Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários. Consultado em <http://www.apecsp.com/2010/03/formacao-na-pratica-clinica-de-enfermagem-os-saberes-docuidar>.
- Novo, A. (2011). Gestão da Supervisão do Ensino Clínico em Enfermagem: Perspetivas dos Enfermeiros Orientadores do CHNE, EPE (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança.
- Oliveira, A., & Ciampone, M. (2008). Qualidade de vida de estudantes de enfermagem: a construção de um processo e intervenções. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42 (1), 57-65.
- Oliveira, M. & Temudo, E. (2008). Mulheres Estudantes Trabalhadoras na Universidade do Porto – Uma Licenciatura ‘fora de tempo’ ou ‘sem tempo’?. *Ex-aequo*, n.º 18, pp. 147-173.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Dados Estatísticos. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/Documentos/2016_DadosEstatisticos_00_Nacionais.pdf.
- Pinto, C. (2011). *Desenvolvimento do pensamento ético no contexto da formação inicial dos enfermeiros*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Quintas, H., Gonçalves, T., Ribeiro, M., Monteiro, R., Frago, A., Bago, J., Santos L. & Fonseca, H. (2014). Estudantes adultos no Ensino Superior: O que os motiva e o que os desafia no regresso à vida académica. *Revista Portuguesa de Educação*, 27(2), pp. 33-56, CIE - Universidade do Minho.
- Ribeiro, O., & Cunha, M. (2010). Contributo dos enfermeiros na formação pré-graduada. *Millenium – Revista do ISPV*, vol. 41, 123-144.
- Santos, R., Greco, P., Prestes, F., Kirchhof, R., Magnago, T., & Oliveira, M. (2016). Sintomas de Transtornos Psíquicos Menores em Estudantes de Enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, v.30 (nº3) 1-14.
- World Medical Association. (2016). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Retirado <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3>.

PREVALÊNCIA DAS LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO DOS ENFERMEIROS: REVISÃO INTEGRATIVA

Prevalence of work-related musculoskeletal disorders in nurses: integrative review

Prevalencia de trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo en los enfermeros: revisión integrativa

Liliane Castelôa*, Sônia Luís**, Tiago Romeiro***, Isabel Oliveira****

RESUMO

Enquadramento: a prática de enfermagem está relacionada com atividades que requerem solicitação músculo-esquelética constante e desajustada, como consequência do desequilíbrio entre o profissional/equipamento/doente, levando os profissionais a adotarem posturas incorretas e prejudiciais à sua própria saúde. **Objetivo:** conhecer a prevalência das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT) nos enfermeiros. **Metodologia:** para responder ao objetivo deste estudo realizou-se uma revisão integrativa, com uma pesquisa nas bases de dados Medline, SciELO e CINAL, com os descritores "nurses", "musculoskeletal diseases" e "prevalence", combinados com o operador booleano "AND", dos estudos de prevalência publicados entre 2012 e 2017. Dos 174 estudos identificados, 24 foram incluídos para a revisão. **Resultados:** verifica-se elevada prevalência de LMERT, variando de 25 a 98%, destacando-se a lesão da coluna lombar. **Conclusão:** as LMERT têm um impacto negativo na vida pessoal, profissional e social do enfermeiro. A investigação nesta área deverá ser dirigida para a interpretação dos fatores causais e implementação de medidas preventivas/corretivas e a capacitação das instituições para a importância de ações a nível preventivo, comportamental e instituição de medidas ergonômicas.

Palavras-chave: enfermeiros; lesões músculo-esqueléticas; prevalência

* Unidade de Cuidados Continuados Nossa Senhora da Piedade, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação licasteloa@gmail.com

** Unidade de Saúde da Ilha Terceira, Setor de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação

*** Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, Serviço de Pneumologia/Gastroenterologia/Oncologia, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**** Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Professora Adjunta, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Como Referenciar:

Castelôa, L.; Luís, S.; Romeiro, T.; & Oliveira, I. (2019). Prevalência das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho dos enfermeiros: revisão integrativa. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(1), 63-74

Recebido para publicação em: 07/01/2019
Aceite para publicação em: 20/05/2019

ABSTRACT

Framework: nursing practice is related to activities that require constant and misaligned musculoskeletal solicitation as a consequence of the imbalance between the professional / equipment/patient, leading professionals to adopt incorrect and harmful postures to their own health. **Objective:** to know the prevalence of work-related musculoskeletal injuries (WRMSD) in nurses. **Methodology:** an integrative review was conducted with a search in Medline, SciELO and CINAL databases, with the descriptors "nurses", "musculoskeletal diseases" and "prevalence", combined with the Boolean operator "AND", from prevalence studies published between 2012 and 2017. Of the 174 studies identified, 24 were included for review. **Results:** there is a high prevalence of WRMSD, ranging from 25 to 98%, especially lumbar spine injury. **Conclusion:** WRMSD has a negative impact on nurses' personal, professional and social life. Research in this area should be directed to the interpretation of causal factors and implementation of preventive / corrective measures and institutions' capacitation for the importance of preventive, behavioural and ergonomic measures.

Keywords: nurses; musculoskeletal disorders; prevalence

RESUMEN

Enquadramento: la práctica de enfermería está relacionada con actividades que requieren una solicitud músculo-esquelética constante y desajustada, como consecuencia del desequilibrio entre el profesional / equipo / enfermo, llevando a los profesionales a adoptar posturas incorrectas y perjudiciales a su propia salud. **Objetivo:** conocer la prevalencia de los trastornos musculoesqueléticos relacionadas con el trabajo (TMERT) en los enfermeros. **Metodología:** una revisión integrativa de realizó con una búsqueda en las bases de datos Medline, SciELO y CINAL, con los descriptores "nurses", "musculoskeletal diseases" y "prevalence", combinados con el operador booleano "AND", de los estudios de prevalencia publicados entre 2012 y 2017. De los 174 estudios identificados, 24 fueron incluidos para la revisión. **Resultados:** se destaca la elevada prevalencia de TMERT, variando de 25 a 98%, destacándose la lesión de la columna lumbar. **Conclusión:** los TMERT tienen un impacto negativo en la vida personal, profesional y social del enfermero. La investigación en esta área deberá ser dirigida a la interpretación de los factores causales e implementación de medidas preventivas / correctivas y la capacitación de las instituciones para la importancia de acciones a nivel preventivo, comportamental e institución de medidas ergonómicas.

Palabras clave: enfermero; trastornos músculo-esqueléticos; prevalencia

INTRODUÇÃO

Entendem-se por lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT) todas as lesões de músculos, tendões, nervos e ligamentos decorrentes de atividade laboral (Lelis, Battaus, Freitas, Rocha, Marziale & Robazzi, 2012). Podem ocorrer de forma isolada ou em várias destas estruturas em simultâneo, bem como podem ser acompanhadas ou não de outros sintomas (Lelis et al., 2012). São frequentes nos membros superiores, região escapular e cervical, levando por vezes a incapacidades laborais temporárias ou permanentes (Lelis et al., 2012). Segundo Ranney (2000) aparecem em virtude do desequilíbrio na relação entre as exigências físicas contínuas do trabalho e a adaptação da região afetada, consequência da falta de descanso, dando origem a estados patológicos do sistema músculo-esquelético. O enfermeiro desenvolve a sua atividade num contexto laboral que o sujeita a um elevado risco para a sua saúde, com elevada solicitação física da musculatura da coluna vertebral, membros superiores e inferiores, como consequência de uma desadequação entre profissional/equipamento/doente adotando posturas prejudiciais e está ainda exposto a fatores de risco individuais, psicossociais, biomecânicos e organizacionais (Long, Bogossian, & Johnston, 2013). No seio destes fatores insere-se ainda o stress, fruto da relação psicoemocional enfermeiro-doente, da limitação na capacidade de decisão sobre o trabalho, das condições inadaptadas para trabalhar, da solicitação física consequência da falta/distribuição ineficaz de recursos humanos, do excesso de carga horária e do trabalho por turnos (Lelis et al., 2012). As LMERT são reconhecidas como resultado da exposição aos fatores de risco profissional há muitos anos, no entanto, só nas últimas décadas se

manifestou o interesse neste âmbito, sobretudo na sua prevenção (Serralheira & Uva, 2007), o que se compreende à luz dos diversos estudos nacionais e internacionais que dão ênfase às repercussões negativas na produtividade, assiduidade e qualidade de vida que resultam das mesmas (Jerónimo & Cruz, 2014). Considerando a infinidade de estudos sobre LMERT já publicados até ao momento (Davis & Kotowsky, 2015; Lelis et al., 2012), uma compreensão geral da sua prevalência pode levar a uma adequada priorização das necessidades de investigação, que permitirão fundamentar a relevância de programas de prevenção das LMERT nos enfermeiros. Para tal, e com o intuito de atualizar a evidência disponível, propõe-se conhecer a prevalência das LMERT nos enfermeiros fornecendo evidência que permita dimensionar o problema. Assim, realizou-se uma revisão integrativa cujo objetivo é conhecer a prevalência das LMERT nos enfermeiros. A questão de investigação que norteou a pesquisa foi: "Qual a prevalência das lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho nos enfermeiros?" Procedimentos Metodológicos de Revisão. Para responder à questão de investigação, uma crítica e extensa análise de um conjunto de publicações foi realizado de acordo com os procedimentos metodológicos de uma revisão integrativa (Souza, Silva & Carvalho, 2010). Uma vez identificada a área de interesse, foi formulada a questão de partida, para o qual se recorreu-se ao anagrama PIO que define, segundo Galvão & Pereira (2014), a população (enfermeiros); a intervenção ou exposição (lesões musculoesqueléticas) e o desfecho, do inglês *outcome* (a prevalência). Durante o mês de dezembro de 2017 efetuou-se a pesquisa nas subsequentes bases de dados científicas: *Medline*, através da *PubMed*; *Scientific Electronic Library Online*

(SciELO) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, definindo-se como critérios de inclusão os estudos de prevalência de LMERT nos enfermeiros, publicados em português, inglês, espanhol e francês, com texto integral acessível e data de publicação de 2012 a 2017, no sentido de conhecer a evidência mais recentemente produzida. Os critérios de exclusão definidos foram: estudos que não fossem de prevalência, que não apresentassem dados específicos para enfermeiros, que não estivessem relacionados com LMERT ou que fizessem a correlação com outras situações, revisões sistemáticas, atas, auditorias, teses, dissertações e outras provas académicas. Para a pesquisa foram usados os

descritores do *Medical Subject Headings*, "nurses" e "prevalence" e o descritor "musculoskeletal diseases", que não sendo descritor MeSH, surge como o termo mais comumente utilizado na denominação do fenómeno em estudo. Estes termos foram utilizados com o operador booleano "AND", compondo a seguinte fórmula: "musculoskeletal diseases" AND "nurses" AND "prevalence". Dois autores (LC e TR) realizaram a seleção dos artigos para a revisão sistemática da literatura. O processo de seleção encontra-se esquematizado na figura 1, tendo sido realizada de acordo com o diagrama de fluxo PRISMA (Moher et al., 2015).

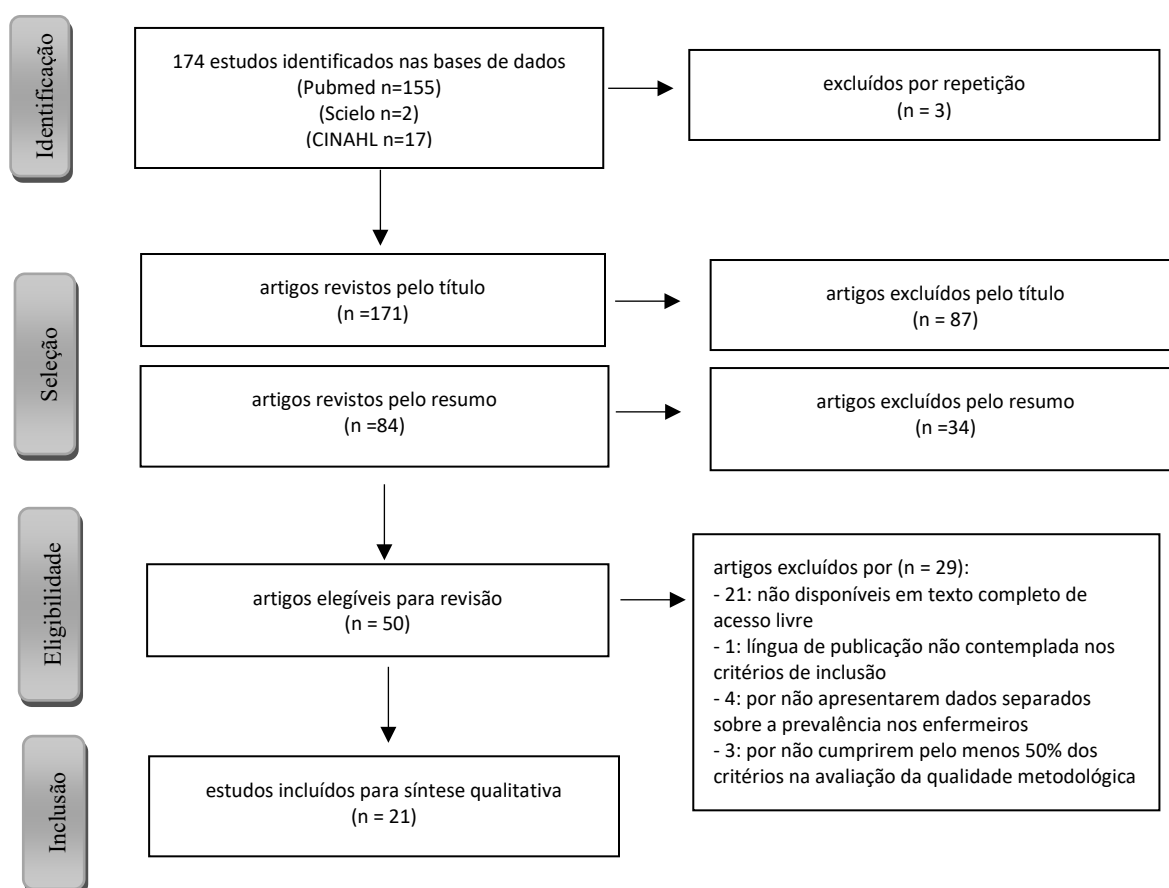


Figura 1
Seleção dos artigos para revisão sistemática da literatura

Numa primeira pesquisa, com a aplicação dos limitadores “5 years”, “Full Text” e “Humans” na *Medline*, identificaram-se 155 estudos, na *SciELO* identificaram-se 2 estudos e na *CINHAL* limitando a texto completo identificaram-se 17 estudos, perfazendo 174, sendo que 3 estudos da *CINHAL* foram eliminados por serem repetidos, identificando-se 171 artigos. Na primeira fase de seleção excluíram-se, pela leitura do título, 84 da *Medline*, 1 da *Scielo* e 2 da *CINHAL*, essencialmente por não estarem relacionados com a questão de investigação. Numa segunda seleção, feita pela leitura do resumo, foram excluídos 33 da *Medline* e 1 da *CINHAL*, por não apresentarem dados isolados para a população em estudo, não apresentarem dados de LMERT e por não serem estudos de prevalência, tendo ficado um total de 50 estudos. Destes, 26 foram excluídos por não cumprirem com alguns critérios de inclusão, nomeadamente 21 da *Medline* por não fornecerem texto integral acessível, 1 da *CINHAL* por não corresponder aos idiomas estipulados e 4 por não corresponderem a estudos de prevalência em enfermeiros (2 *Medline* e 2 da *CINHAL*), obtendo-se nesta fase 24 artigos para síntese qualitativa.

É de salientar que a maior parte dos estudos encontrados foram de prevalência, porém alguns eram em amostras multiprofissionais, não fornecendo resultados por grupo profissional.

Na fase final, todos os artigos (24) foram submetidos a avaliação da qualidade metodológica tendo por base os seguintes critérios: 1) representatividade da amostra, 2) recrutamento apropriado, 3) dimensão da amostra adequada, 4) descrição adequada de sujeitos e contextos, 5) abrangência da análise dos dados a toda a amostra, 6) objetividade dos critérios de medida da condição clínica em estudo, 7) confiabilidade da medida utilizada, 8) análise estatística apropriada, 9) identificação dos fatores confundentes e 10) critérios objetivos para a identificação de subpopulações (Briggs, 2017). A maior parte dos estudos estavam em conformidade com os critérios que definem a qualidade metodológica, sendo que apenas se excluíram 3 (1 da *Medline* e 2 da *CINHAL*) por não obedecerem a pelo menos 50% dos critérios. Assim, foram então encontrados um total de 21 artigos (14 da *Medline*, 1 da *Scielo* e 6 da *CINHAL*) que foram analisados integralmente e incluídos na revisão. A extração de dados obedeceu à matriz da tabela I e foi realizada por dois autores (TR e SS).

RESULTADOS

Na tabela 1 apresentam-se os artigos selecionados, para a revisão sistemática da literatura, destacando os seguintes aspetos: autor e ano, população-alvo/ amostra de enfermeiros, método de recolha de dados e resultado da prevalência.

Tabela 1

Caraterísticas dos estudos incluídos para revisão

Autor e Ano	Tipo de estudo	População/amostra de enfermeiros	Método de recolha de dados	Resultados
Freimann, Pääsuke, & Merisalu, 2016	Observacional transversal	906 enfermeiros de um Hospital Universitário da Estónia/amostra 404	<i>Nordic Musculoskeletal Questionnaire</i> (NMQ).	Prevalência das LMERT 70%; lombalgia 57%; dor no pescoço 56%
Shieh, Sung, Su, Tsai, & Hsieh, 2016	Observacional transversal	992 enfermeiros de um Centro Médico da China/amostra 796	Aplicação de questionários previamente estruturados.	A prevalência de lombalgias foi de 72%
Arvidsson, et al., 2016	Observacional transversal	2078 trabalhadores de 5 categorias profissionais de saúde da Suécia/enfermeiras de BO na amostra 925	Aplicado um questionário (MEI - <i>Mechanical exposure index</i> e PHYI - <i>Physical exposure index</i>), executado um exame clínico standarizado e medida continuamente a carga física por medidores técnicos.	A prevalência de dor cervical: 44% (AsN-enfermeiras circulantes, 38%; AnN-enfermeiras instrumentistas, 35%) do ombro foram AsN - 12%, AnN - 5% e TN (enfermeiras do teatro) - 8%.
Fouts, et al., 2015	Descritivo correlacional transversal	1366 enfermeiros de voo dos Estados Unidos/amostra 1366	Aplicado um questionário do departamento informático da saúde para determinar a prevalência de lesões músculo-esqueléticas.	Dos <i>AE nurses</i> que tiveram diagnósticos médicos relevantes, os mais frequentes foram (44.2%) na coluna vertebral.
Wang, Liu, Lu, & Koo, 2015	Comparativo transversal	7820 Indivíduos de 10 profissões de saúde onde se incluíam enfermeiros de todas as valências da China/amostra de enfermeiros 5187	Colheita de dados no <i>The Taiwan National Health Insurance Research Database</i> (NHIRD), que é um programa obrigatório de seguro de saúde.	Lesões dos discos intervertebrais (18.2%), lesões da região cervical (62.6%), Lesões ombro/braço (21.5%), lesões joelho/perna (58.6%) e lesões inespecíficas das costas (24.4%).
Machado, Rodrigues, Oliveira, Laudano, & Sobrinho, 2014	Observacional transversal	309 Profissionais de enfermagem de um Hospital do Brasil/amostra 85 enfermeiros	Foi realizado uma pesquisa exploratório-descritiva. A recolha de dados foi realizada utilizando-se um questionário padronizado.	Prevalência das LMERT (apenas lombalgia) 52,8%
Harcombe, Herbison, McBride, & Derrett, 2014	Comparativo longitudinal	911 Trabalhadores da Nova Zelândia/amostra 280 enfermeiros hospitalares	Foi baseado no <i>Nordic Musculoskeletal Questionnaire</i> (NMQ). Foram ainda recolhidas informações demográficas.	A prevalência de lombalgia é (76%), dor no pescoço (64%), omalgia (61%), dor no cotovelo (45%), dor nos punhos e mãos (76%) e dor nos joelhos (66%).
Moreira, Sato, Foltran, Silva, & Coury, 2014	Descritivo correlacional transversal	292 Enfermeiros de um Hospital do Brasil/ amostra 245	Aplicação de dois questionários, um standard do NMQ - <i>Nordic Musculoskeletal Questionnaire</i> e outro com 15 questões sobre variáveis demográficas.	93,5% referiu pelo menos uma queixa numa zona. A coluna em geral (76%), membros inferiores (65%), membros superiores (62%), coluna lombar (57%), ombro (52%) coluna dorsal (51%) e pescoço (48%).
Alperovitch-Najenson, Sheffer, Treger, Finkels, & Kalichman, 2014	Comparativo transversal	Enfermeiros que trabalham no Hospital de Reabilitação e duas residências de idosos de Israel/amostra de enfermeiros 111	Foi aplicado o questionário <i>Nordic Musculoskeletal</i> modificado e foi testado a fiabilidade do questionário.	A prevalência de LMERT foi: Nos Enfermeiros de reabilitação (Lombar de 52.8%, Pescoço e ombros de 56%), nos Enfermeiros do lar de idosos (Lombar de 39.6%, Pescoço e ombros de 53%).
Munabi et al., 2014	Comparativo transversal	880 Profissionais de saúde de 5 hospitais do Uganda/amostra de enfermeiros 755	Os dados foram colhidos por meio de um questionário anónimo e Auto relator, que foi adaptado dos questionários oftálmicos holandeses normalizados (DMQ) e <i>Nordic Musculoskeletal</i> (NMQ).	A prevalência de LMERT nos enfermeiros foi de 80,8%.
Reed, Battistutta, Young, & Newman, 2014	Observacional transversal	416 Enfermeiros de um hospital pediátrico da Austrália/amostra 304	Foi aplicado o Questionário Músculo-esquelético <i>Nordic</i> (NMQ).	A prevalência de LMERT foi de 55.3%.

Attar, 2014	Comparativo transversal	1074 Enfermeiros de um Lar da terceira idade da Arábia Saudita/amostra 200	Aplicaram-se três questionários: Um para colher dados demográficos, outro para apurar a área de trabalho, outro para avaliar os sintomas ME com aplicação de uma versão adaptada do <i>Nordic Standardised Musculoskeletal Questionnaire</i> .	85% dos enfermeiros referiram ter experienciado pelo menos um sintoma ME. Com maior frequência a lombalgia (65.7%) seguido de sintomas nos pés e tornozelos (41.5%), e ombros (29%).
Freimann, Coggon, Merisalu, Animägi, & Pääsuke, 2013	Descritivo correlacional transversal	869 Enfermeiros de um hospital da Estónia /amostra 221	Foi aplicado um questionário desenvolvido para o estudo CUPID, questões do <i>Nordic M. Questionnaire</i> , <i>Brief Symptom Inventory</i> , do <i>SF-36 questionnaire</i> e do <i>Maslach Burnout Inventory</i> .	A prevalência de dor ME foi de 84% no último ano e 69% no último mês.
Coggon et al, 2013	Descritivo correlacional transversal	47 grupos ocupacionais de 18 países (principalmente enfermeiros de várias valências e funcionários de escritório) /amostra 12426	Foram utilizados questionários padronizados.	A prevalência de distúrbios músculo-esqueléticos lombares em enfermeiros variou de 9,6% e 42,6%.
Serralheira, Cotrim, Rodrigues, Nunes, & Uva, 2012	Descritivo correlacional transversal	62566 Enfermeiros de várias valências de Portugal/amostra 2140	O questionário utilizado neste estudo é uma adaptação do questionário nórdico sobre lesões músculo-esqueléticas (<i>Nordic musculoskeletal questionnaire – NMQ</i>)	A prevalência de LMERT foi de 98%. As regiões mais afetadas são: região lombar (60,6%), seguindo-se a coluna cervical (48,6%) a coluna dorsal (44,5%) e punho direito (12,76%).
Nasiri-Ziba, Nosrati, & Hanani, 2016	Descritivo correlacional transversal	Todos os enfermeiros do bloco operatório dos hospitais educacionais da Universidade de Ciências Médicas do Irão/amostra 133	Os dados foram reunidos usando o Questionário <i>Nordic Musculoskeletal</i> .	A prevalência de LMERT foi de 41,4% no pescoço, 34,3% nos ombros, 11,3% nos cotovelos, 35,3% nos pulsos, 42,1% nas costas, 61,7% na cintura, 16,5% nas nádegas, 46,6% nos joelhos e 29,3% nos pés.
Abedinia, Choobinehb, & Hasanzadehc, 2015	Descritivo correlacional transversal	Enfermeiros de 11 hospitais do Irão /amostra 400	Utilizados os questionários demográficos e músculo-esqueléticos nórdicos, juntamente com a lista de verificação MAPO.	A prevalência de LMERT foi de 88,2%.
Barzideh, Choobineh, & Tabatabaee, 2014	Descritivo correlacional transversal	Enfermeiros de 14 hospitais educacionais do Irão/amostra 385	Utilizado a versão persa de <i>Job</i> do questionário de conteúdo (P-JCQ) e o questionário <i>Nordic MSDs</i> para a colheita de dados.	A prevalência de LMERT foi de 89.9 %. Os sintomas lombares apresentaram maior prevalência (61,8%).
Long Johnston, & Bogossian, 2013	Descritivo correlacional transversal	Enfermeiras parteiras qualificadas e registadas na Austrália/amostra 1388	<i>Nordic Musculoskeletal Standardized</i> Questionário (NMQ).	A prevalência de LMERT foi de 40,8% no pescoço e 24,5% na parte superior das costas.
Arvidsson et al., 2012	Comparativo transversal	93 Enfermeiras do BO de um hospital e 79 professoras da Suécia/ amostra 93 enfermeiros	A Componente psicossocial foi avaliada pelos <i>Copenhagen Psychosocial Questionnaire</i> e <i>Maslach Burnout Inventory</i> . A carga física foi registada mediante medições técnicas de postura, movimento e carga muscular durante um dia. Avaliadas as queixas ME através do NMQ – <i>Nordic Questionnaire</i> . Quanto aos fatores pessoais foi realizada uma avaliação clínica standarizada.	A prevalência de cervicalgias e dor nos ombros nas enfermeiras foi de 40%, dor de cotovelo e mãos foi de 37%.
Simonsen, Arvidsson, & Nordander, 2012	Comparativo transversal	Enfermeiras de bloco operatório da Suécia/amostra 192	Efetuada um exame clínico de diagnóstico com critérios pré-definidos. Aplicado um questionário de três pontos sobre a carga de trabalho. Avaliada a carga física por medições técnicas.	A prevalência de diagnóstico para cotovelo/mão 13% em EC e 5% em EI. A prevalência de diagnóstico pescoço/ombro 25% em EC e 17% em EI.

O número total de enfermeiros incluídos nestes estudos foi de 28036, de diferentes países e inseridos em contextos laborais muito diversificados. Além disso, há estudos que permitem comparar as percentagens de LMERT dos enfermeiros com outros profissionais de saúde ou outras profissões que não se inseriram no âmbito dos cuidados de saúde. Neste sentido, os enfermeiros revelaram maiores taxas de prevalência de LMERT, variando de 25% a 98%. A localização mais frequentemente afetada é a coluna lombar sendo referenciada em 8 dos 21 artigos incluídos (Shieh, Sung, Su, Tsai, & Hsieh, 2016; Machado, Rodrigues, Oliveira, Laudano, & Sobrinho, 2014; Harcombe, Herbison, McBride, & Derrett, 2014; Moreira, Sato, Foltran, Silva, & Coury, 2014; Attar, 2014; Serralheira, Cotrim, Rodrigues, Nunes, & Uva, 2012; Nasiri-Ziba, Nosrati, & Hanani, 2016; Barzideh, Choobineh, & Tabatabaee, 2014), seguindo-se a coluna cervical isoladamente mencionada em 4 artigos (Arvidsson, et al, 2016; Wang, Liu, Lu, & Koo, 2015; Reed, Battistutta, Young, & Newman, 2014; Long Johnston, & Bogossian, 2013), coluna como um todo em 3 e, por fim, ombros e cervical em 2 dos artigos (Arvidsson et al., 2012; Simonsen, Arvidsson, & Nordander, 2012). Os principais fatores de risco mencionados foram a idade, cansaço matinal, escassez de funcionários e/ou equipamentos, rácios elevados de utentes e queixas prévias de saúde dos enfermeiros. Foi referido que com o avançar da idade aumenta em 3% a probabilidade de ser desenvolvida uma LMERT e as queixas prévias aumentam esta mesma probabilidade para 5% (Munabi et al., 2014). Os mesmos autores evidenciam uma maior percentagem de LMERT nos hospitais públicos comparativamente aos privados que relacionam com a escassez de funcionários e /ou equipamentos e com

os rácios elevados nas instituições públicas. O artigo de Freimann et al. (2013) reforça que a idade é um fator de risco, além de fazer também referência à exaustão emocional. A relação entre a idade e a prevalência das LMERT aumenta em 75,5% quando a idade é igual ou superior a 35 anos (Shieh et al., 2016). Este artigo acrescenta como fator de risco a média de horas no trabalho e o tempo de permanência na posição de pé ou a andar. A obesidade, a fraca saúde física geral e o trabalho em unidades de terapia intensiva também foram considerados fatores de risco para o desenvolvimento das LMERT (Reed et al., 2014). No que se refere aos fatores de risco psicossociais foram referidos o stress, ritmo de trabalho acelerado, baixa satisfação e pouco respeito e justiça no trabalho, conduzindo também ao aparecimento de LMERT (Freimann et al., 2016). Constatou-se que a taxa de prevalência tem uma correlação direta com as atividades desenvolvidas, sendo mais elevada nas atividades de grande esforço físico, nomeadamente nos posicionamentos, mobilizações, transferências e higienização no leito, agravando-se quanto maior a dependência dos doentes (Alperovitch-Najenson et al., 2014; Serralheira et al., 2012). Trabalhar com posturas incorretas aumenta o risco de lesões cervicais em 35% e lesões dorsais em 50% (Long et al., 2013). As lesões lombares estão associadas a flexão do tronco, posturas estáticas e tarefas repetitivas, enquanto que as lesões cervicais e ombros estão associados ao aumento da carga física (Alperovitch-Najenson et al., 2014). Os autores Moreira et al. (2014) reforçam que as LMERT da coluna lombar estão associadas a posturas inadequadas no trabalho. As lesões exclusivas da coluna cervical devem-se à carga física no trabalho, posição inadequada prolongada com a

cabeça fletida e o aumento da velocidade dos movimentos (Arvidsson et al., 2016). Reforçando que a maior parte das LMERT estão relacionadas com questões posturais, Arvidsson et al. (2012) mencionam no seu artigo que as enfermeiras do bloco operatório desenvolvem as LMERT por permanecerem um tempo prolongado em posições estáticas.

DISCUSSÃO

Os enfermeiros são um dos grupos profissionais a quem foi reconhecido, quer a nível nacional como internacional, elevadas taxas de LMERT e têm, por isso, sido alvo de mais investigação nesta área (Fernandes et al., 2018; Freimann et al., 2013).

Shieh et al., (2016) reforçam esta ideia afirmando que se trata de uma categoria profissional na área da saúde com maior risco para desenvolver este tipo de patologias. Constatou-se algum viés na seleção das amostras, nomeadamente amostras que excluam o sexo masculino, designadamente nos estudos de Arvidsson et al. (2016), Arvidsson I. et al. (2012), Simonsen et al. (2012) e Alperovitch-Najenson et al. (2014), ou que impunham uma faixa etária (Wang et al., 2015; Freimann et al., 2013). Analisaram-se vários estudos comparativos da categoria profissional de enfermagem com outras categorias profissionais o que evidenciou que os enfermeiros apresentam maiores taxas de prevalência de LMERT. A comparação também permitiu a compreensão das diferenças das LMERT no que diz respeito à sua localização anatómica, que no caso de enfermagem tem como maior prevalência a lombalgia pela sua significativa associação com as atividades físicas como o levantamento de pesos ≥ 25 kg (Freimann et al., 2013). Outro aspeto importante a apontar é o facto de

muitos enfermeiros não referirem ou relatarem as LMERT, chegando mesmo a não procurar ajuda (Wang et al., 2015). Muitas vezes automedicam-se como alternativa sendo que segundo o mesmo autor, 7,7% dos enfermeiros o fizeram na semana antes do estudo. Tal realidade leva a que as taxas de prevalência reportadas possam estar subestimadas. A grande parte das LMERT centra-se nas lombalgias, porém a elevada prevalência também se consta em outras regiões anatómicas, podendo a percentagem não corresponder ao valor real nestas regiões pelo facto dos enfermeiros não as reportarem (Harcombe et al., 2014).

Os enfermeiros executam muita carga física na sua prática diária, pelo grande número de atividades elaboradas junto dos doentes, levando a lesões recorrentes (Shieh et al., 2016). Estão constantemente expostos a trabalhos exaustivos e a tensão músculo-esquelética e representam uma percentagem considerável de recursos humanos em qualquer instituição de saúde, pelo que o desenvolvimento de LMERT pode ter um impacto negativo, levando a limitações durante a execução de tarefas, ausências nos locais de trabalho e até mesmo pedidos de mobilidade para outros serviços (Attar, 2014). Em casos mais graves, chegam mesmo a abandonar a profissão por queixas algícas crónicas ao nível da coluna vertebral, tendo sido referido por Fouts et al. (2015) que 12 a 18% dos enfermeiros o fizeram. Reforçando esta realidade, estudos em 5 países que incluíram um número elevado de enfermeiros (43 000), chegaram à conclusão que muitos destes profissionais tencionam abandonar o seu local de trabalho, devido às exigências psicológicas e físicas a que estão submetidos, tendo sido enunciado uma percentagem considerável, mais concretamente, de

17 a 39% (Freimann et al., 2013). Tais situações acabam por prejudicar não só a saúde destes profissionais, mas também se refletem negativamente na entidade patronal e na sociedade em geral (Freimann et al., 2016).

Os enfermeiros por estarem continuamente expostos a um ou mais fatores de risco apresentam elevada prevalência de LMERT, tendo grande impacto na vida social, profissional, económica e pessoal, refletindo-se na sociedade e em todos os ambientes em que o enfermeiro se insere.

Os resultados desta revisão vão ao encontro dos resultados previamente encontrados por Davis & Kotowsky (2015) e de Lelis e seus colaboradores (2012), revisões estas realizadas com o foco em períodos de tempo anteriores aos desta revisão. Daqui se pode inferir que, pese embora vários estudos tenham sido desenvolvidos para a implementação de estratégias para a prevenção das LMERT, a sua prevalência continua elevada (Hoof et al., 2018). De facto, não foi encontrada forte evidência para intervenções dirigidas à prevenção ou tratamento das LMERT em enfermeiros, assim como a política generalizada de não levantamento de pesos e foco na técnica correta de levantamento de pesos não está suportada em evidência científica (Hoof et al., 2018), pelo que serão necessários ensaios clínicos randomizados para avaliar a eficácia das intervenções destinadas a prevenir e tratar as LMERT.

CONCLUSÃO

Em relação à questão que norteou esta investigação, tornou-se evidente que as LMERT constituem uma realidade dos profissionais de enfermagem, com elevada prevalência, com maior destaque nas lesões

ao nível da coluna lombar. Encontrou-se uma grande quantidade de estudos na temática em causa, mas devido à diversidade de métodos de colheita e análise de dados utilizadas suscitou alguma dificuldade na interpretação dos resultados obtidos, sendo esta uma das limitações deste estudo. Identificam-se, no entanto, outras limitações: a pesquisa realizada apenas para texto integral disponível, considerando que pode existir evidência disponível nas publicações que não têm texto integral acessível; o facto de os estudos estarem relacionados com diferentes valências de prestação de cuidados, realizados em diferentes países, logo em diferentes contextos e realidades, não permitindo comparabilidade; e o grande número de artigos encontrados relacionados com a temática em estudo, mas que não foi possível aceder ao texto completo. De salientar a escassez de estudos em Portugal. Mesmo assim, foi francamente perceptível e esclarecedor que existe uma elevada prevalência de LMERT no que concerne esta categoria profissional ao nível mundial.

Além disso, e tendo em conta os fatores de risco que estão na causa destas lesões e que foram enunciados nos diferentes estudos apresentados, entende-se que será necessário tomar considerações importantes na prevenção das lesões músculo-esqueléticas na atividade de enfermagem. A investigação nesta área deverá ser dirigida para a interpretação dos fatores causais e implementação de medidas preventivas/corretivas e a capacitação das instituições para a importância de ações a nível preventivo, comportamental e instituição de medidas ergonómicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abedinia, R., Choobineh, A.R., & Hasanzadeh, J. (2015). Patient manual handling risk assessment among hospital nurses. *Work*, 50(4), 669-75. [https://doi: 10.3233/WOR-141826](https://doi.org/10.3233/WOR-141826)
- Alperovitch-Najenson, D., Sheffer, D., Treger, I., Finkels, T., & Kalichman, L. (2014). Rehabilitation versus Nursing Home Nurses' Low Back and Neck-Shoulder Complaints. *Rehabilitation Nursing*, 40(5), 286-93. [https://doi: 10.1002/rnj.172](https://doi.org/10.1002/rnj.172)
- Arvidsson, I., Simonsen, J. G., Dahlqvist, C., Axmon, A., Karlson, B., Björk, J., Nordander, C. (2016). Cross-sectional associations between occupational factors and musculoskeletal pain in women teachers, nurses and sonographers. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17, 35. [https://doi: 10.1186/s12891-016-0883-4](https://doi.org/10.1186/s12891-016-0883-4)
- Arvidsson, I., Simonsen, J. G., Balogh, I., Hansson, G., Dahlqvist, C., Granqvist, L. ... Nordander, C. (2012). Discrepancies in pain presentation caused by adverse psychosocial conditions as compared to pain due to high physical workload?. *Work*, 41, 2472-2475. [https://doi: 10.3233/WOR-2012-0483-2472](https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0483-2472)
- Attar, S. M. (2014). Frequency and risk factors of musculoskeletal pain in nurses at a tertiary centre in Jeddah, Saudi Arabia: a cross sectional study. *BMC Research Notes*, 7, 61. [https://doi: 10.1186/1756-0500-7-61](https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-61)
- Barzideh, M., Choobineh, A. R., & Tabatabaee, H. R. (2014). Job stress dimensions and their relationship to musculoskeletal disorders in Iranian nurses. *Work*, 47(4), 423-9. [https://doi: 10.3233/WOR-121585](https://doi.org/10.3233/WOR-121585)
- Briggs, J. (2017). Checklist for Prevalence Studies. *The Joanna Briggs Institute*. Retirado de: <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>
- Coggon, D., Ntani, G., Palmer, K.T., Felli, V.E., Harari, R., Barrero, L.H. ... Gray, A. (2013). Disabling musculoskeletal pain in working populations: is it the job, the person, or the culture? *Pain*, 154(6), 856-63. [https://doi: 10.1016/j.pain.2013.02.008](https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.02.008)
- Davis, K. G., & Kotowsky, S. E. (2015). Prevalence of Musculoskeletal Disorders for Nurses in Hospitals, Long-Term Care Facilities, and Home Health Care: A Comprehensive Review. *The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 57(5), 754-92. [https://doi: 10.1177/0018720815581933](https://doi.org/10.1177/0018720815581933)
- Fernandes, C. N., Couto, G., Carvalho, R., Fernandes, D. G., Brito, L., Carvalho, P., & Ferreira, P. F. (2018). "Risk observation in the handling of dependent patients in health professionals of a hospital unit". *Nursing Practice Today* 5 (4), 385-394. <http://dx.doi.org/10.18502/npt.v5i4.117>
- Fouts B. L., Serres J. L., Dukes S. F., Maupin G. M., Wade M. E., & Pohlman D. M. (2015). Investigation of Self-Reported Musculoskeletal Injuries on Post-Deployment Health Assessment Forms for Aeromedical Evacuation Personnel. *Military Medicine*, 180(12), 1256-61. [https://doi: 10.7205/MILMED-D-14-00606](https://doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00606)
- Freimann, T., Pääsuke, M., & Merisalu, E. (2016). Work-Related Psychosocial Factors and Mental Health Problems Associated with Musculoskeletal Pain in Nurses: A Cross - Sectional Study. *Pain Research and Management*, 2016, 1-7. [https://doi: 10.1155/2016/9361016](https://doi.org/10.1155/2016/9361016)
- Freimann, T., Coggon, D., Merisalu, E., Animägi, L., & Pääsuke, M. (2013). Risk factors for musculoskeletal pain amongst nurses in Estonia: a cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 14, 334. [https://doi: 10.1186/1471-2474-14-334](https://doi.org/10.1186/1471-2474-14-334)
- Galvão, T., & Pereira, M. (2014). Revisões sistemáticas da literatura: passos para a sua elaboração. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23 (1), 183-184. [https://doi: 10.5123/S1679-49742014000100018](https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000100018)
- Harcombe H., Herbison, G. P., McBride, D., & Derrett, S. (2014). Musculoskeletal disorders among nurses compared with two other occupational groups. *Occupational Medicine*, 64(8), 601-7. [https://doi: 10.1093/occmed/kqu117](https://doi.org/10.1093/occmed/kqu117)
- Hoof, W.V., O'Sullivan, K., O'Keeffe, M., Verschueren, S., O'Sullivan, P., & Dankaerts, W. (2018). The efficacy of interventions for low back pain in nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 222-231. [https://doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.10.015](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.015)
- Jerónimo, J., & Cruz, A. (2014) - Estudo da prevalência e fatores de risco de lesões músculo-

- esqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros. *Revista de investigação em Enfermagem*, 9, 35-46. retirado de: http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/Rie9_Serie2.pdf
- Lelis, C., Battaus, M., Freitas, F., Rocha, F., Marziale, M., & Robazzi, M. (2012). Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25 (3), 477-482. [https://doi: 10.1590/S0103-21002012000300025](https://doi:10.1590/S0103-21002012000300025)
- Long, M., Bogossian, F., & Johnston, V. (2013). The prevalence of work-related neck, shoulder and upper back musculoskeletal disorders among midwives, nurses, and physicians. A systematic review. *Workplace Health & Safety*, 61(5), 223-229. [https://doi: 10.1177/216507991306100506](https://doi:10.1177/216507991306100506)
- Long, M. H., Johnston, V., & Bogossian, F. E. (2013). Helping women but hurting ourselves? Neck and upper back musculoskeletal symptoms in a cohort of Australian Midwives. *Midwifery*, 29(4), 359-67. [https://doi: 10.1016/j.midw.2012.02.003](https://doi:10.1016/j.midw.2012.02.003)
- Machado, L. S., Rodrigues, E. P., Oliveira, L. M., Laudano R. C., & Sobrinho, C. L. (2014). Health problems reported by nursing workers in a public hospital of Bahia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67 (5), 684-91.
- 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. [https://doi: 10.1186/2046-4053-4-1](https://doi:10.1186/2046-4053-4-1)
- Moreira, R. F., Sato, T. O., Foltran, F. A., Silva, L. C., & Coury, H. J. (2014). Prevalence of musculoskeletal symptoms in hospital nurse technicians and licensed practical nurses: associations with demographic factors. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 18(4), 323-333. [https://doi: 10.1590/bjpt-rbf.2014.0026](https://doi:10.1590/bjpt-rbf.2014.0026)
- Munabi, I. G., Buwembo, W., Kitara, D. L., Ochieng, J., Nabirye, R. C., & Mwaka, E. S. (2014). Musculoskeletal disorders among nursing staff: a comparison of five hospitals in Uganda. *The Pan African Medical Journal*, 17, 81-8. [https://doi: 10.11604/pamj.2014.17.81.3213](https://doi:10.11604/pamj.2014.17.81.3213)
- Nasiri-Ziba, F., Nosrati, S., Hanani, S. (2016). The prevalence of musculoskeletal disorders among undergraduates and technicians of operating room of the educational hospitals affiliated with Iran University of Medical Sciences in 2016. *Nursing Practice Today*, 4(3), 134-142. Retirado de: <http://npt.tums.ac.ir/index.php/npt/article/view/251>
- Ranney, D. (2000). *Distúrbios osteomusculares Crônicos Relacionados ao Trabalho*. São Paulo: Editora Roca.
- Reed, L. F., Battistutta, D., Young, J., & Newman, B. (2014). Prevalence and risk factors for foot and ankle musculoskeletal disorders experienced by nurses. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15, 196. [https://doi: 10.1186/1471-2474-15-196](https://doi:10.1186/1471-2474-15-196)
- Serralheira, F., & Uva, A. (2007). *Identificação e avaliação do risco de LMMSLT. Livro de Atas da Conferência Internacional SHO 2007*. Sociedade Portuguesa de Segurança e Higiene Ocupacionais: Guimarães. ISBN: 978-972-99504-3-8
- Serralheira, F., Cotrim, T., Rodrigues, V., Nunes, C., & Uva, A. (2012). Lesões músculo-esqueléticas Ligadas ao trabalho em enfermeiros portugueses: «ossos do ofício» ou doenças relacionadas com o trabalho. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30 (2), 193-203. retirado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v30n2/v30n2a10.pdf>
- Shieh, S. H., Sung, F. C., Su, C. H., Tsai, Y., & Hsieh, V. C. (2016). Increased low back pain risk in nurses with high workload for patient care: A questionnaire survey. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 55(4), 525-9. [https://doi: 10.1016/j.tjog](https://doi:10.1016/j.tjog)
- Simonsen, J. G., Arvidsson, I. & Nordander, C. (2012). Ergonomics in the operating room. *Work*, 41 (Suppl 1), 5644-6. [https://doi: 10.3233/WOR-2012-0905-5644](https://doi:10.3233/WOR-2012-0905-5644)
- Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8 102-108. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>

Wang, S. Y., Liu, L. C., Lu, M. C., & Koo, M. (2015). Comparisons of musculoskeletal disorders among ten different medical professions in Taiwan: a nationwide, population-based study. *PLoS One*, *10*(4), e0123750. [https://doi:10.1371/journal.pone.0123750](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123750)



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

Coletividade autor:

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

Teses, dissertações e outras provas académicas

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

Atas de congressos

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

ARTIGOS DE PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS

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

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

DOCUMENTOS LEGISLATIVOS E JUDICIAIS

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

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

DOCUMENTOS ELETRÓNICOS

Livros

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

Artigos de publicações periódicas

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

CHECKLIST DE AUTOVERIFICAÇÃO

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*.



1^{as} JORNADAS INTERNACIONAIS DE CUIDADOS INTENSIVOS E EMERGÊNCIA

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR
À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA



Auditório da ESSNorteCVP

24 - 27 Setembro 2019

@ www.essnortecvp.pt



23, 24 E 25
DE OUTUBRO DE 2019

EUROPARQUE, SANTA MARIA DA FEIRA

ESS+

Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

3º CONGRESSO INTERNACIONAL

IACS2019

**INOVAÇÃO E
MULTIDISCIPLINARIDADE EM
CONTROLO DE INFEÇÃO**

 **#IACS_2019**

“

As Infeções hospitalares
São um grave problema
E pra sua prevenção
Tens de dominar o tema”

“

Primeiro há que saber
Que algumas são evitáveis
E bastam medidas básicas
Pra ter “doentes” saudáveis”

“

Neste congresso em questão
Vamos abordar a temática
De uma forma bem dinâmica
E para aplicar na prática”

Enf. Salete Mota

Parceiros:

 Centro Hospitalar
de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

 Mejiora
Infections

 Prologica
Healthcare



Mais informações:

WWW.IACS.PT

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

Cristina Araújo Martins - PhD
Universidade do Minho

Elsa Maria Oliveira Pinheiro de Melo - PhD
Escola Superior de Saúde da Universidade Aveiro

Ester Goutan Roura - PhD
Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya

Fernanda Bastos - PhD
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Fernando Alberto Soares Petronilho - PhD
Universidade do Minho

Germano Couto - PhD
Universidade Fernando Pessoa

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 Otília Brites Zangão - PhD
Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Maribel Domingues Carvalhais - PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Miguel Padilha - PhD
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro - PhD
Escola Superior de Saúde de Santa Maria

Paula Encarnação - PhD
Universidade do Minho

Rafaela Schaefer - PhD
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Raquel Simões de Almeida - PhD
Escola Superior de Saúde-IPP/ANARP

Rui Miguel Freitas Gonçalves - PhD
ACES Baixo Tâmega

Vera Maria Saboia - PhD
Universidade Federal Fluminense-Rio de Janeiro

Veronica Rita Dias Coutinho - PhD
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra