

RIIS

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde

Revista de Investigação & Inovação em Saúde

Vol. 3 N.º 1 | Junho 2020

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

Ficha Técnica | Technical Sheet | Ficha Técnica

Propriedade

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

Editor Chefe

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

Ficha Catalográfica

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

Título da Revista

Revista de Investigação & Inovação em Saúde (RIIS)

Projeto gráfico e maquetização:

Unidade de Investigação e Desenvolvimento

ISSN

2184-1578

ISSNe

2184-3791

Registo de Marca Nacional

INPI – 592211

Periodicidade

Semestral

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

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

Indexada em:





R|I|S

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde

Editorial

Desafios no ensino superior da saúde na era pandémica

Com a situação pandémica atual devido à infeção por SARS-CoV-2 o ensino superior teve necessidade de uma rápida adaptação em prol da garantia do sucesso académico. Assistiu-se assim a uma rápida mudança nas estratégias e metodologias pedagógicas a utilizar tendo em vista o distanciamento físico, na garantia da saúde de todos os intervenientes no processo ensino-aprendizagem. Foi exigido um elevado esforço de rápida adaptação a todos os estudantes e docentes, no sentido da menor interrupção possível do ano letivo, prevenindo assim a necessidade de ajustes no início do próximo ano letivo.

O desafio é enorme pela rápida mudança do ensino presencial para o ensino à distância, não tendo, na maioria das situações, havido lugar a preparação prévia dos intervenientes no processo ensino-aprendizagem. Estas mudanças trouxeram novas exigências tecnológicas às instituições de ensino superior e a criação de uma dinâmica académica distinta da vivida até aos dias de hoje.

No ensino superior da saúde o recurso a centros de simulação e aprendizagem interativa nos currículos dos estudantes é uma realidade fruto do número de horas de prática-laboratorial que estes estudantes têm. O recurso a tecnologias educativas que permitissem aos estudantes o desenvolvimento de competências em ambientes virtuais próximos ao real tornou-se um imperativo, fruto do distanciamento físico imposto pela pandemia. Assim sendo, é fundamental que cada vez mais estes

recursos sejam integrados na academia em prol do desenvolvimento de competências dos estudantes e em resposta ao mundo em constante mudança. Assistiu-se à revolução digital do ensino superior da saúde, com uma clara mudança no paradigma de ensino, tornando todo o processo mais digital, sendo por isso um excelente contributo para a desmaterialização e virtualização do processo ensino-aprendizagem. Estas mudanças coadunam-se com as necessidades e exigências dos estudantes da era tecnológica, o que cria um maior envolvimento e motivação dos estudantes em prol do sucesso académico. Este pode ser um fator diferenciado na diminuição das dificuldades vivenciadas pelos estudantes na transição para o ensino superior.

A pandemia tornou ainda mais clara a necessidade da evidência científica para a tomada de decisão, pelo que a divulgação científica em bases de dados eletrónicas que permitem a partilha da ciência de forma aberta urge como fundamental. Vivencia-se também uma maior conscientização da comunidade académica para a partilha de dados e utilização dos mesmos em prol do desenvolvimento científico.

Liliana Mota, PhD

Presidente do Conselho Pedagógico da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/ CINTESES

Sumário | Summary | Resumen

Editorial

ARTIGOS DE INVESTIGAÇÃO

- 7 Covimpact: pandemia covid-19 nos estudantes do ensino superior da saúde
António Ferreira, Fernanda Príncipe, Henrique Pereira, Isabel Oliveira, Liliana Mota
- 17 Briefing na prática simulada: representação para os estudantes e docentes
Sónia Novais, Maria Alves, Ana Pinho, Viviana Baltarejo
- 31 Contenção mecânica: percepção dos enfermeiros
António Rodrigues, Lúcia Gonzaléz, Pedro Castro, Ricardo Silva, Ricardo Teixeira, Sérgio Martins, Liliana Mota, Fernanda Príncipe
- 43 Promover estilos de vida saudáveis nos estudantes de enfermagem
Maribel Carvalhais, António Ferreira, Andreia Silva, Carla Dias, Daysi Silva, Diana Leite, Jéssica Ramos
- 55 Perspetiva do enfermeiro em relação à via verde trauma
Ana Almeida, Carlos Ribeiro, Pedro Paes, Liliana Mota, Fernanda Príncipe

ARTIGOS DE REVISÃO

- 67 Satisfação familiar em unidades de cuidados intensivos: revisão integrativa da literatura
Maria João Mar, Nuno Esteves, Ana Sabrina Sousa
- 79 Fatores que influenciam a transição saudável para a reforma: revisão integrativa
Ana Rocha, Andreia Silva, Cláudia Araújo, Liliana Peneda, Pedro Felícia, Susana Gonçalves, Ana Quesado, António Ferreira

COVIMPACT: PANDEMIA COVID-19 NOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR DA SAÚDE

COVimpact: COVID-19 pandemic in students of higher health education

COVimpact: pandemia de COVID-19 entre estudantes de educación superior en salud

António Ferreira*, Fernanda Príncipe**, Henrique Pereira***, Isabel Oliveira****, Liliana Mota*****

RESUMO

Enquadramento: no contexto de emergência de saúde pública internacional por SARS-CoV-2, a suspensão das atividades letivas presenciais criou uma disrupção ao regular funcionamento das instituições de ensino superior com impacto na comunidade académica. **Objetivo:** avaliar o impacto da pandemia COVID-19 no percurso académico e de vida dos estudantes e sua satisfação com as medidas adotadas. **Metodologia:** estudo descritivo, exploratório. Recolha de dados por questionário *online*, com questões centradas nas condições para o ensino à distância, nas vivências dos estudantes e no impacto e satisfação com o Plano de Contingência. A amostra não probabilística e de conveniência. Análise estatística dos dados de acordo com a natureza das variáveis. **Resultados:** participaram 264 estudantes com idade média de $28,2 \pm 10,2$ anos. No geral, referem muito boas condições em casa para concretização do ensino à distância ($\bar{X} = 4,4 \pm 0,67, 2 - 5$). A maioria (79,2%, n=209) refere ter participado nas atividades não presenciais após a ativação do Plano de Contingência. Da análise do impacto verificam-se níveis de adequação muito elevados das plataformas educativas. Consta-se também, uma elevada satisfação com a informação fornecida. **Conclusão:** as medidas adotadas foram adequadas tendo contribuído para reduzir o impacto do COVID-19 no processo de ensino, aprendizagem e avaliação dos estudantes.

Palavras-chave: pandemia; ensino superior; estudantes

*MSc, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa.
<https://orcid.org/0000-0001-5008-3746>

**PhD, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/CINTESIS.
<https://orcid.org/0000-0002-1142-3258>

***PhD, Professor Coordenador na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.
<https://orcid.org/0000-0002-0362-2513>

**** RN, Professora Adjunta. Especialista em Enfermagem de reabilitação.
<https://orcid.org/0000-0001-6627-3907>

*****PhD, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/CINTESIS.
<https://orcid.org/0000-0003-3357-7984>

ABSTRACT

Background: in the context of an international public health emergency due to SARS-CoV-2, the suspension of presence teaching activities created a disruption to regular functioning of higher education institutions with impact on the academic community. **Objective:** to assess the impact of the COVID-19 pandemic on the academic and life path of students and their satisfaction with the measures adopted. **Methodology:** descriptive, exploratory study. Data collection by online questionnaire, centered on the conditions for distance learning, on the students' experiences and on the impact and satisfaction with the Contingency Plan. A non-probabilistic and convenient sample was used. Statistical analysis of the data according to the nature of the variables. **Results:** 264 students participated with average age of 28.2 ± 10.2 years. In general, they report very good conditions at home to implement distance learning ($\bar{X} = 4,4 \pm 0,67, 2 - 5$). The majority (79.2%, n = 209) reported having participated in non-presence activities after activating the Contingency Plan. The impact analysis shows very high levels adequacy of educational platforms. There is also a high level of satisfaction with the information provided. **Conclusion:** the measures adopted were adequate and contributed to reduce the impact of COVID-19 on the teaching, learning and assessment process of students.

Keywords: pandemics; higher education; students**RESUMEN**

Marco contextual: el contexto de emergencia internacional de salud pública por SARS-CoV-2, la suspensión de actividades presenciales de enseñanza creó una interrupción en el funcionamiento de las instituciones de educación superior con impacto en la comunidad académica. **Objetivo:** evaluar el impacto de la pandemia COVID-19 en la trayectoria académica y de vida de los estudiantes, y su satisfacción con las medidas adoptadas. **Metodología:** estudio descriptivo, exploratorio. Recolección de datos por cuestionario *online*, centrado en las condiciones para el aprendizaje, las experiencias, el impacto y la satisfacción con el Plan de Contingencia. La muestra es no probabilística de conveniencia. Análisis estadístico de los datos según la naturaleza de las variables. **Resultados:** 264 estudiantes participaron con edad media de 28.2 ± 10.2 años. En general, informan muy buenas condiciones en el hogar para implementar el aprendizaje a distancia ($\bar{X} = 4,4 \pm 0,67, 2 - 5$). La mayoría (79.2%, n = 209) ha participado en actividades no presenciales. El análisis de impacto muestra niveles muy altos de adecuación de las plataformas educativas. También hay un alto nivel de satisfacción con la información proporcionada. **Conclusión:** las medidas adoptadas fueron adecuadas y contribuyeron a reducir el impacto de COVID-19 en el proceso de enseñanza, aprendizaje y evaluación de los estudiantes.

Palabras clave: pandemia; enseñanza superior; estudiantes**Como Referenciar:**

Ferreira, A., Príncipe, F., Pereira, H., Oliveira, I., & Mota, L. (2020). Covimpact: pandemia covid-19 nos estudantes do ensino superior da saúde. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 7-16.
 doi:10.37914/riis.v3i1.80

Recebido para publicação em: 20/05/2020
 Aceite para publicação em 09-06-2020

INTRODUÇÃO

Num contexto de emergência de saúde pública internacional e com a chegada dos primeiros casos de infeção por SARS-CoV-2 a Portugal, a 13 de março o Governo português decretou um conjunto de medidas excecionais e temporárias, visando conter a propagação da infeção, sendo uma delas a medida de suspensão de atividades letivas presenciais nas instituições de ensino superior (Decreto-Lei n.º10-A/2020, de 13 de março).

Atenta ao contexto epidemiológico vivido a Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), mesmo antes de ter sido decretada pelo Governo a suspensão das atividades letivas presenciais, havia já, no âmbito do seu Plano de Contingência COVID-19, encetado diferentes estratégias destinadas a proteger a comunidade académica, incluindo a suspensão da atividade letiva presencial a 9 de março de 2020 e assegurar a prossecução dos percursos de ensino aprendizagem dos seus estudantes (Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, 2020).

No entanto, e associada a todas as outras medidas de confinamento impostas aos cidadãos portugueses, a suspensão das atividades letivas presenciais criou uma disrupção ao regular funcionamento das instituições de ensino superior com expectável impacte em toda a comunidade académica, especialmente nos estudantes.

Face a este novo contexto, importa avaliar o impacte da pandemia COVID-19 no percurso académico e de vida dos estudantes e sua satisfação com as medidas adotadas pela ESSNorteCVP. Os resultados deste estudo permitirão igualmente aferir a adequação das medidas até agora implementadas pela

ESSNorteCVP, no sentido de minimizar os constrangimentos e limitações vivenciados pelos estudantes na consecução do seu percurso académico.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No final de 2019 foram identificados casos de pneumonia atípica provocados pelo SARS-CoV2, que rapidamente se propagou a nível mundial. A COVID-19, como depois foi denominada, foi declarada como emergência de saúde pública internacional em janeiro de 2020, sendo que em março a Organização Mundial de Saúde viria a caracterizar esta infeção como pandémica (World Health Organization, 2020). Desde cedo as medidas que se mostraram mais eficazes na interrupção da transmissão local da infeção foram as medidas de confinamento social, restrições à movimentação de pessoas, distanciamento social e consciencialização das populações para as medidas de proteção individual (Cheng, Jian & Liu, 2020; Zhang, Litvinova, Wang, Wang, Deng, & Chen, X... Yut, H. 2020), levando a que muitos países tenham decretado, em larga escala, a suspensão de muita da atividade económica e social, incluindo a cessação de toda a atividade letiva presencial.

O encerramento de estabelecimentos de ensino por todo o mundo para conter a disseminação da COVID-19 provocou uma disrupção nos processos de ensino e aprendizagem de milhões de estudantes. A Organização para a Cultura, Ciência e Educação das Nações Unidas estima que cerca de 70% da comunidade estudantil mundial tenha sido afetada por esta medida, representando mais de 1198 milhões de estudantes em todos os níveis de ensino

(United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2020a).

Os custos económicos e sociais resultantes da aplicação das medidas de confinamento social são muito elevados, para além de criarem constrangimentos e desafios adicionais às instituições de ensino e toda a comunidade académica aos mais diversos níveis. Estes incluem a interrupção dos processos de ensino aprendizagem, privando os estudantes de oportunidades de crescimento e desenvolvimento; a maior probabilidade de abandono dos estudos; a necessidade de criação, manutenção e aumento de resposta no ensino à distância que representou um desafio enorme em termos técnicos e humanos para a concretização da mudança da sala de aula, à grande escala e num tão curto espaço de tempo, para o contexto virtual; o desafio de medir e validar os resultados da aprendizagem; o isolamento social forçado, entre outros (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2020b). O isolamento social pode ter efeitos devastadores incluindo sintomas de stresse pós-traumático, confusão e raiva, podendo os seus efeitos persistir a longo prazo (Brooks, Webster, Smith, Woodland, Wessely & Greenberg, 2020).

À escala global existem diversas iniciativas de partilha de boas práticas e de recursos que permitem minimizar o impacto nos processos de ensino, aprendizagem e avaliação dos estudantes, assim como, na adoção de medidas de suporte ao teletrabalho de docentes/investigadores e outros colaboradores dentro da comunidade académica (International Association of Universities, 2020). Alguns países já passaram situações semelhantes

causadas por catástrofes como o furacão Katrina ou o vírus SARS, embora a situação atual assumo contornos nunca antes vivenciados pelas sociedades atuais. Em todas estas calamidades o ensino à distância apresentou-se como a solução para dar continuidade às atividades letivas. Fizeram-se investimentos em plataformas de *eLearning*, formação docente e dotaram-se os estudantes de meios tecnológicos (Sobral, 2020).

A COVID-19 não pode ser vista como tendo consequências positivas, mas pode ser encarada como uma oportunidade para tomar consciência que as catástrofes acontecem e que as instituições de ensino superior têm de estar preparadas para situações limite, garantindo que mesmo em situações tão adversas como as que agora vivenciam, estejam preparadas para assegurar que o processo de ensino e aprendizagem se mantém de forma ininterrupta durante este período.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2020c) faz várias recomendações no sentido de potenciar as estratégias de aprendizagem à distância, das quais se destacam: a proteção da privacidade e segurança dos dados alocados nos espaços virtuais; a priorização de soluções em resposta aos desafios psicossociais previamente às questões do ensino; desenvolver regras de ensino a distância e monitorizar o processo de aprendizagem dos estudantes; e criar comunidades e melhorar a conexão entre as pessoas.

Deste contexto emerge a questão de investigação: qual o impacto da pandemia COVID-19 no percurso académico e vida dos estudantes da ESSNorteCVP em resposta à implementação do Plano de Contingência?

METODOLOGIA

Estudo descritivo, exploratório desenvolvido na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. A recolha de dados foi efetuada com recurso ao questionário *online* “COVImpact: questionário de avaliação do impacte COVID-19 versão estudantes”. A construção do instrumento de recolha de dados resultou de uma reunião de peritos no qual participou o Presidente do Conselho de Direção, Presidente do Conselho Técnico-Científico, Presidente do Conselho Pedagógico, Presidente do Conselho para Avaliação da Qualidade e Direção de Departamento de Área de Ensino, tendo por base as diretivas do Ministério Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Direção Geral da Saúde e o Plano de Contingência COVID-19 da ESSNorteCVP.

O questionário é composto por questões centradas na caracterização da amostra, condições para o ensino à distância, as vivências dos estudantes durante o distanciamento físico, o impacte e satisfação com o Plano de Contingência COVID-19 no processo de aprendizagem, assim como sugestões de melhoria.

As variáveis do instrumento foram operacionalizadas numa escala de *Likert* que varia entre campos semânticos, 1 e 5 (Discordo totalmente – Concordo totalmente).

A amostra do estudo é não probabilística e de conveniência, constituída por estudantes dos cursos pré e pós-graduado em funcionamento. Participaram no estudo 264 estudantes, apresentando uma taxa de retorno de 52%. A recolha de dados decorreu em maio de 2020 e foram incluídos no estudo todos os estudantes que

frequentam o ano letivo 2019/2020 da ESSNorteCVP. Foi realizada análise estatística descritiva com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0. A participação no estudo foi voluntária, garantido o anonimato e dada a possibilidade aos participantes de desistirem do estudo sem qualquer prejuízo. A realização do estudo foi autorizada pelo Conselho de Direção da ESSNorteCVP.

RESULTADOS

Os participantes do estudo têm em média $28,2 \pm 10,2$ anos variando entre 18 e 59 anos. Na sua maioria são do género feminino (86%, $n=227$). Verifica-se que, por nível de ensino, 16,7% ($n=44$) dos estudantes frequentam os cursos de pós-graduação, 13,3% ($n=35$) frequentam os cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem, 64,8% ($n=171$) frequentam o 1º ciclo de estudos do curso de enfermagem, 3,4% ($n=9$) frequentam o 1º ciclo de estudos do curso de acupuntura, 0,4% ($n=1$) frequentam o 1º ciclo de estudos do curso de osteopatia e 1,5% ($n=4$) frequentam o CTESP termalismo e bem-estar. À data da implementação do plano de contingência COVID-19 da ESSNorteCVP 63,6% ($n=168$) dos estudantes estavam a frequentar o processo de ensino aprendizagem com aulas de tipologia teórica, teórico-prática e prática e laboratorial, os restantes (36,4%, $n=96$) frequentavam o processo de ensino clínico/estágio. Em média coabitam com os estudantes $3,4 \pm 1,28$ pessoas variando entre 0 e 12 pessoas. Na sua habitação encontram-se em média $1,45 \pm 0,93$ pessoas em teletrabalho/tele escola variando entre

0 e 6 pessoas. No geral os participantes referem muito boas condições em casa para concretização do ensino à distância ($\bar{X} = 4,4 \pm 0,67, 2 - 5$), com disponibilidade de computador ou *tablet* para acesso às atividades. Todavia, 0,8% (n=2) assinalam ter apenas acesso às atividades letivas com recurso a telemóvel.

Durante o isolamento em casa na sua maioria os estudantes revelam que têm sentido um estado de maior stresse e ansiedade (42,8%, n=113), têm sentido estados de maior apatia e desânimo (25%, n=66), não têm sentido qualquer alteração do comportamento em relação ao que vivenciavam antes do isolamento em 22,8% (n=60) dos estudantes, 3,8% (n=10) sentem-se mais agitados e 5,7% (n=15) referem sentir outra situação que não especificam.

Com a suspensão da atividade presencial os estudantes na sua maioria (23,5%, n=62) referem só terem saído de casa para ir ao jardim ou quintal, 18,9% (n=50) referem ter saído à rua (ou espaço comum de um condomínio) duas a três vezes por

semana, 12,9% (n=34) raramente saiu à rua (ou espaço comum de um condomínio), 8% (n=34) ficou sempre em casa, 6,4% (n=17) tem saído à rua afastando-se do local onde reside mais que uma vez por semana, 4,5% (n=12) tem saído à rua (ou espaço comum de um condomínio) todos os dias para espalhar e 25,8% (n=68) referem outra situação que não especificam.

Na sua maioria (79,2%, n=209) os estudantes referem ter participado nas atividades não presenciais promovidas pela ESSNorteCVP após a ativação do Plano de Contingência COVID-19, 11% (n=29) refere não ter participado e 9,8 % (n=26) refere não ter conhecimento dessas atividades.

Da análise do impacto do plano de contingência COVID-19 verifica-se que a adequação das plataformas educativas para o ensino não presencial demonstrou níveis de adequação muito elevados. A questão que apresentou níveis médios mais baixos foi o envolvimento dos estudantes com as atividades desenvolvidas à distância (Tabela 1).

Tabela 1

Descritiva do impacto do plano de contingência COVID-19

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Adequação das Plataformas educativas	262	2	5	4,26	0,76
Adequação das medidas/estratégias	261	1	5	4,21	0,72
Manutenção do ensino à distância	262	1	5	4,11	0,98
Interação desenvolvida entre docentes e estudantes	260	1	5	3,83	0,84
Adequação das Provas de avaliação	186	2	5	3,82	0,79
Impacto no seu bem-estar físico e/ou mental	264	1	5	3,64	0,99
Envolvimento com as atividades à distância	261	1	5	3,29	1,05

Do ponto de vista da satisfação com a implementação do plano de contingência COVID-19 constata-se elevada satisfação com a informação fornecida pela ESSNorteCVP perante o cenário atual de COVID-19. A questão que apresentou níveis

médios de satisfação mais baixos foi o envolvimento da Associação Académica, de acordo com os seus desígnios estatutários, em prol das necessidades dos estudantes que resultassem da pandemia (Tabela 2).

Tabela 2

Descritiva da satisfação com a implementação do plano de contingência COVID-19

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Satisfação com a informação fornecida	259	1	5	4,18	0,72
Satisfação com o ensino à distância	257	1	5	3,73	0,89
Satisfação com o ensino à distância no ensino clínico	169	1	5	3,32	0,95
Satisfação com o envolvimento/ação/representação da Associação Académica	239	1	5	3,15	1,17
Satisfação Global	261	1	5	3,84	0,91

No que se refere às medidas adotadas pela ESSNorteCVP que mais contribuíram para reduzir o impacto do COVID-19 no processo de ensino os estudantes referiram a rápida adaptação da escola na criação de ambientes favoráveis ao ensino à distância síncrono com recurso a plataformas educativas, e ainda, a referência e o acompanhamento constante dos docentes que revelaram elevada disponibilidade.

Como medidas complementares que deveriam ser adotadas decididamente na redução do impacto do COVID-19 no processo de ensino de uma forma geral os estudantes reiteram e enaltecem as medidas adotadas pela escola, salientando a relevância do envio para a comunidade académica dos estudos baseados na evidência acerca da temática COVID pela Unidade Investigação e Desenvolvimento.

Todavia, os estudantes dos cursos de licenciatura sugerem a colocação antecipada do material de

apoio à aula na plataforma *Moodle*[®] e atividades mais dinâmicas nas aulas que decorrem com recurso às plataformas educativas. Os estudantes do ensino pós-graduado (pós-graduações e cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem) referem que os cursos deveriam ter sido suspensos pelo facto de verem o seu percurso formativo interrompido e não se terem inscrito em cursos *online*. Consideram ainda relevante a disponibilização de *workshops*, formação à distância síncrona e estudos de caso com doentes em ambiente virtual que pudessem ocupar horas dos estágios, interrompidos pelas instituições de saúde. Os estudantes de formação pré e pós-graduado consideram que poder-se-ia otimizar os fluxos de comunicação bidirecionalmente.

Como oportunidades de melhoria para o Sistema Interno de Garantia e Gestão da Qualidade os estudantes sugerem a implementação de medidas

para avaliação da saúde mental e bem-estar dos estudantes, uniformização dos modelos de provas de avaliação via Moodle®, manutenção do ensino à distância por forma a evitar nova vaga COVID, melhorar a gestão da carga horária nos horários escolares, promoção de debates sobre o desenvolvimento de competências, aulas de apoio aos trabalhos de grupo na formação pós-graduada e mais esclarecimentos sobre proteção de dados. Os estudantes trabalhadores consideram que a medida adotada pela escola, com a implementação do ensino à distância síncrono, lhes permitiu poupança económica e de tempo.

Os estudantes finalistas sugerem que lhes seja permitida a realização da cerimónia de encerramento do curso com a presença dos seus familiares.

DISCUSSÃO

A pandemia COVID-19 obrigou a implementação de um plano de contingência que os estudantes consideraram adequado, o que minimizou o impacto no seu percurso académico e de vida, repercutindo-se em níveis elevados de satisfação com as medidas adotadas pela ESSNorteCVP. Verificam-se níveis muito elevados de satisfação com a adequação das plataformas educativas adotadas para o ensino não presencial. O ensino à distância apresenta-se como a solução para dar continuidade às atividades letivas, como já se verificou em anteriores calamidades de saúde à escala global (Sobral, 2020). De acordo com Camacho, Fuly, Santos & Menezes (2020) o ensino à distância traz enormes desafios ao ensino superior, nomeadamente, a flexibilização dos horários, a

gravação das aulas para que os estudantes possam ter acesso aos conteúdos noutros momentos e uma maior oportunidade de flexibilidade de controlo da frequência dos estudantes no acesso às plataformas educativas. Estes autores reiteram ainda que a efetividade do ensino à distância nesta era pandémica requer planeamento, organização, tecnologias da informação e comunicação disponíveis para docentes e estudantes. Ao analisar as condições para a concretização do ensino à distância, verifica-se que estas são consideradas muito boas, com disponibilidade de computador ou *tablet* com acesso à internet, evidência reforçada com uma participação elevada nas atividades não presenciais. Todavia, com recurso a estas plataformas educativas os estudantes demonstram preocupação com a proteção da privacidade e segurança dos dados alocados nos espaços virtuais (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2020c), com ações de esclarecimentos sobre proteção de dados.

Dotta, Jorge, Aguiar, Silveira, & Tedesco, (2013) afirmam que as plataformas educativas permitem acesso a muita informação, mas por si só, não promovem a aprendizagem, pelo que os docentes desempenham um papel primordial pelo seu domínio da técnica e planeamento pedagógico. Santos & Monteiro (2020) afirmam que estes processos de transição requerem um período de ajustamento o que obrigada a uma reflexão acerca da capacidade de adaptação dos estudantes, docentes e gestores. Neste sentido, apesar do papel fulcral do docente este não deve ser entendido como uma fonte exclusiva de conhecimento, pelo que o estudante deve ter um papel proativo e

responsável pela sua formação (Castaman & Rodrigues, 2020).

Neste sentido, os estudantes que participaram no estudo consideram que a ESSNorteCVP manteve sempre uma atitude preditiva e adequada à evolução da pandemia pelo que frequentemente enaltecem todo o trabalho desenvolvido pela escola, com elevados níveis de satisfação pelas medidas definidas no Plano de Contingência. A adoção de medidas de confinamento social, com a suspensão das atividades presenciais na escola, restrições à movimentação de pessoas, distanciamento social e consciencialização das populações para as medidas de proteção individual, constante do plano de contingência, foram aceites e valorizadas pelos estudantes, representando uma forte adesão as atividades não presenciais, permitindo simultaneamente a interrupção da transmissão local da infeção (Cheng et al., 2020; Zhang et al., 2020). Das medidas adotadas no plano de contingência COVID-19 que mais contribuiram para reduzir o impacto do COVID-19 no processo de ensino foram a rápida adaptação da escola na criação de ambientes favoráveis ao ensino à distância síncrono com recurso a plataformas educativas; e o acompanhamento e disponibilidade constante dos docentes. Estes resultados sugerem que a ESSNorteCVP superou os desafios que a mudança de cenário de lecionação criou em termos técnicos e humanos, numa adequação dos processos de aprendizagem, para o contexto virtual, num curto espaço de tempo, através da disponibilização de suporte, apoio e formação a todos os intervenientes, condições estas que diversos contextos de ensino superior estão com dificuldades de adequação

(United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2020b).

Os estudantes reforçam a sua satisfação com a informação fornecida pela ESSNorteCVP perante o cenário atual de transmissão da infeção por COVID-19, apesar de referirem que poder-se-ia otimizar os fluxos de comunicação bidireccionalmente, através da criação de comunidades e melhoria da conexão entre as pessoas (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2020c).

Contudo, verificamos uma satisfação mais baixa com o envolvimento/ação/representação da Associação Académica na implementação do plano de contingência COVID-19, na ótica dos próprios estudantes. O envolvimento da Associação Académica é fundamental na veiculação da informação pela sua elevada proximidade aos estudantes, o que torna primordial o desenvolvimento de mecanismos que promovam o envolvimento dos pares na implementação das medidas em resposta a estes cenários excecionais, em prol da melhoria da efetividade e eficácia das medidas a implementar.

Constata-se que durante o isolamento em casa, os estudantes revelaram um estado de maior stresse e ansiedade, assim como, estado de maior apatia e desânimo, pelo que o isolamento social pode ter efeitos negativos na saúde e bem-estar, podendo os seus efeitos persistir a longo prazo (Brooks et al., 2020). Evidencia-se assim a importância no reforço de soluções em resposta aos desafios psicossociais, das quais se destacam: implementação de medidas para avaliação da saúde mental e bem-estar dos estudantes e a promoção de debates sobre o desenvolvimento de competências e de mecanismos

de adaptabilidade (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2020c).

No conjunto das medidas que constam do plano de contingência referidas como boas práticas em minimizar o impacto nos processos de ensino, aprendizagem e avaliação, os estudantes reiteram e enaltecem as medidas globais adotadas pela Escola, salientando a relevância do envio para a comunidade académica dos estudos baseados na evidência acerca da temática COVID, a disponibilização de *workshops*, formação à distância síncrona, estudos de caso com doentes em ambiente virtual, principalmente para os estudantes que tiveram interrupção dos ensinamentos clínicos, pelas instituições de saúde, assim como, a poupança económica e de tempo, com a implementação do ensino à distância síncrono, referida pelos estudantes trabalhadores. A identificação de diversas iniciativas de boas práticas e de recursos dentro da comunidade académica são relevantes e significativas para que possam ser partilhadas à escala global (International Association of Universities, 2020). Neste sentido, foram apuradas um conjunto de sugestões que passam pela uniformização e desenvolvimento de regras de ensino a distância e respetiva monitorização do processo de aprendizagem dos estudantes (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2020c), destacando: disponibilização de materiais de apoio à aula na plataforma *Moodle*[®]; adoção de atividades mais dinâmicas nas aulas a decorrer nas plataformas educativas; à uniformização dos modelos de provas de avaliação via *Moodle*[®]; à gestão da carga horária nos horários

escolares e a manutenção do ensino à distância por forma a evitar nova vaga COVID.

CONCLUSÃO

As medidas adotadas no plano de contingência COVID-19 para minimizar os constrangimentos e limitações vivenciados pelos estudantes na consecução do seu percurso académico na ESSNorteCVP, foram adequadas tendo contribuído para reduzir o impacto do COVID-19 no processo de ensino, aprendizagem e avaliação dos estudantes.

Constata-se níveis de elevada satisfação com a implementação do plano de contingência COVID-19, com a informação fornecida perante o cenário atual de COVID-19 e com níveis muito elevados de adequação das plataformas educativas para o ensino não presencial.

A rápida adaptação da escola na criação de ambientes favoráveis ao ensino à distância síncrono com recurso a plataformas educativas, assim como, o acompanhamento e disponibilidade constante dos docentes, foram as medidas identificadas que mais contribuíram para reduzir o impacto do COVID-19 no percurso académico dos estudantes, contantes no plano de contingência COVID-19.

É, ainda necessário, que face ao tempo de permanência das medidas definidas em plano de contingência seja alargado o período de monitorização, bem como, introduzidos outros instrumentos de recolha de dados, nomeadamente os relativos às questões psicossociais identificadas, e da garantia do processo de aprendizagem e respetiva avaliação de competências, para que os

resultados obtidos sejam mais elucidativos do impacto do COVID-19.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8

Camacho, F., Fuly, C., Santos, C., & Menezes, F. (2020). Students in social vulnerability in distance education disciplines in times of COVID-19. *Research, Society and Development*, 9(7),1-12

Castaman, A.S., & Rodrigues, R.A. (2020). Educação a Distância na crise COVID - 19: um relato de experiência. *Research, Society and Development*, 9,(6), DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i6.3699> 1

Cheng, H., Jian, S., & Liu, D. (2020). Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. *JAMA Internal Medicine*. doi:10.1001/jamainternmed.2020.2020

Decreto-Lei n.º 10-A/2020, de 13 de março. (2020). Diário da República n.º 52/2020, 1º Suplemento, I Série. Presidência do Conselho de Ministros, Portugal.

Dotta, S., Jorge, C., Aguiar, É., Silveira, P. & Tedesco, R., (2013). Abordagem dialógica para a condução de aulas síncronas em uma webconferência. In: X Congresso Brasileiro de Ensino Superior a Distância, 2013, Belém. Anais do X Congresso Brasileiro de Ensino Superior a Distância. Belém: Unirede/UFPA

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. (2020). Plano de Contingência COVID-19. Oliveira de Azeméis. Retirado de: <https://www.essnortecvp.pt/pt/escola/covid-19/>

International Association of Universities. (2020). *Covid-19: Higher Education challenges and responses*. Retirado de: <https://www.iau-aiu.net/Covid-19-Higher-Education-challenges-and-responses>

Santos, J.V.B., & Monteiro, J.C.S. (2020). Educação e covid-19: as tecnologias digitais mediando a aprendizagem em tempos de pandemia. *Revista Encantar - Educação, Cultura e Sociedade - Bom Jesus da Lapa*, 2, 01-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.46375/encantar.v2.0011>

Sobral, S.R. (2020). *O impacto do covid-19 na educação*. Retirado de: <https://observador.pt/opiniao/o-impacto-do-covid-19-na-educacao/>

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2020a). *COVID-19 Educational Disruption and Response*. Retirado de: <https://en.United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.org/covid19/educationresponse>

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2020b). *Adverse consequences of school closures*. Retirado de: <https://en.United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.org/covid19/educationresponse/consequences>

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2020c). *COVID-19: 10 Recommendations to plan distance learning solutions*. Retirado de: <https://en.United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.org/news/covid-19-10-recommendations-plan-distance-learning-solutions>

World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 51*. Retirado de: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10

Zhang, J., Litvinova, M., Wang, W., Wang, Y., Deng, X., & Chen, X... Yut, H. (2020). Evolving epidemiology and transmission dynamics of coronavirus disease 2019 outside Hubei province, China: a descriptive and modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30230-9.

BRIEFING NA PRÁTICA SIMULADA: REPRESENTAÇÃO PARA OS ESTUDANTES E DOCENTES

Briefing in simulated practice: representation for students and teachers

Briefing in prácticas simuladas: representación para estudiantes y docentes

Sónia Novais*, Maria Alves**, Ana Pinho**, Viviana Baltarejo**

RESUMO

Enquadramento: a prática simulada é uma estratégia pedagógica que estimula a tomada de decisão em casos clínicos. A sua implementação decorre por etapas, sendo o *briefing* a primeira. **Objetivo:** compreender a representação do *briefing* para os estudantes e docentes envolvidos nas aulas de prática simulada do curso de licenciatura em Enfermagem. **Metodologia:** estudo qualitativo e descritivo orientado pela teoria das representações sociais. Participaram 37 estudantes do curso de Licenciatura em Enfermagem, que se encontravam inscritos em unidades curriculares que recorriam à metodologia de prática simulada e os 7 docentes das mesmas unidades curriculares. A recolha de dados foi realizada através de um questionário que continha um Teste de Associação Livre de Palavras. A análise de dados foi realizada através do software IRAMUTEQ. **Resultados:** os estudantes representam o *briefing* valorizando o domínio cognitivo, mas salientando igualmente o domínio afetivo. Os docentes valorizam a preparação dos cenários com o objetivo de alargar o horizonte dos estudantes, procurando aumentar o conhecimento e a experiência através do estabelecimento de objetivos de aprendizagem. **Conclusão:** considerando os objetivos da prática simulada, o *briefing* é representado como uma etapa promotora do conhecimento, das aprendizagens e das competências, mas também gerador de emoções.

Palavras-chave: briefing; prática simulada; enfermagem

*PhD, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/CINTESIS. <https://orcid.org/0000-0002-4328-3755>

**Enfermeira, ESSNorteCVP

ABSTRACT

Background: simulated practice is a pedagogical strategy that encourages decision-making in clinical cases. Its implementation takes place in stages, the briefing being the first. **Objective:** to understand the representation of the briefing for students and teachers involved in the simulated practice classes of the Nursing undergraduate course. **Methodology:** qualitative and descriptive study guided by the theory of social representations. 37 students of the Nursing Degree course participated, who were enrolled in curricular units that used the simulated practice methodology and the 7 teachers of the same curricular units. Data collection was performed using a questionnaire that contained a Free Word Association Test. Data analysis was performed using the IRAMUTEQ software. **Results:** students represent the briefing valuing the cognitive domain, but also emphasizing the affective domain. Teachers value the preparation of scenarios to broaden the horizon of students, seeking to increase knowledge and experience through the establishment of learning objectives. **Conclusion:** considering the objectives of the simulated practice, the briefing is represented as a step that promotes knowledge, learning and skills, but also generates emotions.

Keywords: briefing; simulated practice; nursing

RESUMEN

Marco contextual: la práctica simulada es una estrategia pedagógica que fomenta la toma de decisiones en casos clínicos. Su implementación se lleva a cabo en etapas, siendo el *briefing* la primera. **Objetivo:** comprender la representación del *briefing* para estudiantes y docentes involucrados en las clases de práctica simulada del curso de pregrado en Enfermería. **Metodología:** Estudio cualitativo y descriptivo. Participaron 37 estudiantes del curso de Grado en Enfermería, que se matricularon en unidades curriculares que utilizaron la metodología de práctica simulada y los 7 maestros de las mismas unidades curriculares. La recopilación de datos se realizó a través de un cuestionario que contenía una prueba de asociación de palabra libre. El análisis de datos se realizó utilizando el software IRAMUTEQ. **Resultados:** los estudiantes representan la sesión informativa valorando el dominio cognitivo, pero también enfatizando el dominio afectivo. Los maestros valoran la preparación de escenarios para ampliar el horizonte de los estudiantes, buscando aumentar el conocimiento y la experiencia mediante el establecimiento de objetivos de aprendizaje. **Conclusión:** teniendo en cuenta los objetivos de la práctica simulada, la sesión informativa se representa como un paso que promueve el conocimiento, el aprendizaje y las habilidades, pero también genera emociones.

Palabras clave: briefing; práctica simulada; enfermería

Como Referenciar:

Novais, S., Alves, M., Pinho, A., & Baltarejo, V. (2020). Briefing na prática simulada: representação para os estudantes e docentes. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 17-30. doi.10.37914/riis.v3i1.77

Recebido para publicação em: 01/05/2020
Aceite para publicação em: 08/06/2020

INTRODUÇÃO

As Instituições de Ensino Superior da Saúde têm como objetivo principal desenvolver as competências profissionais e pessoais dos estudantes para a futura prática clínica autónoma e responsável. Deste modo, desempenham um papel fundamental no processo de aquisição de competências ao ensinar, acompanhar, estimular e responsabilizar o estudante durante o seu percurso académico.

Uma das estratégias de ensino/aprendizagem que se tem desenvolvido e tem encontrado um grande acolhimento na área da saúde é a simulação, onde a discussão e implementação de cenários clínicos que tentam reproduzir situações reais, permitem que o estudante adquira confiança e mestria para lidar com diferentes situações clínicas problemáticas que futuramente contactará (Hayden, Smiley, Alexander, Kardong-Edgren, & Jeffries, 2014). A simulação clínica inclui diferentes etapas, o *briefing*, o cenário e o *debriefing* (International Nursing Association for & Clinical Simulation and Learning [INACSL], 2016). O *briefing* é a primeira etapa e pressupõe o planeamento das dinâmicas de uma prática simulada, sendo definido como a sessão de informações prévia ao cenário de simulação, que inclui as atividades de orientação ao ambiente e revisão dos objetivos e as competências que se pretendem alcançar com o cenário de aprendizagem específico (INACSL, 2016). As atividades realizadas nesta etapa podem ser categorizadas em atividades de orientação ou em atividades de envolvimento e motivação para a aprendizagem que ocorrem antes da implementação prática da simulação (Chamberlain, 2015).

As vantagens da simulação estão descritas em vários estudos realizados neste âmbito (Chamberlain, 2015; Foronda et al., 2016; Mota et al., 2019). Esta estratégia pedagógica permite a discussão e resolução de cenários clínicos, previamente preparados pelos docentes e que promovem o pensamento crítico-reflexivo e a capacidade de tomada de decisão, bem como a gestão do tempo, das emoções e do stress dos estudantes (Jeffries, 2014; Foronda, Liu, & Bauman, 2016). Outra das grandes vantagens da prática simulada é o facto de os estudantes poderem ter acesso prévio aos cenários e prepararem-se para a discussão e atuação num caso clínico específico, elementos que constituem o *briefing* (Jeffries, 2014). Considerando que os objetivos da prática simulada devem ser centrados em promover as aprendizagens, o pensamento crítico-reflexivo e a avaliação dos resultados, o *briefing* assume uma relevância para a sua consecução (Jeffries, 2014).

Foi definido como objetivo para este estudo: compreender a representação do *briefing* para os estudantes e docentes envolvidos nas aulas de prática simulada do curso de licenciatura em Enfermagem.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As Escolas Superiores de Enfermagem devem responder à centralidade do ensino centrado no estudante respeitando a sua diversidade individual e, simultaneamente, devem garantir a qualidade e excelência do ensino, pelo que é importante a adoção de planos flexíveis de aprendizagem e a promoção de competências que estão para além das definidas nos

currículos formais (European Association for Quality Assurance in Higher Education (ENQA), 2015). Assim, as instituições desempenham um papel fundamental no processo de desenvolvimento de competências ao ensinar, acompanhar, estimular e responsabilizar o estudante durante o seu percurso académico.

A prática simulada é cada vez mais uma estratégia pedagógica utilizada no ensino e aprendizagem em enfermagem, notando-se uma evolução nestas primeiras duas décadas do século XXI (Hayden et al., 2014). São apontadas várias razões para o aumento do recurso à simulação no ensino de enfermagem, incluindo a disponibilidade de simuladores e a suposição de que a aprendizagem num ambiente realista pode ser transferida para a prática clínica sem colocar em risco a vida dos clientes (Hayden et al., 2014).

Com a implementação de programas de simulação nos cursos de enfermagem, os docentes devem garantir que esta seja baseada nas melhores evidências, em particular identificando as fases da simulação que mais influenciam a aprendizagem e o desenvolvimento de competências (Foronda et al. 2013). A INACSL (2016) define o *briefing* como a sessão de informações que antecede a implementação do cenário de simulação e sugere as atividades para esta etapa, como orientação para o ambiente e a revisão dos objetivos para o cenário específico de aprendizagem. Apesar desta descrição do *briefing* nos estudos não é apresentado nenhum processo padronizado para o planeamento e implementação desta etapa, diferentemente do *debriefing*, levando muitos programas de simulação a omiti-lo ou a criarem o seu próprio protocolo (Foronda et al.). Apesar disso, o *briefing* nas aulas de

práticas simuladas, promove o envolvimento e a participação dos estudantes nas atividades de aprendizagem, pelas interações existentes entre estudantes iniciados e os docentes peritos (Sharoff, 2015).

Um componente incluído no *briefing* é o trabalho em equipa, identificado pela Quality and Safety Education for Nurses (QSEN) como uma competência essencial para a prática clínica de enfermagem. Esta fase motiva os estudantes para o desenvolvimento de competências para gerir o trabalho em equipa e colaborativo (Chamberlain, 2015). O *briefing* deve incluir a discussão sobre o valor da simulação e dos componentes do *debriefing*, estabelecendo regras básicas para uma comunicação aberta, fornecendo uma visão geral dos conceitos que o estudante encontrará durante a simulação e fornecendo um ambiente de aprendizagem seguro (Page-Cuttrara & Turk, 2017). Após a etapa de *briefing*, a simulação com recurso a cenários executados com colegas e supervisionados por docentes qualificados seguidos de técnicas de *debriefing* apoiam o estudante no desempenho cognitivo, no autoconhecimento e na gestão de emoções potenciando a sua aprendizagem (Mota, et al., 2019; Page-Cuttrara & Turk, 2017; Jeffries, 2014).

A aprendizagem em Enfermagem é fundamentada em três domínios: o cognitivo, que é desenvolvido através da leitura, do estudo e das aulas expositivas e é testado através de questionários escritos ou orais; o psicomotor, que consiste em instruir e treinar procedimentos técnicos em laboratório ou em situações reais; e, finalmente, o afetivo, que decorre das exposições emocionais, culturais e éticas que o estudante encontrará ao longo do curso e na sua

prática clínica (Jeffries, 2014). Nas aulas de prática laboratorial, o domínio da aprendizagem mais desenvolvido e valorizado é o psicomotor, uma vez que esta tipologia apela a que o estudante aplique o que aprendeu na execução de um procedimento ou na resolução de um caso clínico em equipa. No entanto, sabemos que, para colocar em prática essas aprendizagens e estas se tornarem significativas para o desenvolvimento das competências técnicas e não técnicas, é importante que os estudantes, experimentem e vivenciem uma experiência e emoções próximas das que vivenciariam num cenário real (Jeffries, 2014; Hayden et al., 2014).

Um cenário clínico deve ser previamente planeado pelo docente retratando casos clínicos o mais próximos possível da realidade, de modo a garantir que o estudante coloque em prática o seu processo de tomada de decisão e pensamento crítico-reflexivo, as competências de comunicação e de trabalho em equipa ao mesmo tempo que desenvolve procedimentos técnicos, e tendo como finalidade obter sucesso na implementação de cuidados naquela situação específica num futuro profissional (Chamberlain, 2015; Jeffries, 2014). Sendo a tomada de decisão descrita como o equilíbrio entre o pensamento crítico e o julgamento e raciocínio clínico, a cognição situada, a aprendizagem localizada e a flexibilidade cognitiva, é importante que o cenário clínico permita alguma liberdade ao docente e ao estudante para conseguirem discutir e refletir sobre as diferentes abordagens ao caso (Jeffries, 2014).

Embora a INACSL divida a experiência de simulação em três fases: *briefing*, *cenário* e *debriefing*, a primeira fase, nem sempre tem merecido a atenção necessária por parte dos docentes que se encontram

envolvidos na simulação, nem tem sido foco de tanta atenção no âmbito da investigação (Page-Cuttrara & Turk, 2017; Meakim et al., 2013).

Os componentes essenciais de *briefing* são a discussão dos detalhes e das expectativas da simulação, fornecimento de informações básicas necessárias, orientação para o ambiente de simulação, esclarecimento sobre a atribuição de funções, discussão sobre os detalhes logísticos e o tempo de preparação do estudante (Lioce et al., 2015). Com esta orientação e envolvimento do estudante ao longo do processo, espera-se aumentar a sua satisfação e participação ao longo da sessão letiva (Chamberlain, 2015). As tarefas realizadas no *briefing* são atividades preparatórias que o estudante deve concluir antes da atividade de simulação se iniciar, pelo que a clarificação de detalhes e expectativas é uma componente crucial e para além de incluir os componentes essenciais já referido, deve dar espaço para a definição dos termos de confidencialidade, o estabelecimento de um contrato de ficção e a criação de um ambiente de aprendizagem psicologicamente seguro (Rudolph, Raemer, & Simon, 2014). Ao abordar os detalhes e as expectativas antecipadamente, é menos provável que os estudantes se distraiam ou se sintam nervosos fazendo com que aumente a concentração durante a simulação (Brackney & Priode, 2014; Rudolph et al., 2014). Neste sentido, abordar a questão da confidencialidade e criar um ambiente psicologicamente seguro durante esta etapa ajudará os estudantes a sentirem-se suficientemente seguros para se envolverem plenamente na simulação e assumir alguns riscos interpessoais durante o

desenvolvimento do cenário e da fase de *debriefing* (Rudolph et al., 2014).

A duração da orientação para o ambiente de simulação varia de acordo com a complexidade do cenário clínico, da experiência do docente, do nível do estudante e da familiaridade dos estudantes com a simulação e a configuração simulada (Beischel, 2013). Os estudantes relataram menos ansiedade e melhoraram os resultados da aprendizagem quando os papéis foram estabelecidos e esclarecidos durante o *briefing* (Beischel, 2013). Quando os docentes aliam o *briefing* às técnicas de *debriefing*, o estudante tem a possibilidade de realizar uma retrospeção do que conseguiram implementar e aprender ao longo da simulação facilitando a percepção dos benefícios deste tipo de estratégia de aprendizagem (Page-Cuttrara & Turk, 2017).

Atendendo ao estado da arte sobre o *briefing* na simulação em enfermagem, a questão de investigação orientadora do estudo é “Qual a representação do *briefing* na prática simulada dos estudantes de enfermagem e dos docentes?”. É objetivo do estudo compreender a representação do *briefing* para os estudantes e docentes envolvidos nas aulas de prática simulada do curso de licenciatura em Enfermagem. Este estudo é pertinente uma vez que esta etapa é menos explorada no âmbito da investigação, e salienta, o relevo da simulação e do *briefing* na formação dos futuros enfermeiros.

METODOLOGIA

Este estudo assume-se num paradigma qualitativo de carácter descritivo e indutivo com orientação da teoria das representações sociais. O estudo decorreu

numa instituição de ensino superior de saúde, após autorização do Conselho de Direção e parecer favorável (Parecer n.º 22) da Comissão de Ética da instituição participante no estudo. Ao longo do estudo foram cumpridos os procedimentos de garantia e salvaguarda dos direitos dos participantes, nomeadamente de voluntariedade, anonimato e confidencialidade.

Através de uma estratégia de amostragem não probabilística de conveniência, foram convidados a participar, através de convite enviado por email, os estudantes do primeiro e segundo ano do curso de licenciatura em enfermagem, que se encontravam inscritos em unidades curriculares que contemplavam na organização da unidade curricular a estratégia pedagógica de prática simulada nas aulas práticas e laboratoriais e os respetivos docentes das mesmas unidades curriculares, pela experiência que estes participantes possuem do fenómeno em estudo. Participaram 37 estudantes, sendo 13 do 1º ano e os restantes do 2º ano do curso de licenciatura em enfermagem da instituição em estudo. Participaram ainda, 7 docentes, sendo que os docentes lecionaram aulas de prática simulada simultaneamente nas diferentes unidades curriculares. Todos os docentes participantes possuíam a categoria profissional de professor adjunto.

A recolha de dados foi realizada através de um questionário eletrónico (googledocs) e enviado por e-mail aos participantes pela instituição de Ensino Superior, garantindo a privacidade dos dados no final do primeiro semestre do ano letivo 2018/2019. Na primeira parte, foi realizado um questionário de caracterização do ano que frequentavam ou da

categoria profissional consoante se tratava do questionário dos estudantes ou o dos docentes. Na segunda parte, foi realizado um Teste de Associação Livre de Palavras (TALP). Este TALP caracteriza-se por ser um teste projetivo e permite a apreensão das representações cognitivas de um grupo social de forma espontânea, revelando conteúdos implícitos ou latentes que podem ser dissimulados nas práticas discursivas (Abric, 2011). No TALP dos estudantes, os estímulos indutores utilizados foram: *Quando penso nas aulas de prática simulada lembro-me de; Quando penso nos cenários clínicos preparados para a prática simulada lembro-me de; Quando penso nos objetivos das aulas de prática simulada lembro-me de; Quando penso nos sentimentos/emoções prévias à discussão dos cenários clínicos em aulas de prática simulada lembro-me de; Quando penso nas competências que mobilizo para me preparar para as aulas de prática simulada lembro-me de.* No TALP dos docentes, os estímulos indutores utilizados foram: *Quando planeio as aulas de simulação lembro-me de; Quando defino os objetivos para os cenários em aulas práticas e laboratoriais lembro-me de; Quando preparo os cenários de prática simulada lembro-me de; Quando penso nas competências que procuro que os estudantes adquiram lembro-me de.*

Para análise dos dados recolhidos foi utilizado o software IRAMUTEQ 0.7 alpha 2 (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) que permitiu fazer a análise de dados textuais e de matrizes. Após a preparação do corpus textual, numa base de dados criada no Software Open OfficeCalc versão 4, foi realizada a análise prototípica. Esta permite que se realize uma análise com recurso a uma matriz que envolve variáveis,

categorias e listas de palavras (Camargo & Justo, 2016). Esta análise, específica do estudo das representações sociais, visa identificar a estrutura representacional partindo dos critérios de frequência e ordem de evocação provenientes dos dados dos TALP (Camargo & Justo, 2016). A análise prototípica permite visualizar, sob forma de um plano fatorial, as palavras organizadas em quatro quadrantes, sendo o primeiro grupo denominado de núcleo central, o 2º e 3º designados de primeira e segunda periferia, respetivamente, e por fim, um grupo com as palavras menos referidas pelos estudantes e pelos docentes constituindo assim, os elementos de contraste.

Em seguida, foi realizada uma análise de dados com recurso à teoria dos grafos e denominada de análise de similitudes que nos fornece informações sobre a conectividade do discurso, ajudando assim a identificar a estrutura do conteúdo do corpus textual. Também permite identificar as partes e especificidades compartilhadas de acordo com as variáveis descritivas identificadas na análise (Loubère, 2016). Por fim, foi realizada uma análise dos dados segundo o método de classificação hierárquica descendente (CHD) do discurso dos estudantes. Não foi possível a realização desta análise para os docentes pelo baixo número de ocorrências no discurso. Usando matrizes que cruzam formas reduzidas com segmentos de texto, o método de análise da CHD permitiu obter uma classificação definitiva do *corpus* textual. Os critérios para inclusão dos elementos nas suas classes respetivas é a frequência maior que a média de ocorrências no corpus (Camargo, Bousfield, Giacomozzi, & Koelzer, 2014). Os resultados são apresentados sob a forma de um dendograma que demonstra a relações entre as

classes, os segmentos de texto e as variáveis dos participantes fornecendo-lhes um contexto (Camargo & Justo, 2016).

RESULTADOS

Apresenta-se o gráfico de quatro quadrantes (figura 1) do discurso dos estudantes.

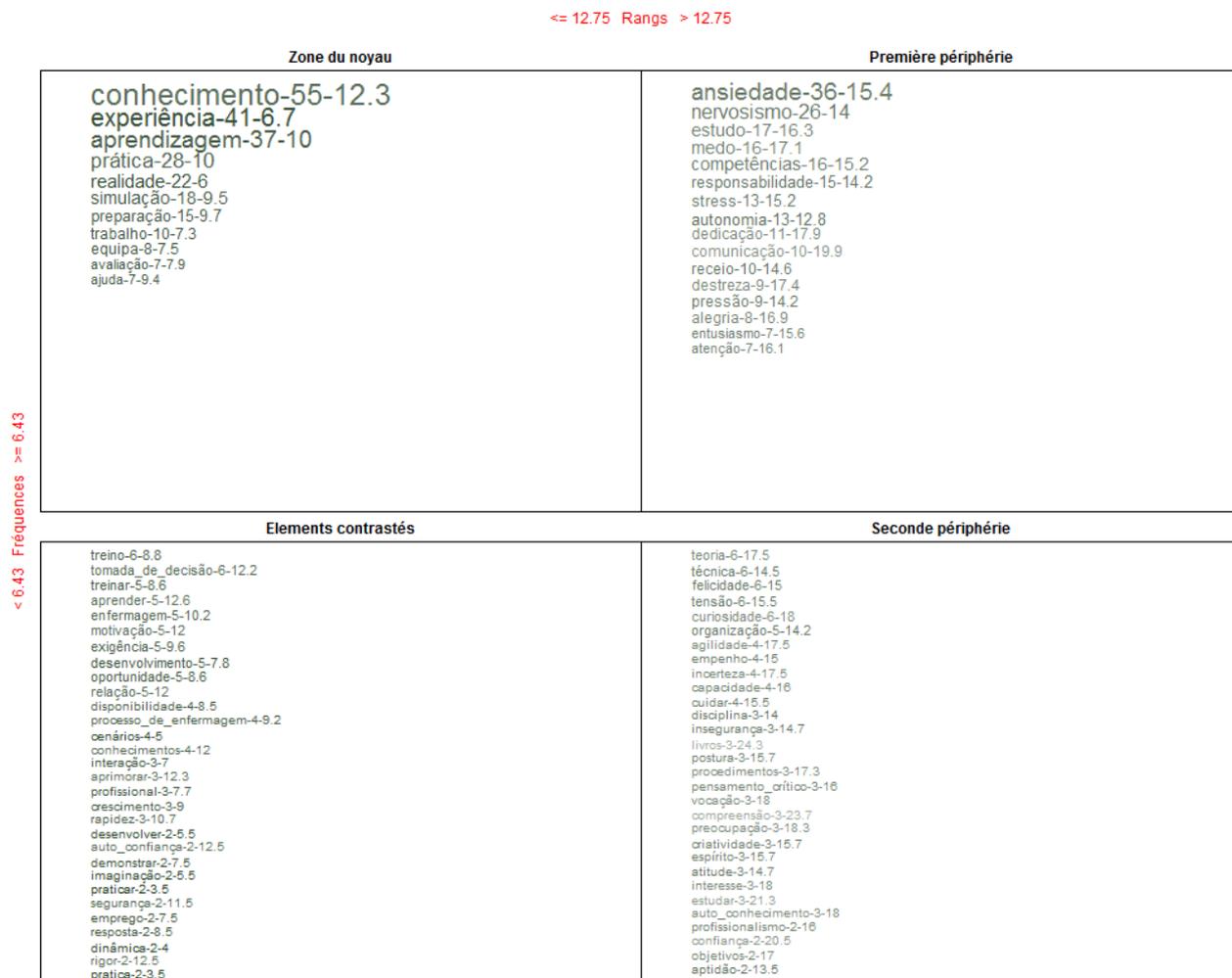


Figura 1

Análise de Prototípica dos estudantes

Destaca-se que, no núcleo central da análise de matriz dos estudantes se encontram mais evocadas as palavras: “conhecimentos”, “experiência”, “aprendizagem”, “prática”, “realidade”, “simulação”, “preparação”, “trabalho” e “equipa”. As palavras

mais evocadas na primeira periferia são: “ansiedade”, “nervosismo”, “estudo”, “medo” e “competências”. Apresenta-se o gráfico de quatro quadrantes (figura 2) do discurso dos docentes.

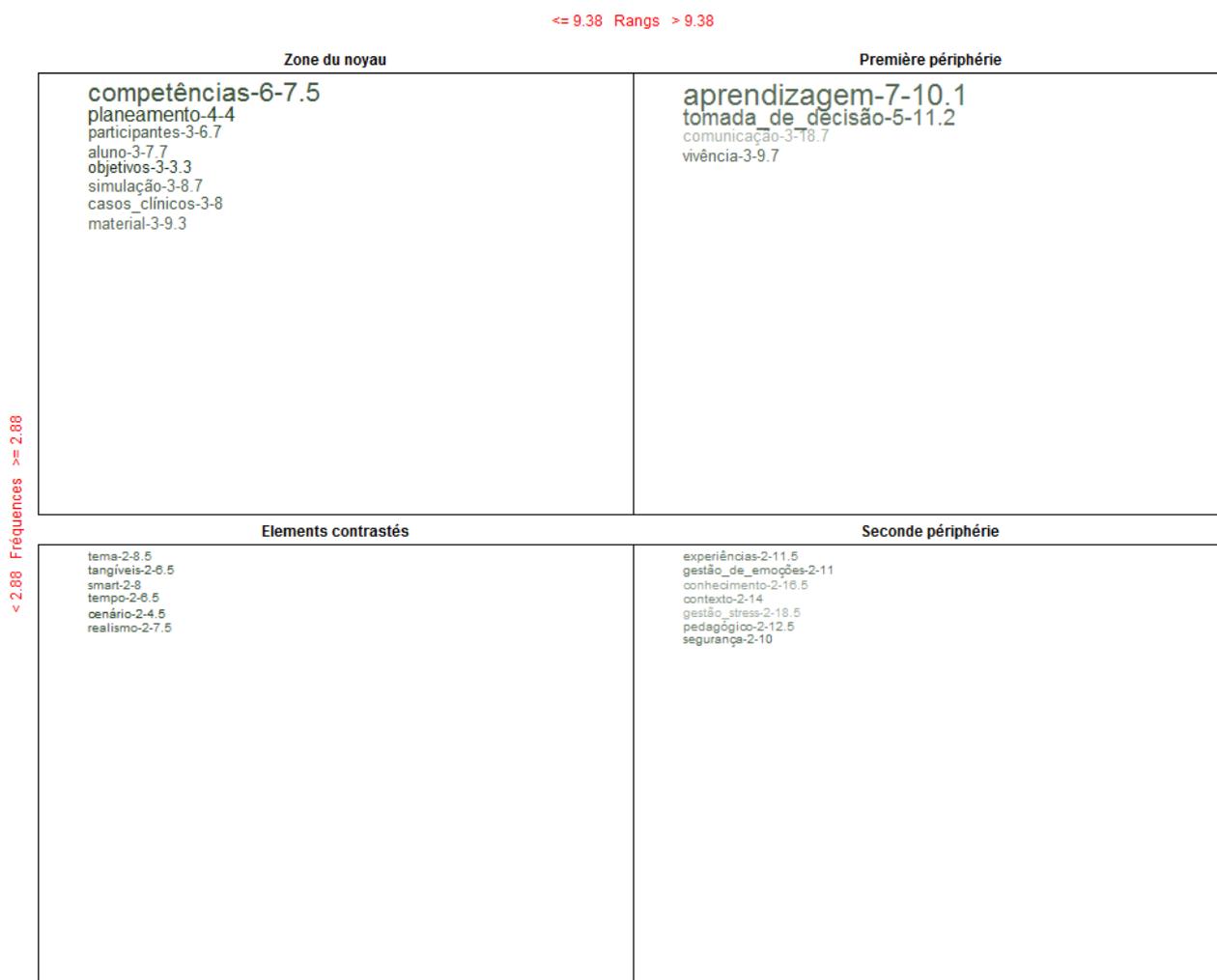


Figura 2

Análise de Prototípica dos docentes

No núcleo central da representação social dos docentes destacam-se com mais evocadas as palavras: “competências”, “planeamento”, “participantes”, “alunos” e objetivo. As palavras da

primeira periferia são: “aprendizagem”, “tomada_de_decisão”, “comunicação” e “vivência”. Apresenta-se a árvore das similitudes (figura 3) do discurso dos estudantes.

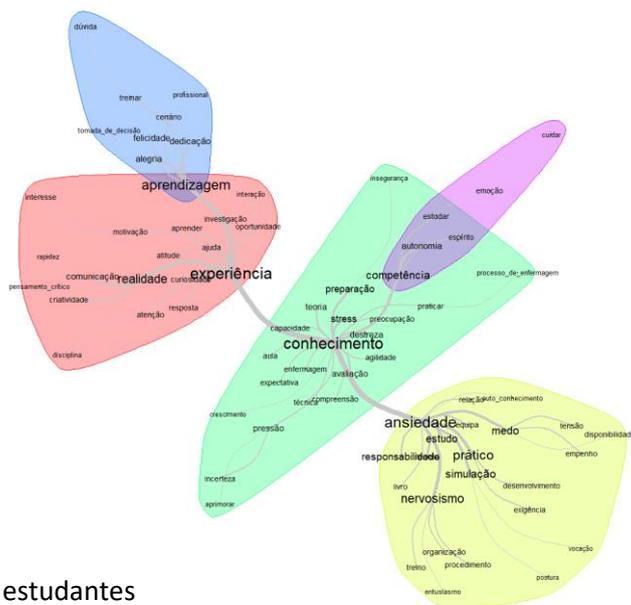


Figura 3

Análise de Similitudes dos estudantes

Percebe-se da sua visualização que o discurso dos estudantes se organizou em torno de cinco palavras com uma relação forte no discurso dos estudantes:

“conhecimento”, “ansiedade”, “experiência”, “aprendizagem” e “competência”. Apresenta-se a árvore das similitudes (figura 4) do discurso dos docentes.

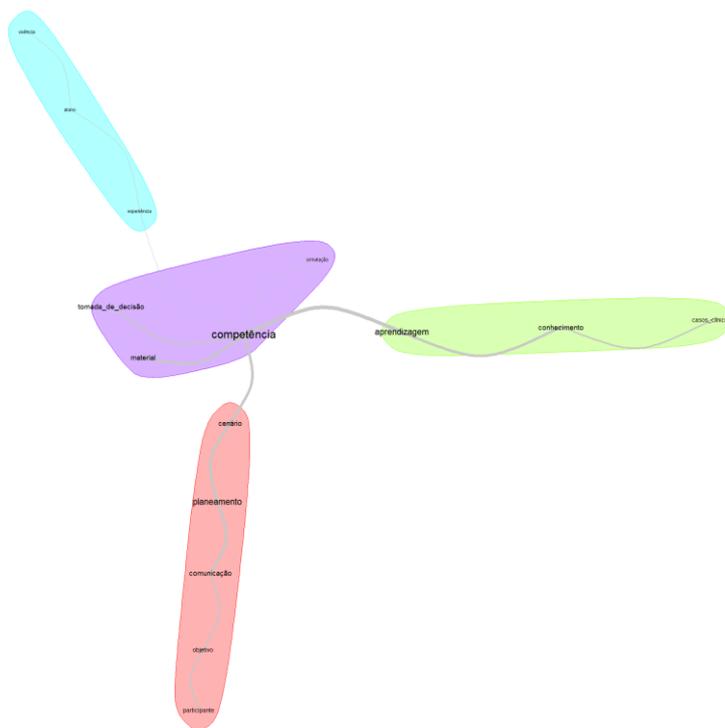


Figura 4

Análise de Similitudes dos docentes

Na análise de similitudes relativa aos docentes, percebe-se que a palavra que organiza o discurso com maior relevo é “competência” que apresenta uma relação forte com “aprendizagem”,

“experiência” e “planeamento”.

Os resultados da análise da CHD dos estudantes estão representados pelo dendograma (Figura 5).

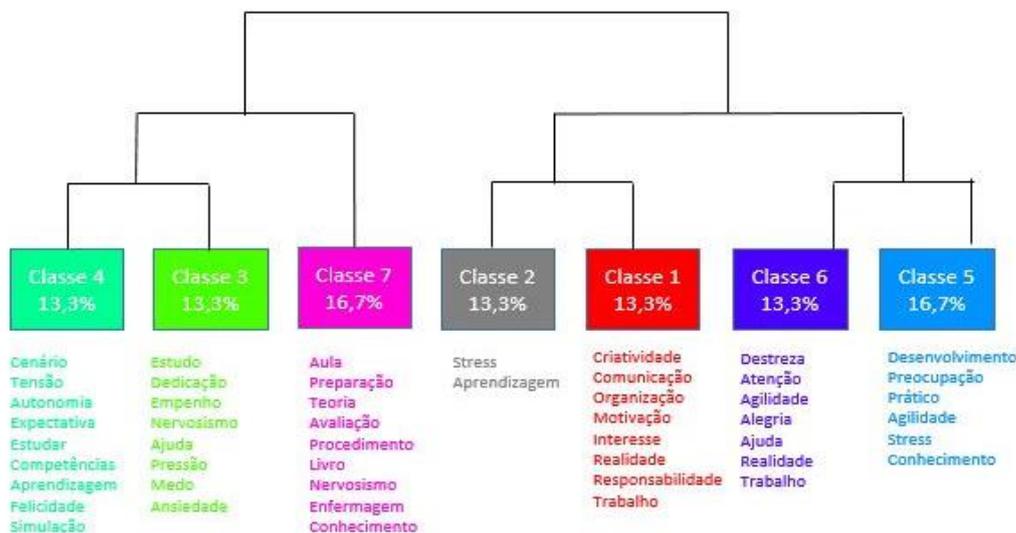


Figura 5

Dendograma da CHD dos estudantes com a relação entre o corpus textual e as classes

No que diz respeito à CHD, verificamos que o *corpus* textual se dividiu em dois, separando as classes 5, 6, 1 e 2 das classes 7, 3 e 4. No primeiro momento verificamos que o subcorpus textual foi também dividido em dois, separando a classe 5 e 6 da classe 1 e classe 2. Num segundo momento, o subcorpus textual foi também dividido em dois, separando a classe 7 das classes 3 e 4. Deste modo, consegue-se perceber que o discurso dos estudantes divide-se em duas grandes temáticas, uma relacionada com simulação, ilustrada nomeadamente pelos cenários, o estudo e a própria preparação necessária, outra relacionada com a preocupação dos estudantes pela aprendizagem, quer em termos de destreza e desenvolvimento do seu conhecimento, quer pelo

desenvolvimento de competências de comunicação, criatividade e por último com a gestão do stress que motiva a aprendizagem.

A classe 4 foi denominada de *briefing* é constituída pelas palavras: “cenário”, “tensão”, “autonomia”, “expectativa”, “estudar”, “competências”, “aprendizagem”, “felicidade”, “simulação”. A classe 3 foi designada de domínio afetivo pelas seguintes palavras: “estudo”, “dedicação”, “empenho”, “nervosismo”, “ajuda”, “pressão”, “medo” e “ansiedade”. Na classe 7 denominada de domínio cognitivo podemos encontrar palavras como: “aula”, “preparação”, “teoria”, “avaliação”, “procedimento”, “livro”, “nervosismo”, “enfermagem” e “conhecimento”. A classe 1 foi designada de

envolvimento na aprendizagem e estão presentes palavras como “criatividade”, “comunicação”, “organização”, “motivação”, “interesse”, “realidade”, “responsabilidade” e “trabalho”. A classe 2 foi designada de mediação dos resultados e apenas apresenta as palavras “stress” e “aprendizagem”. A classe 6 designada de domínio psicomotor e apresenta as seguintes palavras: “destreza”, “atenção”, “agilidade”, “alegria”, “ajuda”, “realidade” e “trabalho”. A classe 5 foi designada de resultados e apresenta as palavras “desenvolvimento”, “preocupação”, “prático”, “agilidade” e “conhecimento”.

DISCUSSÃO

Os estudantes, nas diferentes análises textuais ao seu discurso valorizam o “conhecimento” como tendo uma relação estreita com a prática simulada e o desenvolvimento de “competências”. Para estes participantes, a “experiência” adquirida por esta estratégia pedagógica é geradora de “aprendizagem”. Mas, em contraponto, este “conhecimento” que é exigido é gerador de “ansiedade” pelo sentido de “responsabilidade” percebida.

Por outro lado, os docentes centram-se nas etapas da simulação que visam promover nos estudantes a “aprendizagem”, dando ênfase à “competência” e ao “planeamento”. Na relação estabelecida através da análise de similitudes do discurso destes participantes, nota-se que a “competência” é central nas relações com as restantes comunidades de palavras, nomeadamente com as palavras “aprendizagem”, “experiência” e “planeamento”. Podemos verificar que os estudantes centram o seu

discurso na expectativa dos resultados que advêm da simulação, sejam a vivência de sentimentos e emoções, sejam o desenvolvimento de competências e de aprendizagens.

Verifica-se que os estudantes da instituição em estudo evocam sentimentos de ansiedade que são contrários aos que foram descritos no estudo realizado por Elfrink e colaboradores (2009) onde estes relataram menos ansiedade e melhoraram a aprendizagem quando os papéis foram estabelecidos e esclarecidos durante o *briefing*.

Olhando para os resultados da CHD percebe-se os estudantes entendem que existe uma relação entre o desenvolvimento de competências e o domínio afetivo na prática simulada, uma vez que o domínio afetivo decorre das exposições emocionais, culturais e éticas que o estudante encontrará na sua prática clínica e pode promover ou inibir o desenvolvimento de competências (Husebø, Friberg, Søreide, & Rystedt, 2012). O domínio afetivo é uma dimensão valorizada pelos estudantes na representação que têm do *briefing* e da prática simulada, mas as palavras que representam esta dimensão aparecem fundamentalmente na análise prototípica na 1ª periferia. Observando atentamente os resultados desta análise verifica-se que no núcleo central, as palavras que o constituem se relacionam principalmente com o domínio cognitivo. A palavra “conhecimento” surge como central também na análise de similitudes dos estudantes e o restante discurso organiza-se em seu torno. Assim, afirma-se que os estudantes valorizam o domínio cognitivo e neste sentido para estes o *briefing* fornece-lhes informação sobre os objetivos do cenário clínico, os papéis e tarefas do estudante, atribuição de tempo

para implementar e gerir o cenário, e dá-lhes oportunidade de mobilizarem e aplicarem os conhecimentos aprendidos previamente (Page-Cuttrara & Turk, 2017).

Através da análise dos resultados dos estudantes e dos docentes constatou-se que existem diferenças na representação sobre o *briefing* dos diferentes participantes relativamente ao seu conceito e à sua importância na prática simulada. Entende-se que, na perspectiva dos estudantes o *briefing* e a prática simulada, embora promovam o conhecimento e as suas competências também despertam as suas emoções. No entanto, os docentes centram a sua representação na promoção das competências técnicas e científicas que pretendem que os estudantes adquiram e, posteriormente mobilizem nas experiências clínicas. Contudo, também há conformidade de palavras entre os docentes e os estudantes nomeadamente: “experiência” e “competência”. Os estudantes também revelam valorizar a importância das experiências clínicas apresentadas pelos docentes que compõem o cenário e a sua discussão. Assim, entende-se que a interação entre o docente e o estudante, imediatamente antes da experiência de simulação, promove a preparação e o envolvimento do estudante no ambiente de aprendizagem (Tyerman, Luctkar-Flude, Graham, Coffey, & Olsen-Lynch, 2016). Esta interação permite a aplicação das diferentes etapas durante o *briefing* tornando a aula de prática simulada uma experiência mais ativa, permitindo a revisão dos objetivos de aprendizagem, fornecendo orientação para o material e equipamento e compartilhando outras informações pertinentes relevantes à experiência específica da simulação. A preparação prévia dos estudantes que se

obtem pela valorização do *briefing* melhora o julgamento clínico e o pensamento reflexivo e aprimora os resultados da aprendizagem, portanto, é uma ferramenta eficaz para capacitar os estudantes para serem participantes ativos na sua experiência de aprendizagem (Sharoff, 2015). Embora exista um paradoxo de sentimentos de ansiedade com a simulação, a conscientização e a aprendizagem que se obtém através de técnicas de *debriefing* colocam a simulação como uma estratégia pedagógica fundamental no âmbito da saúde (Mota et al., 2019; Page-Cuttrara & Turk, 2017).

CONCLUSÃO

Os objetivos da prática simulada devem ser centrados em promover as aprendizagens, o pensamento crítico e reflexivo e a avaliação posterior dos resultados, sendo que a parte inicial da prática simulada se materializa no *briefing*. Os estudantes que participaram no estudo representam-no como uma etapa que permite a preparação para aplicação do domínio cognitivo e desenvolvimento de competências, mas com uma relação estreita com o domínio afetivo da aprendizagem, demonstrado pela ansiedade antecipada que provoca. Para os docentes, o *briefing* relaciona-se com o planeamento das atividades e definição dos objetivos e competências que querem promover nos estudantes. Existe apesar disso, na representação de ambos a valorização da experiência e da competência como conceitos relacionados com o *briefing* e a prática simulada.

Este estudo apresenta como limitação principal o número reduzido de participantes. Pelo facto de ter sido realizada uma análise da representação social de

um novo conceito que foi introduzido na instituição, deve-se refletir sobre a solidez do núcleo central da representação, pois pode ocorrer que ainda não tenha decorrido tempo suficiente para que a representação social do *briefing* se tenha objetivado e ancorado nos participantes estudados o que deve ser perspectivado como uma oportunidade de iniciar um trabalho pedagógico consistente com os estudantes e docentes. Consideramos, desta forma, que era importante a continuidade deste estudo num outro ano letivo e a respetiva comparação com estes resultados, de modo a verificar o sentido da representação.

A criação e validação de protocolos de *briefing* é uma área que deve ser desenvolvida no âmbito da investigação e da pedagogia para que exista a possibilidade de avaliar objetivamente o impacto desta etapa no sucesso da simulação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J.C. (2011). Méthodologie de recueil des représentations sociales. In J.-C. Abric (Ed.), *Pratiques Sociales et Représentations* (pp. 73–102). Paris: Presses Universitaires de France.
- Beischel, K.P. (2013). Variables Affecting Learning in a Simulation Experience. *Western Journal of Nursing Research*, 35(2), 226–247. <https://doi.org/10.1177/0193945911408444>
- Brackney, D.E., & Priode, K.S. (2014). Creating context with prebriefing: A case example using simulation. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(1). <https://doi.org/10.5430/jnep.v5n1p129>
- Camargo, B.V., Bousfield, A.B.S., Giacomozzi, A.I., & Koelzer, L.P. (2014). Representações sociais e adesão ao tratamento antirretroviral. *Liberabit*, 20(2), 1729–4827. Retrieved from http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_20_2_representacoes-sociais-e-adesao-ao-tratamento-antirretroviral.pdf
- Camargo, B.V., & Justo, A.M. (2016). *Tutorial para uso do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)*. Retrieved from http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial IRaMuTeQ em portugues_17.03.2016.pdf
- Chamberlain, J. (2015). Prebriefing in Nursing Simulation: A Concept Analysis Using Rodger's Methodology. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(7), 318–322. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2015.05.003>
- Elfrink, V.L., Nininger, J., Rohig, L., & Lee, J. (2009). The case for group planning in human patient simulation. *Nursing Education Perspectives*, 30, 83–86.
- European Association for Quality Assurance in Higher Education (ENQA). (2015). *Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area ESG*. Brussels. Retrieved from https://enqa.eu/wp-content/uploads/2015/11/ESG_2015.pdf
- Foronda, C.L., Swoboda, S., Hudson, K., Jones, E., Sullivan, N., Ockimeyf, J., & Jeffries, P. (2016). Evaluation of vSIM for Nursing™: A Trial of Innovation. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(4), 128–131. <https://doi.org/dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2015.12.006>
- Hayden, J.K., Smiley, R., Alexander, M., Kardong-Edgren, S., & Jeffries, P.R. (2014). The NCSBN National Simulation Study: A Longitudinal, Randomized, Controlled Study Replacing Clinical Hours with Simulation in Prelicensure Nursing Education. *Journal of Nursing Regulation*, 5(2), S3–S40. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(15\)30062-4](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(15)30062-4)
- Husebø, S.E., Friberg, F., Sjøreide, E., & Rystedt, H. (2012). Instructional Problems in Briefings: How to Prepare Nursing Students for Simulation-Based Cardiopulmonary Resuscitation Training. *Clinical Simulation in Nursing*, 8(7), e307–e318. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2010.12.002>
- International Nursing Association for, & Clinical Simulation and Learning [INACSL]. (2016). INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation Glossary. *Clinical Simulation in Nursing*, 12, S39–S47. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.012>
- Lioce, L., Meakim, C.H., Fey, M.K., Chmil, J.V., Mariani, B., & Alinier, G. (2015). Standards of Best Practice: Simulation Standard IX: Simulation Design. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(6), 309–315. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2015.03.005>

- Loubère, L. (2016). L'analyse de similitude pour modéliser les CHD. In *Actes Des 13eme Journées Internationales d'Analyse Statistique Des Données Textuelles. JADT 2016*.
- Meakim, C., Boese, T., Decker, S., Franklin, A.E., Gloe, D., Lioce, L., ... Borum, J. C. (2013). Standards of Best Practice: Simulation Standard I: Terminology. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(6), S3–S11. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2013.04.001>
- Mota, L., Maia, C., Soares, F., 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. <https://doi.org/10.37914/riis.v2i1.46>
- Page-Cutrara, K., & Turk, M. (2017). Impact of prebriefing on competency performance, clinical judgment and experience in simulation: An experimental study. *Nurse Education Today*, 48, 78–83. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.09.012>
- Rudolph, J.W., Raemer, D.B., & Simon, R. (2014). Establishing a Safe Container for Learning in Simulation. *Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 9(6), 339–349. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000047>
- Sharoff, L. (2015). Simulation: Pre-briefing Preparation, Clinical Judgment and Reflection. What is the Connection? *Journal of Contemporary Medicine*, 5(2). <https://doi.org/10.16899/ctd.49922>
- Tyerman, J., Luctkar-Flude, M., Graham, L., Coffey, S., & Olsen-Lynch, E. (2016). Pre-simulation preparation and briefing practices for healthcare professionals and students. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(8), 80–89. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003055>

CONTENÇÃO MECÂNICA: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS

Mechanical restraint: Nurse`s perception

Contención mecánica: percepción de los Enfermeros

António Rodrigues^{*}, Lúcia González^{**}, Pedro Castro^{***}, Ricardo Silva^{****}, Ricardo Teixeira^{*****}, Sérgio Martins^{*****},
Liliana Mota^{*****}, Fernanda Príncipe^{*****}

RESUMO

Enquadramento: a contenção mecânica é uma prática frequentemente utilizada pelos enfermeiros nos hospitais. O recurso à contenção está associado a problemas físicos, psicológicos, éticos e legais. **Objetivos:** identificar os conhecimentos e a prática dos enfermeiros sobre contenção mecânica; identificar a representação social da contenção mecânica para os enfermeiros. **Metodologia:** estudo qualitativo, do tipo exploratório, com uma amostra de 250 enfermeiros que responderam a um questionário elaborado no programa Google Forms. O tratamento e análise de dados foi efetuado no Software IRAMUTEQ. **Resultados:** mais de metade dos enfermeiros não conhece a orientação da Direção Geral de Saúde relativa à contenção de doentes e poucos têm formação específica, embora a pratiquem com frequência e sem intercorrências. Muitas vezes recorrem a técnicas que a previnem. A análise de similitudes destaca no *corpus* textual a prevenção, segurança e imobilização, como pensamentos dos enfermeiros. A segurança assume o núcleo central nos pensamentos relacionados com o doente e a tristeza nos pensamentos relativos à família. **Conclusão:** os enfermeiros praticam frequentemente a contenção mecânica por segurança, mas esforçam-se por evitá-la. Neste processo, valorizam mais os pensamentos dos familiares que os dos doentes.

Palavras-chave: imobilização; paciente; enfermeiro; prática

^{*}Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Centro Hospitalar Universitário do Porto. <https://orcid.org/0000-0001-7051-6801>

^{**}Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga. <https://orcid.org/0000-0003-4133-9310>

^{***}Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga. <https://orcid.org/0000-0003-0658-3270>

^{****}Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Centro Hospitalar Universitário do Porto. <https://orcid.org/0000-0001-9853-0277>

^{*****}Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Centro Hospitalar Universitário do São João. <https://orcid.org/0000-0002-9590-6352>

^{*****}Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Centro Hospitalar Universitário do São João. <https://orcid.org/0000-0002-5485-8200>

^{*****}PhD, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/CINTESIS. <https://orcid.org/0000-0003-3357-7984>

^{*****}PhD, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/CINTESIS. <https://orcid.org/0000-0002-1142-3258>

Como Referenciar:

Rodrigues, A. et al. (2020). Contenção mecânica: percepção dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 31-41

Recebido para publicação em: 03/02/2020
Aceite para publicação em: 08/06/2020

ABSTRACT

Background: mechanical restraint is a practice widely used by nurses in hospitals. The use of mechanical restraint is associated with physical, psychological, legal and ethical problems. **Objectives:** to identify nurses knowledge and practice on mechanical restraint; Identify the social representation of mechanical restraint for nurses. **Methodology:** qualitative, exploratory study with a sample of 250 nurses who answered a questionnaire prepared in the Google Forms program. Data treatment and analysis was performed using the IRAMUTEQ Software. **Results:** more than half of the nurses do not know the General Direction of Health guidance on patient containment and few have specific training, although they often practice uneventfully. They often resort to techniques that prevent it. The analysis of similarities highlights in the textual corpus prevention, safety and immobilization, as thoughts of nurses. Safety takes center stage in thoughts related to the patient and sadness in feelings concerning the family. **Conclusion:** nurses often practice mechanical restraint for safety, but strive to avoid it. In this process, they value the feelings of family members more than those of patients.

Keywords: restrains; patient; nurse; practice

RESUMEN

Marco contextual: la contención mecánica es una práctica frecuentemente utilizada por los enfermeros en los hospitales. El uso de restricciones mecánicas está asociado con problemas físicos, psicológicos, éticos y legales. **Objetivos:** identificar los conocimientos y la práctica de los enfermeros sobre contención mecánica; identificar la representación social de la contención mecánica para los enfermeros. **Metodología:** estudio cualitativo, del tipo exploratorio, con una muestra de 250 enfermeros que respondieron a un cuestionario elaborado en el programa Google Forms. El tratamiento y análisis de los datos ha sido efectuado en el Software IRAMUTEQ. **Resultados:** más de la mitad de los enfermeros no conoce la orientación de la Dirección General de Salud relativa a la contención de pacientes y pocos tienen formación específica, aunque la practiquen con frecuencia sin complicaciones. Muchas veces recurren a técnicas que lo impiden. El análisis de similitudes destaca en el cuerpo textual la prevención, seguridad e inmovilización, como pensamientos de los enfermeros. La seguridad asume el núcleo central en los pensamientos relacionados con el paciente y la tristeza en los sentimientos relativos a la familia. **Conclusión:** los enfermeros practican frecuentemente la contención mecánica por seguridad, pero se esfuerzan por evitarla. En este proceso, valorizan mas los sentimientos de los familiares que los de los pacientes.

Palabras clave: inmovilización; paciente; enfermeiro; practica

INTRODUÇÃO

Durante a prestação de cuidados que objetivam o tratamento e a melhoria da saúde do doente, existe por vezes a necessidade de recurso a técnicas de contenção mecânica para garantia da segurança. A contenção mecânica é uma intervenção frequente dos enfermeiros, apresentando uma taxa de prevalência entre 33% e 68% nos hospitais (Hamers & Huizing, 2005). Sendo estes profissionais os que estão mais próximos dos doentes caberá aos mesmos a função de proceder à contenção mecânica. A nível legal serão elegíveis os doentes que manifestem comportamentos que coloquem a si ou a sua envolvência em risco ou que recusem tratamento compulsivo, vital e urgente (DGS, 2011).

Foram desenvolvidos estudos (Paes, Borba, Maftum, 2011; Kontio, Valimaki, Putkonen, Kuosmanen, Scott, & Joffe, 2010; Martin, & Mathisen, 2005) em diversos países que procuraram retratar a prática e o desenvolvimento de métodos para uma redução da utilização de medidas de contenção de doentes. Em Portugal, apenas identificamos um estudo nesta área, desenvolvido por Faria, Paiva & Marques (2012).

O pouco conhecimento da realidade portuguesa no que se refere à contenção mecânica é a razão da investigação que nos propusemos efetuar, com a qual pretendemos dar resposta à questão “Quais os conhecimentos sobre a contenção mecânica e sua representação social para os enfermeiros?”

Dirigimos o nosso estudo tendo como foco a perspetiva dos enfermeiros de diferentes serviços sobre a prática da contenção mecânica, com o objetivo de identificar os conhecimentos e a prática dos enfermeiros sobre contenção mecânica e

identificar a representação social da contenção mecânica para os enfermeiros.

ENQUADRAMENTO/ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Em 2011, a Direção Geral de Saúde (DGS) define contenção mecânica como a “utilização de instrumentos ou equipamentos que restringem os movimentos do doente” (p. 3).

Estudos realizados demonstram que as principais razões para o recurso a medidas de contenção mecânica são a segurança da pessoa e do ambiente envolvente, prevenção de quedas, prevenção da remoção de dispositivos médicos e para permitir um tratamento médico emergente (Fletcher & Hirdes, 2010; Hamers & Huizing, 2005; Choi, & Song, 2003; Segatore & Adams, 2001;)

Atualmente, existe um enfoque no recurso a medidas alternativas e de prevenção tais como a presença e acompanhamento individual por profissionais de saúde que proporcionem ao doente a libertação de tensões, comunicação sincera e firme, ambiente calmo e seguro, inclusão ou exclusão da pessoa significativa, organização de atividades compatíveis com a condição do doente e tratamento farmacológico (DGS, 2011). Vivenciamos o desenvolvimento das ciências sociais e o reconhecimento do código deontológico, que induzem nos profissionais de saúde a consideração de aspetos éticos que no passado eram descurados. A perspetiva paternalista da medicina, onde os profissionais de saúde decidiam o que é melhor para o doente, translada para uma cooperação onde os procedimentos e tratamentos médicos são negociados em colaboração com ele.

Quando a segurança do tratamento e dos respetivos intervenientes fica comprometida por comportamentos manifestados pelo doente, a decisão de proceder a uma contenção mecânica é quase sempre do enfermeiro, por ser o profissional de saúde mais próximo do doente. A formação e experiência destes profissionais dotam-nos de competências técnicas e científicas que lhes permitem intervir adequadamente.

A própria DGS (2011) reconhece a relevância do poder de decisão do enfermeiro no momento de proceder à contenção mecânica, revogando a circular normativa nº 08/DSPSM/DSPCS (DGS, 2007) de 25/05/07 que referia o dever de “ser realizada sob prescrição médica” quando emite a orientação nº 021/2011 de 06/06/2011 que não faz qualquer referência a este dever. Recomenda que a decisão seja discutida em grupo, mas de acordo com Kontio et al. (2010) a decisão de proceder a uma contenção tem frequentemente de ser tomada rapidamente e os enfermeiros não têm tempo suficiente para discutir com outros membros da equipa, especialmente com os médicos. Consequentemente, ficam com dúvidas acerca do procedimento que decidiram e se fizeram o suficiente para o prevenir, considerando as alternativas existentes.

É sobre os pensamentos que ocorrem aos enfermeiros no processo de instituir uma contenção mecânica que esta investigação incide. A ambivalência de pensamentos entre o direito à autodeterminação e a necessidade de decidirem o que é melhor para o doente, instituindo planos terapêuticos que visem o tratamento da doença e salvaguarda da saúde, geram inquietações que pretendemos aprofundar.

Em Portugal, a temática da contenção mecânica está pouco estudada. De acordo com o estudo de Faria, Paiva & Marques (2012) a contenção mecânica “tem-se manifestado como uma intervenção do fenómeno confusão, que condiciona o processo do doente” (p. 8). A população deste estudo foi constituída por 552 doentes internados em vários serviços, e a amostra selecionada foi constituída por 110 doentes sujeitos à contenção (19,9%). Das várias razões apontadas pelos enfermeiros para a aplicação desta medida, destacam-se o risco de queda (36,5%) e a prevenção da exteriorização de dispositivos médicos (20,2%). Em 80% destes doentes não foi tentada qualquer alternativa prévia à contenção. Este estudo revela a existência de uma associação significativa entre contenção mecânica e doentes idosos, confusos, com alterações do equilíbrio, com patologia das vias respiratória e circulatória e totalmente dependentes no autocuidado.

Embora frequentemente considerado como procedimento aceitável da prática, o uso de contenção mecânica está associado a problemas físicos, psicológicos, éticos e legais (Martin & Mathisen, 2005). Em Portugal, os enfermeiros exercem de acordo com os deveres do Código Deontológico. Dita o primeiro dos princípios gerais que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Código Deontológico dos Enfermeiros, 2015). Este código consagra também direitos aos membros da Ordem dos Enfermeiros, sendo um deles “usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito dos cidadãos a cuidados de enfermagem

de qualidade” (Código Deontológico dos Enfermeiros, 2015).

Pretendemos esclarecer como a contenção mecânica é praticada e compreendida pelos enfermeiros, assim como analisar a expressão dos seus pensamentos quando recorrem a este procedimento. Deste modo, suportamo-nos na Teoria das Representações Sociais para dar forma ao nosso estudo. Segundo Silva, Camargo & Padilha (2011) a Teoria das Representações Sociais, desenvolvida por Moscovici na década de 50, é muito utilizada na área da enfermagem, “devido à possibilidade do investigador captar a interpretação dos próprios participantes da realidade que se almeja pesquisar, possibilitando a compreensão das atitudes e comportamentos que um determinado grupo social frente a um objeto psicossocial” (p. 948).

METODOLOGIA

Este estudo é qualitativo do tipo exploratório, uma vez que pretendemos estudar experiências humanas, no sentido de identificar os pensamentos dos enfermeiros associados à contenção mecânica dos doentes.

A população em estudo são os enfermeiros portugueses a exercer em instituições hospitalares, por ser a realidade dos investigadores e da maioria dos enfermeiros. O método de amostragem foi não probabilístico por conveniência, sendo que o limite temporal foi o elemento que condicionou o número de participantes. Como critério de exclusão definiu-se que não participariam no estudo os enfermeiros que desempenhassem funções em serviços não clínicos e consulta externa, por ausência de contacto direto com doentes ou contacto por tempo limitado. A amostra foi

constituída por 250 enfermeiros que responderam ao questionário.

A colheita de dados decorreu entre março e maio de 2019, por meio de um questionário elaborado no *Google Forms* para ser facilmente difundido via e-mail e partilhado nas redes sociais. O referido questionário é constituído por duas partes. A primeira parte tem questões fechadas referentes às características sociodemográficas, conhecimento da norma da DGS (2011), formação em serviço e prática sobre contenção mecânica. A segunda parte é constituída por questões abertas de resposta curta sobre os pensamentos dos enfermeiros em relação à prática da contenção mecânica. A construção da segunda parte do instrumento baseou-se na técnica da múltipla associação livre de palavras (TALP), com a elaboração de três perguntas indutoras de estímulo, pedindo ao participante que respondesse com quatro palavras ou expressões sem restrição de resposta. Os três estímulos indutores utilizados no TALP foram: contenção mecânica, doente e pensamento; através da apresentação de variações da expressão: “quando penso em...”, “lembro de...”. Este método caracteriza-se por ser um teste projetivo, possibilitando a apreensão das representações cognitivas de um grupo social de forma espontânea, revelando também conteúdos implícitos ou latentes que podem ser dissimulados nas práticas discursivas. Estrutura-se pela evocação de respostas com base num estímulo indutor, permitindo evidenciar universos semânticos relacionados com um determinado objeto.

Para tratamento e análise dos dados foi utilizado o Software IRAMUTEQ - Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires,

(versão 0,7 alpha 2). O IRAMUTEQ é um software gratuito e com fonte aberta, desenvolvido por Pierre Ratinaud, que permite fazer análises estatísticas sobre textos e sobre palavras.

Este estudo de investigação foi submetido à Unidade de Investigação e Desenvolvimento e Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa tendo o obtido parecer favorável (Parecer nº 13/2019). A participação no estudo foi voluntária. A garantia da confidencialidade das informações e o anonimato dos participantes foi uma preocupação neste estudo, pelo que, no processo de recolha e análise dos dados, não constou qualquer elemento que permitisse identifica-los.

RESULTADOS

A maioria dos enfermeiros que participaram no estudo é do sexo feminino (72%; n=180) e mais de metade são casados (56,8%; n=142). A idade média dos participantes é de $36,6 \pm 6,1$ anos, tendo o mais novo 24 e o mais velho 57 anos.

Relativamente às habilitações académicas 84% (n=210) são licenciados e 16% (n=40) têm o grau de mestre. Quanto ao local onde desempenham funções, destacam-se a urgência (31,6%; n=79), internamento (25,2%; n=63) e medicina intensiva (16,4%; n=41).

No que diz respeito ao tempo de exercício profissional, o tempo médio de experiência é de 14 ± 6 anos, variando entre 1 e 39 anos.

Mais de metade dos participantes 54% (n=135) não conhece a orientação da DGS (2011) relativa à contenção de doentes. Apenas 9,6% (n=24) dos enfermeiros referiu ter formação em serviço sobre contenção mecânica. E na globalidade da amostra

(70,4%; n=176) considerou não ser adequada a sua formação sobre esta temática.

Quando necessitam de utilizar uma técnica de contenção, o método de eleição é o químico (47,2%; n=118), seguido da contenção mecânica (20%; n=50), ambiental (16,8%; n=42) e física (16%; n=40).

Quando questionados acerca da frequência com que necessitam de aplicar medidas de contenção mecânica 38,8% (n=97) dos enfermeiros refere ser uma intervenção frequente, 16,4% (n=41) muito frequente e 36,4% (n=91) enfermeiros admitem fazê-lo raramente. A maioria dos enfermeiros, 82% (n=205), refere que nunca teve intercorrências durante a aplicação de contenção mecânica. Os restantes 18% (n=45) admitem intercorrências resultantes do procedimento, sendo as mais frequentes a solução de continuidade cutânea (31,1%; n=14), a incompreensão dos familiares (20%; n=9), equimose (20%; n=9) e edema (17,8%; n=8).

Quanto à frequência da reavaliação da necessidade de contenção mecânica, 44% (n=110) dos enfermeiros realiza-a na primeira hora, 24,4% (n=61) na segunda hora e 10,4% (n=26) na terceira hora. O tempo médio para reavaliação é de 3,4 horas, com oscilação entre o intervalo de tempo 0,2 horas e 48 horas.

A maioria dos enfermeiros (66,8%; n=167) refere utilizar técnicas preventivas da contenção mecânica. As mais utilizadas são o diálogo com o doente (37,7%; n=57), a contenção química (17,2%; n=26), a contenção ambiental (14,6%; n=22), a orientação espacial e temporal (8,6%; n=13) e o envolvimento da família (7,3%; n=11).

Na análise da representação social, quando solicitados a expressão de 4 pensamentos relativos à contenção mecânica, os enfermeiros recorreram a 193 palavras

diferentes. Destas, 23 foram referidas mais de 10 vezes e 125 palavras foram referidas apenas uma ou duas vezes.

O programa IRAMUTEQ posiciona aleatoriamente as palavras para que as mais frequentes apareçam maiores que as outras, demonstrando assim o seu destaque no *corpus* da análise da pesquisa (Marchand & Ratinaud, 2011).

Segurança foi o pensamento mais referido (32%; n=80), seguido de imobilização (24,4%; n=61), agitação (22,8%; n=57), prevenção (18,4%; n=46) e amarrar

(18%; n=45). Estes cinco pensamentos mais referidos reúnem 28,9% do total de mil pensamentos. Os dez pensamentos mais descritos reúnem 42,9%.

Na árvore de similitudes (figura 1), extraída do mesmo programa, visualiza-se a ligação entre as palavras do *corpus* textual. Os elementos com maior centralidade são a prevenção, a segurança e a imobilização. O elemento segurança ramifica-se em necessidade, agitação, proteção e risco. O elemento imobilização ramifica-se em amarrar, pulseira e contenção.

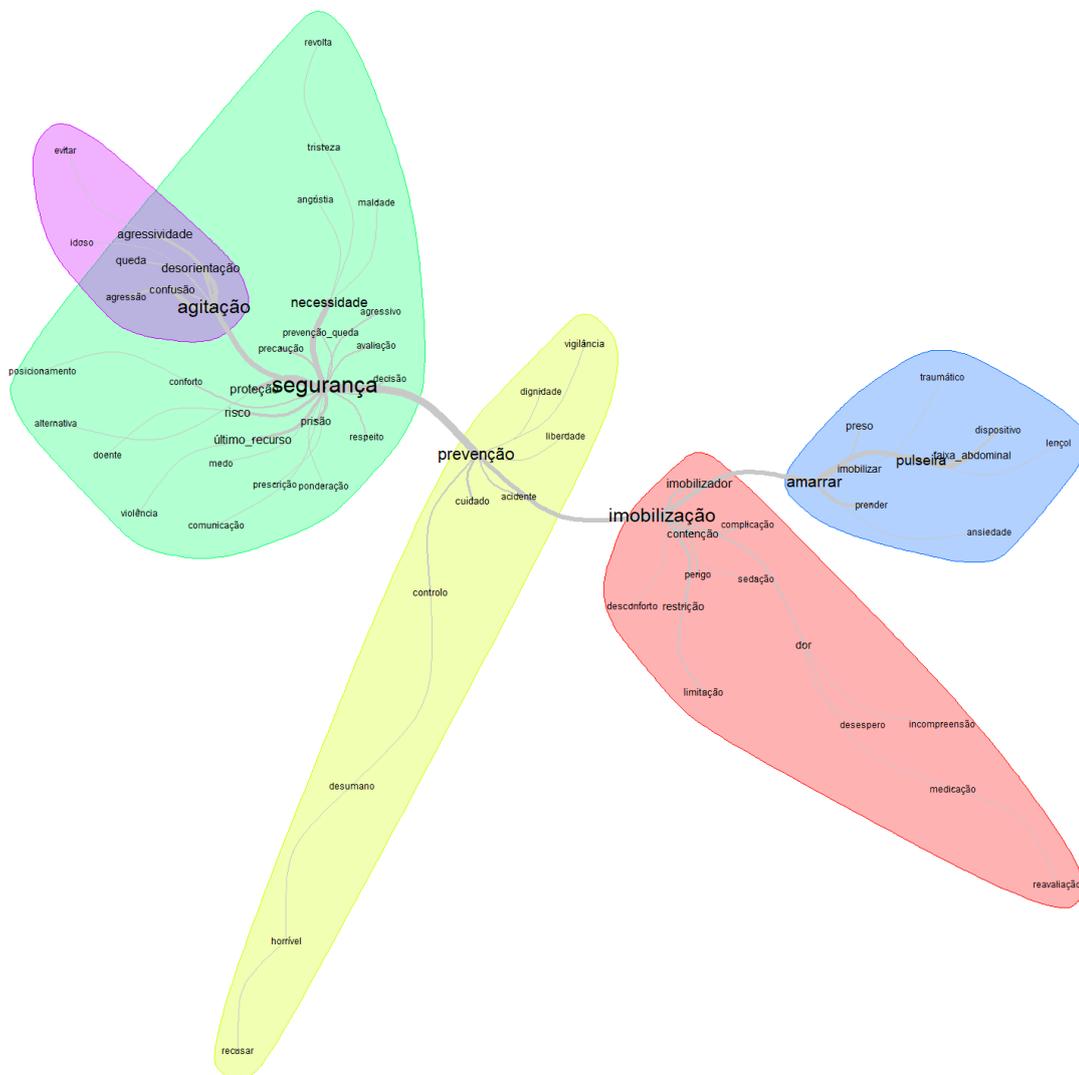


Figura 1
Árvore de similitudes: procedimento de contenção mecânica.

Relativamente à percepção que os enfermeiros têm sobre os pensamentos dos doentes sujeitos à contenção mecânica, foram descritas 242 palavras. Destas 16 foram referidas mais de 10 vezes e 166 palavras foram referidas apenas uma ou duas vezes. Quase metade dos enfermeiros (44,4%; n=111) referiram segurança, 27,2% (n=68) necessidade, 26,8%

(n=67) prevenção, 18,4% (n=46) último recurso e 13,6% (n=34) proteção. Estes cinco pensamentos mais referidos reúnem 32,6% do total de mil pensamentos. Os dez pensamentos mais descritos reúnem 40,6%. Na árvore de similitudes visualiza-se como elemento central a segurança (figura 2). Desta ramificam a prevenção, proteção, último recurso e necessidade.

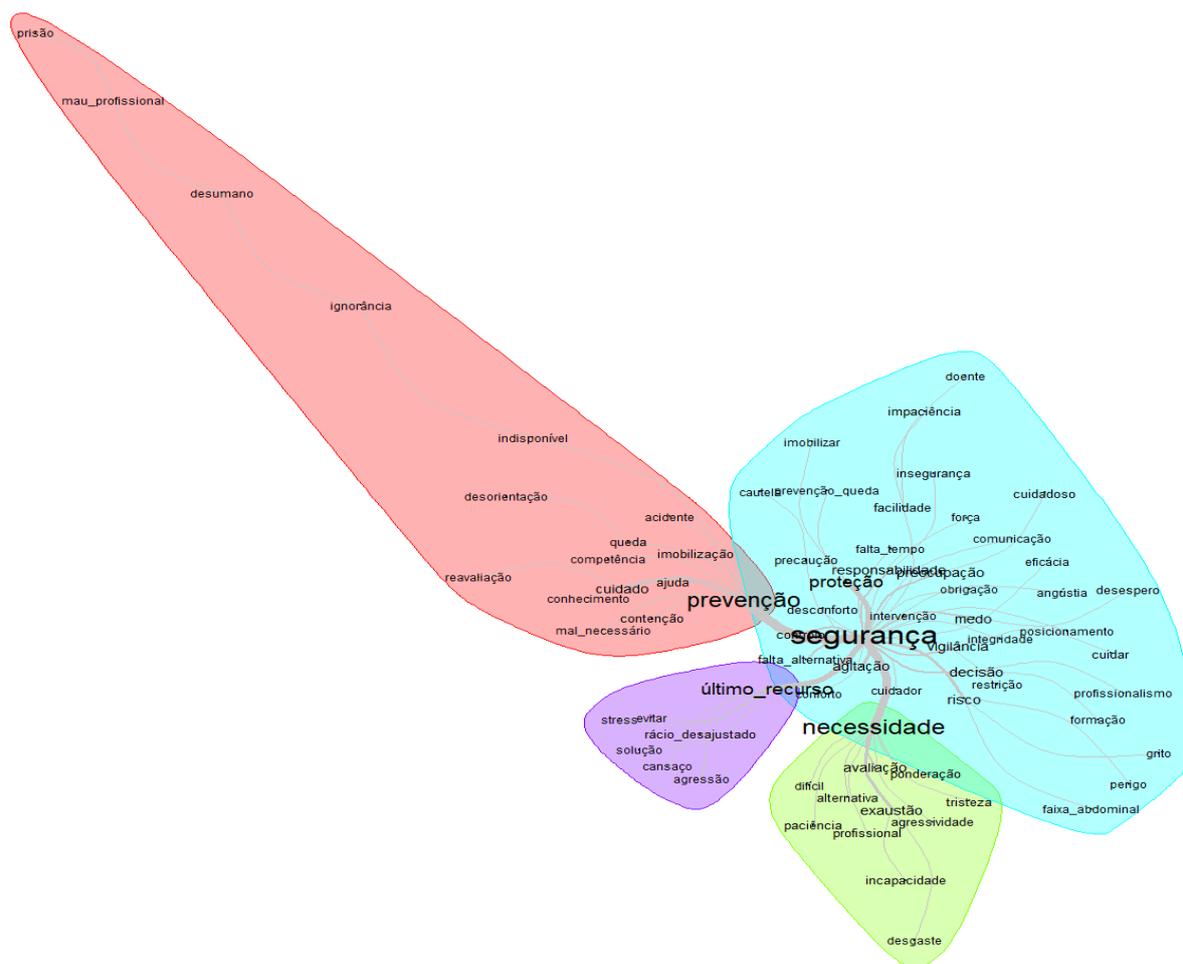


Figura 2

Árvore de similitudes: enfermeiros que utilizam a contenção mecânica

No que diz respeito à percepção que os enfermeiros têm sobre os pensamentos dos familiares dos doentes sujeitos à contenção mecânica, foram referidas 224 palavras. Destas, 17 foram referidas

mais de 10 vezes e 150 palavras foram referidas apenas uma ou duas vezes.

Tristeza foi a palavra mais referida, escolhida por 37,2% (n=93), 26% (n=65) responderam

incompreensão, 22,4% (n=56) revolta, 17,2% (n=43) último recurso e 14% (n=35) necessidade. Estes cinco pensamentos mais descritos representam 29,2% do total de mil pensamentos.

Os dez pensamentos mais referidos representam 42,6%. Na árvore de similitudes visualizam-se como elementos centrais a tristeza, a incompreensão e a revolta (figura 3).

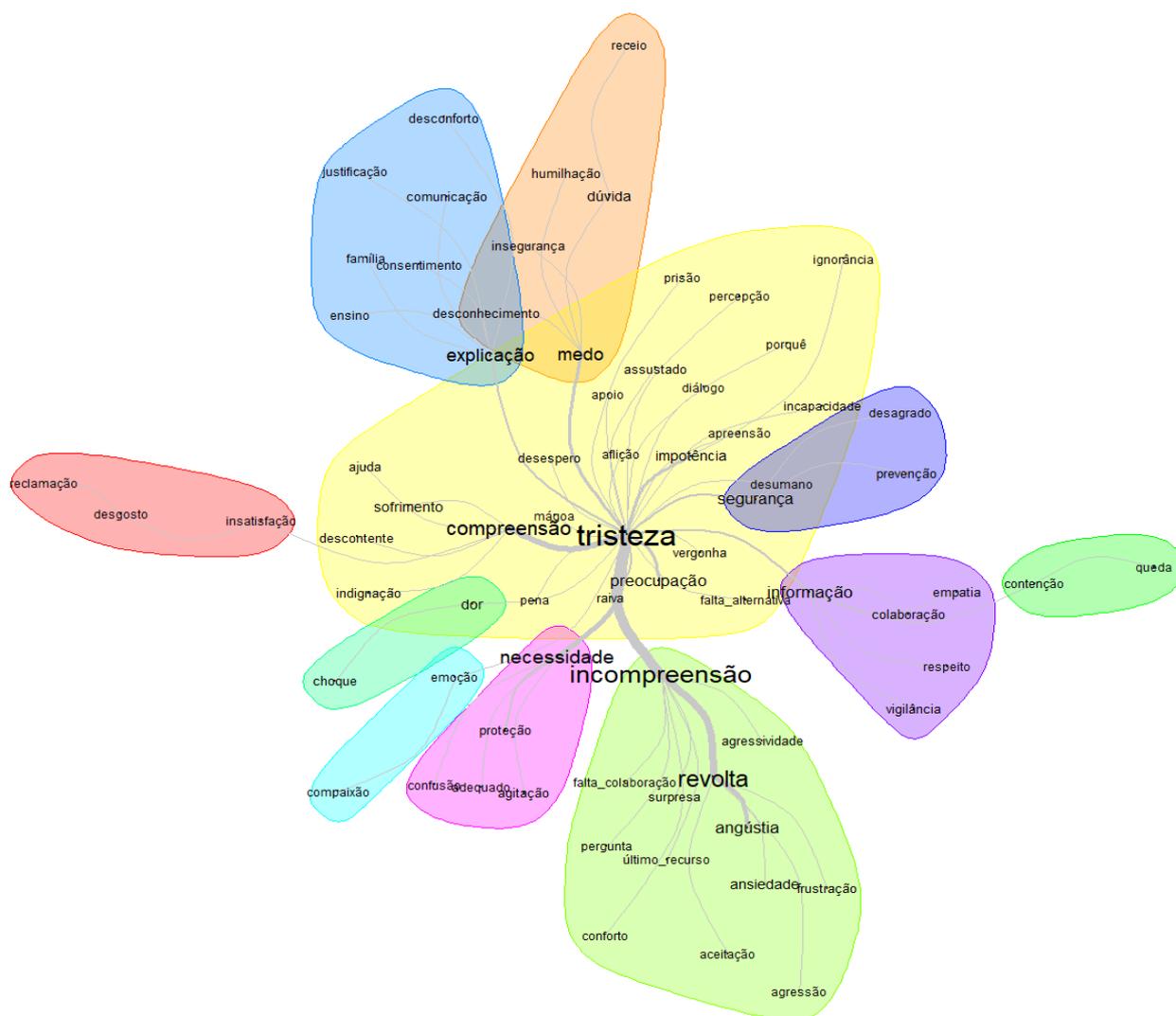


Figura 3

Árvore de similitudes: familiares de doentes em contenção mecânica

A análise de similitude permitiu visualizar a relação entre as palavras e a sua conectividade dentro de cada classe e por outro lado a ligação entre as várias classes (Marchand & Ratinaud, 2011).

DISCUSSÃO

Na interpretação dos resultados sobre o conhecimento que os enfermeiros têm sobre a norma da DGS (2011) relativa à contenção de doentes, verificamos que sensivelmente metade dos enfermeiros não a conhece. Apuramos também que o número de enfermeiros que teve formação em serviço sobre contenção mecânica não chega aos 10%, embora um terço considere possuir formação adequada sobre a intervenção.

Das quatro formas de contenção, quase metade dos enfermeiros privilegia a química e apenas um quinto privilegia a mecânica. No entanto, a maioria (55,6%; n=139) necessita de aplicar medidas de contenção mecânica frequentemente ou muito frequentemente, corroborando o estudo de Hamers & Huizing (2005). A regularidade da prática da contenção mecânica exige o reforço na formação dos enfermeiros.

Considerando a contenção mecânica não como uma técnica de eleição, mas como uma necessidade, os enfermeiros raramente referem intercorrências da sua aplicação (18%; n=45). Destas, a mais frequente é o desenvolvimento de “solução de continuidade”, seguida de “incompreensão dos familiares” e “equimose”.

Relativamente à reavaliação da necessidade de contenção mecânica, sensivelmente metade (44%; n=110) efetua-a até uma hora após a sua aplicação e um quarto (24,4%; n=61) ao fim de duas horas e

apenas 12% (n=30) demora 8 horas ou mais para a reavaliar.

O facto de dois terços (66,8%; n=167) dos enfermeiros referirem o recurso a técnicas preventivas à contenção revela uma preocupação em evitar esta medida. Das técnicas utilizadas, destacam-se o “diálogo com o doente”, a “contenção química” e a “contenção ambiental”. Esta realidade vai de encontro às recomendações da DGS (2011) para medidas alternativas ou de prevenção e reflete o aumento do seu emprego relativamente aos 20% verificados por Faria, Paiva & Marques (2012).

Os questionários incluíram questões sobre os pensamentos associados à contenção mecânica sobre três perspetivas – a do enfermeiro, a do doente e a da família. Uma vez que a múltipla associação livre de palavras sem restrição de resposta gerou na ordem de 200 expressões diferentes em cada pergunta, concentramos a nossa discussão nas dez expressões mais referidas e que representam cerca de 40% em cada questão.

Quando pensam em contenção mecânica, os enfermeiros lembram-se de segurança, imobilização e agitação. Das dez expressões mais referidas, quatro remetem para a garantia da qualidade de cuidados (segurança, prevenção, necessidade, proteção), quatro descrevem a contenção (imobilização, amarrar, pulseira, imobilizador) e duas justificam-na (agitação, desorientação).

Questionados sobre os pensamentos associados aos doentes sujeitos à contenção mecânica, os enfermeiros referem principalmente segurança, necessidade e prevenção. Dos dez mais descritos, passam a ser sete os que se direcionam para a qualidade de cuidados (segurança, necessidade,

prevenção, proteção, preocupação, decisão, vigilância) e três justificam a contenção (último recurso, exaustão, risco).

Por fim, na descrição dos pensamentos associados aos familiares dos doentes submetidos a contenção mecânica, os enfermeiros retratam seis pensamentos negativos (tristeza, incompreensão, revolta, medo, angústia, preocupação), dois positivos (compreensão, necessidade) e dois que induzem à necessidade de diálogo (explicação, informação).

Verificamos que os pensamentos dos enfermeiros desenvolvem-se no sentido de cumprimento do seu dever, salvaguardando a segurança do doente, descrevendo a razão da contenção, a forma com é aplicada e o porquê de ser instituída.

Na resposta aos pensamentos na perspetiva dos doentes, os enfermeiros enfatizam expressões que visam garantir a qualidade dos cuidados, distanciando-se de pensamentos negativos que os doentes inevitavelmente vivenciam.

É sobre a perspetiva dos familiares que os enfermeiros mais percecionam pensamentos negativos, induzindo-os à necessidade de diálogo para justificar a medida como garantia de cuidados de saúde em situações de exceção. Este enfoque revela que os enfermeiros valorizam o pensamento dos familiares, quando uma contenção mecânica é instituída.

CONCLUSÃO

Foi sobre os pensamentos que ocorrem aos enfermeiros no processo de instituir uma contenção mecânica que esta investigação incidiu, procurando identificar a representação social da contenção mecânica para este grupo profissional. A ambivalência

de pensamentos entre o direito à autodeterminação e a necessidade de decidirem o que é melhor para o doente, geram inquietações que pretendíamos aprofundar.

O nível de conhecimento dos enfermeiros sobre contenção mecânica foi esclarecido e a sua prática foi analisada. Como representação social concluímos que os enfermeiros praticam frequentemente a contenção mecânica por segurança, mas esforçam-se por evitá-la. Dão valor aos pensamentos dos familiares, mas distanciam-se dos pensamentos dos doentes submetidos a esta intervenção.

Relativamente às limitações deste estudo, identificamos a escassez de referências nacionais. Consideramos que o curto período de colheita de dados limitou a amostra, e, por conseguinte, uma maior representatividade da população. A compreensão do fenómeno da contenção mecânica é também limitada pelo facto do estudo se centrar na percepção dos enfermeiros e não na análise real da prática, com recolha de dados dos processos clínicos. O estudo identificou uma divergência entre a formação dos enfermeiros e a efetividade da prática da contenção mecânica, remetendo para a necessidade de futuro investimento na implementação de protocolos hospitalares e divulgação da orientação da DGS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Choi, E., & Song, M. (2003) - Physical restraint use in a Korean ICU. Seoul. *Journal of Clinical Nursing*. 12(5), 651-659.
- Código Deontológico dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros Lei n.º 156/2015*. In *Portal Ordem dos Enfermeiros*. Recuperado em 10 de

- fevereiro de 2019, em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- DGS. Direção Geral da Saúde. (2007). *Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos de doentes – contenção física*. Lisboa. Direção Geral da Saúde.
- DGS. Direção Geral da Saúde. (2011). *Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança e sua envolvente*. Lisboa. Direção Geral da Saúde.
- Faria, H., Paiva, A., & Marques, P. (2012). A restrição física da mobilidade- estudo sobre aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (6), 7-16
- Fletcher, P.C., Hirdes, J.P. (2010) – Risk factors restriction in activity associated with fear of falling among seniors within the community. *Journal of Patient Safety*. 6(3), 187-191
- Hamers, J.P., & Huizing, A. R. (2005) Why physical restraints in the elderly. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 38(1), 19-25.
- Kontio, R., Valimaki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A., & Joffe, G. (2010) Patient restrictions,; Are there ethical alternatives to seclusion and restraint?, *Nursing Ethics* 17(1), 65-76. Retirado de <http://www.sagepub.co.uk>
- Marchand, P., & Ratinaud, P. (2011). L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. Universidade de Toulouse, pp. 687-699. Retirado de <http://lexicometrica.univparis3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Marchand,%20Pascal%20et%20al.%20-%20L%27analyse%20de%20similitude%20appliquee%20aux%20corpus%20textuels.pdf>
- Martin, B., & Mathisen, L. (2005). Use of physical restraints in adult critical care: a bicultural study. *American Journal of critical care*, 14(2), 133-142. Retirado de <http://ajcc.aacnjournals.org>
- Monteiro, C. [et al.] (2004) O paciente que manifesta agressividade na intervenção psiquiátrica: a representação do enfermeiro. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 8(3), 439-447.
- Paes, M.P., Borba, L.O., & Maftum, M.A. (2011) Contenção física de pessoas com transtorno mental: percepções da equipa de enfermagem. *Revista Ciência, Cuidados e Saúde*. 240-247.
- Segatore, M., & Adams, D. (2001) - Managing delirium and agitation in elderly hospitalized orthopaedic patients: Part 2 – Interventions. *Orthopaedic Nursing*. 20(2), 61-73.
- Silva, S., Camargo, B., & Padilha, M. (2011) A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem Brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 947-951. Retirado de www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a22v64n5.pdf
- Streubert, H., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem - Avançado o imperativo humanista* (5 ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

PROMOVER ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Promote healthy lifestyles among nursing students

Promover estilos de vida saludables entre los estudiantes de enfermería

Maribel Carvalhais*, António Ferreira**, Andreia Silva***, Carla Dias****, Daysi Silva*****, Diana Leite*****, Jéssica Ramos*****

RESUMO

Enquadramento: com a entrada na Universidade podem iniciar-se comportamentos menos saudáveis, que podem estender-se para as outras fases da vida, levando a uma menor qualidade de vida. **Objetivos:** identificar os estilos de vida dos estudantes de enfermagem e reconhecer fatores que dificultam ou facilitam os estilos de vida saudáveis. **Metodologia:** adotamos a metodologia *photovoice*, um método participativo (qualitativo), sendo aplicado em duas Instituições de Ensino Superior da região centro. A recolha de dados foi realizada entre maio e junho de 2017. A amostra envolveu 16 estudantes com idades entre os 18 e 28 anos. **Resultados:** a maioria dos estudantes engloba no seu estilo de vida: estudo intensivo, falta de tempo, alimentação não saudável e má conciliação entre a vida pessoal e académica. Os fatores que facilitam os estilos de vida saudáveis são os media, enquanto, os que dificultam são a falta de tempo e de recursos, a publicidade e as influências. **Conclusão:** os dados anteriores refletem a urgente necessidade de atuação na adoção de estilos de vida saudáveis. É fundamental que as instituições de ensino superior criem ambientes de aprendizagem que promovam estilo de vida saudáveis junto dos seus estudantes.

Palavras-chave: estudantes de enfermagem; estilo de vida saudável; promoção da saúde; photovoice

*PhD, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. <https://orcid.org/0000-0002-2206-2582>

**MSc, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa. <https://orcid.org/0000-0001-5008-3746>

***Enfermeira, St John's Hospital - Londres

****Enfermeira, Centro Hospitalar Baixo Vouga

*****Enfermeira, Senhora da Alegria – Centro Clínico de Medicina do Trabalho

*****Enfermeira, Empresa Aspock Portugal

*****Enfermeira, Hospital da Luz- Aveiro

ABSTRACT

Background: with student entrance in Universities, less healthy behaviors can begin, which can extend to other phases of life, leading to a lower quality of life. **Objectives:** to identify the lifestyles of nursing students and recognize factors that hinders or facilitates healthy lifestyles. **Methodology:** it was a qualitative (participatory) study, with adopted "photovoice" methodology, applied in two Higher Education Institutions in Portugal central region. The data collection was made between may and june 2017. The sample involved 16 students aged between 18 and 28 years. **Results:** most students include in their lifestyle: intensive study; lack of time; unhealthy eating and poor balance between personal and academic life. The factors that facilitate healthy lifestyles are the media, while those that make it difficult are the lack of time and resources, advertising and influences. **Conclusion:** the data reflect the urgent need to act in the adoption of healthy lifestyles. It is essential that higher education institutions create learning environments that promote healthy lifestyles among their students.

Keywords: students nursing; healthy lifestyle; health promotion; photovoice

RESUMEN

Marco contextual: con el ingreso a la Universidad, pueden comenzar comportamientos menos saludables, que pueden extenderse a otras fases de la vida, lo que lleva a una menor calidad de vida. **Objetivos:** identificar los estilos de vida de los estudiantes de enfermería y reconocer los factores que dificultan o facilitan estilos de vida saludables. **Metodología:** adoptamos la metodología de "photovoice", un método participativo (cualitativo), que se aplica en dos instituciones de educación superior en la región central. La coleta de datos se realizó entre maio e junho de 2017. La muestra involucró a 16 estudiantes de entre 18 y 28 años. **Resultados:** la mayoría de los estudiantes incluyen en su estilo de vida: estudio intensivo, falta de tiempo, alimentación poco saludable y equilibrio entre la vida personal y académica. Los factores que facilitan los estilos de vida saludables son los medios de comunicación, mientras que los que lo dificultan son la falta de tiempo y recursos, publicidad e influencias. **Conclusión:** los datos anteriores reflejan la urgente necesidad de actuar en la adopción de estilos de vida saludables. Es esencial que las instituciones de educación superior creen entornos de aprendizaje que promuevan estilos de vida saludables entre sus estudiantes.

Palabras clave: estudiantes de enfermería; estilo de vida saludables; promoción de la salud; photovoice

Como Referenciar:

Carvalhais, M. et al. (2020). Promover estilos de vida saudáveis nos estudantes de enfermagem. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 43-53. doi.10.37914/riis.v3i1.79

Recebido para publicação em: 04/05/2020
Aceite para publicação em: 15/06/2020

INTRODUÇÃO

Hoje em dia assistimos a uma realidade crescente no que diz respeito aos estilos de vida dos estudantes do ensino superior. Com o início do seu percurso académico estes adquirem novos hábitos de vida, ficando expostos a novos padrões de consumismo. Muitas vezes estes hábitos são adquiridos devido à mudança de meio, como a habitação e rede de amigos, às alterações da alimentação, à diminuição do exercício físico, ao aumento do consumo de álcool, tabaco e drogas, ao início de comportamento sexual e à adoção de comportamentos de risco. Os jovens que ingressam no ensino superior vivenciam mudanças, pelo que é fundamental conciliar motivações e interesses pessoais, com novos contextos de vida ao nível social, familiar e escolar. Nesta altura são múltiplos os desafios que lhes são Colocados, acarretando novas escolhas/oportunidades e, a predisposição para adotar estilos de vida menos saudáveis (Varelo-Mato, Cancela, Ayan, Martín & Molina, 2012).

De acordo com WHO (2018), o estilo de vida é uma forma de viver de acordo com comportamentos adquiridos, os quais podem ser determinados pelas características pessoais, sociais, condições socioeconómicas e ambientais. A adoção de estilos de vida saudáveis tem por objetivo reduzir a morbilidade e a mortalidade, assim como, reduzir os riscos para a saúde. Os determinantes de saúde que têm sido classificados para a aquisição destes estilos de vida são, a alimentação, a atividade física, o tabagismo, o álcool, as drogas, o comportamento sexual, o sono e o stress (DGS, 2015a).

Desta forma, a escola desempenha um papel primordial no processo de aquisição de estilos de vida saudáveis. Assim, preconiza-se, a nível da saúde escolar, uma melhor promoção e educação para a saúde, envolvendo diversas áreas, nomeadamente os consumos nocivos e os estilos de vida dos jovens. Deste modo, a obtenção de ganhos em saúde pela adoção de estilos de vida saudáveis surge como uma oportunidade de influenciar positivamente a saúde. Para tal é importante promover o aumento da literacia em saúde, ter pessoas e comunidades ativadas e capacitadas de forma a criar condições que favoreçam a tomada de decisões críticas (DGS, 2015b).

Torna-se deste modo fulcral promover estilos de vida saudáveis nos estudantes de enfermagem durante o seu percurso académico.

Assim, este estudo centra-se nos seguintes objetivos: identificar os estilos de vida dos estudantes de enfermagem e reconhecer fatores que dificultam ou facilitam os estilos de vida saudáveis. Este estudo é relevante para identificar modos de promover e sensibilizar para as práticas de estilos de vida saudáveis.

ENQUADRAMENTO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com a entrada no ensino superior os estilos de vida dos estudantes assumem características muito próprias, tendo este maior poder de decisão e autonomia sobre a sua maneira de viver. Com a “saída de casa” os estudantes integram novos contextos de vida, habitando em residência de estudantes ou partilhando quartos com colegas. Esta saída envolve a gestão de novos papéis, tarefas de

desenvolvimento e a concretização de respostas eficazes às tarefas académicas colocadas pelo novo contexto. Se estes novos contextos de vida forem vistos pelo jovem adulto como significativos, estimulantes e desafiantes, irão potenciar neles um desenvolvimento psicossocial harmonioso. Se, pelo contrário, forem sentidos e vividos de modo negativo poderão constituir-se como fatores de inadaptação/desajustamento (Loureiro, 2012). A influência do meio é um aspeto muito importante na transição do ensino secundário para o universitário. É durante esta fase que se adquirem comportamentos e hábitos suscetíveis que comprometem tanto a saúde atual, como futura (Brito, 2012).

Existem alterações que são próprias desta fase, tais como, a instabilidade psicossocial e a falta de comportamento preventivo. Os hábitos adquiridos nesta fase podem estender-se para as outras fases da vida, levando assim a uma pior qualidade de vida (Marques, 2017; Faria, 2012). Deste modo, este período de transição pode afetar os estilos de vida, nomeadamente a dieta alimentar, o exercício físico, os hábitos de consumo de álcool, tabaco e drogas e o comportamento sexual (Varelo-Mato, Cancela, Ayan, Martín & Molina, 2012).

Os estilos de vida podem ser definidos como um conjunto de comportamentos que dizem respeito à maneira de como um indivíduo vive no seio de um grupo. As aprendizagens, o processo de socialização e as condições de vida também estão presentes de forma indireta nesse grupo, influenciando a adoção ou não de estilos de vida saudáveis (Paz, Souza, Guimarães, Pavani, Correia, Carvalho & Rodrigues, 2011).

Assim, os estilos de vida não são só um conjunto de decisões conscientes que o indivíduo toma, mas sim um conjunto de comportamentos e hábitos relacionados com as características pessoais, as condições económicas, sociais e ambientais, os quais interagem intimamente e que são adotados pelos indivíduos, influenciando positiva ou negativamente a saúde dos mesmos (Direção-Geral da Saúde, 2015a; Paz, Souza, Guimarães, Pavani, Correia, Carvalho & Rodrigues, 2011).

Com a entrada dos estudantes na vida académica, muitas vezes consolidam-se ou iniciam-se comportamentos menos saudáveis. No contexto das festas académicas é propício o consumo abusivo de bebidas alcoólicas. As bebidas alcoólicas são bastante publicitadas e são uma substância consumida no dia-a-dia, tornando-se difícil avaliar com eficácia a magnitude deste problema de saúde pública. Porém, verifica-se que os estudantes com padrões de consumo de maior risco saem mais à noite, relaxam e desfrutam do tempo livre mais vezes e alimentam-se mais vezes de alimentos hipercalóricos (Faria, 2012).

Para além do já referido, relativamente aos estudantes de enfermagem, Pedrosa & Brito (2014) mencionam que estes não praticam exercício físico, devido a sobrecarga horária tanto a nível de ensino clínico, como do contexto escolar. Constata ainda que os estudantes não adotam hábitos de sono, estudando durante a madrugada e, no dia seguinte, acordam cedo. Salienta ainda o consumo excessivo de álcool e de substâncias psicoativas nas festas académicas que são muitas vezes influenciados pelo grupo de pares, bem como o consumo elevado de *fast food*.

Considerando a influência dos estilos de vida na saúde e qualidade de vida dos jovens adultos, esta temática constitui-se como uma constante preocupação. Como já referido anteriormente, os estudantes do ensino superior constituem um grupo bastante vulnerável, pelo que, a entrada no ensino superior pode levar a várias alterações, entre elas, questionar os valores e hábitos que lhes foram transmitidos ao longo da vida (Brito, Gordina & Quadros, 2016).

Segundo a OMS os comportamentos de risco representam cerca de 86% das mortes e tem como etiologia comum um conjunto de fatores essencialmente ligados aos estilos de vida, os quais estão relacionados com as opções individuais ao longo da vida (WHO, 2018).

Verifica-se que a prevalência dos fatores de risco, associados aos estilos de vida pouco saudáveis tem vindo a aumentar, em particular nos jovens adultos, sendo esta uma questão de saúde pública, a qual tem recebido uma grande atenção por parte dos investigadores (Galvão, Pinheiro, Gomes & Ala, 2017).

Deste modo, a obtenção de ganhos em saúde pela adoção de estilos de vida saudáveis surge como uma oportunidade de influenciar positivamente a saúde, sobretudo no que respeita às doenças crónicas não transmissíveis, a qual está vigente em muitos dos programas de saúde prioritários. De acordo com o Despacho nº 6401/2016 de 16 de maio, este determina o desenvolvimento, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, de programas de saúde prioritários nas áreas de Prevenção e Controlo do Tabagismo, Promoção da Alimentação Saudável, Promoção da Atividade Física, entre outras.

A adoção de estilos de vida de um indivíduo não é imutável e este pode ser alterado através do aumento da consciencialização dos efeitos das suas ações podendo ter efeitos bastante positivos na sua qualidade de vida e hábitos de saúde (WHO, 2018). Os jovens devem ser capacitados por forma a criar condições que favoreçam a tomada de decisões críticas face às suas opções e, desta forma, conseguirem adotar estilos de vida mais saudáveis, tornando-se mais competentes, confiantes e habilitados no desempenho dos seus papéis sociais. Durante todo este processo de aprendizagem e capacitação, a saúde escolar, entendida como uma ação direta na saúde em ambiente escolar, mesmo em contexto de ensino superior, contribui também para elevar o nível de literacia e conhecimento na área da saúde, desenvolvendo assim capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à promoção da saúde e adoção de estilos de vida saudáveis (DGS, 2015b).

METODOLOGIA

Para responder à questão de investigação foi desenvolvido um estudo exploratório, descrito, com abordagem qualitativa. Para a recolha de dados recorremos ao *photovoice*, um processo de investigação e intervenção participativo (qualitativo), em que os participantes identificam a sua vivência pela fotografia (imagem) e discutem-na em grupo (voz). Consiste em aceder ao mundo dos outros tentando torná-lo acessível, através da fotografia e da voz. É um método participativo (qualitativo) e serve como instrumento de recolha de informação e como criador de comunidade

(processo grupal), estimula os participantes a expressarem o seu ponto de vista, no sentido literal e figurativo (Finney & Rishbeth, 2006). Desenvolve-se em quatro fases (Finney & Rishbeth, 2006): I) concetualização do problema, neste caso reporta-se os estilos de vida dos estudantes de enfermagem; II) definição dos objetivos e finalidades, onde se pretende analisar os estilos de vida dos estudantes

de enfermagem e refletir acerca dos fatores que influenciam (positiva ou negativamente) a adoção destes estilos de vida; III) selecionar e recrutar os participantes: foram recrutados estudantes do 1º Ciclo de Estudos de duas universidades do centro do país (Portugal); IV) conduzir o *photovoice* (fase de desenvolvimento dos grupos descrita no tabela 1).

Tabela 1

Descrição das sessões

Sessão	Tópicos de discussão
1ª Sessão	Apresentação dos elementos do grupo e do projeto; Breve apresentação do <i>photovoice</i> ; Apresentação e discussão do problema; Introdução da questão 1 (o que são estilos de vida saudáveis?)
2ª à 7ª Sessão	Apresentação das fotografias e discussão; Seleção da fotografia que melhor responde à questão e discussão por cada participante; Seleção da fotografia pelo grupo e discussão; Introdução da questão seguinte. Apresentação de todas as fotografias e debate sobre o problema inicial: como promover estilos de vida saudáveis nos estudantes de enfermagem durante o seu percurso académico?
Questões:	
2. O que é ser estudante de enfermagem?	
3. Quais são os estilos de vida ideais nos estudantes de enfermagem?	
4. Quais são os estilos de vida reais nos estudantes de enfermagem?	
5. Quais os fatores que facilitam os estilos de vida saudáveis nos estudantes de enfermagem?	
6. Quais os fatores que dificultam os estilos de vida saudáveis nos estudantes de enfermagem?	

As sessões, com espaçamento entre 1 e 2 semanas, foram conduzidas e moderadas pelo grupo de trabalho. Tiveram uma duração entre 30 minutos e 40 minutos e todas foram gravadas (com autorização dos participantes).

Para recrutar os participantes (informantes privilegiados), o grupo realizou uma breve apresentação do projeto onde abordou: problema, objetivos, metodologia e participação solicitada. No

final, deixou um resumo do projeto e uma ficha de inscrição, solicitando a divulgação e o pedido de participação. Após uma semana recolheram-se as folhas de inscrição, verificando-se 8 inscritos de cada instituição. Todos aceitaram participar e assinaram o consentimento livre e informado. A amostra envolve 16 estudantes com idades compreendidas entre os 18 e os 28 anos, todos do sexo feminino.

Todas as sessões foram debatidas, transcritas e submetidas a análise de conteúdo por sete juízes independentes. Neste processo considera-se a literatura e investigação na área dos estilos de vida saudáveis nos estudantes de enfermagem, mas procurou-se ser descritivo e, manter sempre que possível o discurso dos participantes (garantindo as suas palavras e expressões). O processo envolveu a construção de categorias e subcategorias que traduzem a opinião dos participantes em cada sessão. Adotou-se as categorias sugeridas pelo grupo, como descrição das fotografias eleitas.

RESULTADOS

Da análise dos resultados que emergiram do *photovoice* das duas instituições verifica-se que há uma correspondência entre as categorias da instituição A e da instituição B (tabela 2) cujos resultados de maior expressão relativos aos estilos de vida dos estudantes são: estudo intensivo, falta de tempo, alimentação não saudável e má conciliação entre a vida pessoal e académica. Os fatores que facilitam os estilos de vida saudáveis são os media, enquanto, os que dificultam são a falta de tempo e de recursos, a publicidade e as influências.

Tabela 2

Esquema representativo da categorização da análise de conteúdo de ambas as Instituições

O que são estilos de vida saudáveis?	
Instituição A Frutas e legumes (sono/repouso; exercício físico; alimentação saudável; comportamentos não aditivos; relações sexuais protegidas; gestão do tempo)	Instituição B Refeição saudável (sono/repouso; exercício físico; hobbies)
O que é ser estudante de enfermagem?	
Dedicação (atento; futuro profissional de saúde; autonomia nos cuidados de enfermagem aquisição de conhecimentos teóricos/ competências práticas; aprendizagem constante)	Trabalhos (competências relacionais; estudar; laços de amizade; aquisição de conhecimentos teóricos/competências práticas)
Quais são os estilos de vida ideais nos estudantes de enfermagem?	
O tempo (refeições saudáveis; sono e repouso; gestão do tempo/organização; rendimento escolar)	Caminhada (refeições saudáveis; sono e repouso; aquisição de conhecimentos/ competências)
Quais são os estilos de vida reais nos estudantes de enfermagem?	
Biblioteca (estudo intensivo; falta de tempo; alimentação não saudável (fast food); intervalos entre refeições espaçados; alteração dos hábitos de sono; conciliação entre a vida pessoal e académica; vícios)	Exaustão (estudo intensivo; falta de tempo; alimentação não saudável (fast food); sobrecarga horária de ensino clínico; stress; conciliação entre a vida pessoal e académica; mudança de residência; privação da vida social)
Quais os fatores que facilitam os estilos de vida saudáveis nos estudantes de enfermagem?	
Publicidade (exercício físico; media; confiança; atividades gratuitas de promoção da saúde; espaços de alimentação saudável)	Livros (papel ativo na promoção da sua saúde; conhecimentos e mudança; media; gestão tempo)
Quais os fatores que dificultam os estilos de vida saudáveis nos estudantes de enfermagem?	
Falta de recursos financeiros (pouca disponibilidade; publicidade; influências)	Bares académicos (falta de tempo; publicidade; falta de recursos financeiros; influências; stress/cansaço; horários; mudanças de habitação; saídas noturnas)

DISCUSSÃO

Estilos de vida dos estudantes de enfermagem

Os resultados indicam que os estudantes de enfermagem perspetivam os estilos de vida saudáveis de acordo com a definição da Direção Geral de Saúde (2015a). A adoção de estilos de vida saudáveis nem sempre é fácil, devido as múltiplas influências e fatores culturais, sociais, religiosos, socioeconómicos, ambientais e educacionais (Alves, 2011). O nível educacional nos estudantes de enfermagem é um fator fundamental na aquisição e transmissão do que são estilos de vida saudáveis.

Para os participantes estilos de vida saudáveis, envolvem ter uma alimentação saudável, sono/repouso e exercício físico. As participantes da “instituição B” referem ainda os *hobbies* indo de encontro as definições apresentadas na literacia que referem que estilos de vida saudáveis implicam ter uma dieta equilibrada, praticar exercício físico, dormir/repousar e ter momentos de lazer (Silva, Borrego, Ferreira, Lavada, Melo, Rowland & Truninger, 2015). Estes representam estilos de vida saudáveis através da fotografia “refeição saudável/frutas e legumes” imagens que colocam no topo dos estilos de vida saudáveis, sendo a alimentação saudável o principal fator dos estilos de vida.

As estudantes da “instituição A” referiram ainda como estilos de vida os comportamentos não aditivos e as relações sexuais não protegidas. Apesar dos participantes referirem como principais estilos de vida saudáveis a alimentação saudável, o exercício físico e o sono/repouso, os estilos de vida que se verificam durante a sua vida académica/estudantil é

não terem uma alimentação saudável, consumindo maioritariamente comida *fast food*, falta de tempo e estudo intensivo, não conseguindo conciliar a vida pessoal e académica.

Os estudos demonstram que os principais estilos de vida dos estudantes de enfermagem são excesso de atividades académicas, carga horária excessiva, poucas horas de sono, uma má alimentação e sedentarismo (Assis, Pereira, Lima, Vieira & Costa, 2014), o que corrobora com o nosso estudo. Também Soares & Campos (2008) referem que, mesmo com a carga horária muito extensa em sala de aula, com os ensinamentos clínicos e as atividades complementares desenvolvidas pelo estudante levam a que estes não adotem os melhores comportamentos. Para além disso, não existe um horário de refeições adequado, havendo o uso abusivo de álcool e outras drogas assim como reduzido tempo de sono/repouso. Os mesmos autores referem ainda que no ensino universitário existem hábitos alimentares insatisfatórios, que estes não realizam atividade física regular e que existe uma ansiedade/angústia constante pela cobrança do desempenho académico. De acordo com Branco (2010), a maior parte dos estudantes de enfermagem têm consumos nocivos, como álcool e tabaco e praticam pouco exercício físico. As estudantes da “instituição A” referem como estilos saudáveis, e já referido anteriormente os comportamentos não aditivos.

Alves (2011) também refere que os principais estilos de vida dos estudantes de enfermagem são maus hábitos alimentares, não praticarem exercício físico com frequência (cerca de 54,2%), dormirem pouco (57,8% dormem menos de 8 horas por noite) e terem

comportamentos de risco e abusivo (9,9% fumam e 27,1% bebem com frequência).

Como se pode verificar existem muitos pontos que coincidem entre este estudo e a bibliografia encontrada, porém só as estudantes da “instituição A”, referiram os “vícios”, como sendo um estilo de vida praticado pelos estudantes de enfermagem. Verificamos que a falta de tempo, o estudo intenso, a sobrecarga horária aliada aos muitos trabalhos que tem que realizar são fatores da não adoção de estilos saudáveis, não conseguindo colocar em prática, em si, tudo aquilo que aprendeu.

Reconhecer fatores que facilitam ou dificultam os estilos de vida saudáveis dos estudantes de enfermagem

Os dados referem que o principal obstáculo aos estilos de vida saudáveis no estudante de enfermagem são a falta de tempo, a publicidade, a falta de recursos financeiros e as influências externas. O termo “dinheiro” significa que os estudantes referem a falta de recursos financeiros, devido aos gastos académicos que têm na Faculdade, como propinas. Assim, optam, frequentemente, por refeições mais baratas, as “fast food”. A alimentação e nutrição adequadas constituem direitos fundamentais do ser humano. São condições básicas para que se alcance um desenvolvimento físico, emocional e intelectual satisfatório, fator determinante para a qualidade de vida e o exercício da cidadania. Na verdade, muitas vezes, a falta de recursos financeiros é o maior obstáculo a uma alimentação correta (Cunha, 2014). A pressão pelos pares leva a consumos nocivos devido aos jovens terem a tendência para não se desviar dos grupos onde se inserem (Pedroso &

Brito, 2014). Com a entrada na universidade existem variadas transições/alterações nas rotinas dos estudantes. Desde os horários de acordar/deitar, dos períodos diários das aulas, de estudo e lazer. A mudança torna-se ainda mais notória quando os estudantes têm de mudar de localidade e residência. Tanto a mudança como todos os outros fatores provocam stresse ao estudante, sendo que estes sentem que tem falta de tempo para sair, relaxar e estar com os amigos. O uso do tempo livre tem um grande impacto na vida dos estudantes, influenciando a sua saúde física e psicológica. O tempo livre é uma forma de promoção para uma vida saudável (Pedroso & Brito, 2014).

Além dos fatores referidos pelos estudantes da “instituição B”, estes referem os bares e saídas noturnas como fatores que dificultam os estilos de vida saudáveis dos estudantes de enfermagem. Nas festas académicas são, muitas vezes adotados comportamentos de risco como o consumo excessivo de álcool e de substâncias ilícitas aliados a práticas sexuais de risco, que podem prejudicar a saúde dos jovens que as frequentam (Pedroso & Brito, 2014).

No que diz respeito aos fatores que facilitam a adoção de estilos de vida saudáveis a Escola é um contexto privilegiado para promover a prática de atividade física (DGS, 2015b), aspeto este que vai de encontro aos dados obtidos, em que os participantes consideraram a atividade física uma mais-valia, assim como as atividades gratuitas de promoção de saúde.

Para além disso, através dos nossos resultados podemos constatar que os media são uma forte informação que facilita a adoção de estilos de vida

saudáveis. Mendes (2011) afirma que graças ao seu poder de persuadir e informar, a publicidade é, assim, vista como um bem social quando encoraja comportamentos positivos e apoia, desta forma, causas queridas à promoção da saúde.

Assim, para a adoção de estilos de vida saudáveis é essencial os livros e a publicidade, sendo os grandes impulsionadores para a adoção destes. As universidades através do conhecimento científico têm um papel fundamental na adoção de comportamentos saudáveis por parte dos seus estudantes. Esta deve ajudar na formação de indivíduos, conscientes da importância da adoção de estilos de vida saudáveis para o seu bem-estar (Marques, 2017).

Em relação à publicidade, esta tem um grande impacto nos jovens e nos consumidores em geral. A publicidade passou a ter o papel de aliciar os jovens a comprar bens ou serviços. Ela pode ter a função de promover a saúde ou de promover comportamentos e aquisição de produtos não saudáveis. Esta tem um papel fundamental na mudança de paradigmas da sociedade, pois é um instrumento de comunicação, utilizado na maioria das vezes, para atrair e influenciar a atenção das pessoas nas suas tomadas de decisão (Atz & Rocha, 2008).

Identificar modos de promover e sensibilizar para as práticas de estilos de vida saudáveis

Para que se tenha estilos de vida saudáveis é necessária uma alimentação saudável, associada a prática de exercício físico e ter um sono/repouso adequado. O tópico sono/repouso foi codificado a partir de repostas como: menos tempo de sono; o horário de dormir; sem tempo de dormir; horário de dormir e acordar. A literatura aponta que um padrão

adequado de sono/repouso é fundamental e este fica prejudicado, especialmente, no período letivo, com possível inversão de horários o que pode refletir no seu rendimento escolar (Silva, Borrego, Ferreira, Lavada, Melo, Rowland & Truninger, 2015).

Os participantes consideram que para a adoção de estilos de vida saudáveis é necessário tempo e aquisição de conhecimento/competência a qual se adquire através dos “livros e da publicidade” como referido anteriormente. Destaca-se que para a adoção de estilos saudáveis ser promovida é necessário recursos financeiros e tempo.

Qualquer um destes meios tem o papel fundamental na conscientização dos indivíduos acerca da importância dos estilos de vida saudáveis e da sua adoção, bem como dos benefícios que esta traz para a sua saúde. Desta forma, algumas das áreas de intervenção da saúde escolar são, saúde mental e competências socio emocionais, alimentação saudável e atividade física, hábitos de sono e repouso, prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância. Assim, a Escola/Universidade é um local estratégico para a estilo de vida saudável (DGS, 2015b).

CONCLUSÃO

A transição para o ensino superior coloca o estudante num contexto onde lhe é exigido uma maior autonomia e responsabilidade na sua tomada de decisão, onde este contexto influencia determinantemente os seus estilos de vida.

Neste sentido, os estilos de vida dos estudantes de enfermagem parecem condicionados por um

conjunto diversificado de fatores entre os quais se destaca: afastamento dos recursos familiares imediatos, sobrecarga horária do curso e predomínio de formação clínica por turnos, o que dificulta a preparação e planeamento das refeições, promovem hábitos compensatórios, num período de formação vivenciado num tempo e espaço separados da vida social quer pelos horários (rotatividade de turnos diurnos e noturnos), quer pela localização do ensino clínico.

Acresce ainda que aos estilos de vida reais dos estudantes de Enfermagem, estes substituem frequentemente as refeições principais, como o almoço e o jantar, realizadas à mesa, por refeições rápidas realizadas em pé. Além disso, substituem alimentos de baixo potencial calórico por alimentos hipercalóricos. Os que necessitam de comer fora de casa o recurso a refeitórios e *self-services* no espaço escolar e/ou a *snack-bars*, pizzerias e hamburguerias nas imediações ou em espaços comerciais, surge como a opção mais acessível.

Através dos dados obtidos, corrobora-se que os estudantes de enfermagem não praticam exercício físico, devido à sobrecarga horária tanto a nível de Ensino Clínico, como de contexto académico, que lhes “retiram” muito tempo. Além disso, é possível constatar que os alunos adotam maus hábitos de sono, pois ficam a estudar até muito tarde, quando têm de acordar cedem no dia a seguir.

O estudo, na sua globalidade, apresentou algumas limitações relevantes. De entre estas limitações destacamos o facto de, tratando-se de uma amostra não probabilística, não podermos garantir que é representativa de toda a população estudantil. Além disso, ao ser utilizada a metodologia *photovoice*, leva

a que as considerações feitas possam sair de certo modo fragilizadas, pois não há observação direta. Também o facto de termos utilizado exclusivamente metodologia qualitativa, e a informação tratada resultar de respostas a itens abertos, faz com que haja menor fiabilidade, pois assenta mais em descrições e narrativas do que na análise de dados estatísticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, E.F. (2011). Estilo de vida de estudantes de graduação em enfermagem de uma instituição do sul do Brasil. *Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, 3 (1) Retirado de: <http://hdl.handle.net/10437/2970>

Assis, P.Y.S, Pereira, D.L, Lima, C.A., Vieira, M.A. & Costa F.M. (2014). Qualidade de Vida de Estudantes da Graduação em Enfermagem: revisão da literatura. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 5 (3), 2115-2136.

Atz, A.P, & Rocha, L. (2008). *A Influência da Publicidade na Sociedade de Consumo e sua Regulação pelo CDC*. Projeto de Investigação do Curso de graduação em Direito. Brasil: Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos.

Branco, N.S.M.D. (2010) *A influência da Família e dos Estilos de Vida na forma preferencial de aprender* (Dissertação de Mestrado). Faculdade De Ciências Humanas E Sociais da Universidade do Algarve, Faro.

Brito, B.J.Q., Gordia, A.P. & Quadros, T.M.B. (2016). Estilo de vida de estudantes universitários: Estudo de acompanhamento durante os dois primeiros anos do curso de graduação. *Medicina*, 49(4), 293–302. Retirado de <http://revista.fmrp.usp.br/2016/vol49n4/AO1-Estilo-de-vida-de-universitarios-estudo-de-acompanhamento.pdf>

Brito, R. (2012). *Os Hábito de Saúde dos Adolescentes* (Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa

Cunha, L.F. (2014). *A Importância de uma Alimentação Adequada na Educação Infantil*. Monografia. Ibaiti Universidade Tecnológica Federal, Paraná.

- Despacho nº 6401/2016 de 16 de maio (2016). Diário da República, 2ª Série nº 94 (16-05-2016) 15239. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/74443131>
- Direção-Geral da Saúde, (2015a). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Retirado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde, (2015b). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Retirado de <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- Faria, D. (2012). *Estudo Comparativo dos Estilos de Vida dos Estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior no Início e no Final do Curso* (Tese de Mestrado). Universidade da Beira Interior
- Finney, N. & Rishbeth, C. (2006). Engaging with marginalised groups in public open space research: the potential of collaboration and combined methods. *Planning, Theory & Practice*, 7(1), 27-46.
- Galvão, A., Pinheiro, M., Gomes, M.J. & Ala, S. (2017). Ansiedade, Stress e Depressão. Relacionados Com Perturbações do Sono-Vigília e Consumo de Álcool em Alunos do Ensino Superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5 (5), 8–12. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe5/nspe5a02.pdf>
- Loureiro, L.A. (2012). *Consumo de substâncias psicoativas e estilos de vida nos estudantes do ensino superior* (Dissertação de Mestrado) Universidade de Coimbra
- Marques, C. (2017). *Estilo de vida dos Estudantes no Ensino Superior* (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico da Guarda, Guarda. Retirado de <http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/3986/1/E%20Com%20%20Cl%c3%a1udio%20R%20C%20Marques.pdf>
- Mendes, S.M.F.S. (2011). *Os mass media e os estilos de vida saudáveis: a perceção das mensagens publicitárias sobre alimentação saudável e exercício físico*. (Dissertação Mestrado). Instituto Superior de Ciências e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa
- Paz, E.P.A., Souza, M.H.N., Guimarães, R.M., Pavani, R. M.G. G.F., Correia, H.F.S., Carvalho, P.M. & Rodrigues R.M. (2011). Estilos de vida de pacientes hipertensos atendidos com a Estratégia de Saúde Familiar. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29 (3), 468-76.
- Pedroso, R., & Brito, I. (2014). *Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)
- Silva, P., Borrego, R., Ferreira, V., Lavado, E., Melo, R., Rowland, J., & Truninger, M. (2015). Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior: o caso dos estudantes da ULisboa-2012. *Estudos SICAD*.
- Soares, R.D.O.P., & Campos, L.F. (2008). Estilo De Vida Dos Estudantes De Enfermagem De Uma Universidade Do Interior De Minas Gerais. *Revista Cogitare Enfermagem*, 13(2), 227-234.
- Varela-Mato, V., Cancela, J.M., Ayan, C., Martín, V., & Molina, A. (2012). Lifestyle and health among spanish university students: Differences by gender and academic discipline. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(8), 2728-2741. Retirado de file:///C:/Users/Maribel/Downloads/ijerph-09-02728.pdf
- Virgínio, A.F.C. (2015). *Estilos de Vida: Consumo de substâncias psicoactivas dos “caloiros” de Enfermagem* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- WHO, (2018). *Management of Substance Abuse Team. Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva Retirado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

PERSPETIVA DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO À VIA VERDE TRAUMA

Nurse's perspective regarding the Trauma FastTrack

Perspectiva de los Enfermeros sobre la Vía Verde de Trauma

Ana Almeida*, Carlos Ribeiro**, Pedro Paes***, Liliana Mota****, Fernanda Príncipe*****

RESUMO

Enquadramento: de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o trauma é um dos maiores problemas de saúde a nível mundial sendo responsável por um aumento da mortalidade e morbilidade da população. Ao reconhecermos os Enfermeiros como atores importantes na abordagem à vítima de trauma consideramos pertinente conhecer a sua perspetiva em relação à Via Verde Trauma (VVT) uma vez que esta é uma medida considerada relevante na melhoria do atendimento da vítima de trauma. **Objetivos:** explorar as dificuldades de implementação da VVT e os ganhos em saúde que esta Via Verde (VV) traz na perspetiva do Enfermeiro e refletir acerca dos motivos da baixa implementação desta VV. **Metodologia:** estudo de abordagem qualitativa, exploratória com recurso ao método *focus group*. O corpus de análise dos dados recolhidos, a partir de uma amostra não probabilística, segue os pressupostos de Bardin. **Resultados:** após análise das transcrições surgiram três categorias: vantagens, necessidades formativas e fatores dificultadores que evidenciam a perspetiva do Enfermeiro acerca da VVT. **Conclusão:** os enfermeiros consideram a VVT uma ferramenta que conduz a vantagens importantes a nível dos cuidados à pessoa vítima de trauma, reconhecendo as necessidades formativas e fatores barreira que possam existir.

Palavras chave: centros de traumatologia; emergência; enfermeiros; educação contínua; ferimentos e lesões

*Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.
<https://orcid.org/0000-0003-2341-8226>

**Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

***Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Hospital Santo Espírito da Ilha Terceira.

****PhD, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa/CINTESIS.
<https://orcid.org/0000-0003-3357-7984>

*****PhD, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha/CINTESIS.
<https://orcid.org/0000-0002-1142-3258>

Como Referenciar:

Almeida, A., Ribeiro, C., Paes, P., Mota, L., & Príncipe, F. (2020). Perspetiva do enfermeiro em relação à via verde trauma. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 55-66. doi.10.37914/riis.v3i1.74

Recebido para publicação em: 26/02/2020
 Aceite para publicação em: 24/06/2020

ABSTRACT

Background: according to the World Health Organization (WHO), trauma is one of the biggest health problems worldwide and is responsible for increased mortality and morbidity of the population. Recognizing Nurses as important actors in the primary intervention to the trauma victim, we consider it pertinent to know their perspective on Trauma Fast Track, as this is a measure considered positively relevant for the improvement of care for the trauma victim. **Objective:** to explore the difficulties of implementation of the Trauma Fast Track and the health gains that this methodology brings in the perspective of the nurse. Also we intend to reflect on the reasons for the low implementation of this Trauma Fast Track in the hospitals in Portugal. **Methodology:** qualitative, exploratory study using focus groups as a data collection method. Non-probabilistic sample, data analysis according to Bardin's content analysis method. **Results:** after analysis of the transcriptions, three categories emerged: identification of advantages, training needs and identification of hindering factors that highlight the nurse's perspective on the Trauma Fast Track. **Conclusion:** nurses consider the Trauma Fast Track as a tool that has important advantages in terms of care for trauma victims, recognizing the training needs and hindering factors that may exist.

Keywords: trauma center; emergency; nurse; continuous education; injuries

RESUMEN

Marco contextual: de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Trauma es uno de los grandes problemas de salud a nivel mundial. Siendo este responsable del aumento de la mortalidad y la morbilidad de la población. Al reconocer a los Enfermeros como actores importantes en el abordaje de la víctima de trauma, consideramos pertinente conocer su perspectiva en relación a la Vía Verde Trauma (VVT), ya que esta es una medida considerada relevante positivamente para la mejora del atendimento al paciente, víctima de trauma. **Objetivo:** explorar las dificultades de implementación de la VVT y sus logros en salud que la Vía Verde (VV) aporta, desde la perspectiva del Enfermero, y reflexionar sobre las razones de la baja implementación de la VV. **Metodología:** estudio cualitativo, exploratorio con recursos a focus groups como uno método de colecta de datos. El muestreo no es probabilístico, análisis de datos de acuerdo con el método de análisis de Bardin. **Resultados:** tras el análisis de las transcripciones surgieron tres categorías: Identificación de ventajas, necesidades formativas y la identificación de los factores con mas dificultades que se evidencian en la perspectiva del Enfermero sobre la VVT. **Conclusión:** los enfermeros consideran la VVT una herramienta que aporta importantes ventajas a nivel de los cuidados a la persona víctima de trauma, reconociendo las necesidades formativas y los factores que puedan causar dificultades para que pueda existir.

Palabras Clave: centro de traumatología; emergencia; enfermeiros; educación continuada; heridas y lesiones

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) refere que o trauma é um dos maiores problemas de saúde a nível mundial, estimando-se que cerca de 16.000 pessoas morrem diariamente devido a lesões graves (5.8 milhões de mortes por ano) e em 2020 perspetivam-se cerca de 8.4 milhões de mortes causadas por trauma.

Segundo a Emergency Nurses Association (ENA, 2019) o trauma pode ser descrito como *"um evento, série de eventos ou conjunto de circunstâncias experimentadas por um indivíduo como prejudicial fisicamente ou emocionalmente ou com risco de vida e que tenha efeitos adversos duradouros no funcionamento e bem-estar mental, físico, social, emocional ou espiritual."*

Atualmente vivemos numa sociedade moderna que se preza cada vez mais por uma atuação com base num corpo de conhecimentos científicos, com práticas de qualidade baseadas na evidência científica, tendo em vista a perícia. A enfermagem e consequentemente os enfermeiros acompanham este conceito, as suas definições encontram-se descritas no Regulamento Profissional para a Prática de Enfermagem, através do artigo 4º do Decreto Lei nº 161/ 96 de 4 de setembro, com nova redação dada pelo Decreto Lei nº 104/98 de 21 de abril, capítulo II, artigo 4º, que estabelece:

"A enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e ao grupo social em que ele está inserido, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima

capacidade funcional tão rapidamente quanto possível".

Tendo por base estas definições e reconhecendo a importância transversal da enfermagem na vida dos utentes e suas famílias, nomeadamente em situações de transição saúde/doença, identificamos o enfermeiro como o agente primordial nos cuidados à pessoa vítima de trauma.

A exigência dos cuidados à pessoa em situação crítica vítima de trauma exige do Enfermeiro um julgamento clínico e uma tomada de decisão mais dirigida, especializada e consequentemente mais adequada. Segundo a ENA (2007) *"A otimização dos cuidados aos utentes com trauma é melhor alcançada num trabalho de equipa em que todos os membros utilizam uma abordagem sistemática, em que os enfermeiros de urgência são membros essenciais da equipa de trauma. A mortalidade e morbilidade dos doentes com trauma podem ser significativamente reduzidas através da formação de enfermeiros"*.

É nosso objetivo explorar as perspetivas dos enfermeiros acerca das dificuldades de implementação da VVT e dos ganhos em saúde que esta Via Verde (VV) traz, simultaneamente refletir acerca dos motivos da baixa implementação desta VV.

ENQUADRAMENTO/ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo o Despacho n.º 8977/2017 de 2017, que visa a criação da Comissão Nacional de Trauma *"O trauma constitui um problema com múltiplas implicações, sendo um desafio para muitas sociedades com repercussões sociais e económicas*

significativas.” Ainda no mesmo despacho é referido que “Em Portugal, a sua prevalência e o seu impacto aconselham o investimento na prevenção e no tratamento, seja na fase da abordagem inicial, seja no acompanhamento e na reabilitação posterior. As ações e os resultados nesse processo multi institucional devem ser registados de forma sistematizada, com garantia de interoperabilidade entre sistemas de informação, importantes para o conhecimento sectorial e global do balanço da realidade.”

Assim, em Trauma existe um conjunto de atitudes que, se realizadas atempadamente, reduzem as complicações e a mortalidade que lhe estão associadas surgindo assim o conceito de “Via Verde Trauma”. Esta pode ser definida como: “(...) um algoritmo clínico de avaliação e tratamento de um processo patológico, em que a relação entre o tempo para a realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante no resultado terapêutico” (Direção Geral da Saúde, 2012).

A nível nacional, foram publicadas as “Normas de Boa Prática em Trauma” (Ordem dos Médicos, 2009) onde se traduzem os princípios gerais de trauma, a organização e as boas práticas. Para além disso, este documento alerta para a importância da atualização da rede de referência de urgência e emergência médica nacional, manifestando a importância dos centros de trauma (CT) com equipas de trauma especializadas na abordagem da pessoa vítima de trauma. Uma comissão multidisciplinar de peritos redigiu um documento (Administração Regional de Saúde do Norte, 2009) que serviu de base, juntamente com os documentos anteriormente

referidos, para que a DGS emitisse a circular normativa nº07/DQS/DQCO de 31/03/2010. Esse mesmo documento informa que a Norma de Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado deverá ser instituída em todas as unidades de saúde com serviço de urgência – Via Verde Trauma, explicitando cinco pressupostos: Critérios de ativação da Equipa de Trauma (Triagem); Existência de equipa de trauma organizada, com coordenador definido; Registos; Avaliação primária (realizada em menos de 20 minutos); Avaliação secundária (realizada em menos de 1 hora).

Através da triagem, o Enfermeiro garante uma priorização de atendimento baseado em evidência científica, permitindo ao mesmo tempo uma melhoria na gestão dos recursos e aumento do nível de qualidade dos cuidados. Após ativação da VVT pretende-se efetuar uma avaliação primária da vítima de trauma em menos de 20 minutos, bem como a avaliação secundária em menos de 60 minutos (Direção Geral de Saúde, 2010). Nesse momento o Enfermeiro faz uma abordagem diferenciada, sequencial e uniformizada. A tomada de decisão multidisciplinar em Trauma faz-se com base em princípios éticos, valores e normas deontológicas. O Enfermeiro promove o respeito do utente vítima de trauma e sua família à privacidade, segurança, identidade cultural, dignidade, escolha, autodeterminação, valores, costumes e as suas crenças espirituais.

Wehbe & Galvão (2001) assumem que o Enfermeiro como elemento integrante da equipa necessita de possuir competências a nível científico, prático e técnico, para que possa tomar decisões rápidas e corretas, transmitindo segurança a toda equipa e

principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida da pessoa.

A OM defende também que o processo de formação em trauma é promotor da melhoria da capacidade de resposta das instituições hospitalares na vertente do trauma (Ordem dos Médicos, 2009).

Mock, Juillard, Brundage, Goosen, & Joshipura (2009) defende que a formação em Trauma, com equipas treinadas, coesas e bem estruturadas é a melhor forma de garantir uma abordagem de qualidade e o sucesso na prestação de cuidados à vítima de trauma. A Ordem dos Médicos (2009, p.5) considera que *“(...) o tratamento do politraumatizado grave apresenta ainda lacunas intoleráveis, apontando os estudos efetuados para que, em Portugal, a taxa de mortalidade por acidente seja o dobro da de outros países da Europa.”*.

Ainda a Ordem dos Médicos, no seu documento intitulado “Organização em trauma” refere que *“No nosso país, (...), a abordagem clínica do doente com trauma é, na maior parte das vezes, feita de uma forma individualizada, personalizada na experiência de cada um. Também é verdade que o doente com trauma é, frequentemente, assistido e transportado de uma forma não uniformizada, muitas vezes para unidades de saúde sem os recursos necessários para os poder tratar”* (Ordem dos Médicos, 2009). Isto reflete a necessidade de delinear um plano para o melhor atendimento das vítimas de trauma, segundo a mesma fonte a *“estratégia é consistente com o desenvolvimento de uma Rede de Trauma”* definindo rede de trauma como *“(...) uma resposta planeada e coordenada ao doente vítima de trauma, para que receba um tratamento standardizado e*

adequado ao seu tipo de lesão, em devido tempo, independentemente do local onde a sofreu.”

Segundo a CRRNEU (2012) em Portugal apenas 17% das instituições tinham implementado a Via Verde Trauma (VVT). Segundo a mesma comissão *“É absolutamente necessário continuar e intensificar este processo de implementação que permite comprovadamente reduzir morbi-mortalidade e estimula o processo formativo, colaborativo e integrativo do sistema de saúde”*

A ENA (2019) citando a OMS refere que *“há uma probabilidade seis vezes maior de morte após lesões em indivíduos de países de baixo e médio rendimento comparado com os de um país de alto rendimento. Essa disparidade pode ser parcialmente atribuída á relativamente pobre qualidade do atendimento ao trauma nos países de baixo e médio rendimento, um problema exacerbado pelo fraco desenvolvimento, organização e planeamento, bem como uma escassez de programas de trauma”*. Portanto várias publicações sugerem a criação de uma rede de trauma que permita um atendimento adequado, técnica e cientificamente eficaz de todos os intervenientes, alertando para a importância da atualização da rede de referência de urgência e emergência médica nacional e dos centros de trauma com equipas de trauma especializadas na abordagem da pessoa vítima de trauma (ENA, 2019; Direção Geral de Saúde 2010; Ordem dos Médicos 2009; ENA, 2007).

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Ao reconhecermos os Enfermeiros como atores importantes na abordagem à vítima de trauma

consideramos pertinente conhecer a sua perspetiva em relação à VVT uma vez que esta é uma medida considerada relevante positivamente para a melhoria do atendimento ao Utente vítima de trauma. O referido anteriormente levou-nos a formular a seguinte questão de investigação: *Será a VVT uma mais-valia nos cuidados à pessoa vítima de trauma, segundo a perspetiva do Enfermeiro?*

METODOLOGIA

Realizamos um estudo qualitativo de caráter exploratório, recorrendo à técnica de *focus group* para recolha de dados, a amostra foi do tipo não probabilístico. O uso de *focus group* é um método de investigação social já consolidado, que assume a forma de uma discussão estruturada que envolve a partilha progressiva e a clarificação dos pontos de vista e ideias dos participantes.

Procedeu-se à constituição de dois grupos através do endereço de convite a Enfermeiros com funções em Serviço de Urgência há 5 ou mais anos, considerados peritos pelos seus pares, onde existe VVT implementada (grupo 1) e a Enfermeiros com iguais características, mas a exercer funções em locais sem VVT implementada (grupo 2).

O primeiro *focus group* decorreu a 16 de abril de 2019 no Porto e foi constituído por 6 enfermeiros em funções em serviço de urgência, com 5 ou mais anos de experiência, com VVT implementada. O segundo *focus group* decorreu a 18 de junho de 2019 na Ilha Terceira nos Açores e foi constituído por 4 enfermeiros em funções em serviço de urgência, com 5 ou mais anos de experiência, sem VVT implementada, o 5º elemento convidado não

compareceu por motivos profissionais, não sendo possível a sua substituição. Ambos os *focus group* tiveram a duração aproximada de 1h.

Realizaram-se dois *focus group* moderadamente estruturados, nomeadamente através do recurso à estratégia do “funil” (Morgan, 1997), em que à medida que a discussão avança, as questões tornam-se cada vez mais específicas ou, se quisermos, mais “afuniladas” sendo que as questões iniciais, ao serem mais genéricas, como referem Krueger & Casey (2009), ajudam as pessoas a falarem e a pensarem sobre o tópico. Tal abordagem de compromisso tornou possível aceder, por um lado, às perspetivas dos participantes na primeira parte de cada discussão e, por outro, às respostas a interesses específicos do investigador na segunda parte. Posteriormente, procedeu-se à transcrição integral das gravações, tendo sido atribuído um código a cada participante, garantindo assim o anonimato. Na discussão dos resultados denominamos como FG1 o *focus group* realizado em Portugal Continental e FG2 o *focus group* realizado na Região Autónoma dos Açores, tendo-se atribuído também uma letra a cada participante. Os *focus group* foram gravados e registados em suporte áudio (dictafone), armazenados em serviço *icloud* com palavra-chave à qual apenas os investigadores têm acesso, com o intuito de posterior análise, sendo salvaguardada a confidencialidade e o anonimato dos participantes, que consentiram participar de forma livre e informada, podendo desistir da participação do estudo a qualquer momento. Procedeu-se à destruição do material gravado após a realização completa do estudo.

Os dados foram analisados de acordo com o método da análise de conteúdo de Bardin (2015), sem categorização à priori, tratados manualmente pelos investigadores, pesquisando-se a perceção das equipas em relação ao tema de pesquisa definido e enunciados na secção de resultados.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

De acordo com a Administração Regional de Saúde do Norte (2009) as vias verdes funcionam como uma estratégia otimizada com o objetivo da melhoria da acessibilidade dos clientes, na fase aguda das doenças, aos cuidados médicos mais adequados de diagnóstico e tratamento dentro da janela terapêutica comprovadamente mais eficaz.

Ambos os grupos consideram a VVT uma mais-valia na prestação de cuidados à pessoa vítima de trauma reconhecendo as suas vantagens. No entanto, denota-se que existe ainda um profundo desconhecimento desta VV e sua implementação, o que demonstra necessidades formativas e de divulgação da VVT.

Da análise de dados emergiram três categorias: vantagens; necessidades formativas; fatores barreira. Duas destas categorias foram divididas em subcategorias para facilitar a compreensão do conteúdo em análise.

Vantagens

Dentro desta categoria inserem-se as subcategorias vantagens para o utente e vantagens para os profissionais, sendo que a subcategoria vantagens para o doente se divide ainda em duas subcategorias: deteção de doente potencialmente de risco e realização de exames.

Esta é a categoria que os dois grupos mais enfatizam uma vez que reconhecem principalmente vantagens em relação à VVT. Assim no que concerne às vantagens para o doente com a identificação de doentes potencialmente críticos o FC1 refere: *“(…) aquele doente que na triagem pode facilmente passar despercebido com a via verde conseguimos apanhar e encaminhar para a sala e ter uma abordagem sistematizada (...)”* Enf D1, refere também: *“(…) a VVT é ma mais-valia porque permite rapidamente identificar se é um doente grave ou não (...)”* EnfB1

Na mesma linha de pensamento o FC2 refere: *“Aquele que entra estável e descompensa, e que essas lesões podiam ter sido detetadas precocemente e não foram, essas é que iam beneficiar...”* EnfB2 refere também que *“(…) a VVT iria contribuir pois iria seleccionar os doentes em que realmente havia critérios de gravidade”* ENFD2

Isto vai de encontro a estudos como o de Lansink & Leenen (2007) e Celso, Tepas, Langland-Orban, Pracht, Papa, Lottenberg, & Flint, (2006) que mostram que um sistema de trauma inclusivo, com a existência de centros e sistemas de trauma, ajudam a diminuir a mortalidade e morbilidade das suas vítimas.

Verão (2013) refere que a intervenção precoce e adequada pode melhorar o prognóstico dos doentes politraumatizados, para tal é imperativo a implementação de mecanismos organizacionais que permitam a sua rápida identificação, assim como a instituição, em tempo útil, de terapêutica otimizada. A outra subcategoria encontrada identifica a realização de exames complementares de diagnóstico de forma mais rápida e sistematizada, o

FG1 refere *“A cirurgia avalia o doente (...), mesmo que seja desativado o doente tem prioridade para fazer os exames (...)” Enf B1*, por sua vez o FG2 menciona que: *“o facto de termos uma VVT também faz pressão nos outros serviços” ENFC2* e que *“A ideia é mesmo quanto mais rápida for a assistência e a diminuição dos riscos com a prevenção de complicações, futuramente vamos melhorar as comorbilidades daquele doente” ENF C2*.

Georgiou & Lockey (2010) referem que a existência de equipas de trauma, diminui a mortalidade das vítimas de trauma, assim como os tempos que decorrem na ressuscitação, transporte para exames auxiliares de diagnóstico e bloco operatório.

Em relação à subcategoria vantagens para os profissionais ambos os grupos demonstram entusiasmo e positividade em relação à VVT uma vez que consideram que esta potencia a dinâmica da equipa de enfermagem e lhes permite atuar de forma mais segura.

O FG1 refere: *“A equipa de enfermagem tem um papel ativo uma vez que pode intervir” Enf B1* refere ainda que (...) *se a VVT preconiza que um capotamento vai para a SE é porque há estudos que comprovam que x doentes vítimas de capotamento revelaram às x horas complicações, isso melhora o atendimento do doente e defende o enfermeiro da triagem” Enf D1*

Por sua vez o FG2 menciona: (...) *Os cuidados são iguais para todos os doentes, já que toda a equipa sabe o que tem que fazer, seguimos aqueles critérios, seguimos aqueles cuidados e é tudo muito mais rápido, sim” ENFD2* e *“(…) eu também acho que deve trazer um contributo muito grande, principalmente*

na estandardização entre um doente e os cuidados que são iguais (...)” ENFD2

Assim ambos os grupos consideram que o facto de a VVT estabelecer critérios de ativação e fornecer *guidelines* de atuação, a torna uma ferramenta importante e valiosa no atendimento à vítima de trauma que não só beneficia o utente através da deteção de vitimas potencialmente criticas e da mais rápida realização de exames complementares de diagnóstico, como é uma mais-valia para os profissionais uma vez que lhes permite trabalhar de forma mais segura, confiante e organizada. Denotamos também que as vantagens reais identificadas pelos profissionais que trabalham diariamente com a VVT são muito semelhantes àquelas que os profissionais que não trabalham com VVT identificam.

Estas considerações vão de encontro à literatura na medida em que consideram que trabalhar segundo protocolos definidos dá segurança à equipa e aumenta a confiança uma vez que a abordagem à pessoa vítima de trauma, depende da capacidade da equipa de trauma, em intervir de forma sequencial e hierarquizada com o foco na estabilização e manutenção das funções vitais. A intervenção rápida e de qualidade garante que o resultado será o mais otimizado possível (Gomes, Araújo, Carneiro, Dias, Lecky, & Costa-Pereira, 2008).

Muitos países têm demonstrado um grande interesse no desenvolvimento e implementação destas diretrizes, reconhecendo que se estas forem explícitas, entendidas e aceites pelos profissionais, podem contribuir para melhores práticas e desempenhos, melhor eficiência dos serviços, diminuição da variação da prática clínica, para o

estabelecimento de padrões comparativos de qualidade dos cuidados e para a otimização dos recursos com o aumento das atuações custo-efetivas (Campos, Saturno, & Carneiro, 2010).

Necessidades formativas

Em relação às necessidades formativas necessárias para a implementação da VVT, os grupos reconhecem que idealmente as equipas deveriam possuir formação adequada para abordar a vítima de trauma, no entanto consideram que a falta de formação específica não deve impedir a implementação desta VV. Assim, o FG1 refere *“O ideal era que todos os enfermeiros de Urgência tivessem uma formação certificada em trauma como TNCC por exemplo (...)”* Enf A1, no entanto considera também (...) *nós temos formação de trauma para médicos e enfermeiros no próprio hospital isso é suficiente para abordar um trauma, (...) se as coisas estão protocoladas tens critérios específicos que sabes que tens de seguir aqueles critérios qual a dificuldade de ativar a VVT na triagem?”* Enf E1

Por sua vez o FG2 refere *“Eu acho que não temos que ter os serviços todos, temos é que ter uma equipa que tem a noção das suas limitações e que tem que ser capaz de dar a volta á situação e dar a volta ao problema e responder da maneira mais eficaz. Nesse sentido, se bem que só tínhamos a ganhar com isso”* ENFB2

Segundo Miller (2010) a instituição de um sistema de trauma encoraja o treino especializado de enfermeiros. Assim, o enfermeiro que assume um papel preponderante no funcionamento da VVT desde a triagem, passando pela abordagem ao utente, até à sua transferência para cuidados definitivos deve possuir formação adequada, o que

vai de encontro ao referido pela ENA (2007, p. 8): *“A otimização dos cuidados aos utentes com trauma é melhor alcançada num trabalho de equipa em que todos os membros utilizam uma abordagem sistemática, (...) os enfermeiros de urgência são membros essenciais da equipa de trauma. A mortalidade e morbilidade dos doentes com trauma podem ser significativamente reduzidas através da formação de enfermeiros”*.

Fatores dificultadores

Nos dois FC os participantes não identificam desvantagens da VVT, identificam sim fatores barreira, assim foi possível encontrar duas subcategorias: desconhecimento em geral dos profissionais em relação à VVT e Custos associados à VVT, sendo que no FG2 é identificada ainda a subcategoria motivação das equipas/conflitos inter equipa.

Em relação ao desconhecimento em geral dos profissionais de saúde em relação à VVT o FG1 refere *“Nós temos muitos doentes vítimas de trauma trazidos pela VMER que passam na triagem primeiro e nós é que ativamos a VVT, muitas vezes os elementos da VMER ficam surpreendidos por ser ativada a VVT.”* Enf A1 e ainda (...) *Há critérios específicos que os profissionais não conhecem (...)* Enf A1

O FC2 refere *“Não tenho qualquer tipo de conhecimento nem tive contacto com outro serviço que o tenha. Deduzo que tenha os mesmos critérios que usamos para a VVAVC, há tempos, há critérios... Agora não tenho qualquer tipo de conhecimento...”* ENFA2

Ou *“Eu não conheço os critérios para ativação da VVT (...)”* ENFD2

Podemos assim validar o referido pela FG1, quando refere que as equipas que não trabalham com a VVT não têm conhecimento acerca da mesma. Percebemos também que a equipa que não tem contacto direto com a VVT lhe reconhece vantagens ao comparar com outras VV com as quais trabalha, nomeadamente a Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (VVAVC).

Em relação aos custos o FG1 refere (...) *Dá trabalho, gasta recursos, implica gastos e é preciso know how (...) EnfA1* o FG2 considera, *“(...) implica também alguns serviços de imagiologia se calhar terem a presença física, não estamos a falar só no RX (...), mas outro tipo de exames complementares que não estão” EnfC2.*

No entanto o FG1 refere que *“Eu acho que nem é por isso mas sim desleixo de quem manda (...)” Enf E1* considera que os Hospitais que implementaram a VVT, o fizeram *“porque alguém que estava à frente estava mais preocupado com a evolução dos cuidados do que com questões monetárias.” Enf E1* e *“A VVT implica uma equipa de trauma que está sempre disponível assim como os exames de diagnóstico, portanto não implica mais gastos” Enf A1.*

Os grupos consideram que os custos associados podem ser uma preocupação, mas não um fator impeditivo da implementação da VVT.

Massada (2012, p. 11) refere que *“Os custos do trauma são assim altíssimos quer do ponto de vista humano, social ou financeiro, nos quais se incluem os custos diretos, relativos aos cuidados de saúde e aos danos materiais, e os custos indiretos resultantes de incapacidades por vezes graves e permanentes: diminuição da produtividade do doente e dos seus*

familiares; indemnizações; cuidados de saúde longos incluindo cirurgias reconstrutivas e estéticas; cuidados de reabilitação a curto e a longo prazo; suporte terapêutico e serviços sociais de apoio a longo prazo, por vezes até ao fim da vida.” Na mesma linha de pensamento a ENA, 2019 como sua posição que: *“uma abordagem padronizada e organizada do sistema de trauma melhora o tratamento do trauma e reduz a mortalidade e a incapacidade.”*

Assim, conforme os participantes referem a VVT deve ser encarada como uma ferramenta de diminuição de custos a longo prazo e não como um custo uma vez que permite melhorar os cuidados à vítima de trauma melhorando o atendimento/prognóstico/reabilitação e consequentemente os custos associados.

O FG2 refere ainda como fator barreira para a implementação da VVT a motivação da equipa e os conflitos interprofissionais nomeadamente médico/enfermeiro, *“(...) eu acho que a vontade tem que estar em toda a equipa, não só a equipa de Enfermagem e eu acho que se tentarmos implementar cá, falando pela nossa experiência se calhar a equipa médica pode oferecer alguma resistência.” ENFD2* e ainda *“Nós, equipa de Enfermagem teríamos que ter uma grande força de vontade e persistência em ter a VVT, tendo em conta as pressões contra os Enfermeiros Triadores que existem no serviço neste momento.” ENFB2*

De forma subtil ou explícita, o conflito está sempre presente nas organizações, sejam elas de qualquer tipo. Para Malik, citado por Farias (2002), o conflito está intimamente ligado às organizações. Os conflitos são inerentes à existência de grupos

diferenciados, à interdependência de tarefas e ao compartilhamento de recursos.

Fator este que pode ser ainda potenciado pelo facto de as situações de trauma serem dotadas de altos níveis de stress, no entanto, notamos que o grupo que trabalha atualmente com a VVT não identifica esta dificuldade, pelo contrário, quando questionados acerca de dificuldades vivenciadas referem: *“Não, está enraizada há muitos anos, é mais que preconizado é ativada a VVT e o doente é encaminhado para a SE” ENF F1.*

O que nos leva a inferir que o bem maior para o utente impera e os conflitos interprofissionais são ultrapassados.

Importa ainda referir que quando questionados acerca da realização de registos em trauma os participantes do FG1 referem (...) *havia um impresso onde se colava a etiqueta de identificação do doente e posteriormente havia uma equipa que fazia auditoria, entretanto isso perdeu-se um pouco (...) Enf B1* e acabam por desvalorizar a importância dos mesmos *“(...) no entanto a ideia fundamental e de base da VVT essa nunca se perdeu, e isso é o que nos interessa, que seja rapidamente identificado na triagem, sinalizado encaminhado para a SE rapidamente avaliado.” Enf A1*

Segundo a ENA (2019) *“(...) a ausência de sistemas de trauma em muitas partes do mundo, particularmente em países de rendimento médio, continua a ser um desafio ao desenvolvimento do sistema de trauma. Como resultado, há motivação mundial para estabelecer um Banco Internacional de Dados de Trauma (ITDB) que permitiria comparações internacionais de atendimento ao trauma”.*

Consideramos importante alertar para a importância dos registos numa rede de trauma enquanto conjunto de dados que documentam os cuidados prestados e ajudam a estabelecer um plano de ação no tratamento. Permitem analisar a incidência, a prevalência geográfica, as causas e a gravidade das lesões, a identificação do acesso de cuidados e o resultado obtido e custos associados. Consequentemente, a análise destes dados permite delinear estratégias para o desenvolvimento de programas de prevenção e identificação de áreas com necessidade de melhorias, nomeadamente na operacionalização da rede de trauma, na prática de cuidados, na necessidade de reforço de recursos humanos, na adesão às normas de boa prática no trauma, entre outros (DGS, 2010).

CONCLUSÃO

Os Enfermeiros encaram a VVT como uma mais-valia nos cuidados à pessoa vítima de trauma assumindo um papel ativo nas várias fases que esta implica, reconhecendo as necessidades formativas e fatores barreira que possam existir. Independentemente de trabalharem em contextos que têm VVT implementada ou não, identificam vantagens e necessidades semelhantes. Aqueles que trabalham em locais em que se encontra implementada descrevem vantagens que testemunham no seu dia-a-dia para os utentes e para si mesmos, enquanto profissionais, na medida que lhes permite uma intervenção mais sistematizada e segura. Por sua vez os Enfermeiros que trabalham em contexto de urgência sem VVT implementada reconhecem vantagens semelhantes, em parte por compararem

a VVT a outras VV já implementadas e com provas de benefício dadas.

Em relação aos fatores dificultadores é visível o desconhecimento dos profissionais em geral em relação à VVT e os custos são uma preocupação, no entanto os grupos não as consideram limitações absolutas à implementação da VVT. O grupo que não trabalha com VVT demonstra preocupação com a motivação das equipas e conflitos inter equipa, o grupo que trabalha em SU com VVT implementada não identifica esta dificuldade.

Ao longo da elaboração do estudo deparamo-nos com algumas limitações relacionadas com a dificuldade em obter participantes, o que nos levou à constituição de grupos mais reduzidos do que desejávamos. Outra limitação constatada foi a escassa bibliografia referente a esta temática.

Ao expormos a perspetiva do Enfermeiro acerca da mesma, esperamos ajudar a solidificar a ideia de que a VVT é uma mais-valia em contexto de Urgência/Emergência e assim motivar os profissionais para a colaboração na implementação da mesma.

Este estudo permitiu gerar dados e resposta para a nossa questão de investigação, contudo consideramos importante a continuação do desenvolvimento de investigação e investimento de formação dos Enfermeiros nesta área de modo a que possamos ser atores ativos na melhoria de cuidados à pessoa vítima de trauma. Assim parece-nos imperativo que a cultura organizacional do país mude com vista a otimizar os cuidados à pessoa vítima de trauma, uma vez que os serviços se encontram dotados de profissionais com conhecimento científico adequado e motivação,

faltando apenas esta mudança para que a VVT possa funcionar em pleno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Regional de Saúde do Norte. (2009). *Um ano de Reflexão e Mudança: Comissão Regional do Doente Crítico*. Porto: ARSN

Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70

Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A.V., (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: a qualidade dos cuidados e dos serviços*. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2010. Retirado de: <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>

Celso, B., Tepas, J., Langland-Orban, B., Pracht, E., Papa, L., Lottenberg, L., & Flint, L. (2006). A Systematic Review and Meta-Analysis Comparing Outcome of Severely Injured Patients Treated in Trauma Centers Following the Establishment of Trauma Systems. *The Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care*, 60, 371-378.

Despacho n.º 8977/2017 de 11 de outubro (2017). *Diário da República* n.º 196/2017. Série II. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

Direção Geral da Saúde. (2012). *Comissão de reavaliação da rede nacional de emergência e urgência, Relatório CRRNEU*. Retirado de: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx>.

Direção Geral da Saúde. (2010). *Circular. Normativa* Nº 7/DQS/DQCO de 31/03/2010

ENA. Emergency Nurses Association. (2019). Trauma Nursing Core Course. The premier trauma nursing course for nurses and hospitals worldwide. Retirado de: <https://www.ena.org/education/tncc>

ENA. Emergency Nurses Association. (2007). Trauma Nursing Core Course. Emergency Nurses Association.

Farias, L.O. (2002). Interaction and conflict among professional categories in public hospitals. *Cad. Saúde Pública*, 18(5), 1229-1241. Retirado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000500015&lng=en&nrm=iso.

Georgiou, A. & Lockey, D.J. (2010) The performance and assessment of hospital trauma teams.

- Scandinavian Journal of Trauma. *Resuscitation and Emergency Medicine*, 18, 66.
- Gomes, E., Araújo, R., Carneiro, A., Dias, C., Lecky, F., & Costa-Pereira, A. (2008). Mortality Distribution in a Trauma System: From Data to Health Policy Recommendations. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 561-569.
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009) *Focus groups: A practical guide for applied research* (4th Ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Lansink, K., & Leenen, L. (2007). Do designated trauma systems improve outcome?. *Current Opinion in Critical Care*, 13, 686-690.
- Massada, S. (2002). *Avaliação e ressuscitação do doente com trauma grave. Normas de orientação clínica e administrativa*. Porto: Grupo de Trauma do Hospital de São João.
- Miller, S. (2010). How Trauma Networks Can Improve Patient Care. *Emergency Nurse*, 18, 14-18.
- Mock, C., Juillard, C., Brundage, S., Goosen, J., & Joshipura, M. (2009). *Guidelines for Trauma Quality Improvement Programmes*. Geneva: World Health Organization.
- Morgan, D.L. (1997). *Focus group as qualitative research (2nd ed.)*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Ordem dos Médicos. (2009). *Normas de Boa Prática em Trauma*. Lisboa: Ordem dos Médicos.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Guidelines for essential trauma care*. Geneva.
- Verão, P. (2013). *Abordagem à vítima de trauma na fase pré-hospitalar: Avaliação do papel das equipas de bombeiros* (Dissertação de Mestrado). Covilhã: Universidade da Beira Interior. Retirado de Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.6/1503>
- Wehbe, G., & Galvão, C. M. (2001). O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 9(2), 86-90. doi:10.1590/s0104-11692001000200012

SATISFAÇÃO FAMILIAR EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Family satisfaction in intensive care units: integrative literature review

Satisfacción familiar en unidades de cuidados intensivos: revisión bibliográfica integradora

Maria João Mar*, Nuno Esteves**, Ana Sabrina Sousa***

RESUMO

Enquadramento: a dificuldade para avaliar a satisfação do doente numa unidade de cuidados intensivos (UCI) determina que para aferir a qualidade dos cuidados nestas unidades seja considerada a satisfação familiar. **Objetivos:** verificar a viabilidade do questionário 'FS-ICU-24' enquanto instrumento para avaliar a satisfação familiar; identificar níveis de satisfação através do questionário com ênfase nos itens onde os níveis são mais baixos e estratégias para aumentar a satisfação. **Metodologia:** revisão integrativa com análise de artigos publicados entre 2014 e 2019 na base de dados EBSCO e no FSICU.org. Descritores: Satisfação do doente; Cuidados intensivos; FS-ICU-24. Para sistematizar a informação, foi elaborada uma tabela com os pontos: autores e ano; país, objetivos do estudo; resultados e participantes. **Resultados:** o FS-ICU-24 é um bom instrumento para aferir a satisfação familiar na UCI. Os níveis de satisfação familiar são altos (Superiores a 70%). Nas questões de resposta aberta, familiares indicam aspetos menos positivos como o ambiente físico e a comunicação. Algumas das hipóteses de melhoria sugeridas são proporcionar privacidade na sala de espera e treino à equipa em comunicação. **Conclusão:** a revisão integrativa evidencia que o FS-ICU-24 permite aferir a satisfação familiar e identificar pontos a melhorar na UCI.

Palavras-Chave: satisfação do doente; cuidados intensivos; FS-ICU-24

*Enfermeira no Serviço de Transplantes de Medula Óssea no Instituto Português de Oncologia do Porto, com mestrado com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

**Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar de São João.

***PhD, Centro Hospitalar S. João, Universidade Católica Portuguesa.

ABSTRACT

Background: due to the difficulty of evaluating and intensive care unit (ICU) patient's satisfaction, family satisfaction must be taken into consideration when assessing the quality of the care provided in these units. **Objectives:** evaluate the feasibility of the quiz 'FS-ICU-24' as an instrument to assess family satisfaction; identify satisfaction levels through a questionnaire with an emphasis on items where satisfaction levels are lower and strategies to increase it. **Methodology:** an integrative review that analyzes relevant articles published in EBSCO and in FSICU.org data bases between 2014 and 2019. Key words: patient satisfaction; critical care; FS-ICU-24. In order to achieve systematized information, a table with the following points was prepared: authors and publication date, country, study objectives, results and participants. **Results:** 'FS-ICU-24' is a good instrument to assess family satisfaction in the ICU. Family satisfaction levels are high (above 70%). In open-ended questions relatives refer less positive aspects such as the physical environment and communication. Some improvement suggestions are the possibility to increase privacy at waiting rooms and provide communication skills training to the staff. **Conclusion:** the integrative review shows that the FS-ICU-24 allows family satisfaction assessment and identification of improvements points in ICU.

Keywords: patient satisfaction; critical care; FS-ICU-24**RESUMEN**

Marco contextual: la dificultad para evaluar la satisfacción del paciente internado en una unidad de cuidados intensivos (UCI) determina que para averiguar la calidad de los cuidados prestados en este tipo de unidades sean consideradas las necesidades y satisfacción familiar. **Objetivos:** comprobar la viabilidad del 'FS-ICU-24' como instrumento para evaluar la satisfacción familiar; identificando los ítems donde esta satisfacción es más baja y qué estrategias se adoptan para aumentar. **Metodología:** revisión integradora donde se analizaron artículos (en inglés) publicados entre el 2014 y el 2019 en la base de datos EBSCO y sitio web organizacional FSICU.org. Se utilizaron como palabras clave: satisfacción del patient, cuidados intensivos, FS-ICU-24. Para sistematizar esta información artículos se elaboró un instrumento con informaciones tales como, autores y año de publicación, país, objetivo de estudio, resultados y participantes. **Resultados:** el 'FS-ICU-24' es un buen instrumento para averiguar la satisfacción familiar en la UCI. Los niveles de satisfacción familiar en general son altos (superiores que 70%). En la respuesta abierta del cuestionario, los familiares indican aspectos menos positivos relacionados con el ambiente físico y con la comunicación, y también son sugeridas hipótesis de mejora cómo proporcionar más privacidad en la sala de espera y capacitar al equipo de comunicación. **Conclusión:** la revisión integradora muestra que la FS-ICU-24 permite medir la satisfacción familiar e identificar puntos para mejorar en la UCI.

Palabras clave: satisfacción del paciente; cuidados intensivos; FS-ICU-24**Como Referenciar:**

Mar, M.J., Esteves, N., & Sousa, A.S. (2020). Satisfação familiar em cuidados intensivos: revisão integrativa da literatura *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 67-77. doi.10.37914/riis.v3i1.61

Recebido para publicação em: 24/01/2020
Aceite para publicação em: 05/05/2020

INTRODUÇÃO

Avaliar as necessidades e o grau de satisfação dos familiares de doentes internados na UCI torna-se parte essencial dos cuidados dos profissionais de saúde, que para além da prestação de cuidados, estes têm como função diminuir a dor e o sofrimento dos familiares dos doentes na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) (Neves, Dantas, Bitencourt, Vieira, Magalhães, & Teles, 2009).

Dado que 20% dos doentes admitidos na UCI não sobrevivem e os restantes são frequentemente incapazes de recordar e avaliar a sua experiência, mensurar a satisfação do doente internado neste tipo de unidades é um desafio que ainda se coloca na atualidade (Ferrando, et al., 2019).

Esta dificuldade em avaliar a satisfação do doente internado na UCI conduz inevitavelmente a que para aferir a qualidade dos cuidados prestados na unidade de cuidados intensivos, sejam forçosamente consideradas as necessidades e a satisfação familiar (Tastan, Iyigun, Ayhan, Kilickaya, Yilmaz, & Kurt, 2013).

A abordagem à família do doente internado tem sido alvo de inúmeras pesquisas ao longo dos anos, no entanto, na especificidade do doente internado na UCI, esta questão torna-se particularmente complexa, uma vez que todo o equilíbrio familiar é alterado pela doença grave e pela assunção de um evento catastrófico gerador de sentimentos medo, choque e descrença. Toda a família, assim como o doente sofrem com a rutura da sua rotina e do seu ambiente, pela perceção da degradação familiar e da descontinuidade da sua história de vida, onde o tratamento impessoal prestado pela equipa, a exclusão da rotina hospitalar e a uniformização no

tratamento dos doentes, podem gerar na família a sensação de perda de controle, despersonalização, exacerbação dos mecanismos de defesa, sentimento de abandono e confusão cognitiva (Ismael, 2010).

Neves, Schwartz, Guanilo, Amestoy, Mendieta & Lise (2018) indicam que a avaliação da satisfação dos familiares na fase da admissão do doente na UCI permitiria à equipa a adequação da sua prestação de cuidados, tornando-a mais direcionada e visando melhores resultados, tanto para o doente como para os familiares que o acompanham.

Neste sentido, desde 1970 que têm surgido vários questionários para identificar as necessidades da família e a satisfação com os cuidados prestados nas unidades de cuidados intensivos, sendo o *'Family Satisfaction in the intensive care unit – 24 (FS-ICU-24)'* o instrumento mais amplamente usado (Kim, et al., 2017).

O *'Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit (FS-ICU)'* foi desenvolvido no Canadá e inclui os conceitos satisfação com o cuidado do doente, qualidade no fim de vida, necessidades dos familiares e satisfação/ insatisfação com decisões médicas (Heyland, & Tranmer, 2001). A versão inicial era composta por 34 questões, mas anos mais tarde, o questionário passou por uma revisão, a qual originou a versão atual com 24 questões. Esta adaptação recebeu colaboração de pesquisadores dos Estados Unidos, sendo validada para ambos os países – Canadá e Estados Unidos da América. Em Portugal o instrumento encontra-se traduzido e sua utilização está autorizada pelos autores. A partir desta revisão, definiu-se um *score* para mensurar a satisfação em relação aos cuidados, um *score* para a participação no processo de tomada de decisão e um *score* de

satisfação geral que engloba o cuidado e a tomada de decisão. Além dos três itens avaliados, o instrumento também prevê um *score* e questões para avaliar familiares de pacientes de não sobreviventes em relação aos cuidados no final de vida e óbito na UCI. As questões são respondidas com base numa escala de *Likert*, quantificada de 1 a 5 em que 1- “Excelente”, 2- “Muito Bom”, 3- “Bom”, 4- “Razoável” e 5- “Mau”. Existe ainda uma sexta opção “N/A- Não se aplica”, para situações em que o inquirido considere que a questão não se enquadra no seu caso (Wall, Engelberg, Downey, Heyland, & Curtis, 2007).

A revisão integrativa foi realizada para dar resposta aos seguintes objetivos: verificar a viabilidade do questionário ‘*FS-ICU-24*’ enquanto instrumento para avaliar a satisfação familiar; identificar os itens onde os níveis de satisfação familiar são mais baixos e quais as estratégias adotadas para aumentar o nível de satisfação familiar.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE REVISÃO

A revisão integrativa é uma metodologia que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Diante da necessidade de uma prática baseada na evidência, a revisão integrativa tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza

as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico (Souza, Silva & Carvalho, 2010).

A revisão integrativa no âmbito da satisfação familiar na UCI foi realizada em dezembro de 2019 nas bases de dados EBSCO e FSICU.org com definição das palavras-chave *Patient Satisfaction, Critical Care, FS-ICU-24* e com utilização do recurso operador booleano AND. O termo ‘*FS – ICU – 24*’ apesar de não ser um termo MESH (*Medical Subject Headings*) faz sentido ser incluído nesta revisão, uma vez que é objetivo desta pesquisa verificar a satisfação familiar de doentes internados na UCI com o instrumento questionário ‘*FS-ICU-24*’. Como critérios de inclusão foram definidos ano 2014-2019 e texto integral.

O processo de pesquisa e seleção de artigos a incluir na revisão integrativa encontra-se ilustrado no diagrama PRISMA (Figura 1). O mesmo decorreu da seguinte forma, foram introduzidas as palavras-chave na base de dados EBSCO e no site da organização FSICU.org. Inicialmente foram obtidos treze artigos na base de dados EBSCO e um artigo no FSICU.org. No processo de seleção foi definido como critério de inclusão, texto integral, assim foram excluídos três artigos. Na fase da inclusão, por inadequação ao tema foram excluídos cinco artigos. O artigo obtido da FSICU.org manteve-se ao longo do processo de seleção e inclusão.

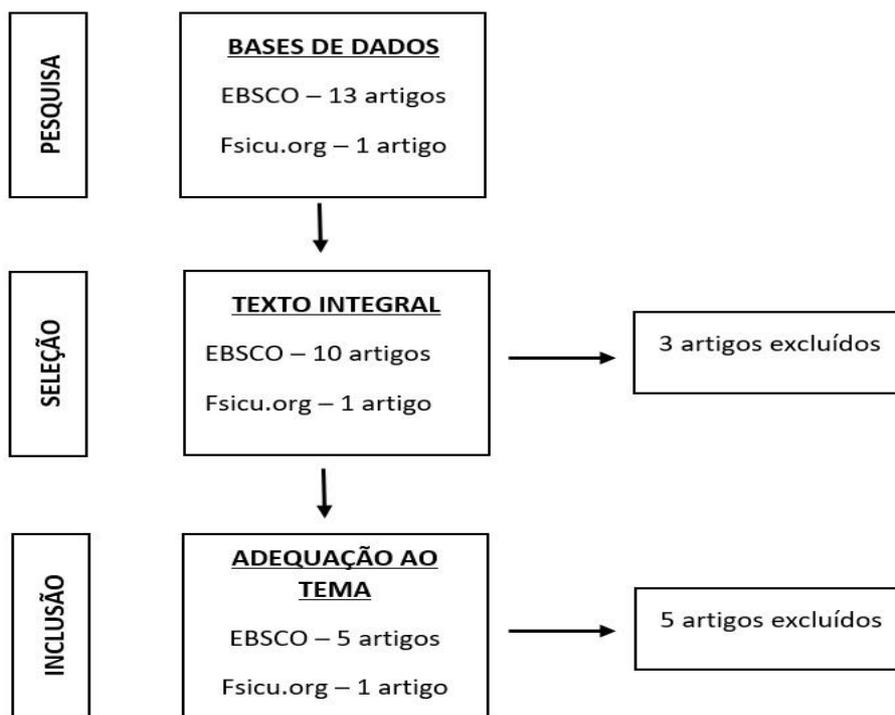


Figura 1

Diagrama PRISMA

RESULTADOS

Os artigos incluídos nesta revisão integrativa revelam pontos comuns, nomeadamente no que diz respeito à robustez do questionário, aos pontos em que a satisfação familiar apresenta

scores mais baixos e também nas propostas para aumento da satisfação familiar. No Quadro 1 apresentam-se os artigos selecionados para a revisão integrativa, destacando-se os seguintes aspetos: autores e ano; país, objetivos do estudo; resultados e participantes.

Quadro 1

Síntese de artigos incluídos na revisão integrativa

Autores e Ano	País	Objetivo do estudo	Resultados	Participantes
Ferrando et al. 2019	Reino Unido	Aferir a satisfação familiar com as unidades de cuidados intensivos em UK utilizando o questionário FS-ICU-24	O FS-ICU-24 pode ser usado para aferir a satisfação familiar, mas deve ser ajustado às características das diferentes famílias; O nível de satisfação é alto, contudo o facto de haver uma cauda longa significa que há resultados muito baixos; Familiares de não sobreviventes apresentam níveis de satisfação mais altos do que familiares de sobreviventes; Para familiares de não sobreviventes só as características do doente eram significativas,	7173 membros da família de 4615 doentes internados na UCI por mais de 24 horas entre maio de 2013 e junho de 2014

Satisfação familiar em unidades de cuidados intensivos: revisão integrativa da literatura

			<p>para familiares de sobreviventes tanto as características do doente como da família eram determinantes na satisfação familiar.</p> <p>Este estudo apresenta como limitação enviesamentos, o facto de só incluir familiares de doentes internados há mais de 24 horas, pode excluir os familiares de doentes graves que morrem nas primeiras 24 horas e ainda diferenças na evolução dos doentes cujos familiares responderam ao questionário, possível vies.</p>	
Tastan et al. 2013	Turquia	Testar a versão Turca do FS-ICU-24	<p>O FS-ICU-24 pode ser usado para aferir a satisfação familiar;</p> <p>Os maiores níveis de satisfação familiar estão relacionados com os cuidados prestados pelos enfermeiros e pelos médicos ao doente;</p> <p>Os níveis mais baixos de satisfação estão relacionados com:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informações dadas pelos enfermeiros acerca do estado do doente; - Condições da sala de espera da unidade de cuidados intensivos. <p>Como limitação este estudo apresenta o facto de as expectativas dos familiares influenciarem a satisfação com os cuidados.</p>	120 familiares de doentes internados em departamentos de anestesia e reanimação, por mais de 48 horas, entre maio e dezembro de 2008
Clark et. al 2016	Estados Unidos da América	Implementar um instrumento para avaliação a satisfação familiar na UCI; Mensurar a satisfação familiar e fazer recomendações com base nos resultados obtidos.	<p>O FS-ICU-24 tem viabilidade para mensurar a satisfação familiar na UCI;</p> <p>Media de satisfação geral 72.24%;</p> <p>Media de satisfação com os cuidados prestados 70.87%; Media de satisfação com a tomada de decisão 72.03%;</p> <p>Pontos comuns descritos pelas famílias em texto livre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comentários positivos acerca da equipa, dos cuidados e do conforto que a equipa providencia; Comentários negativos: necessidade de melhor comunicação com a equipa; ambiente físico – sugestões de melhoria da sala de espera e estacionamento. <p>Como limitação este estudo apresenta o facto de os questionários serem recolhidos enquanto o doente está internado o que pode ocasionar falsos positivos e ainda o facto de a amostra não ser representativa da</p>	39 membros da família de doentes internados na UCI entre outubro de 2014 e dezembro de 2014

Satisfação familiar em unidades de cuidados intensivos: revisão integrativa da literatura

			população e ainda o facto de a amostra ser pequena.	
Lyes et al. 2019	Reino Unido	Avaliar a eficácia das estratégias adotadas para aumentar a satisfação familiar tendo por base os resultados do FS-ICU-24	O FS-ICU-24 é um instrumento válido para avaliar a satisfação familiar A maior parte (63%) dos respondentes apresentam respostas que correspondem a satisfação 80% ou superior; As respostas abertas foram codificadas em seis tópicos: Ambiente físico; cuidado ao doente e à pessoa; cuidado aos membros da família; comunicação e tomada de decisão; cuidados à equipa; internamento hospitalar. Para os tópicos criados foram propostas hipótese de melhoria. Uma limitação do estudo prende-se com o facto de os tópicos poderem não abranger exaustivamente todas as atividades de melhoria da qualidade.	1855 membros da família de doentes internados na UCI por mais de 48 horas
Kim et al. 2017	Coreia do Sul	Traduzir para coreano e validar versão coreana do FS-ICU-24	A versão coreana do FS-ICU 24 constitui um bom instrumento para avaliar a satisfação familiar. A média da satisfação geral foi de 75.44%. Os participantes estavam mais satisfeitos com serem consideradas as suas necessidades e menos satisfeitos com o ambiente físico da UCI e da sala de espera. Como limitação apresenta o facto de as respostas serem maioritariamente de familiares de sobreviventes.	200 membros da família de 176 doentes internados na UCI por mais de 48 horas Family; intensive care units; satisfaction; validation studies
Björg Dale; Gro Frivold 2018	Noruega	Testar a tradução e explorar as propriedades psicométricas de versão norueguesa do questionário	O FS-ICU-24 apresenta propriedades psicométricas o que indica que é um instrumento adaptado para aferir a satisfação familiar Uma limitação deste estudo é o facto de a amostra ser pequena, o impacto cultural e o facto de os questionários terem sido colhidos numa única data.	123 membros da família de doentes internados na UCI por mais de 24 horas

Ferrando et al. (2019) verificaram que da aplicação do 'FS-ICU 24', em geral, o nível de satisfação é alto, contudo o tratamento dos dados evidencia que há uma cauda longa, o que significa que há resultados muito baixos. É ainda perceptível que os familiares de não sobreviventes apresentam níveis de satisfação mais altos do que familiares de sobreviventes. Outro ponto

verificado pelos autores, é que para familiares de não sobreviventes só as características do doente eram significativas, enquanto que para familiares de sobreviventes tanto as características do doente como da família eram determinantes na satisfação familiar. Tastan et al. (2013) decorrente da aplicação do questionário constataram que os maiores níveis de

satisfação familiar estão relacionados com os cuidados prestados pelos enfermeiros e pelos médicos ao seu familiar. Por outro lado, os níveis mais baixos de satisfação familiar estão associados às informações dadas pelos enfermeiros acerca do estado do doente e as condições da sala de espera da UCI.

Clark, Milner, Beck, & Mason, (2016) apontam como média de satisfação geral 72,24%, como média de satisfação com os cuidados prestados de 70,87% e como média de satisfação com a tomada de decisão de 72,03%. Da análise das questões de resposta aberta dadas pelas famílias, Clark et al. (2016) identificam comentários positivos acerca da equipa, dos cuidados e do conforto que a equipa providencia e comentários negativos que se relacionam com a necessidade de melhor comunicação com a equipa e sugestões que se relacionam com o ambiente físico, especificamente, sugestões de melhoria da sala de espera e estacionamento.

Neste sentido, Neves et. al (2018) verificaram a necessidade de ampliar as possibilidades de comunicação estabelecidas com os familiares, visto que se trata de um recurso que os aproxima dos profissionais de saúde e facilita a compreensão da condição clínica dos doentes internados, gerando alívio do sofrimento e conforto.

Lyes, Richards-Belle, Connolly, Rowan, Hinton, & Locock, (2019) verificaram da análise de respostas ao 'FS-ICU 24' que a maior parte das famílias (63%) apresentam respostas que correspondem a uma satisfação de 80% ou superior. Relativamente às questões de resposta aberta, estas foram codificadas em seis tópicos: ambiente físico; cuidado ao doente e à pessoa; cuidado aos membros da família;

comunicação e tomada de decisão; cuidados da equipa; internamento hospitalar.

Kim et al. (2017) constataram da análise das respostas ao questionário que a média da satisfação geral foi de 75,44%. Contudo, os participantes estavam mais satisfeitos com serem consideradas as suas necessidades e menos satisfeitos com o ambiente físico da sala de espera.

Björg, & Frivold, (2018) aferiram que 'FS-ICU-24' apresenta propriedades psicométricas, o que indica que é um instrumento adaptado para aferir a satisfação familiar.

DISCUSSÃO

Os artigos incluídos nesta revisão indicam que o 'FS-ICU-24' apresenta propriedades psicométricas que lhe conferem viabilidade para mensurar a satisfação familiar em unidades de cuidados intensivos.

Os resultados obtidos indicam que os níveis de satisfação familiar geral são elevados (superiores a 70%), contudo os familiares de doentes que faleceram apresentam maiores níveis de satisfação do que os familiares de sobreviventes. Estas diferenças parecem estar associadas ao facto de os familiares dos não sobreviventes das unidades de cuidados intensivos terem uma maior envolvência na tomada de decisão no fim de vida. Por outro lado, os familiares de sobreviventes têm de lidar com problemas decorrentes do internamento numa UCI (Ferrando et al., 2019).

Especificando a satisfação familiar em termos dos itens descritos no 'FS-ICU-24', os familiares indicam que o que mais os satisfazia eram os cuidados prestados pelos profissionais (enfermeiros e médicos). Por outro lado, os pontos menos satisfatórios eram a frequência da informação que era dada pelos enfermeiros acerca

do estado do paciente e as condições das salas de espera (Tastan et al., 2013).

Ferrando et al. (2019) apontam ainda que os valores mais baixos de satisfação estão associados à documentação escrita de admissão e alta da unidade de cuidados intensivos e ao rácio enfermeiro/doente.

Lyes et al. (2019) codificaram as questões de resposta aberta presentes no 'FS-ICU-24' em seis tópicos: ambiente físico, cuidados ao paciente e à pessoa, cuidados aos membros da família, comunicação e tomada de decisão, cuidado com a equipa e internamento hospitalar. Os desenvolvimentos destes tópicos remetem para melhorias que conduzem ao aumento dos níveis de satisfação familiar. No tópico ambiente físico os familiares apontam melhoria da orientação e redução do tédio, a importância de criar um ambiente que permita descansar e dormir e a qualidade da sala de espera. O tópico cuidado ao doente e pessoa remete-nos para os temas conhecer a pessoa, preservar a dignidade e lidar com a alucinação e ventilação assistida. No que diz respeito ao tópico dos cuidados aos membros da família são apontadas a melhoria do contacto com os familiares doentes, orientação do doente, a prestação de suporte emocional pela equipa e a privacidade no luto. Na comunicação e tomada de decisão, os temas apontados foram a melhoria do contacto familiar com os médicos, melhoria da comunicação dia-a-dia e melhoria da comunicação com o doente. O tópico cuidado à equipa aponta o treino à equipa em comunicação e o suporte à equipa como temas a desenvolver. Em relação ao internamento hospitalar os temas a desenvolver são a alta dos cuidados intensivos e a comunicação com outros serviços.

Os vários artigos na revisão integrativa apontam para a codificação das questões de resposta aberta e com base nestas respostas, os autores propõem recomendações para aumentar a satisfação familiar, logo, a qualidade dos cuidados no serviço de cuidados intensivos.

Desta forma, as recomendações surgem agrupadas conforme a codificação atribuída pelos autores às questões de resposta aberta.

Ambiente Físico

Lyes et al. (2019) apontam como recomendações de melhoria na categoria ambiente físico, de forma a ir de encontro ao aumento da satisfação familiar, a colocação de relógios, a utilização de caixotes silenciosos e a troca do toque do telefone.

Por seu lado Clark et al. (2016) propõe nesta categoria, que denominam de medidas de conforto, redesenhar a sala de espera familiar para providenciar confidencialidade e privacidade, identificar sinais e descobrir formas para reduzir o stresse. Propõem ainda, a incorporação dos resultados da evidência científica acerca da disposição do mobiliário, distrações positivas e redução do barulho na saúde da família que visita os cuidados intensivos.

Cuidado ao doente e pessoa

No sentido de preservar a dignidade do doente, Lyes et al. (2019) sugerem como hipóteses de melhoria usar um sinal que indique que estão a ser prestados cuidados ao doente e o desenvolvimento de formações para a equipa e paciente acerca do impacto da experiência da alucinação.

Cuidado aos membros da família

Lyes et al. (2019) sugerem como hipóteses de melhoria neste item a promoção do envolvimento da família na

prestação de cuidados ao doente, o atendimento dos alarmes rapidamente durante a hora de visita, a equipa médica usar crachás de identificação, a informação do doente ser registada de forma a ser partilhada com o contacto principal e as orientações e regras registadas de forma a serem partilhadas com o contacto principal. Clark et al. (2016) propõem que durante as primeiras 24 após admissão na UCI, a equipa multidisciplinar deverá ser apresentada aos membros da família e mostrado um vídeo que descreva a rotina, os recursos e expectativas. Às 72 horas, um responsável da equipa deve verificar com a família as suas necessidades. Às 96 horas os familiares devem receber um diário de cuidados para ajuda-los a tirar notas, reunir questões, preocupações ou informações que gostavam de partilhar com a equipa. Os autores sugerem ainda que as informações fornecidas pelos familiares sejam levadas em conta e que a família seja encorajada a colaborar nos cuidados, desde que se sintam confortáveis para tal.

Comunicação e tomada de decisão

No âmbito da comunicação e tomada de decisão as estratégias propostas foram: redesenhar as notas de alta com os familiares, doentes e profissionais de todas as equipas envolvidas nos cuidados ao doente, definir momentos para as reuniões familiares, veicular formação aos enfermeiros no âmbito da comunicação e identificar uma aplicação para computador comunicar com doentes ventilados (Lyes et al. 2019). Tanstan et al. (2014) enumeram os pontos referidos pelas famílias em resposta aberta e indicam propostas para aumentar a satisfação:

- A satisfação familiar aumenta quando a família é informada acerca do doente de forma completa,

correta e compreensível, ao mesmo tempo que são prestados bons cuidados atempadamente ao doente; Obter informações acerca do seu familiar a qualquer momento do dia mesmo sem perguntar, faz com que os familiares se sintam seguros e bem consigo próprios e faz com que a família se sinta envolvida nos cuidados. As sugestões propostas pelos autores integrados nesta revisão integrativa são corroboradas por Fumis, Nishimoto & Deheinzelin (2008) que verificaram que a satisfação familiar foi positivamente associada com uma maior frequência de comunicação com a equipa, especialmente com os médicos, clareza sobre o prognóstico e bom relacionamento interpessoal.

Equipa unidade cuidados intensivos

Lyes et al. (2019) sugerem a criação de um grupo de trabalho na área do *delirium*, sugerem que os enfermeiros mais experientes sejam incentivados a apoiar os enfermeiros menos experientes e ainda, que os enfermeiros sejam informados acerca dos mecanismos de suporte.

Clark et al. (2016) apontam várias recomendações para a equipa de cuidados intensivos:

Na admissão na UCI, um elemento designado da equipa reúne com um membro da família a fim de informar acerca dos mecanismos de suporte necessários;

Os profissionais da UCI receberem formação em comunicação, gestão de conflitos, reconhecimento de sinais de aumento de angústia nos membros da família e cuidados culturalmente adequados;

Médicos e enfermeiros discutirem com cada doente as possibilidades de forma tão consistente quanto possível;

Criação de mecanismo para que toda a equipa possa mencionar as suas preocupações com o plano tratamento, descompressão ou luto.

Suporte à família assegurado por equipa multiprofissional.

CONCLUSÃO

A revisão integrativa realizada evidencia a adequação e aplicabilidade do 'FS-ICU-24' para avaliar a satisfação familiar de doentes internados na UCI.

Os níveis de satisfação familiar obtidos da aplicação do questionário demonstraram valores elevados, havendo, contudo, itens nos quais os níveis de satisfação são mais baixos. Estes itens dizem respeito, sobretudo, à comunicação e ao ambiente físico da unidade e da sala de espera.

As estratégias para o aumento da satisfação familiar apontam para melhorias na comunicação entre a equipa e os familiares dos doentes internados na UCI e ainda a adoção de estratégias que reduzam o ruído, bem como tornar a sala de espera mais acolhedora e que confira maior privacidade aos familiares.

A realização desta revisão integrativa acrescenta valor à prestação de cuidados na medida que sugere estratégias que podem ser aplicadas nos contextos de prática para ir de encontro à satisfação familiar.

Como limitação deste estudo é apontado o facto de não ter sido incluída na revisão integrativa nenhum artigo que espelhasse a realidade portuguesa.

Para terminar, fica a proposta de validação e a adaptação do instrumento para a realidade portuguesa, uma vez que o mesmo apenas se encontra traduzido. E ainda, a aplicação deste questionário amplamente nas unidades de cuidados intensivos e, do tratamento de dados, verificar a aplicabilidade das

propostas sugeridas por estes autores para aumentar a satisfação familiar, logo, a qualidade dos cuidados prestados nas unidades de cuidados intensivos em Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Clark, K., Milner, K. A., Beck, M., & Mason, V. (2016). Measuring Family Satisfaction With Care Delivered in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 36(6), e8–e14. doi:10.1111/ijn.12153

Dale, B., & Frivold, G. (2019). Psychometric Testing of the Norwegian Version of the Questionnaire Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU-24). *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11, 653-659.

Ferrando, P., Gould, D., Walmsley, E., Richards-Belle, A., Canter, R., Saunders,... Rowan, K. (2019). Family Satisfaction with critical care in the UK: a multicenter cohort study. *BMJ Open*, 9:e028956. Doi10.1136/bmjopen-2019-028956

Fumis, R., Nishimoto, I., & Deheinzeln, D. (2008). Families interactions with physicians in the intensive care unit: the impact on family's satisfaction. *J Crit Care*, 23(3), 281-286

Heyland, D.K., & Tranmer, J.E. (2001). Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: the development of a questionnaire and preliminary results. *J Crit Care*, 16(4), 142-149

Ismael, S.A. (2010). família do paciente em UTI. In: Mello, F.J. (org.) *Doença e família* (pp. 251-258). São Paulo: Casa do Psicólogo

Kim, Y., Min, J., Lim, G., Lee, J., Lee, H., Lee ... Lee, Y. (2017). Transcultural Adaptation and Validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit Questionnaire in a Korean Sample. *The Korean Journal of Critical Care Medicine*. 32(1) 60-69 Retirado de 10.4266/kjccm.2016.00962.

Lyes, S., Richards-Belle, A., Connolly, B., M. Rowan, K., Hinton, L., & Locock, L. (2019). Can the UK 24-item family satisfaction in the intensive care unit questionnaire be used to evaluate quality improvement strategies aimed at improving family satisfaction with the ICU? A qualitative study. *Journal of the Intensive Care*, 0(0), 1-8. <https://doi.org/10.1177/1751143719883563>

Neves, J., Schwartz, E., Guanilo, M., Amestoy, S., Mendieta, M., & Lise, F. (2018). Avaliação da Satisfação

de Familiares de Pacientes Atendidos em Unidades de Terapia Intensiva: Revisão Integrativa. *Texto Contexto Enfermagem*.27(2),1-12

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180001800016>

Neves F., Dantas, M.P, Bitencourt, A.G.V, Vieira, O.S., Magalhães, L.T., & Teles, J.M.M. (2009). Analysis of family satisfaction in intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 21(1), 32-37 Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n1/en_v21n1a05.pdf

Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 8(1),102-6

Tastan, S., Iyigun, E., Ayhan, H., Kilickaya, O., Yilmaz, A. A., & Kurt, E. (2013). Validity and reliability of Turkish version of family satisfaction in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Practice*, 20(3), 320–326. doi:10.1111/ijn.12153

Wall, R.J., Engelberg, R., Downey, L., Heyland, D.K., & Curtis, J.R. (2007). Refinement, scoring and validation of the family satisfaction in the intensive care unit (FS-ICU) survey. *Crit Care Med*, 35(1), 271-279

FATORES QUE INFLUENCIAM A TRANSIÇÃO SAUDÁVEL PARA A REFORMA: REVISÃO INTEGRATIVA

Factors that influence the Healthy Transition to Retirement: Integrative Review

Factores que influyen en la Transición Saludable a La Reforma: Revisión Integrativa

Ana Rocha*, Andreia Silva**, Cláudia Araújo**, Liliana Peneda***, Pedro Felícia****, Susana Gonçalves***, Ana Quesado*****, António Ferreira*****

RESUMO

Enquadramento: a reforma envolve uma dimensão individual e social, constituindo um marco no desenvolvimento do indivíduo. Planear esta transição torna-se fundamental para melhorar a satisfação e qualidade de vida. **Objetivos:** identificar os fatores facilitadores do processo de transição saudável para a reforma. **Metodologia:** a revisão integrativa envolveu a pesquisa nos motores de busca: CINAHL Complete; MEDLINE; Nursing & Allied Health Collection; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts e MedicLatina, tendo-se obtido inicialmente 231 produções científicas que, após a análise segundo os critérios de inclusão, foram elegidos 7 artigos. **Resultados:** os fatores determinantes para o sucesso desta transição são: idade, género, escolaridade, saúde, rede social, estilo de vida que antecede a reforma, satisfação com a vida ativa e condição financeira. A literacia em saúde e preparação para a reforma influencia essa transição, traduzindo-se na forma como os beneficiários enfrentam os problemas de saúde, económicos e sociais. **Conclusão:** preparar a reforma com antecedência é fundamental. Desenvolver programas de preparação para a reforma, baseados no projeto pessoal do futuro reformado, é determinante, traduzindo-se em ganhos para a saúde, maior bem-estar e qualidade de vida.

Palavras-chave: programa; saúde; reforma e transição

*Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Casa de Saúde Rainha Sta. Isabel. <https://orcid.org/0000-0002-3154-3417>

**Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga.

***Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Centro Hospitalar Baixo Vouga.

**** Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

***** MSc, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa. <https://orcid.org/0000-0003-2234-4720>

***** MSc, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, Doutorando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa. <https://orcid.org/0000-0001-5008-3746>

Como Referenciar:

Rocha, A. et al. (2020). Fatores que influenciam a transição saudável para a reforma: revisão integrativa. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(1), 79-89. doi.10.37914/riis.v3i1.72

Recebido para publicação em: 14/02/2020
Aceite para publicação em: 09/06/2020

ABSTRACT

Background: the reform involves an individual and social dimension, constituting a milestone in the development of the individual. Planning this transition is essential to improve satisfaction and quality of life. **Objectives:** identify the factors that facilitate the healthy transition to retirement. **Methodology:** the integrative review involved research in the search engines: CINAHL Complete; MEDLINE; Nursing & Allied Health Collection; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts and MedicLatina, having initially obtained 231 scientific productions that, after analysis according to the inclusion criteria, 7 articles were chosen. **Results:** the determining factors for the success of this transition are: age, gender, education, health, social network, lifestyle that precedes retirement, satisfaction with working life and financial condition. Health literacy and preparation for reform influences this transition, translating into the way beneficiaries face health, economic and social problems. **Conclusion:** preparing for reform in advance is essential. Developing programs to prepare for retirement, based on the personal project of the retired future, is crucial, translating into gains in health, greater well-being and quality of life.

Keywords: program; health; retirement and transition**RESUMEN**

Marco contextual: la reforma implica una dimensión individual y social, que constituye un hito en el desarrollo del individuo. Planear esta transición es esencial para mejorar la satisfacción y la calidad de vida. **Objetivos:** identificar los factores que facilitan la transición saludable a la jubilación. **Metodología:** la revisión integrativa involucró investigación en los motores de búsqueda: CINAHL Complete; MEDLINE; Colección de enfermería y salud aliada; Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados; Registro Cochrane de Metodología; Library, Information Science & Technology Abstracts y MedicLatina, habiendo obtenido inicialmente 231 producciones científicas que, después del análisis de acuerdo con los criterios de inclusión, se eligieron 7 artículos. **Resultados:** los factores determinantes para el éxito de esta transición son: edad, género, educación, salud, red social, estilo de vida que precede a la jubilación, satisfacción con la vida laboral y condición financiera. La alfabetización en salud y la preparación para la jubilación influyen en esta transición, traduciéndose en la forma en que los beneficiarios enfrentan problemas de salud, económicos y sociales. **Conclusión:** prepararse para la reforma por adelantado es esencial. Desarrollar programas para prepararse para la jubilación, basados en el proyecto personal del futuro retirado, es crucial, traduciéndose en ganancias en salud, mayor bienestar y calidad de vida.

Palabras clave: programa; salud; jubilación y transición

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é atualmente um dos fenómenos que mais preocupa as sociedades modernas, sendo objeto de estudo de muitos investigadores, face à perspectiva de uma vida mais longa para as pessoas e a necessidade de se assegurar qualidade de vida para estas (Pocinho, Belo, Silva, Pardos, & Muñoz, 2017). A literatura refere-se ao envelhecimento como um processo natural e normal, não o reduzindo a uma visão determinista e fatalista. Este processo é uma fase crítica do desenvolvimento humano que engloba o declínio e as perdas em várias áreas da vida, mas que contempla também aspetos positivos, como a sabedoria (Pocinho, Belo, Silva, Pardos, & Muñoz, 2017).

Não devendo ser encarado como um problema, o envelhecimento deve ser visto como um processo natural do ciclo vital, que deve ser vivido de forma saudável e autónoma o maior tempo possível (Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2004). Nesse sentido, é fundamental que as pessoas mais idosas se envolvam na vida social, económica, cultural, espiritual e civil, para que envelheçam de forma ativa.

A Organização Mundial da Saúde define Envelhecimento Ativo como *“o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”* (WHO, 2002, p. 12). Já desde 2012 que a Comissão Europeia, procura promover o envelhecimento ativo, dado que a União Europeia enfrenta um rápido envelhecimento populacional bem como uma queda

nos índices de natalidade. É assim necessário melhorar as possibilidades e as condições laborais dos trabalhadores mais velhos para preservar a solidariedade entre gerações e, ao mesmo tempo, melhorar a sua inclusão na sociedade, incentivando o envelhecimento saudável (Guimarães & Nobre, 2013).

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, as tendências entre a população ativa da União Europeia apontam para um crescimento de cerca de 16,2% (9,9 milhões) do grupo etário dos 55-64 anos entre 2010 e 2030. Em numerosos países, os trabalhadores mais velhos (55-64 anos de idade) representarão 30% ou mais da população ativa. Em Portugal, segundo projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2060 a proporção de pessoas com mais de 65 anos passará de 17,4% para 32,3% da população total. A própria evolução da esperança de vida aos 65 anos tem vindo a aumentar significativamente nos últimos anos em Portugal, tendo apresentado no período de 2016 -2018, 19.49 anos de vida, para homens e mulheres. As projeções para 2080 da esperança de vida à nascença em Portugal apontam para valores a rondar os 88 anos para os homens e os 93 anos para as mulheres (Instituto Nacional de Estatística, 2019). Como se compreende um dos desafios que atualmente se coloca na sociedade é conseguir manter as pessoas mais velhas ativas, independentes e participativas, de forma a garantir a livre escolha do trabalhador aquando da sua reforma ou possível continuidade no mercado de trabalho, bem como, garantir as medidas adequadas para que este possa usufruir de pleno bem-estar no futuro (WHO, 2002). Consequentemente, este

desafio torna-se um elemento-chave da política social europeia.

Apesar de ser definido de diferentes formas, no conceito de reforma é consensual, que este seja encarado como um fenómeno que envolve uma dimensão individual e social e constitui um marco importante na trajetória de vida das pessoas. Neste sentido, planear esta transição torna-se fundamental para o desenvolvimento de estratégias que possam permitir maiores níveis de satisfação e menos *stress* psicológico durante a reforma, proporcionando um aumento da qualidade de vida. As pessoas desejam ter qualidade de vida durante a reforma, aproveitando-a como um tempo para a realização de novos projetos. As organizações, públicas e privadas, cientes do seu papel socialmente responsável devem contribuir para a saúde e o bem-estar dos seus colaboradores e reconhecer o trabalho desenvolvido pelos mesmos ao longo da sua carreira profissional. A preparação para a reforma, ainda na vida ativa, contribuirá para a construção de uma sociedade mais produtiva e saudável.

Reconhecendo a importância que os danos psicológicos, físicos, culturais e sociais que o processo de reforma não programada pode causar na população, a identificação dos aspetos relevantes na promoção da transição saudável para a reforma é fundamental para minimizar o impacto da rutura da

pessoa com o seu local de trabalho e consequentes ganhos na sua qualidade de vida.

O Despacho n.º 6401/2016 de 16 de Maio (2016) determina a criação do Programa de Saúde Prioritário na área Saúde Mental, que integra a Plataforma para a Saúde Mental. Neste sentido é fundamental criar e promover a implementação de programas de promoção do bem-estar e da saúde mental que promova uma transição saudável para a reforma da população portuguesa.

Neste contexto, surgiu o interesse em realizar uma revisão integrativa da literatura que procura identificar os fatores facilitadores do processo de transição saudável para a reforma.

Assim, surge a questão de investigação: “Quais os fatores facilitadores do processo de transição saudável para a reforma?”

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE REVISÃO

No processo da prática baseada na evidência a organização do problema foi efetuada tendo como base a abordagem PICO, cujo acrónico representa: Patient (utente), Intervention (intervenção), Comparison (comparação) e Outcome (resultados) (Galvão e Pereira, 2014). Para a operacionalização da referida abordagem, foram utilizados os seguintes descritores: “Program”, “Course”, “Health”, “Retirement” e “Transition” (validados através do Medical Subject Headings - MeSH) (Tabela 1).

Tabela 1

Abordagem PICO

P	<i>População</i>	Indivíduos a vivenciar a transição para a reforma.
I	<i>Intervenção</i>	Fatores facilitadores do processo de transição para a reforma.
C	<i>Comparação</i>	_____
O	<i>Resultados em saúde</i>	Processos saudáveis de transição para a reforma.

Para a presente revisão integrativa definiram-se como critérios de inclusão os estudos de tipologia quantitativa, qualitativa e mista, com população constituída por indivíduos a vivenciar a transição para a reforma, sem idades específicas para a mesma; artigos originais; artigos em português, inglês e francês; artigos completos e de acesso livre e data de publicação de 2002 a 2019.

A pesquisa foi realizada entre os meses outubro de 2018 e julho 2019. As bases de dados de pesquisa

utilizadas foram: CINAHL Complete; MEDLINE; Nursing & Allied Health Collection; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Library, Information Science & Technology Abstracts e MedicLatina.

A estratégia de pesquisa consistiu na seguinte fórmula em todas as bases de dados selecionadas: (Program OR Course) AND Health AND Retirement AND Transition. O processo de seleção dos estudos representa-se no fluxograma seguinte.

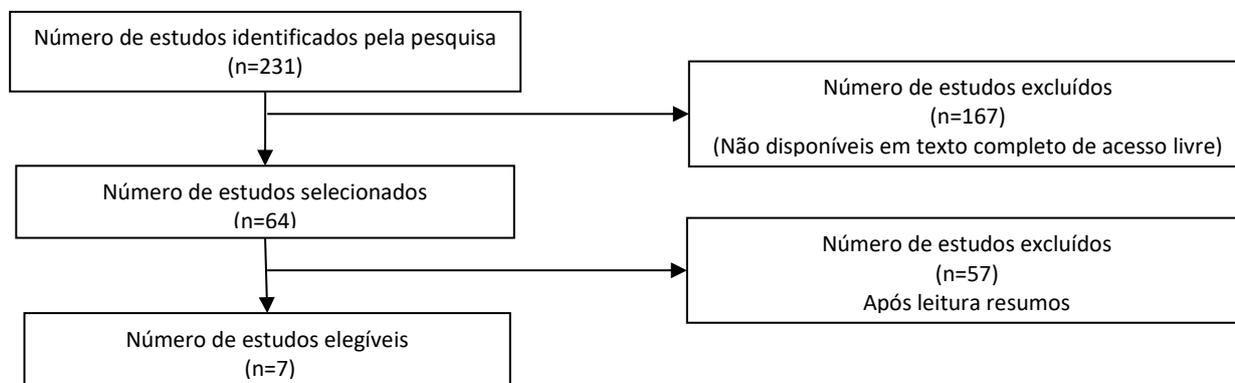


Figura 1

Fluxograma do processo de pesquisa e seleção dos estudos

Como se pode verificar da análise do fluxograma o número de estudos potencialmente relevantes após a pesquisa foi de 231. Após limitar a pesquisa para artigos de texto completo, foram considerados 64 artigos. Pela leitura e análise dos resumos, foram

excluídos 57 artigos por não estarem relacionados com a temática, não estarem nos idiomas objeto de integração e falta de rigor metodológico, sendo selecionados 7 artigos elegíveis para estudo.

RESULTADOS

Como resultado da metodologia utilizada realizou-se esta revisão com base nos 7 artigos selecionados.

A análise desses estudos apresenta-se sintetizada no quadro 1, que se encontra organizada segundo as variáveis: Identificação do estudo, tipo de estudo, amostra, objetivos e resultados major.

Quadro 1

Análise do conteúdo informacional dos estudos.

Autor/ Ano	Título	Tipo de estudo/ Amostra	Objetivos	Resultados
Lúcia Helena de Freitas Pinho França, (França, 2010)	Preparação para a Reforma: Responsabilida de individual e colectiva.	Descritivo Amostra: Trabalhadores frente a sua aposentadoria ou continuidade no mercado.	Como planejar um Programa de Preparação para a Reforma	Dentre as consequências da reforma estão o alto custo das previdências e a manutenção da saúde. Uma das estratégias mais eficazes para lidar com este desafio é proporcionar aos trabalhadores a possibilidade de planificação do futuro, preparando os que querem reformar-se, ao mesmo tempo atualizando e mantendo aqueles que desejam continuar no mercado do trabalho. Os programas devem conter dois módulos: - o informativo pode ser desenvolvido por meio de <i>websites</i> , <i>newsletter</i> da organização, realização de palestras, seminários ou workshops visando a promoção da saúde; - o formativo tem por objetivo o desenvolvimento de grupos de reflexão, com a adoção de facilitadores, cuja prioridade é o projeto pessoal do futuro reformado. Os conteúdos do programa podem ser subdivididos em fatores de sobrevivência ou de risco e fatores de bem-estar. Os fatores de sobrevivência ou de risco contêm a preparação financeira, a promoção da saúde, e a melhoria da qualidade de vida coletiva. Os fatores de bem-estar abrangem a diversidade e alocação de tempo para as atividades, a intensificação dos relacionamentos sociais e familiares, e ainda o trabalho e o empreendedorismo.
Laura Cristina Rodrigues Gaspar (Gaspar, 2016)	Envelhecimento e Transição- Adaptação à Reforma: Um estudo de natureza quantitativa e qualitativa.	Estudo Quantitativo e qualitativo Foram inquiridos 14 participantes, dos quais 9 (64,2%) foram selecionados	Descrever o processo de transição- adaptação à reforma e compreender a experiência subjetiva das	Com este estudo concluiu-se que o fenómeno da reforma/ aposentação está fortemente relacionado com o processo de envelhecimento, e que este deve ser compreendido segundo uma perspectiva desenvolvimental. Assim, a compreensão deste fenómeno só é possível se considerarmos alguns fatores

Fatores que influenciam a transição saudável para a reforma: revisão integrativa

		<p>a partir de um grupo de alunos de uma Universidade Sénior e os restantes 5 (35,8%) a partir de um grupo de utentes de um Centro de Convívio, de um município do norte de Portugal.</p>	<p>peçoas neste processo, utilizou uma abordagem quantitativa e qualitativa para analisar a forma como o mesmo grupo de participantes viveu e vive esta transição de vida.</p>	<p>determinantes para o sucesso desta transição, tais como: a idade, o género, a escolaridade, a saúde, a rede social, o estilo de vida que antecede a reforma, a satisfação com a vida ativa e a condição financeira. Para além disso, verifica-se neste estudo, quão importante é manter e desenvolver centros de interesse pessoal para além dos profissionais, durante a vida ativa.</p> <p>É central promover programas de preparação para a reforma, no sentido de ajudar os indivíduos a lidar com as perdas e a potenciar ganhos associados a esta fase da vida. Estes programas deverão considerar a inclusão de atividades de formação, lazer e a promoção da integração e interação social. Em suma, os resultados desta investigação permitem-nos compreender a experiência associada à transição-adaptação à reforma/aposentação, sendo visível que o estudo da temática do envelhecimento, em particular da transição para a reforma é fundamental para dar resposta às necessidades específicas de todos aqueles que se encontram ou encontrarão a transitar ou em processo de adaptação a esta fase da vida.</p>
<p>Kate Jaimet, (Jaimet, 2013)</p>	<p>Retraite: bien choisir quand arrêter.</p>	<p>Estudo Descritivo, Qualitativo</p> <p>Amostra: cinco enfermeiras canadianas que estão perto da reforma ou que acabaram de entrar na reforma</p>	<p>Compreender que fatores influenciam os indivíduos a optar por entrar na reforma ou continuar a trabalhar, na idade da reforma.</p>	<p>Alguns indivíduos optam por solicitar redução do horário de trabalho no período de preparação para a reforma. Outros indivíduos vêm na reforma a oportunidade de parar de trabalhar num ambiente stressante devido a políticas que tornam o dia-a-dia frustrante, para se dedicarem a tempo inteiro a si e aos seus familiares que precisam de si. Outros há em que o aparecimento de um problema de saúde os faz refletir sobre o que é qualidade de vida e motivam a entrada na reforma como um investimento na sua saúde e na dos seus familiares, chegando mesmo a ficar com familiares a cargo. Aliado a todos estes fatores está a condição económica e financeira que poderá influenciar o gozo da reforma com maior ou menor tranquilidade. Conclui-se ainda que, a forma como planearam a sua vida a longo prazo e, desde a juventude, e a forma como encaram o trabalho e as condições de trabalho, são fatores fulcrais na decisão de reformar-se tranquilamente e no disfrutar plenamente desta fase da vida.</p>

Fatores que influenciam a transição saudável para a reforma: revisão integrativa

<p>Helena Loureiro, 2011</p>	<p>Cuidar na "Entrada na Reforma": uma intervenção conducente à promoção da saúde de indivíduos e de famílias</p>	<p>Estudo Empírico, Quantitativo e Qualitativo</p> <p>Amostra: Primeira fase: 432 indivíduos, aposentados há menos de cinco anos.</p> <p>Segunda fase: 14 famílias de indivíduos que tinham percebido alterações e/ou dificuldades, na primeira fase do estudo.</p>	<p>Conhecer as vivências percebidas pelos indivíduos e suas famílias durante o processo de transição originado pela "entrada na reforma", de forma a apresentar estratégias e linhas orientadoras de intervenção de Enfermagem, conducentes à promoção do seu estado de saúde.</p>	<p>Concluiu-se que as características sociodemográficas, os motivos da aposentação e as expectativas que detinham relativamente à "entrada na reforma", interferiram na forma como os indivíduos viveram a transição. As principais alterações e/ou dificuldades percebidas na referida vivência foram a adaptação à alteração das rotinas diárias (26,5%), a dificuldade em ocupar o tempo (14,7%) e a diminuição do poder económico (14,0%) e as famílias constituíram a principal fonte de apoio (71,5%), para fazer face às mesmas. As famílias perceberam uma idêntica mudança e traduziram-na por uma dualidade de significados que se identificou com percepções de ganho e de perda, para as suas vidas. Os significados reaprender a "estar", a "sentir" e a "ser", traduziram o processo de adaptação a que estiveram sujeitos.</p>
<p>Helena Loureiro, 2014</p>	<p>A Transição para a Reforma em Reformados Portugueses</p>	<p>Estudo Descritivo, Qualitativo</p> <p>Amostra: indivíduos aposentados inscritos em unidades funcionais de saúde pertencentes à Administração Regional de Saúde do Centro há menos de 5 anos</p>	<p>Conhecer as alterações e/ou dificuldades percebidas pelos indivíduos, no processo de adaptação à passagem à reforma;</p> <p>Conhecer as estratégias que os indivíduos desenvolvem por forma a fazer face às alterações e/ou dificuldades percebidas, no processo de adaptação à passagem à reforma;</p>	<p>Concluiu-se que os indivíduos percebem a passagem à reforma em função das suas características pessoais, muito particularmente daquelas que foram as suas vivências no passado e da forma como se aposentaram. Percebeu-se que a transição em estudo interferiu naquelas que eram as suas rotinas habituais e que essas foram fortemente marcadas pelo contexto socioeconómico e político em que vivenciaram este fenómeno. Ainda, no mesmo contexto, que a saúde individual e familiar foi alvo de mudança, destacando-se neste âmbito a interferência que a transição em estudo teve na conjugalidade.</p>
<p>Helena Maria Almeida Macedo Loureiro; Margareth Ângelo; Margarida Alexandra Moreira da Silva; Ana Teresa</p>	<p>Como as famílias portuguesas percebem a transição para a aposentação</p>	<p>Estudo Qualitativo.</p> <p>Amostra: 14 famílias de indivíduos que se aposentaram recentemente e experimentaram alterações e/ou dificuldades nessa transição</p>	<p>Compreender as percepções das famílias Portuguesas relativamente à sua experiência de transição para a aposentação</p>	<p>A aposentação não interfere apenas na vida dos indivíduos recém-aposentados mas também na sua sistémica familiar. Todos os elementos da sua família percebem esta transição simultaneamente como ganhos e perdas e a uma necessidade de reaprender a Ser, Sentir e Estar em família. Cuidar na passagem à reforma deve obedecer a um modelo muito próprio de intervenção de enfermagem que</p>

Fatores que influenciam a transição saudável para a reforma: revisão integrativa

Martins Pedreiro, 2015				harmonize a singularidade de famílias e a especificidade das mudanças que essa experiência suscita.
Ricardo Pocinho, Pedro Belo, Carlos da Silva, Esperanza Navarro-Pardos & José Fernández Muñoz, 2017	Bem-estar psicológico na reforma: a importância da preparação dos trabalhadores para a transição	Descritivo Amostra: adultos na preparação da transição do trabalho ativo para a aposentadoria.	Compreensão do efeito da educação para a reforma sobre o bem-estar psicológico dos indivíduos.	Quanto melhor a capacidade de trabalho antes da reforma, melhor será a qualidade de vida mais tarde. Portanto, os investimentos na área do envelhecimento ativo precisam de ser garantidos ainda durante os anos de trabalho. Os efeitos positivos de uma boa Educação para a Reforma traduzem-se na forma como os seus beneficiários enfrentam os problemas de saúde, económicos e sociais. A organização global de toda a vida melhora significativamente. Aqueles que se preparam para a reforma com antecedência, são melhor sucedidos nesta fase, experimentando um maior bem-estar e uma perspectiva mais ampla do envelhecimento. O estudo acrescenta que a preparação para a reforma é cada vez mais requisitada por parte dos futuros reformados, já que a reforma pressupõe uma reorientação e organização dos hábitos diários de vida.

DISCUSSÃO

Da revisão da literatura realizada salienta-se que a transição para a reforma é um momento do ciclo vital onde a vulnerabilidade individual se evidencia. Esta transição está diretamente relacionada com o modo como o envelhecimento é vivido por cada pessoa, influenciando a satisfação com a vida nesta fase. Verifica-se como consensual, que o processo de adaptação à reforma deve ser compreendido numa perspectiva do ciclo de vida, dado que a reforma constitui um aspeto de contínua adaptação, revelando-se num processo dinâmico que vai até à morte.

Da análise dos artigos consultados ressaltar que o fenómeno da reforma está fortemente relacionado com o processo de envelhecimento, e que este deve ser compreendido segundo uma perspectiva desenvolvimental. Assim, a compreensão deste

fenómeno só é possível considerando-se alguns fatores determinantes para o sucesso desta transição, tais como: a idade, o género, a escolaridade, a saúde, a rede social, o estilo de vida que antecede a reforma, a satisfação com a vida ativa e a condição financeira (Gaspar, 2016; Loureiro, et al., 2014; Jaimet, 2013; Loureiro, H., 2011). A Transição para a Reforma em Reformados Portugueses, salienta a importância de manter e desenvolver centros de interesse pessoal para além dos profissionais, durante a vida ativa.

Jaimet (2013) destaca alguns fatores que impulsionam a tomada de decisão para a reforma, nomeadamente, o ambiente stressante do dia-a-dia, a falta de tempo para si e para os seus familiares, o aparecimento de problemas de saúde e a condição económico-financeira.

Loureiro (2011) refere que as expectativas, a perceção e os motivos da “entrada na reforma”,

influenciam a forma como os indivíduos experienciam a transição. Aponta, ainda, que as principais alterações e/ou dificuldades percebidas foram a adaptação à alteração das rotinas diárias, a dificuldade em ocupar o tempo e a diminuição do poder económico, onde as famílias constituíram a principal fonte de apoio, para fazer face às mesmas. Estas, percebem a mudança simultaneamente com o indivíduo como ganhos e perdas deste processo. Assim, os resultados corroboram com Loureiro et al. (2015), onde é revelante a intervenção e inclusão das famílias no processo de transição saudável.

De acordo com os estudos analisados, atesta-se que a forma como os indivíduos encaram o trabalho, as suas condições e como planeiam antecipadamente a reforma, influencia a vivência da mesma (Jaimet, 2013). Na mesma linha de pensamento, Pocinho, Belo, Silva, Pardos, & Muñoz (2017) referem que aqueles que se preparam para a reforma com antecedência, são melhor sucedidos nesta fase.

Neste seguimento, os estudos de Pocinho, Belo, Silva, Pardos, & Muñoz (2017), Gaspar (2016) e França (2010), defendem a necessidade de promover programas de preparação para a reforma, no sentido de ajudar os indivíduos a lidar com as perdas e a potenciar ganhos associados a esta fase da vida. Segundo Gaspar (2016), estes programas deverão considerar a inclusão de atividades de formação, lazer e a promoção da integração e interação social. Na perspetiva de França (2010), os conteúdos dos programas podem ser subdivididos em fatores de sobrevivência ou de risco e fatores de bem-estar. Os fatores de sobrevivência ou de risco incluem a preparação financeira, a promoção da

saúde, e a melhoria da qualidade de vida coletiva. Os fatores de bem-estar abrangem a diversidade e alocação de tempo para as atividades, a intensificação dos relacionamentos sociais e familiares, e ainda o trabalho e o empreendedorismo.

Pocinho, Belo, Silva, Pardos, & Muñoz (2017), no seu estudo, reforçam a importância de uma boa educação para a reforma traduzindo-se na forma como os seus beneficiários enfrentam os problemas de saúde, económicos e sociais, tornando-se melhor sucedidos nesta fase, experimentando um maior bem-estar e uma perspetiva mais ampla do envelhecimento.

CONCLUSÃO

A transição para a reforma é um fenómeno que envolve uma dimensão individual, familiar e social, constituindo um marco importante na trajetória de vida das pessoas. Neste sentido, planejar esta transição torna-se fundamental para o desenvolvimento de estratégias que possam permitir maiores níveis de satisfação e menos *stress* psicológico durante a reforma, proporcionando um aumento da qualidade de vida.

Os artigos consultados são unânimes ao considerarem que os contextos culturais, sociais e económicos influenciam a forma como os indivíduos experienciam e veem a transição para a reforma, tendo a família um papel primordial na sua tomada de decisão.

Os indivíduos que preparam a reforma com antecedência são melhor sucedidos nesta fase, experimentando um maior bem-estar, em todas as

dimensões. Esta preparação deve passar por programas com conteúdos de carácter informativo, lúdico e formativo, com conteúdos que evidenciem fatores de risco e de bem-estar, permitindo o desenvolvimento de grupos de reflexão, cuja prioridade é o projeto pessoal do futuro reformado. Através da análise dos estudos encontrados, verificou-se que este tem sido um tema pouco debatido e explorado. Facto que explica a dificuldade sentida em reunir estudos de investigação credíveis e devidamente contextualizados sobre a temática em estudo.

Reconhece-se como limitações, as opções metodológicas pela inclusão de artigos em acesso livre. De acordo com a análise realizada, a preparação para reforma é uma área que precisa de investimento científico e económico, que engloba a responsabilidade individual e coletiva. Neste sentido, é prioritária a criação de instrumentos de extrema utilidade para que as empresas cresçam e se desenvolvam economicamente, mas, acima de tudo, potenciar uma transição saudável e tranquila a todos os níveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bueno, B., Vega, J., & Buz, J. I. (2004). *Desenvolvimento Social a partir da Meia-Idade., Desenvolvimento Psicológico e Educação, Psicologia Evolutiva.* . Porto Alegre: Artmed.

Campos, A., Ferreira, E., & Vargas, A. (2015). Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. *Ciencias e saúde colectiva* 20(7), 2221-2237. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.14072014>.

Despacho n.º 6401/2016 de 16 de Maio. (2016). Diário da República nº 94/16. II Série. *Gabinete do*

Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Lisboa, Portugal.

Fonseca, A.M. (2011). *Reforma e Reformados.* Coimbra: Almedina. ISBN 978-972-40-4531-3.

França, L. (2010). Preparação para a Reforma: Responsabilidade individual e colectiva. *Psychologia*, 53, 47-66. https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_3.

Galvão, T.F. (2014). Revisões sistemáticas da literatura: Passos para a sua elaboração. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 183-184. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100018>.

Gaspar, L.C. (2016). *Envelhecimento e Transição-Adaptação à Reforma: Um estudo de natureza quantitativa e qualitativa.* Obtido de Repositório do Instituto Politécnico de Viana do Castelo: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1803>

Guimarães, P., & Nobre, F. (. (2013). *Guia para a Promoção do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade.* Retirado de: http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2016/11/Grace_Guia_Promocao_Envelhecimento_Ativo_com-capa_9594.pdf

Hershey, D.A., Henkens, K., & Van, D.H.P. (2010). What drives retirement income worries in Europe? A multilevel analysis. *European journal of Ageing*, 7, pp. 301-311.

Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Intituto Nacional de Estatística.* Retirado de www.ine.pt

Jackson, A.S., Sui, X., Hebert, J.R., Church, T.S., & Blair, S.N. (2009). Role of Lifestyle and Aging on the Longitudinal Change in Cardiorespiratory Fitness. *Arch Intern Med*, 169(19), 1781-1787.

Jaimet, K. (2013). *Retraite: bien choisir quand arrêter.* Retirado de: *Infermière Canadienne*: <https://canadian-nurse.com/fr/articles/issues/2013/mars-2013/retraite-bien-choisir-quand-arreter>

Kim, J., & Moen, P. (2002). Retirement Transitions, Gender, and Psychological Well-Being: A Life-Course, Ecological Model. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences: The Gerontological Society of America*, 57, 212-222.

Lago, L., & Reis, L. (2017). Relação entre a qualidade de vida e desempenho motor em idosos ativos. *Fisioterapia Brasil*, 18(6),700-708. Retirado de:

<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/2051>.

Loureiro, H. (2011). *Cuidar na "Entrada na Reforma"*. Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Loureiro, H., Ângelo, M., Silva, M., & Pedreiro, A. (2015). Como as famílias portuguesas percebem a transição para a aposentação. *Revista de enfermagem Referência. Serie IV(6)*, 45-54.

Loureiro, H., Mendes, A., Fernandes, A., Camarneiro, A., Fonseca, A., Veríssimo, M., . . . Ângelo, M. (2014). *A Transição para a Reforma em Reformados Portugueses*. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Loureiro, H., Mendes, A., Rodrigues, R., Apóstolo, J., Rodrigues, M.A., Cardoso, D., & Pedreiro, A.T. (2015). The experience of programs to promote health in retirement: a systematic review of qualitative evidence. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 13(4), 276-294.

Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Oliveira, J.H. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: LivPsic.

Pocinho, R., Belo, P., Silva, C., Pardos, E., & Muñoz, J. (2017). Bem-estar psicológico na reforma: a importância da preparação dos trabalhadores para a transição. *Revista Lusófona de Educação*, 37,11-25.

Ramalho, A. (2005). *Manual para redacção de estudos e projetos de revisão sistemática com e sem metanálise: estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Silver, M. (2016). Réflexion critique sur la retraite chez les médecins. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 62, 792-794.

Topa, G., Moriano, J.A., Depolo, M., Alcover, C., & Morales, J. (2009). Antecedents and consequences of retirement planning and decision-making: A meta-analysis and model. *Journal of Vocational Behavior*. 75(1), 38-55

Wang, M., & Shultz, K. S. (2010). Employee Retirement: A review and Recommendation for Future Investigation. *Journal of Management*, 36, 172-206.

WHO. (2002). *Active Ageing A Policy Framework*. Madrid: WHO. Retirado de: https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/



RIIS

Revista de
Investigação &
Inovação em Saúde

Normas de publicação da revista RIIS

A **Revista de Investigação & Inovação em Saúde (RIIS)** é uma revista científica divulgada em formato eletrónico que tem como objetivo divulgar o conhecimento científico produzido na área das ciências da saúde, educação e investigação. Exige-se que todos os artigos tenham profundidade científica, sejam originais, respeitem os princípios éticos e demonstrem clara relevância para o avanço científico da problemática em estudo.

É da exclusiva responsabilidade dos autores o conteúdo dos artigos, bem como o respeito pelos princípios éticos inerentes à investigação, cumprindo as normas e orientações da revista. A declaração única do autor de partilha dos direitos autorais, da originalidade do artigo, do cumprimento dos requisitos éticos e de potenciais conflitos de interesse encontra-se em anexo para preenchimento pelo primeiro autor (DA).

O processo de revisão por pares da RIIS é duplamente cego pelo que não deverá ser identificada a autoria do artigo no corpo do mesmo.

A RIIS tem uma periodicidade de publicação semestral.

Sugere-se que os apoios, financiamentos ou colaborações externas sejam mencionados na secção de agradecimentos.

ARTIGOS

A publicação dos artigos na RIIS pode ser sob a forma de artigo de investigação empírica, artigo de revisão, artigo teórico/ensaio. Estes deverão ser submetidos na plataforma/ página <https://www.riis.essnortecvp.pt> preenchida. Os artigos podem ser submetidos em português ou inglês. O título, o resumo e as palavras-chave têm de estar em português, inglês e espanhol. O texto deve ser datilografado, letra Calibri, tamanho 11, espaço 1,5, em formato word, justificado, páginas em formato A4, evitando negritos e sublinhados, variação de tipo de letra, fundos de cor. O artigo não deverá ultrapassar as 15 páginas incluindo referências, tabelas e figuras.

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

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

Os artigos de revisão deverão conter as seguintes secções: Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Procedimentos

Metodológicos de Revisão, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências bibliográficas.

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

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

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

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

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

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

Metodologia:

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

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

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

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

Agradecimentos: (facultativo) Devem ser evidenciados todos os apoios, financeiros, técnicos ou institucionais, que contribuíram para o desenvolvimento do trabalho, mas que não têm peso de autoria.

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

(Exemplos para a elaboração das Referências bibliográficas)

ESPECIFICAÇÃO DE AUTOR

Com 1 Autores

Bolander, V. (1998)

Com 2 a 7 Autores:

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

Com mais de 7 autores:

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

Editor como Autor:

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

Autor Coletivo:

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

Sem Autor Expresso:

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

PUBLICAÇÃO SEM ANO

Autor (s.d.).

LIVROS

Um autor

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

Dois a sete autores

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

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

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

Akai, K., Hayashi, M., & Nishimatsu, Y. (Eds). (1981). *Weak rock: soft fractured and weathered rock: proceedings of the international symposium Tokyo, 1981*. Rotterdam: A. A. Balkema,

Capítulo de livros

Napolitano, J. (2013). Development, sustainability and international politics. In L. Meuleman (Ed.), *Transgovernance: Advancing sustainability governance* (pp. 163-211). Berlin: Springer

Coletividade autor:

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

Teses, dissertações e outras provas académicas

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

Atas de congressos

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

ARTIGOS DE PUBLICAÇÕES PERIÓDICAS

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

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

DOCUMENTOS LEGISLATIVOS E JUDICIAIS

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

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

DOCUMENTOS ELETRÓNICOS

Livros

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

Artigos de publicações periódicas

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

CHECKLIST DE AUTOVERIFICAÇÃO

1. ESTRUTURA DO ARTIGO Tipo

- É um artigo de revisão
- É um artigo de investigação empírica
- É um artigo teórico/ensaio

Informação dos autores

- A identificação dos autores com o respetivo nome, habilitações, categoria profissional, instituição onde trabalham e contacto telefónico.
- Máximo 7 autores.

Título

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

Resumo

- Está apresentado em português, inglês espanhol.
- Inclui descrição das secções: enquadramento, objetivos, metodologia, resultados e conclusão.
- Máximo 200 palavras.

Palavras-chave

- São apresentadas, no máximo, 4 palavras-chave em português, espanhol e inglês.
- Estão transcritas de acordo com os descritores MeSH (pesquisa em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> e/ou <http://decs.bvs.br/>)
-

Formatação do texto

- O texto apresenta uma estrutura com todas as secções, conforme está descrito na Revista, em função do tipo de artigo.
- Está em formato A4 Word, justificado, letra Calibri, tamanho 11, espaço 1,5.
- Está sem erros semânticos e morfológicos e em coerência com o acordo ortográfico.
- Sem negritos e sublinhados, nem variação de tipo de letra, fundos de cor.
- Tem no máximo 15 páginas.
- Sem notas de rodapé.

Tabelas e figuras

- São apenas os necessários para a compreensão do artigo.
- Tabelas com título em cabeçalho e figuras com o título em rodapé de acordo com o estilo APA 6ª edição.
- A apresentação dos dados, resultados e o formato dos símbolos da linguagem estatística devem ser claros.
- Estão numeradas por ordem de inclusão no texto, em função de cada tipo.
- As figuras são legíveis e com indicação da fonte (o formato deverá ser em JPG ou TIF e ter no mínimo 200 DPI de resolução).

Citações

- Todos os autores citados constam da lista de referências bibliográficas.
- Todas as citações literais e paráfrases cumprem as normas American Psychological Association (APA, 6ª edição, 2010).

Referências

- Foram elaboradas de acordo com a norma APA 6ª edição.
- Não deve ultrapassar 20 referências.
- Permitem colocar em evidência as publicações mais representativas do “estado da arte” do tema em estudo (preferencialmente dos últimos 5 anos).
- Referência de um artigo publicado na Revista RIIS

2. PROCEDIMENTOS DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

- Efetuada o registo na plataforma da Revista RIIS <https://www.riis.essnortecvp.pt>
- Enviei os seguintes documentos:**
- Artigo integral

Corpo Editorial | Editorial | Consejo Editorial

Editor

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

Editor Chefe

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

Editor Adjunto

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

Secretariado Editorial

Odete Silva
Manuela Castro

Apoio Técnico

Márcio Almeida

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

Henrique Pereira - PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Irma da Silva Brito - PhD
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

José Vilelas - PhD
Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

Maria Goreti Silva Ramos Mendes - PhD
Universidade do Minho

Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo - PhD
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Maria Manuela Frederico Ferreira - PhD
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Maria Manuela Henriques Pereira Ferreira - PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

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

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

Miguel Padilha - PhD
Escola Superior de Enfermagem do Porto

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

Paula Encarnação - PhD
Universidade do Minho

Rafaela Schaefer - PhD
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

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

Rui Miguel Freitas Gonçalves — PhD
ACES Baixo Tâmega

Sónia Novais- PhD
Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

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

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