



Revista

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº40 SÉRIE 2 - AGOSTO 2022

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL

7

GESTÃO E CONTROLO DA DOR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

PAIN MANAGEMENT AND CONTROL IN THE EMERGENCY DEPARTMENT – SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

MANEJO Y CONTROL DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS – REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Luís Miguel Mendes Canas; Pedro Alexandre dos Santos Ribeiro; Catarina Alexandra de Sousa Cavaleiro; João Daniel Carvalho Borges

9

PASSAGEM DE TURNO: CARACTERÍSTICAS, VALORIZAÇÕES E PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR

NURSING HANDOVER: CHARACTERISTICS, VALUATIONS AND ROLE OF THE NURSE MANAGER

CAMBIO DE TURNO: CARACTERÍSTICAS, VALORACIONES Y ROL DEL ENFERMERO GERENTE

Ana Matos; António Marques; Rosa Melo

25

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A SUA PREPARAÇÃO NA RESPOSTA HOSPITALAR EM SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE (DPET-PT)

NURSES' PERCEPTION ABOUT THEIR PREPAREDNESS IN THE HOSPITAL RESPONSE IN DISASTER SITUATIONS (DPET-PT)

PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS SOBRE SU PREPARACIÓN EN LA RESPUESTA HOSPITALARIA EN SITUACIONES DE DESASTRES (DPET-PT)

Octávio Ferreira Duarte; Rita Alexandra Antunes Fernandes Duarte; Verónica Rita Dias Coutinho

35

O REIKI NO CONTROLO DO STRESSE E DA ANSIEDADE EM ENFERMEIROS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

REIKI IN THE CONTROL OF STRESS AND ANXIETY IN NURSES: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

REIKI EN EL CONTROL DEL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD EN ENFERMERAS: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

Nuno Salgado; Daniela Mota; João Murta; Pedro Monteiro; Rosa Cristina Correia Lopes

49

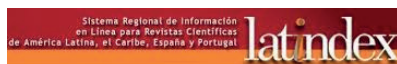
PROTOCOLO PARA UMA SCOPING REVIEW - ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM UTILIZADAS NA IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

PROTOCOL FOR A SCOPING REVIEW - CLINICAL SUPERVISION STRATEGIES IN NURSING USED IN THE IMPLEMENTATION OF PROTOCOLS IN HEALTH SERVICES

PROTOCOLO PARA UNA REVISIÓN DE ALCANCE - ESTRATEGIAS DE SUPERVISIÓN CLÍNICA EN ENFERMERÍA UTILIZADAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS EN SERVICIOS DE SALUD

Vera Mónica de Sousa Teixeira; Cátia da Conceição Sousa Meireles; Porfírio da Silva Santos

69



Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Publicação /Periodicity

Trimestral/*Trimestral*

DIRECTOR/MANAGING DIRECTOR

Arménio Guardado Cruz

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

Luis Miguel Nunes de Oliveira (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra)

Vanda Marques Pinto (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

Maria do Céu Aguiar Barbiéri Figueiredo (Escola Superior de Enfermagem do Porto)

António Fernando Salgueiro Amaral (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra)

Nídia Salgueiro (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, aposentada)

Rui Manuel Jarró Margato (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

CONSELHO CIENTÍFICO/SCIENTIFIC BOARD / CORPO DE REVISORES/PEER REVIEWES

Aida Cruz Mendes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

António Marcos Tosoli Gomes, PhD, *Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil*

Arménio Guardado Cruz, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Célia Samarina Vilaça Brito Santos, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Clara de Assis Coelho de Araújo, PhD, *Instituto Politécnico de Viana do Castelo*

Élvio Henrique de Jesus, PhD, *Centro Hospitalar do Funchal*

Fernando Alberto Soares Petronilho, PhD, *Universidade do Minho, Braga*

José Carlos Pereira dos Santos, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Luis Manuel Mota Sousa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Universidade de Évora*

Manuel José Lopes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora*

Manuela Frederico, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Margarida da Silva Neves de Abreu, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Maria Antónia Rebelo Botelho, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Maria Arminda da Silva Mendes Costa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto, ICBAS*

Maria da Conceição Gonçalves Marques Alegre de Sá, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Maria de Fátima Montovani, PhD, *Universidade Federal do Paraná - Brasil*

Maria dos Anjos Pereira Lopes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Marta Lima Basto, PhD, *Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem*

Paulino Artur Ferreira de Sousa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Paulo Joaquim Pina Queirós, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Pedro Miguel Dinis Parreira, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Teresa Martins, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Zuila Maria Figueiredo Carvalho, PhD, *Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, Brasil.*

Wilson Jorge Correia de Abreu, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Propriedade, Administração/Ownership, Sede do Editor e Sede de Redação: Formasau, Formação e Saúde, Lda. | Parque Empresarial de Eiras, lote 19 | 3020-265 Coimbra | Telef. 239 801020 Fax. 239 801029

NIF 503 231 533 | Soc. por Quotas - Cap. Social 21 947,09€

Conselho de administração: António Fernando Salgueiro Amaral, Carlos Alberto Andrade Margato

Detentores: António Fernando Salgueiro Amaral, Arlindo Reis Silva, Arménio Guardado Cruz, Carlos Alberto Andrade Margato, Fernando Manuel Dias Henriques, João Manuel Petetim Ferreira, José Carlos Pereira Santos, Luis Miguel Nunes de Oliveira, Maria Coelho Ferreira Pereira, Paulo Joaquim Pina Queirós

Internet - www.sinaisvitais.pt/ **E-mail** - suporte@sinaisvitais.pt

Grafismo/Graphic Design - Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Registo ICS: 123 486

ISSN: 2182-9764

Depósito Legal/Legal Deposit: 145933 /2000

ESTATUTO EDITORIAL

1 - A *Revista Investigação em Enfermagem* é uma publicação periódica trimestral, vocacionada para a divulgação da investigação em Enfermagem enquanto disciplina científica e prática profissional organizada.

2 - A *Revista Investigação em Enfermagem* destina-se aos enfermeiros e de uma forma geral a todos os que se interessam por temas de investigação na saúde.

3 - A *Revista Investigação em Enfermagem* tem uma ficha técnica constituída por um director e um Conselho Científico, que zelam pela qualidade, rigor científico e respeito por princípios éticos e deontológicos.

4 - A *Revista Investigação em Enfermagem* publica sínteses de investigação e artigos sobre teoria de investigação, desde que originais, estejam de acordo com as normas de publicação da revista e cuja pertinência e rigor científico tenham o reconhecimento do corpo de revisores científicos (*peer reviews*) constituídos em Conselho Científico.

5 - A *Revista Investigação em Enfermagem* é propriedade da Formasau - Formação e Saúde, Lda, entidade que nomeia o director. O Conselho Editorial é composto pelo director e por outros enfermeiros de reconhecido mérito, competindo-lhes a definição e acompanhamento das linhas editoriais.

EDITORIAL

EDITORIAL

Doutoramento em Enfermagem

A produção e a translação de conhecimento são essenciais para a construção da enfermagem como área científica e profissão, e para o seu devido reconhecimento. A rápida evolução de novos desafios e paradigmas sociais, implicam uma atualização permanente de competências na área da investigação, que sustentem as práticas de enfermagem e contribuam ativamente para um melhor nível de saúde e qualidade de vida dos nossos cidadãos.

Neste contexto, tivemos recentemente uma EXCELENTE notícia que decerto será uma mais valia, a médio e longo prazo, para a criação de condições e recursos fundamentais, para que a enfermagem continue a desenvolver-se, e a contribuir ativa e sustentadamente para a melhoria das diversas prioridades de saúde.

Estamos a falar da aprovação do um novo “Doutoramento em Enfermagem”, acreditado por um período de seis anos pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior e registado, em 16 de maio, pela Direção-Geral do Ensino Superior. De fato, é com enorme regozijo que constatamos a criação desta formação avançada, resultante da parceria entre a Universidade de Coimbra e a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que se inicia já no próximo ano letivo 2022-2023, tendo já decorrido a Fase 1 de candidaturas, sendo a 2ª Fase de 1 a 13 de setembro de 2022.

O plano de curso, publicado em Despacho n.º 8220/2022, de 6 de julho, prevê 1.620 horas de trabalho anuais, respeitantes a 60 ECTS por ano, terá a duração de quatro anos e um total de 240 créditos ECTS, sendo 215 ECTS dedicados à área da enfermagem e 25 à da saúde. No primeiro ano, os candidatos a Doutor em Enfermagem terão de cumprir uma fase teórica e entregar o Projeto de Tese de Doutoramento. Os três restantes anos são destinados à elaboração da tese que conduzirá à atribuição do grau de Doutor em Enfermagem.

Todos os licenciados e mestres em enfermagem ou equivalente, e detentores de um currículo escolar ou científico especialmente relevante e reconhecido para a realização deste ciclo de estudo, tem agora mais uma oportunidade a nível nacional de desenvolvimento de competências de alto nível na produção e translação de conhecimento em enfermagem.

Parabéns à iniciativa da Universidade de Coimbra e à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra! Felicidades aos futuros Estudantes!

Arménio Cruz (Corpo Editorial, RIE)

GESTÃO E CONTROLO DA DOR NO SERVIÇO DE URGÊNCIA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Luís Miguel Mendes Canas⁽¹⁾; Pedro Alexandre dos Santos Ribeiro⁽²⁾;
Catarina Alexandra de Sousa Cavaleiro⁽³⁾; João Daniel Carvalho Borges⁽⁴⁾



Resumo

Introdução: A dor está sempre presente no serviço de urgência, mas é frequentemente subestimada. **Métodos:** Realizou-se uma revisão sistemática da literatura, com seleção de artigos científicos através da plataforma informática EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text, Medline/Pubmed, SciELO, Web of Science e LILACS, com data de publicação 2013-2021, tendo como linha orientadora os critérios de inclusão e exclusão. O corpus da revisão ficou constituído por 4 artigos, que apresentaram qualidade metodológica. **Resultados:** O estudo 1 (Vuille, Foerster, Foucault & Hugli, 2018) revela que os enfermeiros devem valorizar o autorrelato da dor por parte do doente, mas sem suspenderem a avaliação com base em escalas validadas, não se ficando pelo seu próprio julgamento. O serviço de urgência, caracterizado por um ambiente pressionado pelo tempo, influencia a avaliação e gestão da dor, o que requer mais formação por parte dos enfermeiros para que possam melhorar ainda mais a gestão da dor no serviço de urgência. O estudo 2 (Giusti, Reitano & Gil, 2018) concluiu que as avaliações da dor realizadas pelos enfermeiros e doentes foram muito significativas. A análise das características dos enfermeiros, como a experiência profissional, idade, anos de tempo de serviço e anos de serviço no serviço de urgência foram variáveis significativas que influenciaram a discrepância entre as avaliações da dor dos enfermeiros e dos doentes. O estudo 3 (Viveiros, Okuno, Campanharo, Lopes, Oliveira & Batista, 2019) indica que, embora a dor seja um dos principais motivos que levam à procura do serviço de urgência, apesar de existirem escalas para avaliar a sua intensidade, é reduzido o número de enfermeiros que utilizam essas ferramentas durante a triagem. O estudo 4 (Dale & Bjornsen, 2015) concluiu que em 77% dos doentes realizou-se a avaliação da dor na triagem. Maior probabilidade de doentes do género feminino que não foi questionada sobre a dor. Nos doentes com baixa saturação de oxigénio e pressão arterial sistólica elevada houve menos avaliação da dor. Dos doentes que apresentaram dor moderada e intensa (58%), apenas 14% foram tratados para o alívio da dor. A avaliação e o tratamento da dor no serviço de urgência do Hospital em estudo são inadequados e não estão de acordo com os protocolos do serviço. **Conclusão:** Partindo dos resultados obtidos, poderá inferir-se que existe discrepância entre a avaliação da dor feita pelos enfermeiros e a avaliação realizada pelos doentes no serviço de urgência. Apesar de a dor estar muito presente no serviço de urgência, é frequentemente relativizada pelos enfermeiros, não fazendo uma gestão adequada da mesma. **Palavras-chave:** Serviço de urgência; Dor; Pessoa; Intervenção de enfermagem.

Abstract

PAIN MANAGEMENT AND CONTROL IN THE EMERGENCY DEPARTMENT – SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

Introduction: Pain is always present in the emergency department, but it is often underestimated. **Methods:** A systematic literature review was carried out, with selection of scientific articles through the EBSCOhost computer platform, in the CINAHL Plus with Full Text, Medline/Pubmed, SciELO, Web of Science and LILACS databases, with publication date 2013- 2021, having as a guideline the inclusion and exclusion criteria. The corpus of the review consisted of 4 articles, which presented methodological quality. **Results:** Study 1 (Vuille, Foerster, Foucault & Hugli, 2018) reveals that nurses should value the patient's self-report of pain, but without suspending the assessment based on validated scales, not relying on their own judgment. The emergency department, characterized by a time-pressed environment, influences the assessment and management of pain, which requires more training on the part of nurses so that they can further improve pain management in the emergency department. Study 2 (Giusti, Reitano & Gil, 2018) concluded that the pain assessments performed by nurses and patients were very significant. The analysis of nurses' characteristics, such as professional experience, age, years of service and years of service in the emergency department were significant variables that influenced the discrepancy between nurses' and patients' pain assessments. Study 3 (Viveiros, Okuno, Campanharo, Lopes, Oliveira & Batista, 2019) indicates that, although pain is one of the main reasons that lead to the search for emergency services, despite the existence of scales to assess its intensity, it is low. The number of nurses using these tools during triage. Study 4 (Dale & Bjornsen, 2015) concluded that 77% of patients had pain assessment at screening. Higher probability of female patients who were not asked about pain. In patients with low oxygen saturation and high systolic blood pressure, there was less pain assessment. Of the patients who had moderate and severe pain (58%), only 14% were treated for pain relief. Pain assessment and treatment in the emergency department of the Hospital under study are inadequate and are not in accordance with the service's protocols. **Conclusion:** Based on the results obtained, it can be inferred that there is a discrepancy between the pain assessment performed by nurses and the assessment performed by patients in the emergency department. Although pain is very present in the emergency department, it is often relativized by nurses, who do not manage it properly. **Keywords:** Emergency department; Pain; Person; Nursing intervention.

Resumen

MANEJO Y CONTROL DEL DOLOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS – REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Introducción: El dolor siempre está presente en el servicio de urgencias, pero muchas veces se subestima. **Métodos:** Se realizó una revisión sistemática de la literatura, con selección de artículos científicos a través de la plataforma informática EBSCOhost, en las bases de datos CINAHL Plus con Texto Completo, Medline/Pubmed, SciELO, Web of Science y LILACS, con fecha de publicación 2013-2021, teniendo como guía los criterios de inclusión y exclusión. El corpus de la revisión estuvo compuesto por 4 artículos, los cuales presentaron calidad metodológica. **Resultados:** El estudio 1 (Vuille, Foerster, Foucault & Hugli, 2018) revela que las enfermeras deben valorar el autoinforme de dolor del paciente, pero sin suspender la evaluación en base a escalas validadas, no apoyándose en su propio juicio. El servicio de urgencias, caracterizado por un entorno apremiado por el tiempo, influye en la evaluación y el manejo del dolor, lo que requiere una mayor formación por parte de las enfermeras para que puedan mejorar aún más el manejo del dolor en el servicio de urgencias. El estudio 2 (Giusti, Reitano & Gil, 2018) concluyó que las valoraciones del dolor realizadas por enfermeras y pacientes eran muy significativas. El análisis de las características de los enfermeros, como la experiencia profesional, la edad, los años de servicio y los años de servicio en el servicio de urgencias fueron variables significativas que influyeron en la discrepancia entre las evaluaciones del dolor de los enfermeros y de los pacientes. El estudio 3 (Viveiros, Okuno, Campanharo, Lopes, Oliveira & Batista, 2019) indica que, aunque el dolor es uno de los principales motivos que llevan a la búsqueda de servicios de urgencia, a pesar de la existencia de baremos para valorar su intensidad, es bajo el número de enfermeras que utilizan estas herramientas durante el triaje. El estudio 4 (Dale & Bjornsen, 2015) concluyó que al 77 % de los pacientes se les evaluó el dolor en la selección. Mayor probabilidad de pacientes mujeres a las que no se les preguntó sobre el dolor. En pacientes con baja saturación de oxígeno y presión arterial sistólica alta, hubo menos evaluación del dolor. De los pacientes que presentaron dolor moderado y severo (58%), solo el 14% fueron tratados para el alivio del dolor. La evaluación y el tratamiento del dolor en el servicio de urgencias del Hospital en estudio son inadecuados y no se ajustan a los protocolos del servicio. **Conclusión:** En base a los resultados obtenidos, se puede inferir que existe discrepancia entre la valoración del dolor realizada por enfermeras y la valoración realizada por pacientes en el servicio de urgencias. Aunque el dolor está muy presente en el servicio de urgencias, muchas veces es relativizado por las enfermeras, que no lo manejan adecuadamente. **Palabras clave:** Servicio de urgencias; Dolor; Persona; Intervención de enfermería.

Artigo submetido em março 2022. Aceite para publicação em junho 2022.

⁽¹⁾ <https://orcid.org/0000-0001-5486-0901>;

⁽²⁾ <https://orcid.org/0000-0002-8564-6358>;

⁽³⁾ <https://orcid.org/0000-0001-8278-6796>;

⁽⁴⁾ <https://orcid.org/0000-0002-4401-8662>

INTRODUÇÃO

Apesar de todos os seres humanos serem confrontados com a dor ao longo do seu ciclo vital, evidentemente nem todos a sentem, suportam e a referem da mesma maneira. A universalidade da experiência dolorosa abrange múltiplas facetas das subjetividades individuais. É consensual a definição de dor como experiência única, individual, determinada pelas experiências pessoais anteriores, pelo significado da situação particular e padronizada por modelos e valores culturais. A multiplicidade de experiências dolorosas, a singularidade da dor e os inúmeros fatores que a podem influenciar implicam uma adequada prática de gestão da dor por parte dos enfermeiros. A gestão adequada da dor nos serviços de saúde é, atualmente, considerada pelas entidades acreditadoras como padrão de qualidade e passa pela necessidade de se implementarem programas de melhoria contínua da avaliação da dor, o que justifica a realização deste trabalho, no caso concreto em contexto de serviço de urgência.

A dor efetivamente controlada é um direito humano básico, mas muitos doentes continuam a ter a sua dor gerida de forma ineficaz. A dor aguda ineficaz pode causar efeitos deletérios em vários sistemas corporais e foi identificada como preditiva para o desenvolvimento de dor crónica (Kizza, Muliira, Kohi & Nabirye, 2016). É uma “perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite” (Garcia, Bartz & Coenen, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®, 2017, p.48).

O reconhecimento e o alívio da dor devem ser uma prioridade no tratamento dos doentes em contexto de serviço de urgência. Este processo deve começar na triagem, ser

monitorizado durante seu tempo no serviço e terminar com a garantia de analgesia adequada e, se apropriado, além da alta. Algumas evidências apontam para o facto de que o alívio da dor está relacionado com a satisfação do doente perante os cuidados que o enfermeiro lhe presta. A literatura sugere que a avaliação da dor no serviço de urgência frequentemente não é tão boa quanto deveria ser, o que é particularmente preocupante, uma vez que a dor é muitas vezes a razão para o recurso ao serviço de urgência (Shaban, Holzhauser, Gillespie, Huckson & Bennetts, 2012).

Os doentes geralmente esperam que a sua dor seja tratada, no entanto, apesar das expectativas dos doentes, há um controlo inadequado da dor no serviço de urgência (Schull, Guttman, Leaver, Vermeulen, Hatcher, Rowe et al., 2011). Os mesmos autores referem que a avaliação da dor é usada como indicador de qualidade e que existem várias diretrizes para uma adequada gestão da dor. A dor aguda pode ter efeitos fisiológicos e psicológicos adversos, havendo ainda um tratamento inadequado da dor em doentes no serviço de urgência.

É com base no exposto que se desenvolve o presente estudo de revisão sistemática da literatura, procurando-se dar resposta à seguinte questão de investigação: Quais os indicadores dos resultados das intervenções de enfermagem no que se refere à avaliação e gestão da dor na pessoa no Serviço de Urgência?

MATERIAL E MÉTODOS

Realização de uma revisão sistemática aplicando a metodologia PRISMA para auxílio da pesquisa bibliográfica/estado da arte e organização dos dados a serem analisados para a execução do trabalho proposto. A revisão sistemática da literatura identifica o tipo de informação pesquisada, criticada e relatada dentro de um período temporal estabelecido. Os termos de pesquisa, estratégias de pesquisa e limites temporais necessitam de ser incluídos

na revisão (Dewey & Drahotá, 2016).

A constituição do corpus do presente estudo inicia-se com a seleção do método de identificação dos estudos que permitem responder à seguinte questão PI[C]OD:

- “Quais os indicadores dos resultados das intervenções de enfermagem no que se refere à avaliação e gestão da dor na pessoa no Serviço de Urgência?”

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como forma de se selecionarem os estudos para esta revisão sistemática da literatura, aplicou-se o método PI[C]O: *participants* – pessoa admitida no serviço de urgência [P]; *interventions* – avaliação da dor [I]; *comparators* – comparações [C], caso existam; *outcomes* – Indicadores dos resultados da avaliação e gestão da dor [O]. Com recurso a estes elementos, foram definidos os critérios de inclusão (cf. tabela 1).

Tabela 1. Critérios de inclusão e exclusão dos estudos

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Pessoas admitidas no serviço de urgência Idade >18 anos	Pessoas com idade inferior aos 18 anos Pessoas internadas noutros serviços hospitalares
Intervenções	Avaliação e gestão da dor	Intervenções que não sejam ao nível da avaliação e gestão da dor
Comparações	Não aplicável	
“Outcomes”	Indicadores dos resultados da avaliação e gestão da dor	Todos os estudos que não analisem as variáveis de inclusão.
Data de publicação	2013-2021	
Línguas	Português, Inglês	
Disponibilidade do artigo	<i>Full-text</i>	

Estratégia de busca e seleção dos estudos

Para dar resposta à pergunta PI[C]O, procedeu-se à seleção de artigos científicos através da plataforma informática EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text, Medline/Pubmed, SciELO, Web of Science e LILACS de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos.

Foram utilizados os seguintes termos MeSH, consultados no MeSH Descriptor Data 2020 <https://meshb.nlm.nih.gov/search>: 1- person; 2 -; 3 - pain; 4- Pain management; 5 - Emergency department; 6 - nursing care; 7 - nursing intervention; 8 – nursing; 9 - nursing care.

Considerou-se importante incluir o termo pain, measurement, uma vez que na literatura consultada, se encontra este termo no âmbito do tema em estudo, apesar de não constituir descritor MeSH.

Todos estes descritores foram conjugados com os operadores booleanos “AND” e “OR”: “person” AND “Emergency department” AND “pain” AND nursing OR nursing care OR nursing intervention OR “Pain management” OR “pain, measurement”.

Utilizaram-se os referidos descritores, em língua portuguesa e inglesa, nos referidos motores de busca científicos, com o objetivo de realizar uma pesquisa mais aprofundada e para se obterem os artigos completos.

A primeira seleção dos estudos foi feita com base na análise dos títulos e dos resumos e, nos casos de dúvida, a partir da leitura integral dos textos das publicações. Foram excluídos 41 artigos por estarem duplicados nas bases de dados; 25 pela data de publicação, ausência de texto integral e idioma. Dos 23 artigos avaliados para elegibilidade, excluíram-se 19 por não cumprirem os critérios de inclusão referentes a: participantes (n=7), intervenções (n=2) e desenho de estudo (n=3). Assim, foram incluídos 4 estudos na revisão (cf. figura 1).

Avaliação crítica dos estudos

Realizou-se a análise crítica dos 4 artigos, salientando-se que apenas se efetuou a análise da qualidade dos estudos, tendo em conta a validade interna, a validade externa e o método estatístico usado em cada estudo. Para o estudo de Vuille, Foerster, Foucault e Hugli (2018) (Estudo 1) foi utilizada a JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research, que de acordo com a avaliação crítica realizada, segundo os critérios de avaliação para um Estudo Qualitativo proposto pelo JBI, considera-se que o artigo pode ser incluído no estudo, uma vez que apresenta 9 respostas positivas.

Para o estudo de Viveiros, Okuno, Campanharo, Lopes, Oliveira e Batista (2019) (Estudo 3), aplicou-se a grelha para um Estudo Transversal Analítico proposto pelo JBI. De acordo com a avaliação crítica realizada, o artigo foi incluído no estudo, pois apresenta 8 respostas positivas. Utilizou-se para os estudos de Giusti, Reitano & Gil (2018) (Estudo 3) e de Dale e Bjørnsen (2015) (Estudo 4) a “Grelha para avaliação crítica de um estudo descrevendo um ensaio clínico prospetivo, aleatorizado e controlado” do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa (Roque, Bugalho & Carneiro, 2007, p. 43). Obteve-se um score de 92,5% pontos para o estudo de Giusti, Reitano & Gil (2018) e um score de 90% pontos para o estudo de Dale e Bjørnsen (2015), resultando na sua inclusão no corpus de análise.

RESULTADOS

Foram 4 os estudos que constituíram o corpus amostral desta revisão sistemática da literatura, cujos métodos, participantes, intervenções, resultados e conclusões se apresentam em tabelas individuais.

De acordo com Vuille, Foerster, Foucault e Hugli (2018) (Estudo 1, cf. tabela 2), a dor aguda afeta a maioria dos doentes admitidos nos serviços de urgência, mas o alívio da dor nesse serviço ainda é insuficiente. A

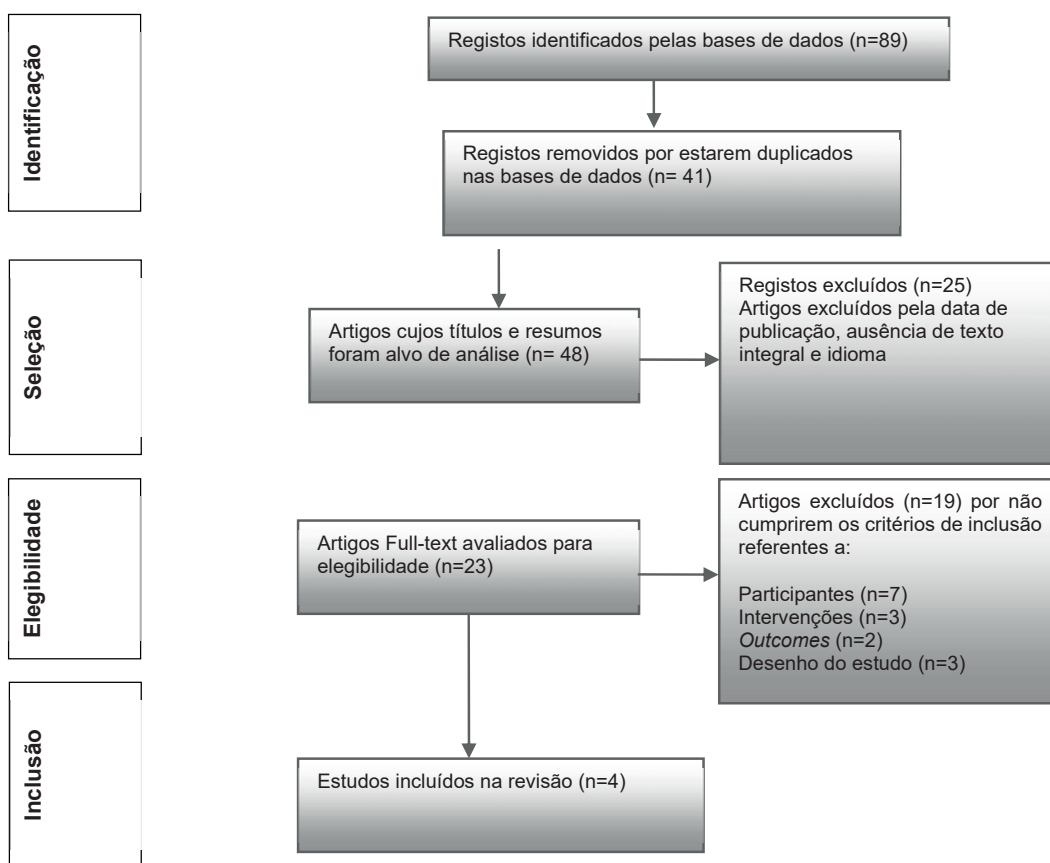


Figura 1. Diagrama de fluxo PRISMA

avaliação da dor e o seu tratamento no momento da triagem do doente resulta em muitos casos na administração da analgesia. A avaliação da intensidade da dor através de uma escala validada de dor é um passo inicial e o autorrelato da dor por parte do doente é amplamente considerado como a chave para uma efetiva gestão da dor. De acordo com as diretrizes das boas práticas, os enfermeiros devem aceitar o autorrelato do doente, independentemente das suas próprias opiniões. Neste sentido, realizaram um estudo, com recurso a uma metodologia qualitativa baseada na sociologia interacionista e na Grounded theory. Investigaram a avaliação da intensidade da dor no contexto específico da triagem no serviço de urgência, tendo como participantes 11 enfermeiros. O seu estudo revela que a escala de dor mais

utilizada foi a Escala de Avaliação Numérica Verbal. Registaram discrepâncias entre a autoavaliação da dor por parte do doente e avaliação realizada pelo enfermeiro. Para restabelecer a congruência entre a sua avaliação e a autoavaliação do doente, os enfermeiros usaram várias táticas, nomeadamente fornecer explicações adicionais sobre a escala utilizada para avaliar a dor, avaliação dos sinais vitais e aceitação de morfina como uma prova da validade da classificação de dor severa. Os autores concluíram que os enfermeiros devem valorizar o autorrelato da dor por parte do doente, mas sem suspenderem a avaliação com base em escalas validadas, não se ficando pelo seu próprio julgamento. Todavia, referem que as táticas utilizadas pelos enfermeiros não expressam falta de profissionalismo, salvaguardando que estas

devem ser consistentes com a lógica da intervenção profissional. Referem ainda que o serviço de urgência, caracterizado por um ambiente pressionado pelo tempo, influenciam

a avaliação e gestão da dor, o que requer mais formação por parte dos enfermeiros para que possam melhorar ainda mais a gestão da dor no serviço de urgência.

Tabela 2. Evidência relativa ao estudo de Vuille, Foerster, Foucault & Hugli (2018)

Artigo 1 – Vuille, M., Foerster, M., Foucault, E., & Hugli, O. (2018). Pain assessment by emergency nurses at triage in the emergency department: A qualitative study.	
Tipo de estudo	Metodologia qualitativa baseada na sociologia interacionista e na <i>Grounded theory</i>
Objetivos	Investigar a avaliação da intensidade da dor no contexto específico da triagem no serviço de urgência
Participantes	11 enfermeiros a exercer na triagem do serviço de urgência
Resultados	A escala de dor mais utilizada foi a Escala Verbal Numérica. Registo de discrepâncias entre a autoavaliação da dor por parte do doente e avaliação realizada pelo enfermeiro. Para restabelecer a congruência entre a sua avaliação e a autoavaliação do doente, os enfermeiros usaram várias táticas, nomeadamente fornecer explicações adicionais sobre a escala utilizada para avaliar a dor, avaliação dos sinais vitais e aceitação de morfina como uma prova da validade da classificação de dor severa.

Giusti, Reitano e Gil (2018) (Estudo 2, cf. tabela 3) realizaram um estudo observacional, prospetivo, no qual analisaram o grau em que a intensidade da dor é subestimada ou superestimada na perceção do enfermeiro e do doente no serviço de urgência, bem como estudaram os possíveis fatores que levam a discrepâncias na avaliação da dor. O estudo foi realizado em dois hospitais centrais italianos (Foligno e Assis). A amostra contou com 130 doentes com idade superior aos 18 anos e 26 enfermeiros. Foi aplicado um questionário aos doentes que forneceram dados acerca da sua dor, incluindo uma avaliação da intensidade

da dor numa escala numérica de 0 a 10. Um questionário semelhante foi aplicado aos enfermeiros. De outubro a dezembro de 2015, havia 255 registos de doentes com dor no serviço de urgência nos hospitais de Foligno e Assis. Particularmente, 85 ocorreram no serviço de urgência do hospital de Assis e 170 no serviço de urgência do hospital de Foligno, diferenciando 16 prioridades laranjas, 103 amarelas, 61 verdes e 19 azuis. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, apenas as prioridades laranjas, amarelas e verdes foram selecionadas para o estudo: com um total de 180, sendo excluídos os doentes com

dificuldade de comunicação, ficando um total de 130 doentes e 26 enfermeiros. A média em relação aos dados à avaliação da intensidade da dor percebida pelos doentes foi calculada em 6,16 (DP 1,74), enquanto a média da dor avaliada pelos enfermeiros foi de 5 (DP 1,77). Enquanto o valor numérico mínimo atribuído à intensidade da dor foi de 2 para os enfermeiros e doentes, o máximo valor expresso foi de 10 para os doentes e 9 na avaliação feita pelos enfermeiros. Com o recurso ao teste t, foi possível determinar a diferença média entre as avaliações dos enfermeiros e dos doentes, mostrando que a diferença entre as duas avaliações foi estatisticamente significativa ($p < 0,0001$). A observação da avaliação da dor pelos doentes e enfermeiros revela que 18,25% (23 casos) de doentes foram confirmados com dor leve, 30,95% (39 casos) dor moderada e 50,79% (64 casos) dor intensa. Os enfermeiros avaliaram 45,24% (57 observações) como dor leve, 30,95% casos de dor moderada (39 observações) e 23,81% casos com dor intensa (30 observações). Assim, foi possível observar uma tendência nos enfermeiros a subestimarem o grau da dor, mesmo nos casos em que os doentes avaliam a dor como intensa. Ao examinarem os resultados relativos ao nível de incongruência entre a avaliação dos doentes e a avaliação realizada pelos enfermeiros, os autores procuraram saber se as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros (experiência profissional, idade, anos de tempo de serviço e anos de serviço no serviço de urgência) influenciava nessa discrepância da avaliação da dor. Assim, constaram que a idade, o sexo, os anos de serviço, experiência profissional no serviço de urgência e a participação em formação específica sobre a avaliação e gestão da dor influenciaram significativamente o nível de incongruência nas avaliações. Quanto mais idade os enfermeiros possuem, mais tempo de serviço e mais experiência profissional têm no serviço de urgência, maior é a diferença na avaliação avaliações da dor dos enfermeiros em relação à avaliação feita

pelos doentes. Quanto menos participação em formação específica sobre a avaliação e gestão da dor os enfermeiros possuem, maior é a incongruência entre as duas avaliações.

O estudo revela que é difícil avaliar a dor no serviço de urgência. Os enfermeiros, na verdade, tendem a subestimar o nível de intensidade da dor do doente. O uso combinado da medição da dor com o mesmo instrumento pelo enfermeiro e pelo doente poderá permitir uma maior sensibilização dos enfermeiros para uma situação tão delicada. A medição da dor por ambas as partes deve estimular o enfermeiro a perceber a diferença entre a sua avaliação e a do doente. Além disso, implicará uma oligoanalgesia reduzida, uma vez que o enfermeiro, ao perceber o nível de dor relatado pelo doente, tenderá a valorizar mais toda a situação. A avaliação da dor por parte do enfermeiro deve ser baseada essencialmente no relato do doente, uma vez que a dor é totalmente subjetiva e só o doente está ciente disso. Essa avaliação deve ser apoiada por outros parâmetros relativos à opinião e senso crítico do que enfermeiro observa, devendo falar com o doente e questioná-lo.

Tabela 3. Evidência relativa ao estudo de Giusti, Reitano & Gil (2018)

Artigo 2 – Giusti, D., Reitano, B., & Gil, A. (2018). Pain assessment in the Emergency Department. Correlation between pain rated by the patient and by the nurse. An observational study.	
Tipo de estudo	Estudo observacional, prospetivo
Objetivos	Analisar o grau em que a intensidade da dor é subestimada ou superestimada na percepção do enfermeiro e do doente no serviço de urgência; estudar os possíveis fatores que levam a essas discrepâncias na avaliação da dor.
Participantes	130 doentes internados no serviço de urgência, com idade superior aos 18 anos, e 26 enfermeiros de dois hospital central de Itália
Resultados	A pontuação média com base na Escala Verbal Numérica para avaliar a intensidade da dor percebida pelos doentes foi de 6,16, enquanto a média numérica estimada pelos enfermeiros, com base na sua avaliação, foi de 5. Utilizando o teste t verificaram que a média entre as avaliações realizadas pelos enfermeiros e doentes foram muito significativas. A análise das características dos enfermeiros, como a experiência profissional, idade, anos de tempo de serviço e anos de serviço no serviço de urgência foram variáveis significativas que influenciaram a discrepância entre as avaliações da dor dos enfermeiros e dos doentes. Concluíram que a dor está muito presente no serviço de urgência, mas é frequentemente subestimada pelos enfermeiros.

Viveiros, Okuno, Campanharo, Lopes, Oliveira e Batista (2019) (Estudo 3, cf. tabela 4), no seu estudo transversal com análise quantitativa, correlacionaram as categorias da classificação de risco com grau de dor dos doentes num serviço de urgência, com

uma amostra constituída por 611 doentes no acolhimento com classificação de risco. As variáveis estudadas foram: idade, género, comorbidades, duração da queixa, especialidade médica, sinais e sintomas, desfecho, cor atribuída na classificação de risco e grau da dor. Entre as 611 fichas de doentes que foram analisadas, registou-se uma média de idade de 42,1 (17,84) anos; a maioria era mulheres 366 (59,9%); a duração da queixa para procura do serviço de urgência variou de 1 a 365 dias; 58,9% dos doentes foram classificados na categoria de classificação de risco verde, 22,7% amarela, 7,9% laranja, 5,9% azul e 4,6% vermelha; a maioria foi atendida pelas especialidades médicas de clínica médica (37,3%), ortopedia (16%) e cirurgia (13,4%); 91,5% tiveram alta hospitalar; as comorbidades predominantes foram a hipertensão (18,3%) e a diabetes mellitus (7,1%); os sintomas mais frequentes foram os respiratórios (14,4%) e a dor (46,3%). Os doentes quando questionados sobre a dor, 37,6% relataram não ter dor, 12,1% dor leve, 25,9% dor moderada e 24,4% dor intensa. Os doentes com um score de ausência de dor tiveram idade significativamente maior que aqueles com dor moderada, com os homens a apresentarem maior percentagem de ausência de dor enquanto as mulheres apresentaram dor intensa. A intensidade da dor revelou estar associada ao motivo principal da procura do serviço de urgência. Embora a dor seja um dos principais motivos que levam à procura do serviço de urgência (46,3%) e ainda que existam escalas para avaliar a sua intensidade, os autores confirmaram que é reduzido o número de enfermeiros que utilizam essas ferramentas durante a triagem. Sendo a dor um dos principais sintomas mais presentes na procura do serviço de urgência, a sua efetiva avaliação e gestão ainda continuam subestimadas. Os autores referem que a atribuição das prioridades, muitas vezes, pode não ser a adequada àquela situação. A capacidade do enfermeiro não interferir no relato da intensidade da dor é ainda uma lacuna

que tem de ser ultrapassada. Por conseguinte, sugerem a aplicação de um protocolo para uma adequada gestão da dor pelo enfermeiro, o que pode evitar atrasos no tratamento com analgésicos e melhorar a qualidade da assistência ao doente.

Tabela 4. Evidência relativa ao estudo de Viveiros, Okuno, Campanharo, Lopes, Oliveira e Batista (2018)

<p>Artigo 3 – Viveiros, W. L., Okuno, M. F. P., Campanharo, C. R. V., Lopes, M. C. B. T., Oliveira, G. N., & Batista, R. E. A. (2019). Dor no serviço de emergência: correlação com as categorias da classificação de risco.</p>	
Tipo de estudo	Estudo transversal com análise quantitativa
Objetivos	Correlacionar as categorias da classificação de risco com grau de dor dos doentes num serviço de urgência
Participantes	611 doentes no Acolhimento com Classificação de Risco
Resultados	Intensidade de dor mais frequente foi a moderada (25,9%). Na categoria vermelha, os doentes apresentaram maior percentual de ausência de dor; na azul prevaleceu a dor leve; e nas categorias verde, amarela e laranja, o maior percentual foi de dor intensa ($p < 0,0001$). Poucos enfermeiros utilizam escalas para avaliar a intensidade da dor durante a triagem.

Dale e Bjørnsen (2015) (Estudo 4, cf. tabela 5) realizaram um estudo prospetivo de 20 dias no Hospital St. Olav em Trondheim, Noruega, onde os dados dos doentes que recorreram ao serviço de urgência foram recolhidos diariamente durante o período de maior fluxo de doentes (12h-22h). Os indicadores de qualidade e os dados mais relevantes foram escolhidos e incluídos no desenho do estudo antes da recolha de dados, incluindo queixas principais, nível de acuidade, sinais vitais e

pontuação da avaliação da dor. Os dados foram obtidos durante a triagem de enfermagem ou imediatamente após a avaliação dos doentes. Os assistentes da pesquisa observaram constantemente o cuidado e a atividade do doente no serviço de urgência, enquanto recolhiam imediatamente os dados quando disponíveis durante o período do estudo, em 2012. Foi feita uma observação não participante, ou seja, sem interferência dos observadores no atendimento ao doente ou

no trabalho dos enfermeiros, bem como não houve envolvimento dos doentes. A percepção do doente acerca da sua dor devia de ser avaliada à chegada de acordo com o protocolo do Hospital St. Olav, que prevê a avaliação da dor através de uma escala de classificação numérica (NRS), que mede o grau de dor numa escala de 11 pontos de 0 a 10, onde 0 indica ausência de dor e 10 indica a pior dor imaginável. Uma pontuação de 1 a 3 é definida como dor leve, 4-6 dor moderada e 7-10 dor severa. O protocolo local do Hospital St. Olav pretende garantir a adequada avaliação da dor e tratamento de todos os doentes que recorrem ao serviço de urgência. O protocolo prevê também a utilização da Escala de Coma de Glasgow.

No estudo, foram observados 764 doentes, com uma média de idade de 58,5 anos (DP=26,7 anos), com maior percentagem de mulheres (52,1%). A proporção de doentes que foram questionados sobre a dor na chegada ao serviço de urgência foi de 77% (n=586). No grupo de doentes que não foram questionados sobre a dor (23%, n=178), 10,5% tinham pressão arterial sistólica abaixo de 100 mmHg (média 132 mmHg, SD 26 mmHg), enquanto no grupo que foi questionado sobre a dor, 2,6% apresentou pressão arterial sistólica (média de 137 mmHg, SD 23 mmHg). Houve uma diferença significativa na pressão arterial média entre os dois grupos (p=0,022). Verificou-se um número significativo de doentes com saturação de oxigénio abaixo de 95% a quem não foi feita a avaliação da dor (25,8% versus 12,0%, $X^2=15,772$, p=0,000). A diferença na saturação média de oxigénio foi relativamente pequena, mas significativa, com valores de 97,5% e 95,8%, respetivamente, entre os doentes avaliados em termos de dor e aqueles que não a dor não foi avaliada (p=0,011). A maioria das queixas principais comuns em ambos os grupos foi dor abdominal, dor no peito, dificuldades respiratórias e condições infecciosas. Dos doentes que foram questionados sobre a dor (n=586), 58% (n=340) afirmaram estar

com dor, destes 66,5% (n=226) indicaram que tinham dor grave. Não houve diferença significativa ao nível da idade entre os doentes a quem se avaliou a dor e aqueles que não foram avaliados. No entanto, havia significativamente mais mulheres do que homens que não foram questionados sobre a dor (80,5 e 73,8%, respetivamente; $X^2=4,733$, p=0,03).

De acordo com os procedimentos do serviço de urgência do Hospital locus de estudo, o objetivo é tratar todos os doentes com dor moderada e grave. A média de scores de dor em doentes que relataram dor à chegada ao serviço de urgência foi de 4,9 (mediana 5,0). Não houve diferença significativa nos scores de dor entre aqueles que a dor foi ou não tratada (4,59 versus 4,91). No grupo de doentes com dor moderada e grave, 14,2% (n=32) foram tratados com analgésicos. Não houve diferença na idade (p=0,544) ou género (p=0,188) entre os doentes que receberam ou não analgesia. Importa referir que o estudo não foi projetado para identificar os medicamentos ou intervenções que foram usadas para o controlo da dor.

Apesar das diretrizes e programas de formação em serviço no Hospital em estudo, a avaliação e o tratamento da dor ainda são inadequados. Este estudo prospetivo revela que a gestão da dor não está de acordo com os procedimentos internos. Sendo a gestão da dor um indicador de qualidade do atendimento e foco adicional das estratégias para melhorar a gestão e controlo da dor, os autores, mediante os resultados apurados, referem que é necessário garantir que todos os doentes sejam avaliados e que recebam tratamento para controlo da dor, o que não ocorreu em todos os casos observados.

Tabela 5. Evidência relativa ao estudo de Dale e Bjørnsen (2015)

Artigo 3 – Dale, J., & Bjørnsen, L.P. (2015). Assessment of pain in a Norwegian Emergency Department. Scandinavian Journal of Trauma	
Tipo de estudo	Estudo prospetivo, aleatorizado e controlado
Objetivos	Verificar que houve a avaliação inicial da dor e tratamento num serviço de urgência de um Hospital Universitário Norueguês e se a avaliação e tratamento da dor estão de acordo com o protocolo hospitalar para o serviço de urgência.
Participantes	764 doentes que recorreram ao serviço de urgência
Resultados	Em 77% dos doentes realizou-se a avaliação da dor na triagem. Maior probabilidade de doentes do género feminino que não foi questionada sobre a dor, todavia, sem diferença estatisticamente significativa em relação à idade. Nos doentes com baixa saturação de oxigénio e pressão arterial sistólica elevada houve menos avaliação da dor. Dos doentes que apresentaram dor moderada e intensa (58%), apenas 14% foram tratados para o alívio da dor. A avaliação e o tratamento da dor no serviço de urgência do Hospital em estudo são inadequados e não estão de acordo com os protocolos do serviço.

DISCUSSÃO

Tendo em conta os estudos analisados, verificou-se que indicadores dos resultados das intervenções de enfermagem no que se refere à avaliação e gestão da dor na pessoa no serviço de urgência apontam ainda para uma prática que subestima a gestão e controlo da dor no serviço de urgência, ainda que haja evidência de que em alguns casos haja a avaliação da dor.

Vuille, Foerster, Foucault e Hugli (2018), no seu estudo, constataram que os enfermeiros recorreram mais à Escala Verbal Numérica, todavia, houve discrepâncias entre a autoavaliação da dor por parte do doente e avaliação realizada pelo enfermeiro. Os autores concluíram que os enfermeiros devem valorizar o autorrelato da dor por parte do doente, também sempre em conta a avaliação com base em escalas validadas, porém, sem que fiquem unicamente com o seu próprio julgamento. Não obstante, referem que as técnicas utilizadas pelos enfermeiros não manifestam falta de profissionalismo, salvaguardando que estas devem ser consistentes com a lógica da intervenção profissional. Concluíram que no serviço de urgência o ambiente que o caracteriza influencia a avaliação e gestão da dor, o que implica mais formação por parte dos enfermeiros para que possam melhorar ainda mais a gestão da dor no serviço de urgência. No estudo prospetivo multicêntrico de Keating (2011), onde se avaliou a experiência de doentes no serviço de urgência com dor moderada a grave, num hospital norte-americano, ficou também demonstrado que, embora o número de doentes com avaliação de dor fosse superior a 80% (em consonância com as recomendações dos procedimentos do hospital), apenas 60% dos doentes receberam alguma analgesia, muitas vezes após longos atrasos (mediana de 90 minutos, intervalo 0-962 minutos) não tendo sido realizada uma reavaliação da dor. Os autores concluíram que a dor aguda moderada a grave é gerida de maneira inadequada no serviço de urgência.

Giusti, Reitano e Gil (2018), num serviço

de urgência de um hospital central italiano, onde também os enfermeiros recorreram à Escala Verbal Numérica para avaliar a intensidade da dor percebida pelos doentes, obtiveram uma média de 6,16, com uma média numérica estimada pelos enfermeiros de 5. Ou seja, à semelhança do estudo de Vuille, Foerster, Foucault e Hugli (2018), também ficou registada uma discrepância entre as médias das avaliações realizadas pelos enfermeiros e a perceção que os doentes têm da dor, com diferenças estatisticamente significativas. Giusti, Reitano e Gil (2018) verificaram que as características dos enfermeiros, como a experiência profissional, idade, anos de tempo de serviço e anos de serviço no serviço de urgência foram variáveis significativas que influenciaram a discrepância entre as avaliações da dor dos enfermeiros e dos doentes, concluindo que a dor está muito presente no serviço de urgência, mas frequentemente subestimada pelos enfermeiros.

Nürnberg, Saboonchi, Sackey & Björling (2011) referem que estas escalas de avaliação da dor possibilitam a identificação da intensidade da dor, o que permitem implementar intervenções diferenciadas, sejam elas interdependentes ou autónomas, bem como a avaliação da sua eficácia. Todavia, importa referir que, segundo Teixeira e Durão (2016), a dificuldade na monitorização da dor emerge quando se está perante a pessoa em situação crítica, por norma com alterações de consciência, por sedação ou não, resultando em alterações da comunicação verbal.

De igual modo, Dale e Bjørnsen (2015) constaram que, em 77% dos doentes que recorreram ao serviço de urgência de um Hospital Universitário Norueguês realizou-se a avaliação da dor na triagem. Nos doentes com baixa saturação de oxigénio e pressão arterial sistólica elevada houve menos avaliação da dor. Dos doentes que apresentaram dor moderada e intensa (58%), apenas 14% foram tratados para o alívio da dor. A avaliação e o tratamento da dor no serviço de urgência do

Hospital em estudo são inadequados e não estão de acordo com os protocolos do serviço, o que corrobora os estudos já referenciados e o estudo de Fry, Bennetts e Huckson (2011) onde ficou documentado que, apesar de o tratamento da dor ser um aspeto fundamental no atendimento em serviços urgência, o tratamento inadequado da dor é ainda comum. No seu estudo, apenas 49,2% dos doentes foram questionados sobre sua dor na triagem e, destes doentes, 41,3% tinham dor intensa, 38,8% tinham dor moderada e 19,8% tinham dor leve. Embora o controlo da dor seja um fator fundamental no cuidado prestado ao doente no serviço de urgência, são várias as barreiras atitudinais e estruturais à eficiência da sua gestão adequada, como verificaram também Venkat, Fromm, Isaacs, Ibarra e Committee (2013).

No estudo de Baharuddin, Mohamad, Rahman et al. (2010), alguns enfermeiros deram explicações para a falta de avaliação da dor ou tratamento, o que foi registado no formulário de avaliação do doente. Essas razões incluíram barreiras de comunicação e problemas de linguagem, alteração do estado mental e intoxicação, demência ou dificuldade em o doente descrever a dor, a natureza intermitente ou ocasional da dor, o doente ter recebido tratamento pré-hospitalar ou analgesia em casa e a recusa do doente. Neste estudo, verificara-se diferenças significativas nas reavaliações no score da dor na chegada do doente ao serviço de urgência entre doentes, profissionais de saúde de emergência pré-hospitalar e o relato dos próprios doentes. Assim, os autores também concluíram que os enfermeiros tendem a subestimar muitas vezes dor do doente em contexto de serviço de urgência, não havendo em muitos casos a sua reavaliação. O facto de a dor ser uma experiência subjetiva, o stress vivenciado no serviço de urgência e a pressão do trabalho são fatores que parecem afetar a qualidade da avaliação e do controlo da dor por parte dos enfermeiros, o que foi corroborado com o estudo de Dale e Bjørnsen

(2015), onde poucos os doentes com dor moderada a grave receberam tratamento da dor no serviço de urgência. O estudo de Ware, Epps, Clark & Chatterjee (2012) revela que aproximadamente 50% dos doentes internados no serviço de urgência foram questionados sobre dor, sendo, no entanto, menor do que a percentagem encontrada no estudo de Dale e Bjørnsen (2015). De igual modo, no estudo Ware, Epps, Clark & Chatterjee (2012), 43% dos doentes com dor moderada evoluíram para dor intensa, mas apenas 25% desses doentes receberam tratamento para controlo da dor, o que no estudo de Dale e Bjørnsen (2015), comparativamente, apenas foi 14,3%. No estudo de Viveiros, Okuno, Campanharo, Lopes, Oliveira e Batista (2019), a intensidade de dor mais frequente foi a moderada (25,9%). Na categoria vermelha, os doentes apresentaram maior percentual de ausência de dor; na azul prevaleceu a dor leve; e nas categorias verde, amarela e laranja, o maior percentual foi de dor intensa ($p < 0,0001$). Poucos enfermeiros utilizam escalas para avaliar a intensidade da dor durante a triagem.

Berben, Meijs, van Grunsven, Schoonhoven & van Achterberg (2012) referem que o primeiro passo para melhorar a avaliação e gestão da dor no serviço de urgência com precisão passa pela avaliação sistemática de cada doente. Para melhorar a avaliação e o tratamento da dor nesses doentes, é necessária uma mudança na atitude dos enfermeiros, com uma avaliação frequente da dor e ter um feedback por parte do doente, uma vez que a dor é uma das razões mais comuns que os doentes apresentam no serviço de urgência.

Segundo o estudo de Andersson, Bergman, Henech, Ene, Otterström-Rydberg, Simonsson E Ahlberg (2017), os enfermeiros necessitam de ter um maior conhecimento sobre a importância da classificação e gestão da dor. Uma parte vital da gestão da dor é a avaliação contínua dos resultados do tratamento para prevenir a dor intensa. A complexidade da dor e da sua gestão requer compromisso, tempo e conhecimento por parte da equipa de saúde.

CONCLUSÕES/SUGESTÕES

Constatou-se, através dos estudos analisados, que persiste uma discrepância entre a avaliação da dor feita pelos enfermeiros e a avaliação realizada pelos doentes no serviço de urgência. Os estudos concluíram também que a dor, apesar de estar muito presente no serviço de urgência, é frequentemente subestimada pelos enfermeiros, não fazendo uma gestão adequada da mesma. Verificou-se também que, sendo a dor sub-reconhecida, sub-tratada.

Por conseguinte, deve-se assegurar que todos os doentes internados no serviço de urgência não tenham dor, para que se possa preservar a sua estabilidade hemodinâmica, sendo este um dos objetivos da intervenção da enfermagem, na medida em que a manutenção da dor no doente em situação crítica torna mais difícil a sua cooperação. Assume-se como importante também a implementação de guidelines de orientação e de terapêutica para que se possa minimizar a dor em doentes no serviço de urgência. É importante que se façam mais estudos na área, sobretudo a nível nacional, para que se possa aprofundar a sua reflexão, se possa vir a contribuir para a implementação de estratégias e procedimentos que visem uma prática clínica baseada na evidência com repercussões na melhoria dos cuidados prestados.

A realização deste trabalho servira para uma prática profissional de excelência e assume-se como um despertar para a área de gestão da dor suportadas pelo aprofundado do conhecimento científico constante que se traduzem numa melhoria dos cuidados prestados aos doentes internados no serviço de urgência, particularmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andersson, V., Bergman, S., Henoch, I., Ene, K.W., Otterström-Rydberg, E., Simonsson, H., & Ahlberg, K. (2017). Pain and pain management in hospitalized patients before and after an intervention. *Scand J Pain.*; 15, 22-29. doi: 10.1016/j.sjpain.2016.11.006

Baharuddin, K.A., Mohamad, N., Rahman, N.H., Ahmad, R., Nik, & Him. N.A. (2010). Assessing patient pain scores in the emergency department. *Malays J Med Sci.*; 17(1),17–22. PMID: 22135521; PMCID: PMC3216146.

Berben, S.A., Meijs, T.H., van Grunsven, P.M., Schoonhoven, L., & van Achterberg, T. (2012). Facilitators and barriers in pain management for trauma patients in the chain of emergency care. *Injury*; 43(9),1397–402. doi:10.1016/j.injury.2011.01.029. 52.

Dale, J., & Bjørnsen, L.P. (2015). Assessment of pain in a Norwegian Emergency Department. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*; 23, 86 doi 10.1186/s13049-015-0166-3

Dewey, A., & Drahota, A. (2016) Introduction to systematic reviews: online learning module Cochrane Training . Acedido em <https://training.cochrane.org/interactivelarning/module-1-introduction-conducting-systematic-reviews>

Fry, M., Bennetts, S., & Huckson, S. (2011). An Australian audit of ED pain management patterns. *J Emerg Nurs.* 2; 37(3), 269–74. doi:10.1016/j.jen.2010.03.007.

Garcia, T.R., Bartz, C.C., & Coenen, A.M. (2017). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®. Brasil: Artmed Editora.

Giusti, D., Reitano, B., & Gil, A. (2018). Pain assessment in the Emergency Department. Correlation between pain rated by the patient and by the nurse. An observational study. *Acta Biomed for Health Professions*; Vol. 89, S. 4: 64-70 doi: 10.23750/abm.v89i4-S.7055

Keating, L., & Smith, S. (2011). Acute Pain in the Emergency Department: The Challenges. *Reviews in pain*, 5(3), 13–17. <https://doi.org/10.1177/204946371100500304>

Kizza, I.B., Muliira, J.K., Kohi, T.W., & Nabirye, R.C. (2016). Nurses' knowledge of the principles of acute pain assessment in critically ill adult patients who are able to self-report. *International Journal of Africa Nursing Sciences*; 4, 20–27. doi:10.1016/j.ijans.2016.02.001

Nürnberg, D., Saboonchi, F., Sackey, P.V., & Björling, G. (2011). A preliminary validation of the Swedish version of the Critical-Care Pain Observation Tool in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*; 55, 379-386

Schull, M.J., Guttman, A., Leaver, C.A., Vermeulen, M., Hatcher, C.M., Rowe, B.H. et al. (2011). Prioritizing performance measurement for emergency department care: consensus on evidence-based quality of care indicators. *CJEM*; 13(5), 300–9. E28-43. doi: 10.2310/8000.2011.110334.

Shaban, R.Z., Holzhauser, K., Gillespie, K., Huckson, S., & Bennetts, S. (2012). Characteristics of effective interventions supporting quality pain management in Australian emergency departments: an exploratory study. *AENJ*; 15(1), 23–30. doi:10.1016/j.aenj.2011.11.003.

Venkat, A., Fromm, C., Isaacs, E., Ibarra, J., & Committee, S.E. (2013). An ethical framework for the management of pain in the emergency department. *Acad Emerg Med*; 20(7), 716–23. doi:10.1111/acem.12158

Viveiros, W. L., Okuno, M. F. P., Campanharo, C. R. V., Lopes, M. C. B. T., Oliveira, G. N., & Batista, R. E. A. (2019). Dor no serviço de emergência: correlação com as categorias da classificação de risco. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 26, e3070. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2415.3070>

Vuille, M., Foerster, M., Foucault, E., & Hugli, O. (2018). Pain assessment by emergency nurses at triage in the emergency department: A qualitative study. *J Clin Nurs*; 27(3-4), 669-676. doi: 10.1111/jocn.13992

Ware, L.J., Epps, C.D., Clark, J., & Chatterjee, A. (2012). Do ethnic differences still exist in pain assessment and treatment in the emergency department? *Pain Manag Nurs*; 13(4), 194–201. doi:10.1016/j.pmn.2010.06.001.

PASSAGEM DE TURNO: CARACTERÍSTICAS, VALORIZAÇÕES E PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR

Ana Matos⁽¹⁾; António Marques⁽²⁾; Rosa Melo⁽³⁾



Resumo

Enquadramento: A passagem de turno (PT) é um momento de transmissão da informação e reflexão sobre as práticas. Contudo, faltam modelos consistentes que orientem esta prática.

Objetivos: Identificar as características da PT num centro hospitalar; avaliar o contributo do enfermeiro gestor na valorização da área autónoma e interdependente.

Metodologia: Estudo descritivo-exploratório, correlacional, de natureza quantitativa. Colhidos dados em 24 serviços por gravação de duas PT por serviço. Cumpridos pressupostos éticos.

Resultados: Verificou-se maior valorização da informação referente à área interdependente em prejuízo da informação da área autónoma com enquadramento concetual. Nos serviços com maior prevalência de referenciais teóricos nos registos de enfermagem ocorreu maior valorização dos diagnósticos de enfermagem e da área autónoma. Maior valorização dos diagnósticos de enfermagem nos serviços onde a intervenção do enfermeiro gestor é promotora da explicitação da tomada de decisão clínica.

Conclusão: Prevalece uma conceção de cuidados centrada numa lógica executiva em detrimento duma lógica concetual. Importa que o enfermeiro gestor adote uma liderança promotora da explicitação da tomada de decisão clínica e que se promova a capacidade concetual transversal a todo o pensamento e ação de enfermagem.

Palavras-chave: Transferência da responsabilidade pelo paciente; enfermeiro gestor; tomada de decisão clínica

Abstract

NURSING HANDOVER: CHARACTERISTICS, VALUATIONS AND ROLE OF THE NURSE MANAGER

Background: The nursing handover (NH) is a time for transmitting information and reflecting on practices. However, there is a lack of consistent models to guide this practice.

Objectives: Identify the characteristics of NH in a hospital; evaluate the contribution of the nurse manager in valuing the autonomous and interdependent area.

Methodology: Descriptive-exploratory, correlational, quantitative study. Data collected in 24 services by recording two NHs per service. Ethical assumptions fulfilled.

Results: There was a greater appreciation of information relating to the interdependent area at the expense of information from the autonomous area with a conceptual framework. In services with a higher prevalence of theoretical references in nursing records, there was greater appreciation of nursing diagnoses and the autonomous area. Greater appreciation of nursing diagnoses in services where the intervention of the nurse manager promotes the clarification of clinical decision-making.

Conclusion: A conception of care centered on an executive logic prevails in detriment to a conceptual logic. It is important that the nurse manager adopts a leadership that promotes the clarification of clinical decision-making and that the conceptual capacity that is transversal to all nursing thinking and action is promoted.

Keywords: Patient handoff; nurse manager; clinical decision-making

Resumen

CAMBIO DE TURNO: CARACTERÍSTICAS, VALORACIONES Y ROL DEL ENFERMERO GERENTE

Marco contextual: El cambio de turno (CT) es un momento para transmitir información y reflexionar sobre las prácticas. Sin embargo, faltan modelos consistentes para guiar esta práctica.

Objetivos: Identificar las características del CT en un hospital; evaluar la contribución del enfermero gerente en la valoración del área autónoma e interdependiente.

Metodología: Estudio descriptivo-exploratorio, correlacional, cuantitativo. Datos recopilados en 24 servicios mediante el registro de dos CT por servicio. Supuestos éticos cumplidos.

Resultados: Se aprecia una mayor valoración de la información relativa al área interdependiente en detrimento de la información del área autónoma con marco conceptual. En los servicios con mayor prevalencia de referencias teóricas en los registros de enfermería, hubo una mayor valoración de los diagnósticos de enfermería y del área autónoma. Mayor valoración de los diagnósticos de enfermería en los servicios donde la intervención del enfermero gerente promueve el esclarecimiento de la toma de decisiones clínicas.

Conclusión: Prevalece una concepción del cuidado centrada en una lógica ejecutiva en detrimento de una lógica conceptual. Es importante que el enfermero gerente adopte un liderazgo que promueva el esclarecimiento de la toma de decisiones clínicas y que se promueva la capacidad conceptual que es transversal a todo pensamiento y acción de enfermería.

Palabras clave: Pase de guardia, enfermera gerente; toma de decisiones clínicas

Artigo submetido em maio 2022. Aceite para publicação em julho 2022

⁽¹⁾ Mestre, Enfermeira Especialista, CHUC, catarinamatos@chuc.min-saude.pt

⁽²⁾ Mestre, Enfermeiro gestor com funções de direção, CHUC, amarques@chuc.min-saude.pt

⁽³⁾ PhD, Profª Coordenadora, ESEnFC, rosamel@esenfc.pt

INTRODUÇÃO

Desde sempre é assumida a importância da comunicação oral para a prática da enfermagem, especialmente no que respeita à continuidade dos cuidados, assumindo aqui a Passagem de Turno (PT) um lugar de relevo. As dificuldades inerentes a esta rotina despertaram interesse dos enfermeiros e muitos foram os estudos desenvolvidos ao longo de décadas no sentido da sua compreensão e melhoria.

Apesar de conhecidas as consequências negativas das passagens de turno inadequadas, poucas pesquisas foram feitas para identificar as melhores práticas. Há consistência na sugestão de estratégias para transferências efetivas, mas há uma escassez de evidências a apoiá-las (Riesenberg, Leisch & Cunningham, 2010). Os mesmos autores sugerem estudos de alta qualidade dos resultados das PT, focados nos fatores do sistema, no desempenho humano e na eficácia de protocolos e intervenções estruturados.

Segundo Smeulers e Vermeuler (2016), para estabelecer uma comunicação efetiva no complexo processo de PT, é necessário um procedimento padronizado que também se ajuste à situação local. É este o desafio na prática da PT que emerge para o gestor em enfermagem. Que padrão? Que modelo? É neste cenário que nasce o presente estudo, de âmbito institucional, solicitado pela Direção de Enfermagem. Considerando que a instituição abarca múltiplas realidades no contexto da transição de cuidados, o presente estudo justificou-se para reconhecimento dos modelos em uso e do paradigma que orienta a PT dos enfermeiros, perspetivando a sua convergência para a tomada de decisão clínica em enfermagem subsidiada pelos referenciais teóricos adotados pela instituição.

Assim, com o presente estudo pretendeu-se identificar as características da PT nos serviços de internamento de um centro hospitalar da região centro de Portugal e avaliar o contributo do enfermeiro gestor na valorização da área autónoma e interdependente.

ENQUADRAMENTO/ FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001) refere-se à PT como “um momento de reunião da equipa de Enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação” (p. 1).

Este descritivo realça as vertentes de aprendizagem, discussão e prática reflexiva que devem ser promovidas pelo enfermeiro gestor durante a PT. De acordo com o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão (2018), são critérios de competências comuns da gestão operacional que o enfermeiro gestor “assegura a coexistência da formação informal e formal”, “organiza espaços de reflexão sobre as práticas” e “incentiva a explicitação do processo de tomada de decisão clínica” (p. 3484).

Quanto às orientações para esta prática, a PT tem subjacente vários tipos de organização, tendo em conta o tamanho do serviço, número e perfil de doentes, tempo de permanência destes e número de elementos da equipa. A PT poderá ser feita por relatório oral ou escrito, individualmente ou em grupos, junto ao leito do doente ou no gabinete/sala de enfermagem. Cada equipa decidirá qual a melhor forma de garantir que a PT seja efetiva e adequada à realidade da unidade (Moura, 2013).

Perante a diversidade subjacente à prática da PT, é importante que os hospitais adotem um modelo de PT padronizado bem definido com vista a melhorar a segurança do doente (Yu, Lee, Sherwood & Kim, 2018). A falta de modelo pode resultar em informações não confiáveis, bem como falta de informações necessárias para tomada de decisão baseada em dados concretos (Almeida & Costa, 2017).

No que respeita à informação apresentada durante a PT, os resultados da pesquisa de Sexton et al. (2004) mostraram que quase 85%

das informações transmitidas na PT estavam documentadas no processo do doente e que 9,5% das informações discutidas não foram relevantes para a continuidade de cuidados ao doente. Apenas 5,9% do conteúdo da PT envolveu discussões relacionadas com questões de continuidade de cuidados ou de gestão da unidade que não estavam registadas em nenhuma fonte de documentação existente.

Pelo exposto, emerge a necessidade de melhorias na prática da PT, como a delimitação de conteúdos de discussão e/ou a utilização de fontes de documentação. Estas medidas podem eliminar problemas como redundância da informação, confusão, precisão, estereótipos do doente ou falta de relevância (Sexton et al., 2004).

Evidenciando uma lacuna na produção científica, não foram encontradas publicações que abordassem a valorização da área autónoma e concetual de enfermagem enquanto conteúdo de informação estruturante da PT. Não há pesquisas que estudem o conteúdo da PT através de um processo de análise sistemática do conteúdo, do mesmo modo faltam diretrizes específicas na literatura para o conteúdo a incluir na informação a transmitir na PT.

Sem orientações, os enfermeiros podem relatar aquilo que percebem ser importante e que pode ou não ser relevante (Sexton et al., 2004), pondo em causa aquele que é o “momento da prestação em que se verifica a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (Direção Geral da Saúde, 2017, p. 4).

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Quais são as características da PT dos enfermeiros nos serviços de internamento de um centro hospitalar da região centro de Portugal?

Qual o contributo do enfermeiro gestor na PT na valorização da área autónoma e interdepende na PT?

HIPÓTESES

H1: Existe diferença estatisticamente significativa entre a valorização da área autónoma e concetual na PT e os resultados das auditorias no que concerne à componente concetual dos registos de enfermagem.

H2: Existe relação estatisticamente significativa entre a duração da PT e a quantidade de erros/inconsistências, por falta de enfoque adequado.

H3: Existe diferença estatisticamente significativa na valorização da área autónoma e concetual na PT conforme a intervenção do enfermeiro gestor na PT.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, exploratório e correlacional, com abordagem quantitativa. A população alvo deste estudo foram os enfermeiros que desempenhavam funções nos 67 serviços de internamento de um hospital do centro de Portugal. Foi usada amostragem aleatória estratificada (Polit & Beck, 2019), sendo a amostra constituída por enfermeiros que desempenhavam funções em 24 serviços.

Determinaram-se como critérios de inclusão no estudo: ser serviço de internamento da instituição e o serviço ter enfermeiro gestor ou enfermeiro em funções de chefia. Os critérios de exclusão reportam-se às unidades de cuidados intensivos e intermédios e aos serviços de internamento onde a PT se organiza em dois momentos, com divisão dos elementos da equipa e passagem individual simultânea.

Para a colheita de dados foram utilizados dois questionários e duas grelhas de observação para avaliação os aspetos organizacionais e conteúdo da informação transmitida na PT. Estes instrumentos foram construídos em parceria com o Grupo de Assessoria aos Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem (GASIDE) e e o Núcleo de Investigação em Enfermagem da instituição. Estes instrumentos foram sujeitos a um pré-teste em cinco serviços, tendo sido melhorados para facilitar a sua compreensão.

A variável dependente considerada neste estudo foi a “valorização da informação transmitida durante a PT” e foi analisada através da gravação áudio das PT. Pretendeu-se avaliar o valor atribuído à informação transmitida, de acordo com as unidades de significação das verbalizações efetuadas pelos enfermeiros. A categorização da análise de conteúdo da informação recolhida na PT foi realizada por dois peritos – facilitadores do GASIDE e obedeceu às orientações do guião elaborado para preenchimento da grelha de análise da informação oral, no sentido de garantir a fiabilidade e reprodutibilidade da categorização.

A variável resultados das auditorias à componente concetual dos registos de enfermagem foi extraída do dashboard de enfermagem da instituição, pelo indicador disponível “taxa de prevalência dos referenciais teóricos na documentação dos cuidados”. A variável duração da PT foi quantificada pelo tempo absoluto em minutos e quanto à variável intervenção do enfermeiro gestor na PT considerou-se que havia intervenção promotora do pensamento de enfermagem na PT pelo enfermeiro gestor quando a opção assinalada recaiu sobre o item ‘promovendo reflexões sobre os conteúdos valorizados na PT’.

Os dados foram colhidos pelos facilitadores do GASIDE por gravação de duas PT por serviço, com início no dia 3 de março de 2020, tendo sido suspenso no dia 12 devido à implementação do plano de contingência com vista a minimizar o impacto da atividade epidémica da Corona Virus Disease-19 na instituição. Posteriormente, foi retomada de 29 de setembro de 2020 a 4 de novembro de 2020.

No tratamento dos dados quantitativos foi utilizado o programa IBM Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS), versão 25, através de análise estatística descritiva e de estatística inferencial.

Foram assegurados os princípios éticos inerentes à natureza desta investigação. O

preenchimento dos questionários foi realizado em suporte de papel e a recolha foi efetivada com recurso a urna, garantindo o anonimato. Não obstante a garantia absoluta de anonimato e da destruição da gravação, cada enfermeiro participante na PT foi efetivamente livre de recusar a gravação da sua intervenção ou a resposta ao questionário. De modo a garantir a confidencialidade dos dados, o conteúdo das gravações foi do conhecimento exclusivo dos peritos que procederam à categorização da informação transmitida na PT e destruído após a categorização.

RESULTADOS

No que respeita ao modelo em uso na PT, importa clarificar que, no contexto do presente estudo, a referência a modelo em uso integra aspetos organizacionais da PT e aspetos do conteúdo da informação oral transmitida. Estão incluídos elementos como intervenção do enfermeiro gestor na PT e os pressupostos que lhe estão adjacentes, existência de norma interna para a PT, presença de enfermeiro para atender às solicitações durante a PT, utilização do sistema de informação e documentação enquanto um recurso para a PT, existência de suportes informativos alternativos que integrem a organização da informação do doente, abordagem da condição clínica do doente realizada com recurso a linguagem classificada que expresse a tomada e decisão clínica em enfermagem, e ainda, que outras áreas da organização dos cuidados estão a ser considerados como prioritárias durante a PT.

Neste seguimento, os resultados são apresentados distribuídos pelos tópicos: aspetos organizacionais da PT e conteúdo da informação oral transmitida na PT.

Quanto aos Aspetos organizacionais da PT, constatou-se que o enfermeiro gestor estava presente na PT em 51,1% das observações. Em 47,8% das situações em que o enfermeiro gestor estava presente na PT, a intervenção foi rara e sem provocar reflexão. Na mesma percentagem, a intervenção do enfermeiro gestor incidu sobre questões de organização

de serviço. O enfermeiro gestor promoveu reflexões sobre os conteúdos valorizados na PT em 13,0% das observações, adotando uma intervenção promotora do pensamento de enfermagem.

Verificou-se que 66,8% dos enfermeiros afirmaram que, no momento da PT da noite para a manhã, estão presentes todos os enfermeiros que terminam o turno e todos os que o recebem (excetuando atrasos pontuais e situações excepcionais). A mesma resposta foi dada por 60,1% dos enfermeiros quando a questão era referente à PT da manhã para a tarde e por 76,9% relativamente à PT da tarde para a noite.

O tempo de duração da PT situou-se entre 4 e 65 minutos, sendo o tempo médio 24,30 minutos com desvio padrão 10,35 minutos.

Na maior parte dos serviços (95,8%) o gabinete de enfermagem foi o local utilizado para realizar a PT. Em 62,5% dos locais onde se realizava a PT existia um ou dois computadores e em 27,5% existiam 3 ou quatro. Nenhum enfermeiro foi observado a utilizar o sistema informático para transmissão de informação. Em 93,3% das observações registou-se a utilização de notas escritas redigidas no momento da PT e em 91,1% a utilização de folhas-tipo criadas pelo serviço, como suportes alternativos para a transmissão e receção de informação.

Constatou-se que a maioria dos enfermeiros (70,9%) referiu que consultava o Mapa de Cuidados antes da prestação de cuidados. Também a maioria (51,6%) dos 190 enfermeiros que responderam que consultavam o Mapa de Cuidados antes da prestação de cuidados, referiu que demorava, em média 10,48 minutos a fazer a consulta.

Verificou-se que em 73,3% das observações não existia enfermeiro intencionalmente disponível para dar resposta às solicitações que ocorressem durante a PT e que na maioria dos serviços (62,5%) não existia qualquer norma elaborada para PT.

Relativamente ao Conteúdo da informação oral transmitida na PT, e tendo por base

a análise das 655 unidades de registo da informação transmitida oralmente, verificou-se que em 51,3% desses registos foi feita uma ou duas referências aos Diagnósticos Médicos e em 31,6% não foi encontrado qualquer referência a Diagnósticos Médicos.

Em 80,6% dos registos não foi feita qualquer referência a dados da Avaliação Inicial e em 19,1% foram encontradas uma ou duas referências. Em 63,2% dos registos não foi observada qualquer referência a informação relativa à Atividade Diagnóstica e em 33,7% observaram-se uma ou duas referências.

Na maioria das unidades de registo (58,2%) não foram enunciados Diagnósticos de Enfermagem em linguagem classificada e em apenas 3,3% dos 274 registos onde tal se verificou foi feita explicitação do processo de tomada de decisão clínica em enfermagem. Ainda em 5,8% daqueles registos foi feita referência a evolução diagnóstica positiva.

Relativamente à referência a Intervenções de Enfermagem com utilização de linguagem classificada, contactou-se que elas não foram observadas em 69,3% das unidades de registo e em 28,2% foram identificados uma ou duas destas menções. Nos 201 registos em que foi observada a referência a Intervenção de Enfermagem em linguagem classificada, 95,4% não foram feitas com integridade referencial.

Quanto à referência a Atitudes Terapêuticas, em 40,8% dos registos foram identificadas uma ou duas referências e em 19,7% foram identificadas três ou quatro. Em 29,3% dos registos não foi observada nenhuma. Dos 463 registos onde foram enunciadas atitudes terapêuticas, em 93,5% deles não houve explicitação do processo de tomada de decisão clínica em enfermagem (integridade referencial).

Verificou-se que, nos 655 registos, 47,3% tinham uma ou duas referências a Prescrições Médicas, mas em 41,1% tal não foi observado.

Por último, observaram-se 66% dos registos em que foram mencionados outros dados que não explicitam o processo de

tomada de decisão clínica em enfermagem, não tendo significado/integridade referencial, nomeadamente: transmissão de normalidades, diagnósticos de enfermagem/intervenções de enfermagem/attitudes terapêuticas em linguagem natural, attitudes terapêuticas desconexas, sem explicitação da sua razão de ser, erros, inconsistências, informação redundante, contraditória, imprecisa ou não útil.

As taxas de prevalência dos referenciais teóricos, obtidas por auditoria à documentação dos cuidados variaram entre 8,33% e 92,31%, sendo média 47,95% com desvio padrão 19,72%.

Para testar a hipótese 1 «Existe diferença estatisticamente significativa entre a valorização da área autónoma e concetual na PT e os resultados das auditorias no que concerne à componente concetual dos registos de enfermagem», procedeu-se ao estudo da correlação entre a valorização da área autónoma e concetual na PT (Atividade diagnóstica; Diagnósticos de Enfermagem – Linguagem classificada; Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada; Valorização da área autónoma e concetual na PT (global)) e os resultados das auditorias no que concerne à componente concetual dos registos de enfermagem, aplicando o coeficiente de correlação de Pearson e o respetivo teste de significância. Verificou-se a existência de correlação fraca, mas estatisticamente significativa ($p < 0,050$) na valorização dos Diagnósticos de Enfermagem – Linguagem classificada ($r = + 0,22$; $p < 0,001$) e, também, na valorização da área autónoma e concetual na PT (global) ($r = + 0,11$; $p = 0,017$). Em ambas as situações se constatou que a correlação é positiva. Tal pode ser interpretado como evidência de que nos serviços onde se registam, nas auditorias, taxas de prevalência de referenciais teóricos mais elevadas no que concerne à componente concetual dos registos de enfermagem, são mais valorizados os Diagnósticos de Enfermagem na PT e mais valorizada a área

autónoma e concetual na PT (global).

Para o teste da segunda hipótese «Existe relação estatisticamente significativa entre a duração da PT e a quantidade de erros/inconsistências» procedeu-se, igualmente, ao estudo da correlação entre os resultados das duas variáveis, aplicando o coeficiente de correlação de Pearson e o respetivo teste de significância. A correlação é muito fraca e não significativa ($r = + 0,07$; $p = 0,146$). Atendendo a estes resultados, admite-se que os dados não corroboram a hipótese formulada e, conseqüentemente, que não existem evidências estatísticas de que haja relação entre a duração da PT e a quantidade de erros/inconsistências.

A hipótese 3 «Existe diferença estatisticamente significativa entre a valorização da área autónoma e concetual na PT conforme a intervenção do enfermeiro gestor na PT» foi testada através do teste *t* de Student, comparando a valorização da área autónoma e concetual na PT (Avaliação diagnóstica; Diagnósticos de Enfermagem – Linguagem classificada; Intervenções de Enfermagem – Linguagem classificada; Valorização da área autónoma e concetual na PT (global)) em função da intervenção do enfermeiro gestor na PT, dicotomizada em duas categorias (Intervenção do enfermeiro gestor promotora do pensamento em enfermagem e Intervenção do enfermeiro gestor sem relação com a valorização da área autónoma e concetual).

Os resultados revelaram a existência de diferença estatisticamente significativa ($t = 3,249$; $p = 0,002$) em termos dos Diagnósticos de Enfermagem – Linguagem classificada. Consta-se que, os Diagnósticos de Enfermagem – Linguagem classificada, tendem a ser mais valorizados nos serviços em que a intervenção do enfermeiro gestor é promotora do pensamento em enfermagem.

DISCUSSÃO

Acerca do local utilizado para realizar a PT, na maior parte dos serviços (95,8%) foi usado o gabinete de enfermagem. A seleção do local de realização da PT deve ter em conta o contexto de trabalho e as suas particularidades, assim como as finalidades, e pode compreender sala/gabinete de enfermagem, unidade do doente ou outro, podendo acontecer em várias das opções, sequencialmente (OE, 2001).

Quanto à duração da PT, o tempo médio situou-se nos 24,30 minutos. De acordo com a OE (2017), o tempo para a ocorrência da PT não se encontra definido e deve ser a equipa de enfermagem de cada serviço a encontrar o tempo necessário para a transmissão da informação relevante.

No que respeita à disponibilidade de computadores para uso dos enfermeiros nos locais onde se realiza a PT, constatou-se que em 62,5% dos locais existia um ou dois. Não obstante a acessibilidade aos computadores, nenhum enfermeiro foi observado a utilizar o sistema informático para transmissão de informação. Este resultado é concordante com o estudo de Gonçalves et al. (2017), ao referirem que a utilização de recursos tecnológicos como apoio para a realização da PT não foi identificada em nenhuma das observações realizadas.

No presente estudo, a maioria dos enfermeiros (70,9%) referiu que consultava o Mapa de Cuidados antes da prestação de cuidados. De acordo com Marin (2010), o uso do sistema de informação em enfermagem auxilia o processo de tomada de decisão clínica em enfermagem de forma direta e indireta. No caso concreto do centro hospitalar onde decorreu o estudo está em uso o SClínico V2 que possibilita a associação entre dados e a identificação de diagnósticos ou resultados de enfermagem.

No estudo verificou-se que o enfermeiro gestor estava presente na PT em 51,1% das observações realizadas. De realçar que este aspeto assume importância pela representação do papel deste profissional perante a equipa

de enfermagem (Silva et al., 2017). Em 47,8% dos 23 registos em que o enfermeiro gestor estava presente na PT, a intervenção foi rara e sem provocar reflexão e, na mesma percentagem, a intervenção incidiu sobre questões de organização de serviço. O enfermeiro gestor promoveu reflexões sobre os conteúdos valorizados na PT em 13,0% das observações, adotando uma intervenção promotora do pensamento de enfermagem. Aspetos como a organização do trabalho e a apresentação da síntese das informações relevantes são igualmente valorizados pelo estudo de Silva et al. (2017), como responsabilidades do enfermeiro gestor na coordenação da PT. Não obstante, esta análise permite identificar uma lacuna no exercício da liderança pelo enfermeiro gestor na PT, pela baixa expressividade que a promoção do pensamento de enfermagem assume no presente estudo. Sendo a PT um momento oportuno de análise das práticas e de formação em contexto de serviço (OE, 2005), o enfermeiro gestor deve promover a sua ocorrência.

Quanto ao uso de suportes alternativos para a transmissão e receção de informação pelos enfermeiros, em 93,3% das observações registou-se a utilização de notas escritas redigidas no momento da PT e em 91,1% a utilização de folhas-tipo criadas pelo serviço. Efetivamente, a literatura revela que, nos contextos da PT, os enfermeiros confiam em rascunhos e têm pouco tempo para detalhes. Gradualmente têm sido criadas folhas pré-preparadas para as PT, que contêm informação sobre todos os doentes do serviço, no entanto este processo consome mais tempo e esforço e exige duplicação face ao que já está documentado, para além de serem criadas conforme o perfil de conceção de cuidados de cada enfermeiro.

No que respeita à presença de enfermeiro para atender às solicitações durante a PT, verificou-se que em 73,3% das observações não existia enfermeiro intencionalmente disponível para dar resposta às solicitações

que ocorressem. Ora, sendo a PT um momento destinado à garantia da segurança do doente, tanto ele quanto o serviço não devem ser abandonados nesta ocasião, uma vez que a ausência dos enfermeiros coloca o doente em situação vulnerável a eventos adversos. Logo, é necessário o planeamento e organização desta rotina, pois, enquanto estiver a ser realizada a PT, parte da equipa de enfermagem deve estar envolvida na assistência aos doentes, assegurando continuidade de cuidados (Oliveira & Rocha, 2016).

No estudo verificou-se que na maioria dos serviços, concretamente em 62,5%, não existia qualquer norma elaborada para PT. No complexo processo da PT de enfermagem, a qualidade da informação transmitida depende, entre outros, do modelo instituído (Almeida & Costa, 2017) e a comunicação eficaz necessita de processo padronizado que também se ajuste ao contexto local (Smeulers & Vermeulen, 2016). O estudo de Yu et al. (2018) destaca igualmente a importância da padronização dos processos e sistemas da PT, uma vez que esta carece de uma estrutura adequada, processo ou diretrizes de qualidade para que a transmissão da informação seja clara e efetiva. Afonso (2017) refere ainda, que a existência de protocolo de PT contribui positivamente para a sua eficácia.

Relativamente aos aspetos mais valorizados na informação transmitida na PT, ficou evidente uma maior valorização da informação referente à área interdependente em prejuízo da informação relativa à área autónoma com enquadramento concetual. Quanto à explicitação do processo de tomada de decisão clínica em enfermagem – integridade referencial dos dados, a expressividade foi baixa. Estes resultados evidenciam um maior domínio da conceção de cuidados centrada numa lógica executiva e baseada em modelos biomédicos, em detrimento duma lógica mais concetual baseada em teorias de enfermagem, que consubstancia práticas de enfermagem progressivamente melhor sistematizadas na utilização do conhecimento da disciplina.

Conquanto este facto, é de realçar, embora sem uma grande expressividade, o uso de linguagem classificada na transmissão da informação durante a PT, assim como o esboço de explicitação do processo de tomada de decisão clínica em enfermagem, como preditores da mudança de cultura na organização.

No seguimento da valorização da área autónoma e concetual enquanto aspeto considerado no desenvolvimento deste estudo, constatou-se que nos serviços onde se registam, nas auditorias, taxas de prevalência de referenciais teóricos mais elevadas no que concerne à componente concetual dos registos de enfermagem, são mais valorizados os Diagnósticos de Enfermagem na PT e mais valorizada a área autónoma e concetual na PT (global).

Efetivamente, na organização onde decorreu o estudo pode assistir-se, nos últimos anos, à transição de um modelo de cuidados de enfermagem essencialmente biomédico, para uma conceção e sistematização dos cuidados alicerçada em referenciais de cuidados norteadores da tomada de decisão clínica em enfermagem. É de realçar que a sistematização e a necessidade de tempo são fundamentais para que os enfermeiros “possam perceber a pertinência de uma prática baseada na teoria, em detrimento de um desempenho ancorado em rotinas e prescrições de outros profissionais” (Ribeiro et al., 2018, p. 46), o que pode explicar os resultados obtidos no presente estudo.

No âmbito do efeito entre o tempo despendido na PT e a qualidade da informação e tendo em conta os resultados do estudo, assume-se que não existem evidências estatísticas de que haja relação entre a duração da PT e a quantidade de erros / inconsistências. De acordo com Carlos (2019), relatos de informações irrelevantes gastam tempo indevido da PT.

A intervenção do enfermeiro gestor na PT no sentido da valorização da área autónoma e concetual foi também um dos enfoques deste estudo. Constatou-se que os Diagnósticos

de Enfermagem – Linguagem classificada tendem a ser mais valorizados nos serviços em que a intervenção do enfermeiro gestor é promotora do pensamento em enfermagem. Na persecução da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, impera que o enfermeiro gestor incentive a explicitação do processo de tomada de decisão clínica, elegendo a PT como um momento de excelência para análise das práticas e de formação em serviço. O enfermeiro gestor tem que estar ciente que “a formação não se adquire por acumulação de cursos e diplomas”, mas emerge antes da relação entre os saberes e a reflexão diária sobre a prática (Nóvoa como referido por Rosário, 2007, p. 22).

Não obstante terem sido cumpridos os requisitos de garantia do anonimato e confidencialidade dos dados, uma limitação prende-se com a forma como foi recolhida a informação, podendo ter provocado algum constrangimento nos enfermeiros.

CONCLUSÃO

Com esta pesquisa foi possível identificar as características da PT no contexto estudado. Verificou-se um maior enfoque na valorização da informação referente à área interdependente em prejuízo da valorização da informação da área autónoma com enquadramento concetual, prevalecendo ainda uma conceção de cuidados centrada numa lógica executiva em detrimento duma lógica mais concetual, alicerçada nos referenciais teóricos adotados pela instituição. Constatou-se que existe uma correlação positiva entre a prevalência dos referenciais teóricos nas auditorias e a valorização dos Diagnósticos de Enfermagem e da área autónoma e concetual (global) na PT. Verificou-se ainda que os diagnósticos de enfermagem são mais valorizados nos serviços onde a intervenção do enfermeiro gestor é promotora da explicitação da tomada de decisão clínica.

Na persecução da melhoria da qualidade dos cuidados, importa melhorar o processo e o conteúdo da PT, assumindo o enfermeiro

gestor o papel crucial de liderar a mudança. Deste modo, importa que o enfermeiro gestor adote uma liderança promotora do pensamento de enfermagem, estimule a análise das práticas e promova discussão de casos durante a PT. Emerge também como essencial a utilização do processo informatizado, principal fonte de dados do doente, como suporte sistemático à transmissão da informação durante a PT, promovendo uma comunicação efetiva, a valorização da área autónoma e concetual, a apropriação da linguagem classificada e a explicitação do processo de tomada de decisão clínica em enfermagem. Ainda a consulta do Mapa de Cuidados após a PT antes de iniciar a prestação de cuidados, é fundamental para os enfermeiros se inteirarem dos cuidados planeados para cada doente, assim como da informação necessária ao processo de tomada de decisão, pelo que, sempre que possível, deve ser realizada.

Dada a escassez de literatura sobre o conteúdo da informação partilhada na PT, considera-se, a título de sugestão para possíveis investigações futuras, o estudo das informações valorizadas pelos enfermeiros, bem como a linguagem usada e a explicitação do processo de tomada de decisão clínica em enfermagem durante a PT.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, P. (2017). Passagem de turno em Enfermagem: Processo fundamental para a qualidade de cuidados. *Desenvolvimento e Sociedade*, 2(3), 33-56.
- Almeida, F. A. V., & Costa, M. L. A. S. (2017). Passagem de plantão na equipe de enfermagem: um estudo bibliográfico. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*, 62(2), 85-91.
- Carlos, M. M. M. (2019). Handover e segurança do doente (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Portugal.
- Direção Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados

de saúde. Lisboa. Portugal: Autor.

Gonçalves, M., Rocha, P., Souza, S., Tomazoni, A., Paz, B., & Souza, A. (2017). Segurança do paciente e passagem de plantão em unidades de cuidados intensivos neonatais. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(2), 1-10. doi: 10.18471/rbe.v31i2.17053.

Marin, H. (2010). Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of Health Informatics*, 2(1), 20-24.

Moura, D. C. A. (2013). Sistema de informação em enfermagem. Recuperado de <https://silo.tips/download/universidade-federal-de-juiz-de-fora-faculdade-de-enfermagem-departamento-de-enf-10>.

Oliveira, M. C., & Rocha, R. G. M. (2016). Reflexão acerca da passagem de plantão: implicações na continuidade da assistência de enfermagem. *Enfermagem Revista*, 19(2), 191-198.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Parecer CJ/20 – 2001 – Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias. Lisboa. Portugal: Autor. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_20-2001.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro - Dos Comentários à análise de casos. Lisboa, Portugal: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Parecer n.º 61/2017 – Atribuição de tempo para a passagem de turno. Lisboa. Portugal: Autor. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_AtribuicaoTempoPassagemTurno.pdf.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. (9ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Regulamento n.º 76/2018 de 30 de janeiro. Diário da República n.º 21/2018 - II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., & Silva, J. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais

teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 39-48. doi: doi.org/10.12707/RIV18040.

Riesenberg, L. A., Leisch, J., & Cunningham, J. M. (2010). Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *AJN The American Journal of Nursing*, 110(4), 24-34. doi: 10.1097/01.NAJ.0000370154.79857.09.

Rosário, J. M. O. A. D. (2007). A integração da internet na autoformação dos enfermeiros (Dissertação de mestrado). Universidade do Algarve, Instituto Politécnico de Beja, Portugal.

Sexton, A., Chan, C., Elliott, M., Stuart, J., Jayasuriya, R., & Crookes, P. (2004). Nursing handovers: do we really need them?. *Journal of nursing management*, 12(1), 37-42. doi: 10.1111/j.1365-2834.2004.00415.x

Silva, M., Rodvalho, A., Alves, L., Camelo, S., Laus, A., & Chaves, L. (2017). Passagem de plantão em enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa. *CuidArte, Enferm*, 11(1), 122-130.

Smeulders, M., & Vermeulen, H. (2016). Best of both worlds: combining evidence with local context to develop a nursing shift handover blueprint. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(6), 749-757. doi: 10.1093/intqhc/mzw101.

Yu, M., Lee, H., Sherwood, G., & Kim, E. (2018). Nurses' handoff and patient safety culture in perinatal care units: Nurses' handoff evaluation and perception of patient safety culture at delivery room and neonatal unit in South Korea. *Journal of clinical nursing*, 27(7-8), 1442-1450. doi: 10.1111/jocn.14260.

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A SUA PREPARAÇÃO NA RESPOSTA HOSPITALAR EM SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE (DPET-PT)

Octávio Ferreira Duarte⁽¹⁾; Rita Alexandra Antunes Fernandes Duarte⁽²⁾; Verónica Rita Dias Coutinho⁽³⁾



Resumo

Enquadramento: Os enfermeiros são elementos-chave em situações de catástrofe, com responsabilidade no funcionamento do sistema de saúde.

Objetivos: Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a sua preparação para atuação na resposta hospitalar em situações de catástrofe e identificar variáveis preditoras sociodemográficas, académicas, profissionais e formativas específicas.

Metodologia: Estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional. Amostra não probabilística, acidental por conveniência obtida pela aplicação de questionários. O conjunto de questões culminam com a escala - Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET), validada para a população portuguesa por Santos e Dixe (2017).

Resultados: Aferiu-se a perceção de um nível moderado a baixo sobre a preparação dos enfermeiros para atuação em catástrofe, mais acentuada para as competências relacionadas com o “fazer”. Influência do género e da idade com predisposição para melhor atuação dos enfermeiros do género masculino e a idade apenas influente na gestão pós-catástrofe. O vínculo laboral, tempo de exercício profissional e no serviço atual revelam uma intervenção negativa da precariedade e do menor tempo de serviço. Formação específica em catástrofe e doente crítico são preditores da melhor preparação dos enfermeiros, constatando-se também o efeito construtivo de vivências anteriores (reais ou simuladas) em catástrofe.

Conclusão: Os enfermeiros devem adquirir competências para atuar em contexto de catástrofe. Considera-se fundamental a dinamização, a nível institucional, de mais formação específica e simulação regular nas diversas áreas de atuação em catástrofe.

Palavras-chave: Enfermeiros; Catástrofe; Competências; Preparação

Abstract

NURSES' PERCEPTION ABOUT THEIR PREPAREDNESS IN THE HOSPITAL RESPONSE IN DISASTER SITUATIONS (DPET-PT)

Framework: Nurses are key elements in disaster situations, with responsibility for the functioning of the health system.

Objectives: To know the perception of nurses about their preparation for work in hospital response in disaster situations and to identify specific sociodemographic, academic, professional and formative predictor variables.

Methodology: Quantitative, cross-sectional, descriptive-correlational study. Non-probabilistic, accidental convenience shows obtained by the application of questionnaires. The set of questions culminate with the scale - Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET), validated for the Portuguese population by Santos and Dixe (2017).

Results: The perception of a moderate to low level of the preparation of nurses for action in a disaster was more pronounced, more pronounced for the competencies related to “doing”. Influence of gender and age with predisposition to better performance of male nurses and age only influential in post-disaster management. The employment relationship, time of professional practice and in the current service reveal a negative intervention of precariousness and shorter service time. Specific training in catastrophe and critically ill are predictors of better preparation of nurses, also verifying the constructive effect of previous experiences (real or simulated) in catastrophe.

Conclusion: Nurses must acquire skills at the level of “knowing” and “doing” to act with in the context of catastrophe. It is essential to give more specific training and regular simulation in the various areas of disaster action at the institutional level.

Keywords: Nurses; Catastrophe; Skills; Preparation

Resumen

PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMEROS SOBRE SU PREPARACIÓN EN LA RESPUESTA HOSPITALARIA EN SITUACIONES DE DESASTRES (DPET-PT)

Marco contextual: El cambio de turno (CT) es un momento para transmitir información y reflexionar sobre las prácticas. Sin embargo, faltan modelos consistentes para guiar esta práctica.

Objetivos: Identificar las características del CT en un hospital; evaluar la contribución del enfermero gerente en la valorización del área autónoma e interdependiente.

Metodología: Estudio descriptivo-exploratorio, correlacional, cuantitativo. Datos recopilados en 24 servicios mediante el registro de dos CT por servicio. Supuestos éticos cumplidos.

Resultados: Se aprecia una mayor valoración de la información relativa al área interdependiente en detrimento de la información del área autónoma con marco conceptual. En los servicios con mayor prevalencia de referencias teóricas en los registros de enfermería, hubo una mayor valoración de los diagnósticos de enfermería y del área autónoma. Mayor valorización de los diagnósticos de enfermería en los servicios donde la intervención del enfermero gerente promueve el esclarecimiento de la toma de decisiones clínicas.

Conclusión: Prevalece una concepción del cuidado centrada en una lógica ejecutiva en detrimento de una lógica conceptual. Es importante que el enfermero gerente adopte un liderazgo que promueva el esclarecimiento de la toma de decisiones clínicas y que se promueva la capacidad conceptual que es transversal a todo pensamiento y acción de enfermería.

Palabras clave: Pase de guardia; enfermera gerente; toma de decisiones clínicas

Recebido em maio 2022. Aceite para publicação em junho 2022

⁽¹⁾ Mestrado Enfermagem Médico Cirúrgica, Enfermeiro Centro Hospitalar Tondela Viseu EPE, Portugal; (octavioduarteapo.pt)

⁽²⁾ Mestrado Enfermagem Médico Cirúrgica, Enfermeira Centro Hospitalar Tondela Viseu EPE, Portugal; (ritalex1979@sapo.pt)

⁽³⁾ Doutoramento, Docente Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal; (vcoutinhosenfc.pt)

INTRODUÇÃO

A catástrofe com situações de emergência multivítimas e a respetiva função dos enfermeiros nos planos de intervenção hospitalar constitui o foco central deste estudo, assente sobretudo na preocupação e objetivo de assegurar a excelência da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica numa situação de desequilíbrio entre os meios disponíveis e as necessidades verificadas.

Na ocorrência de um evento desta natureza, de acordo com Santos e Rabais (2015) o fator chave para uma resposta eficaz e intervenção direcionada encontra-se nos profissionais de saúde, que se devem munir de conhecimentos relativamente ao plano de emergência, associando o treino à formação específica em catástrofe e à disciplina profissional, sendo que a adequação e resposta atempada são fundamentais, para controlar o número de vítimas, o agravamento do estado de saúde, a vulnerabilidade das populações e promover a qualidade de vida futura.

Assim, atendendo a esta problemática, o desenvolvimento do percurso da pesquisa, assentou na questão de investigação: “Qual a perceção dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência, sobre a sua preparação para atuação na resposta hospitalar em situações de catástrofe?”, estabelecendo-se para além do objetivo principal do estudo, de conhecer a perceção dos enfermeiros dos serviços de urgência sobre a sua preparação para atuação na resposta hospitalar em situações de catástrofe, os objetivos específicos, nomeadamente:

- Identificar variáveis sociodemográficas que influenciam a preparação dos enfermeiros de urgência para atuação na resposta hospitalar em situações de catástrofe;
- Identificar variáveis académicas e profissionais que influenciam a preparação dos enfermeiros de urgência para atuação na resposta hospitalar em situações de catástrofe;
- Avaliar a influência de vivências anteriores (reais ou simuladas) de atuação em catástrofe

na preparação dos enfermeiros da urgência para atuação na resposta hospitalar em situações de catástrofe;

- Identificar as necessidades de formação específica dos enfermeiros de urgência para atuação na resposta hospitalar em situações de catástrofe.

FUNDAMENTAÇÃO

De acordo com a base de dados EM-DAT, uma das mais importantes bases de dados internacionais de registo de eventos de emergência, mantida pelo Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED), foram registados nos últimos 20 anos (2000-2019), mais de 7000 eventos, contabilizando mais de 1.23 milhões de mortos (uma média de 60.000 por ano) e afetou um total de mais de 4 biliões de pessoas (CRED, 2020). Estes números representam um aumento significativo do número de eventos registados em comparação com os vinte anos anteriores. Mudanças climáticas, degradação ambiental, acelerado crescimento populacional, urbanização descontrolada e perda de biodiversidade podem explicar este aumento significativo, expondo a população a um maior risco.

Assim, numa conjuntura de permanente possibilidade de ocorrência de uma catástrofe natural, epidemia, acidente tecnológico e/ou incidente nuclear, radiológico, biológico ou químico, de grandes ou importantes proporções (DGS, 2010), encontramos na literatura a referência de um vasto número de fenómenos: acidente, acidente grave, estado de calamidade, cataclismo, catástrofe, desastre, praga e sinistro, crise, acidente catastrófico de efeitos limitados, situação de exceção, entre outros, na tentativa de correspondência do conceito de catástrofe, cujo enquadramento legislativo é estabelecido no artigo 3º da Lei de Bases da Proteção Civil, Lei nº.80/2015 e definido como “acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições

de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional”.

Já do ponto de vista dos cuidados de saúde, catástrofe é uma situação de procura súbita, inesperada e excessiva de cuidados de saúde de urgência, esgotando todos os recursos disponíveis e que se baseia em três elementos-chave: grande fluxo de vítimas, destruição de ordem material e desproporcionalidade acentuada entre os meios humanos e materiais de socorro e as vítimas a socorrer (DGS 2010; ICN e WHO, 2009; Bandeira, 2015).

A nível nacional, segundo Santos e Dixe (2017, p. 69), “Portugal tem uma experiência limitada na resposta a uma catástrofe”. Sendo os hospitais instalações essenciais à comunidade, não só para providenciar cuidados de saúde, mas muitas vezes para satisfazer as necessidades básicas de alimentos, água e abrigo (Childers referido por Patoleia, 2016), estes encontram-se potencialmente vulneráveis, quer pelas dificuldades inerentes a uma situação de catástrofe (falhas no sistema de comunicação, serviços de apoio externo, escassez de equipamento, entre outros), mas sobretudo pela súbita procura dos cuidados de saúde, podendo ocorrer complicações na resposta, comprometendo a capacidade funcional, a segurança e o próprio sistema de saúde (WHO, 2011).

Assim, para que a resposta hospitalar perante uma catástrofe tenha sucesso, é fundamental reforçá-la com uma efetiva preparação, a qual inclui planeamento e formação contínua, para que possam responder de forma adequada independentemente do tipo de catástrofe (Santos & Dixe 2017), com os serviços de urgência a serem considerados os locais de eleição para o atendimento mais adequado às vítimas.

Presente como maior grupo profissional nos serviços de saúde, a eficácia de resposta do sistema de saúde a uma emergência de saúde pública ou catástrofe é em grande parte dependente da capacidade da mão-de-obra de enfermagem. Colaborando diariamente com outros profissionais de saúde, os enfermeiros

estão bem posicionados para melhorar os resultados em saúde e resiliência comunitária em catástrofe, devendo estar sempre preparados responder qualquer catástrofe ou emergência de saúde pública (Veenema, et al., 2016).

A preparação para a atuação em catástrofe refere-se a todos os planos de ação e esforços antes da sua ocorrência para estabelecer um sistema de resposta, que envolva ativamente os enfermeiros considerados especialistas em gestão de catástrofes e cuidados de saúde e que, através dos seus conhecimentos e habilidades especializadas, proporcionam cuidados de enfermagem que reduzem o risco de danos à vida e à saúde das pessoas causados por uma catástrofe. Portanto, a compreensão do nível de preparação dos enfermeiros para uma catástrofe é fundamental para a compreensão do status da mesma e para o processo de gestão (Veenema et al., 2016; Han & Chun, 2021).

MATERIAL E MÉTODOS

Dadas as características da investigação e os objetivos que foram definidos, os dados, as informações colhidas no decorrer de um estudo sob a forma numérica (dados) ou informações narrativas (dados qualitativos), recorreu-se sobretudo a uma metodologia quantitativa com subterfúgio a um estudo de características descritivo e analítico-correlacional, apoiado pela necessidade de não só descrever as variáveis, mas também identificar a existência de relações entre elas.

Caracterizou-se ainda como um estudo não experimental, transversal, retrospectivo, sustentação pelo facto de se prever que cada indivíduo deverá ser avaliado para o fator de exposição apenas um único ponto temporal, baseado em dados e em factos do passado (Polit & Beck, 2018).

População e amostra

Neste estudo a população definida são os enfermeiros a exercer funções nos serviços de urgência, nas várias tipologias dos hospitais portugueses, sendo que para a população

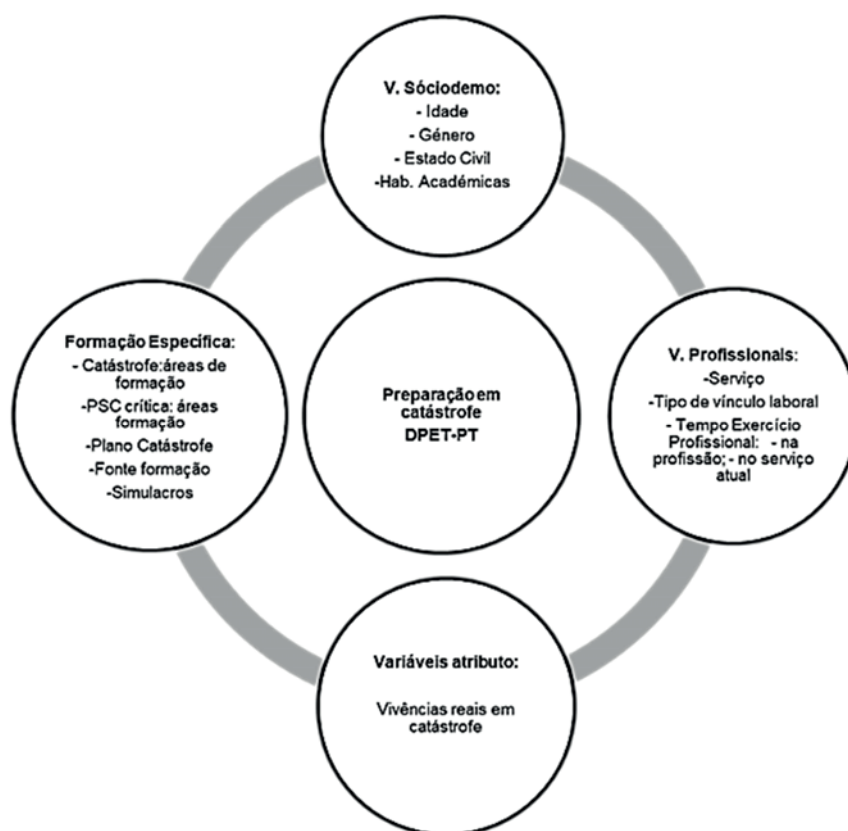
acessível foram selecionados os enfermeiros a exercer funções nesses serviços de um Centro Hospitalar da Zona Centro de Portugal.

A amostra selecionada foi assim obtida com recurso a amostragem não probabilística por conveniência, na seleção das unidades de saúde onde aplicar os questionários e acidental pela respetiva solicitação de preenchimento pelos enfermeiros que se encontravam em exercício de funções nestes serviços no período selecionado para aplicação dos questionários.

Instrumento de colheita de dados

Em relação ao instrumento de recolha de dados, optou-se pelo recurso a um questionário dividido em duas partes: - uma respeitante à identificação das variáveis independentes e de atributo: sociodemográficas, profissionais, formação em catástrofe, vivências situações de catástrofe. E uma segunda parte, Escala Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET-PT).

Figura 1 - Esquema das variáveis em estudo



A DPET® original é um instrumento composto por 68 questões cujo objetivo é medir a perceção dos enfermeiros sobre sua preparação para atuar perante uma situação de catástrofe. Quarenta e sete itens são do tipo Likert, com seis opções de resposta, que vão desde o discordo fortemente (1) a concordo fortemente (6). Estes itens estão agrupados em três fatores distintos: os primeiros 25 itens

dizem respeito à preparação pré-desastre; os seguintes 16 itens relacionam-se com resposta catástrofe e os últimos 6 itens dizem respeito à fase de recuperação da Catástrofe (Al Khalaileh, et al.,2010).

Instrumento já muito difundido pelo mundo (Khalaileh, et al., 2012; Al-Ali e Ibaid, 2015; Usher et al., 2015; Oztekin, et al., 2016; Sangkala e Gerdtz, 2017; Martono

et al., 2018, Rizqillah e Suna, 2018, King et al., 2019; Brewer et al., 2020), atualmente já sujeita a várias validações culturais: árabe clássica_ Khalaileh et al., 2010; Chinesa (DPET-C), Chen, Chou, Liao, Ho e Chung, 2014; Coreana (DPET-K), Han e Chun, 2021; Mainland China (DPET-MC), Wang et al., 2021), é utilizada na sua versão Árabe por Santos e Dixe (2017) para validação cultural para a população Portuguesa (DPET-PT). De salientar que dos (45) itens que faziam parte da escala utilizada, foram suprimidos 11 itens em virtude de apresentarem valores de alfa de Cronbach superiores ao global e em alguns casos valores de correlação sem o item inferiores a 0,20 (Santos e Dixe 2017).

A validação portuguesa da DPET ficou assim composta por 34 itens mantendo, no entanto, a distribuição em três fatores semelhança da validação árabe de Khalaileh et al. (2010):

- Fator 1 (F1) - Gestão pós catástrofe (19 itens): 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34;
- Fator 2 (F2) - Competências relacionadas com “o saber” (12 itens): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 15;
- Fator 3 (F3) – Competências relacionadas com “o fazer” (3 itens): 12, 13, 14.

O cálculo básico da escala da (DPET-PT) consiste numa soma simples dos pontos atribuídos, com as respostas aos diferentes itens a serem pontuadas de 1 (“Discordo Fortemente”), 2 (“Discordo”), 3 (“Discordo em parte”), 4 (“Concordo em parte”), 5 (“Concordo”) e 6 (“Concordo fortemente”). Do resultado obtido, constituíram três grupos que permitirão classificar o nível de preparação dos enfermeiros para atuação em situações de catástrofe: de 1- 2,99, o nível de preparação é fraco; entre 3 - 4,99 o nível de preparação é moderado; entre 5 - 6, o nível de preparação é forte (Khalaileh et al., 2012).

O controle da ética abrangeu assim todas as etapas do processo de investigação com respeito pelos aspetos relacionados com

autoria, desde a pertinência do problema, elaboração do enquadramento teórico, escolha da metodologia adequada, instrumentos e processos de colheita de dados (autorização dos autores para aplicação da escala), existência de resultados anteriores, regras de publicação e divulgação dos resultados, bem como da revisão ética independente (parecer favorável da comissão de ética e autorização de colheita de dados pelo Conselho de Administração da Unidade de Saúde onde decorreu o estudo) à garantia de respeito dos direitos dos participantes, especificamente, através da figura do consentimento informado, esclarecido e livre.

Após a colheita de dados, efetuámos uma primeira análise a todos os instrumentos no intuito de eliminarmos aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos. Seguidamente, procedemos à codificação e tabulação com recurso ao programa de análise estatística de dados Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 22.0, de modo a preparar o tratamento estatístico. O nível de significância dos testes estabelecido foi 0,05.

RESULTADOS

Análise Descritiva

A amostra ficou constituída por 96 enfermeiros a exercer funções nos serviços de urgência (Serviço Urgência Geral Polivalente_67.7%; Serviço de Urgência Básico_15.6% e Serviço de Urgência Pediátrico_16.7%) de um estabelecimento hospitalar da zona centro de Portugal, maioritariamente do género feminino (67.7%), com uma média de idades de 40.72 anos, onde o grupo etário dos 31 aos 40 anos é o mais representativo (41.7%). Ainda e no que respeita ao estado civil, a grande maioria estão juntos por casamento ou união de facto (76,0%).

Todos os enfermeiros inquiridos são licenciados, onde 19,8% referem pós-graduações, maioritariamente em urgência e emergência (76,3%), 28,1% especialidade,

em que destes 59,3% são especialistas em enfermagem médico cirúrgica e 33,3% em enfermagem saúde infantil e pediatria.

Vinculados maioritariamente com contratos de trabalho por tempo indeterminado (47,9%), destaca-se uma percentagem significativa de 16,7% de enfermeiros em condição de contrato de trabalho a termo certo.

O tempo de exercício profissional oscila entre os 4 e 38 anos para uma média de 17,9 anos, já para o tempo de exercício no serviço atual esta média cai para os 8,66 anos com realce para a elevada percentagem de enfermeiros que se encontram há menos de 2 anos (40,6%).

No que respeita à área da formação profissional, verificou-se que o plano de emergência externo na instituição é conhecido por 62,5%, em que formação na abordagem hospitalar em catástrofe é referida por 69,8%, com predomínio de fonte institucional. Possuem formação específica na área do doente crítico 84,4% dos inquiridos, destacando-se a formação em suporte avançado de vida no adulto (81,3%). A formação específica em catástrofe por agentes NRBQ apenas foi referida por 6,3% dos enfermeiros, adquirida maioritariamente no centro de formação do INEM.

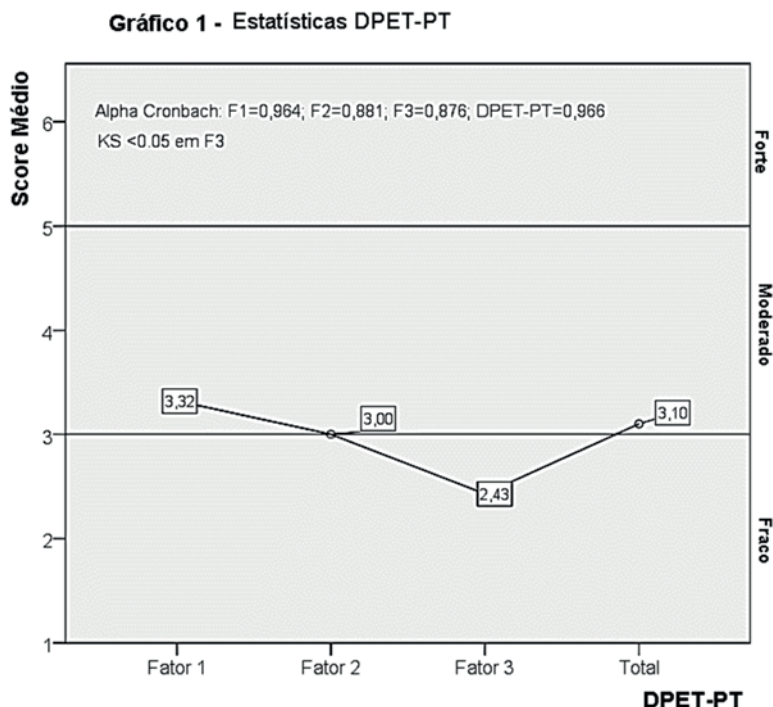
Quanto às vivências de simulacros em situações de catástrofe e como já referido, estas foram relatadas por 36,5% dos enfermeiros, sobretudo acidentes de viação e ferroviários com multivítimas, com apenas 11,4% a relatarem esta experiência há menos de 1 ano. Apurou-se também que 62,5% dos enfermeiros já experienciaram situações reais de catástrofe, com a maioria, sobretudo do serviço de urgência básico, a referirem não se terem sentido preparados a atuar nessas experiências.

No que respeita à opinião dos enfermeiros sobre o que deveria ser feito a nível institucional para que se sentissem melhor preparados para atuação em catástrofe, apurou-se que a maioria das opiniões incidiram na regularidade da realização de formação específica nas diversas

áreas de atuação em catástrofe (51,0%), bem na realização de simulacros nas diferentes situações de catástrofe (59,4%). Das áreas de atuação que consideram prioritário formação, emerge o plano de catástrofe (77,1%), e a triagem em catástrofe (74,0%).

Por fim das estatísticas obtidas da aplicação da escala DPTE-PT, dado o assumir de valores muito variados pelos resultados, optamos por apresentar os scores médios observados. Da análise dos resultados sobressai um baixo valor das respostas dadas, em média os valores ficam aquém dos totais esperados. Facto visível, e de acordo com os grupos estabelecidos por Al Khalailieh et al. (2012) (1-2,99_fraco; 3-4,99_moderado; 5-6_forte) o nível de preparação geral dos enfermeiros bem como nível de preparação com Gestão pós catástrofe e competências relacionadas com o “saber” serem incorporando num nível de preparação no limite inferior de moderado. O fator onde os enfermeiros se sentem menos preparados é em F3 (competências relacionadas com o “fazer”), com score médio de 2,43 encaixando-se num nível de preparação considerado fraco. Ainda e no que respeita ao nível de preparação global em catástrofe.

Os valores de alfa Cronbach, quer do total da escala (0,966), como de cada fator (=0,964 em F1; $\alpha=0,881$ em F2 e $\alpha=0,876$ em F3) são bons ou muito bons, revelador do seu bom funcionamento.



Análise Inferencial

Para testar as hipóteses formuladas, e tendo em consideração a não normalidade da distribuição das classificações para o Fator 3 da nossa variável dependente optamos pela aplicação de testes não paramétricos, nomeadamente: teste U de Mann-Whitney (U), Kruskal-Wallis (K-W) e correlações de Spearman (Ró) com o objetivo de identificar alguns fatores que possam interferir com a preparação dos enfermeiros perante uma situação de catástrofe.

Hipótese 1 - As variáveis sociodemográficas (género, idade e estado civil) influenciam a preparação dos enfermeiros de urgência para atuar na resposta hospitalar em situações de catástrofe.

Aceite parcialmente a hipótese formulada nomeadamente no que respeita à influência do género na preparação dos enfermeiros para atuar em catástrofe, com predisposição para melhor atuação para enfermeiros do sexo masculino, sobretudo nos fatores da gestão pós-catástrofe e competências relacionadas com o “saber” e em relação à idade com

esta apenas exerce influência na preparação dos enfermeiros no que respeita à gestão pós catástrofe onde salientamos, no entanto, uma correlação fraca ($R=0,243$; maior idade versus melhor preparação) na sua variação.

Gráfico 2 - DPET-PT* Gênero (Testes U de Mann-Whitney)

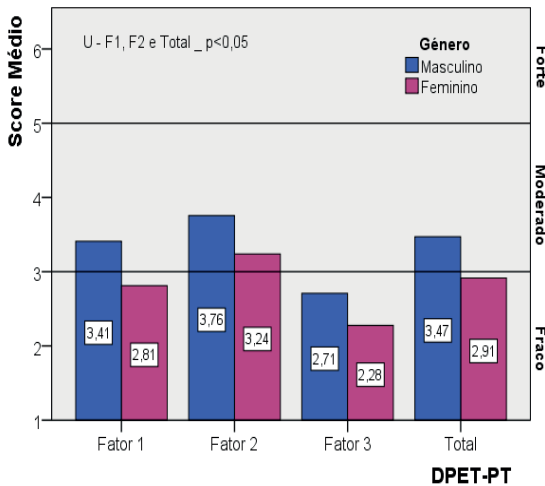
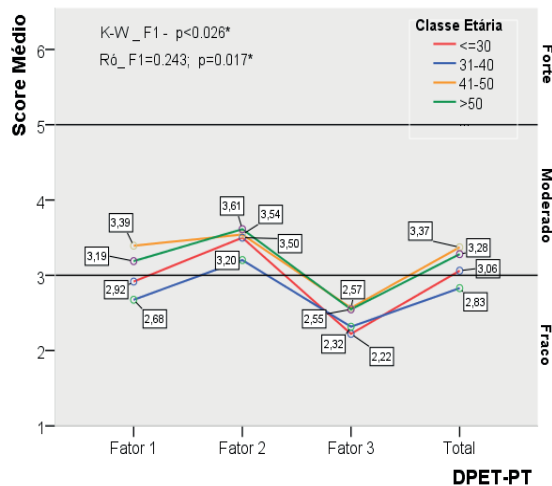


Gráfico 3 - DPET-PT * Classe Etária (Testes Kruskal-Wallis/Ró de Sperman)



Hipótese 2 - As variáveis acadêmicas e profissionais (serviço, vínculo laboral; tempo de exercício profissional; tempo de exercício no serviço) influenciam a preparação dos enfermeiros de urgência para atuar na resposta hospitalar em situações de catástrofe.

Aceite parcialmente a hipótese formulada com influência do vínculo laboral e tempo de exercício profissional no serviço atual sobre a preparação dos enfermeiros para atuação em

catástrofe - DPET_PT, quer no que respeita às áreas de gestão pós catástrofe, bem como nas competências relacionadas com o “saber” e “fazer”, com notória intervenção negativa da precariedade do vínculo laboral e do menor tempo de profissão no serviço atual. Um maior tempo de exercício profissional também revela a sua influência na preparação para atuação em catástrofe na sua avaliação global e no que respeita à gestão pós catástrofe.

Gráfico 4 - DPET-PT*Vínculo Laboral (Testes Kruskal-Wallis)

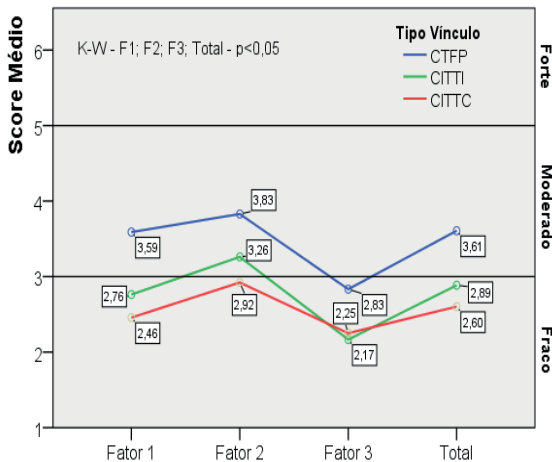


Gráfico 5 - DPET-PT * Tempo de exercício Profissional (Teste Kruskal-Wallis/ Ró de Sperman)

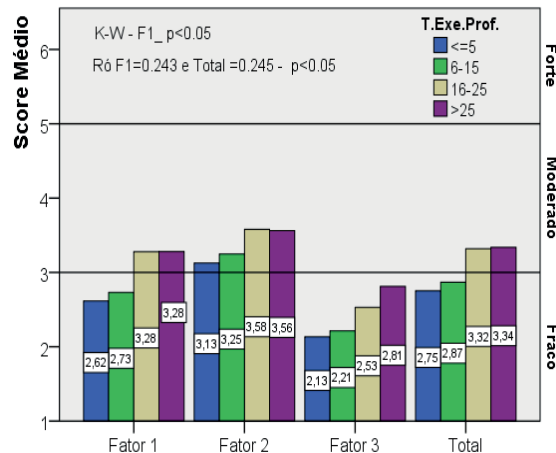
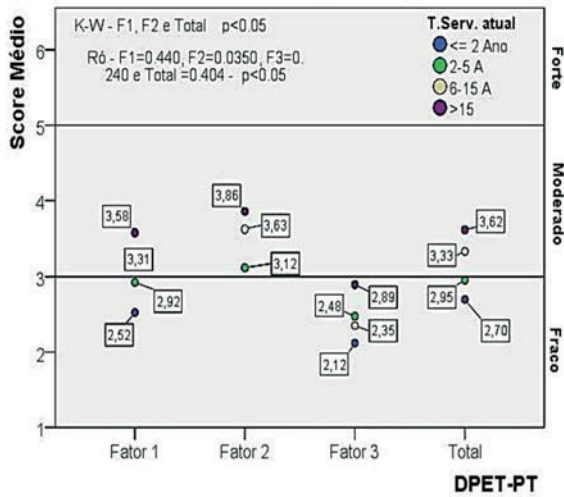


Gráfico 6 - DPET-PT * Tempo serviço atual (Testes Kruskal-Wallis/Ró de Sperman)



Hipótese 3 - A formação específica em catástrofe (conhecimento do plano de emergência externo hospitalar, abordagem hospitalar em catástrofe, formação em catástrofe por agentes NRBQ) e formação específica em doente crítico são preditores da preparação dos enfermeiros de urgência na resposta hospitalar em situações de catástrofe.

Aceite parcialmente a hipótese formulada, exceto na influência da formação específica em doente crítico e em catástrofe por agentes NRBQ com as competências relacionadas com o fazer_F3, embora com valores médios manifestamente superiores para os que responderam afirmativamente, inferindo na importância da formação específica em catástrofe e doente crítico com evidência na melhor preparação dos enfermeiros para atuação em catástrofe.

Gráfico 7 - DPET-PT * Conhecimento do Plano de Catástrofe (Testes Kruskal-Wallis)

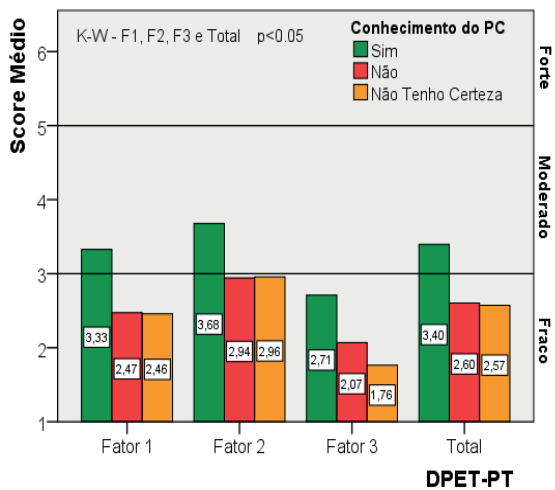


Gráfico 8 - DPET-PT * Formação Hospitalar em Catástrofe (Testes U de mann-Whitney)

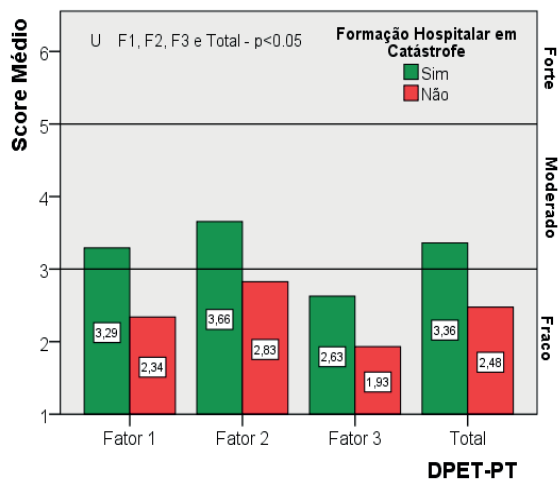


Gráfico 9 - DPET-PT * Formação em doente crítico (Testes U Mann-Whitney)

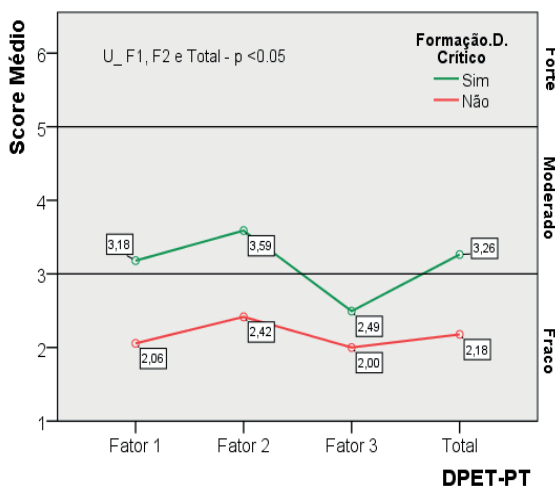
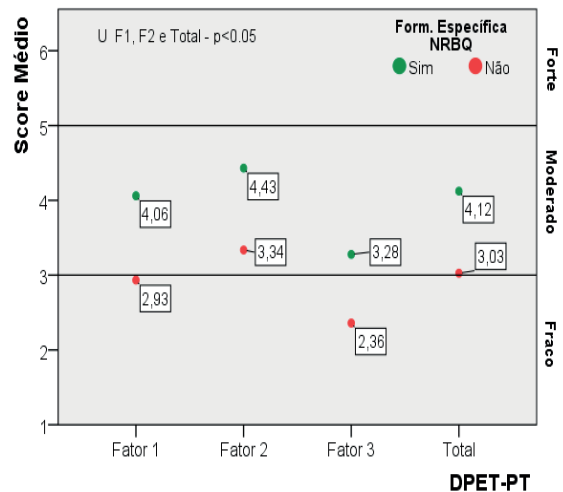


Gráfico 10 - DPET-PT * F. específica NRBQ (Testes U de Mann-Whitney)



Hipótese 4 - Vivências anteriores em catástrofe (simulacros e vivências reais) influenciam a preparação dos enfermeiros para atuar em situações de catástrofe no seu local de trabalho.

Gráfico 11 - DPET-PT * Vivências Reais em Catástrofe (Testes U de Mann-Whitney)

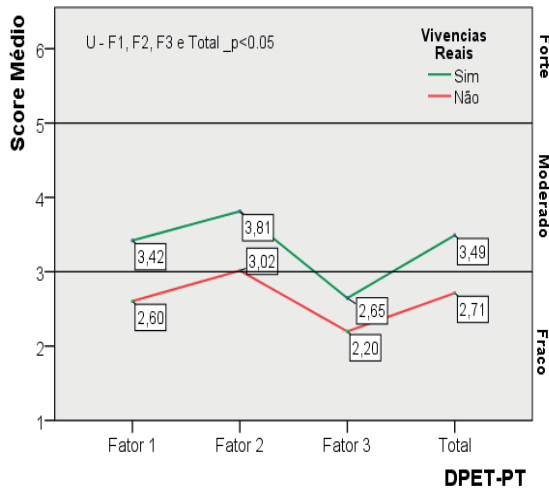
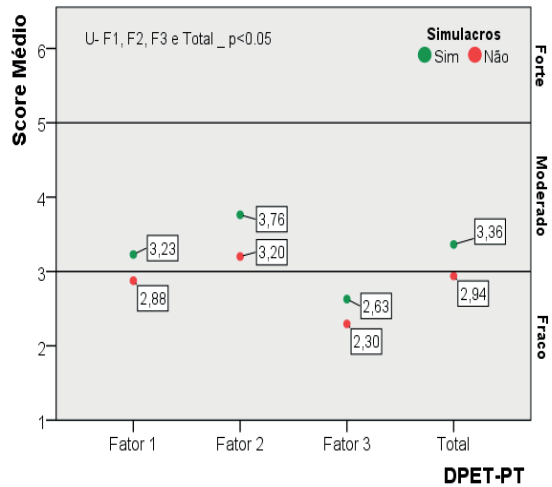


Gráfico 12 - DPET-PT * Simulacros em catástrofe (Testes U de Mann-Whitney)



DISCUSSÃO

Apesar de separados por mais de uma década os diferentes estudos já referidos com aplicação da DPET apresentam um resultado em comum. Todos os estudos apontam para um baixo a moderado nível de preparação dos enfermeiros para atuação em catástrofe. No entanto, importa realçar notáveis diferenças regionais. Nações do Médio Oriente e da Ásia-Pacífico; como Arábia Saudita (Khalailieh et al., 2010), a Jordânia (Khalailieh et al., 2012; Al-Ali e Ibaid, 2015) a China (Chen et al., 2014; Usher et al., 2015), Bangladesh, Butão, Camboja, Laos, Nepal, Ilhas Salomão (Usher et al. 2015), Japão (Oztekin, et al., 2016), Indonésia (Sangkala e Gerdtz, 2017; Martono et al., 2018; Rizqillah & Suna, 2018), a Coreia do Sul (Han e Chun, 2021), contrastam com as descobertas em países como os EUA e a Austrália, com melhores níveis de preparação para atuação em catástrofe (King et al., 2019; Brewer et al., 2020).

Em Portugal os resultados da aplicação da DPET por Santos e Dixe (2017) não se mostram diferentes, constatando-se um nível baixo

Aferiu-se a influência positiva de vivências anteriores em catástrofe, reais ou simuladas, na preparação dos enfermeiros para atuação em catástrofe.

a moderado de preparação dos enfermeiros para atuação em situações de catástrofe. Estes resultados são corroborados pelo presente estudo, onde valores médios para avaliação global mostram um valor muito próximo do limite inferior da classificação de moderado. Este fraco desempenho é mais evidente nas competências relacionadas com o “fazer” com um score médio de 2,41. Resultado muito semelhante é encontrado em Rezaei et al. (2020), cujas evidências revelam que os enfermeiros possuem baixo valor em relação às competências relacionadas com o “fazer” numa situação de catástrofe, uma vez que não possuíam competências especializadas e técnicas durante a sua formação de base e formação contínua, levando os autores a sugerir o aprimoramento da preparação dos enfermeiros para atuarem em contexto de catástrofe, dotando-os de competências ao nível do “saber” e do “fazer”. Ainda, e tal como encontrado por Santos e Dixe (2017), o fator no qual os enfermeiros estavam melhor preparados foi nas “competências relacionadas com o “saber”, com um score médio de

3,3. Todavia, valor ainda que considerado moderado encontra-se também muito próximo dos limites inferiores da classificação.

Sendo a enfermagem considerada o maior grupo profissionais na área da saúde, constituindo-se como a primeira linha de cuidados quando as instituições de saúde enfrentam situações de catástrofe, os enfermeiros são essenciais para limitar o agravamento das condições daí decorrentes. Portanto, devem ter conhecimentos necessários e a capacidade para agir de forma atempada e corretamente, garantindo, assim, cuidados de qualidade à pessoa em situação crítica. Neste sentido e de acordo com Benner (2001), os padrões de conhecimento dos enfermeiros como integradores de várias formas de saber, interligam-se e relacionam-se com as evidências científicas. A sensibilidade e a forma pessoal de cuidar do outro, a ponderação ética, a utilização da capacidade relacional, as características próprias da personalidade, a constante reflexão, e o próprio conhecimento do contexto onde trabalha, são formas de conhecimento que se desenvolvem, recriam e treinam, na caminhada de desenvolvimento de competências, desde iniciado a perito. Assim estes profissionais devem tornar-se altamente qualificados, o que requer mais formação em catástrofe, programas de treino e desenvolvimento das suas competências de gestão pós-catástrofe, relacionadas com “o saber” e com “o fazer”. Estas competências podem ser refinadas através de simulacros periodicamente e com recurso à avaliação das competências dos enfermeiros e da capacidade de aplicar os seus conhecimentos em situações reais (Brinjee et al., 2021). Saber evoluir afirma-se também por um saber estar, competência necessária para o saber e para a reflexão sobre o fazer, resultante do conhecimento necessário para um bom desempenho profissional atrelado às habilidades necessárias para cuidar (Farias et al., 2019).

Aferiu-se também melhor atuação para os enfermeiros do sexo masculino, com a idade

para a exercer influencia no que respeita à gestão pós-catástrofe. Para variáveis como o vínculo laboral e o tempo de exercício profissional e no serviço atual ficou aceite a intervenção negativa da precariedade e do menor tempo de serviço. Já a importância da formação específica em catástrofe e doente crítico são preditores da preparação dos enfermeiros, com manifesto efeito construtivo de vivências anteriores em catástrofe, reais ou simuladas. Quanto ao papel institucional, a maioria das opiniões dos enfermeiros incidem na regularidade da realização de formação específica e simulacros nas diversas áreas de atuação em catástrofe, com especial valorização para a formação do plano de catástrofe e triagem em catástrofe.

No que respeita à opinião dos enfermeiros sobre o que deveria ser feito a nível institucional para que se sentissem mais bem preparados para atuação em catástrofe, a maioria das opiniões referem a regularidade da realização de formação específica nas diversas áreas de atuação catástrofe (51,0%), bem na realização de simulacros nas diferentes situações de catástrofe (59,4%) sendo que das áreas de atuação que consideram prioritário formação, emerge o plano de catástrofe (77,1%), e a triagem em catástrofe (74,0%), elevando-se assim a necessidade de criação e implementação de um programa de resposta à catástrofe com um plano de formação que possibilite sensibilizar os elementos que compõe a equipa e dotar os enfermeiros de saberes e competências indispensáveis para poderem atuar adequadamente numa situação de catástrofe (Guimarães, 2020). A preparação dos enfermeiros compreende a formação e o treino, bem como a realização de exercícios e planos de resposta à catástrofe externa, para garantir que a gestão de catástrofes seja holística e compreenda todas as fases, não apenas a resposta (Al Thobaity et al., 2019). Ainda e dos resultados encontrados por Santos (2021) num estudo de sobre resultados de aprendizagem para agir em situações de catástrofe na formação graduada

em enfermagem, o ensino no domínio da catástrofe deve ser incluído na formação de enfermagem através de estratégias e metodologias que permitam o aprender a aprender e que garantam o aprender a fazer, com a responsabilização crescente das Escolas de Enfermagem pela introdução deste conteúdo nos programas educativos ao nível básico.

Além disso, a convergência da literatura para os conhecimentos, competências, capacidade de liderança, autorregulação, qualidade de cuidados de enfermagem, experiência e treinamento em catástrofe como preditores significativos da pré-preparação para a catástrofe, reforça as recomendações de inclusão de conteúdo de preparação para atuação em catástrofe nos currículos de enfermagem de licenciatura, realização regular de treinos de catástrofe simulados baseados em evidências e atualizações de competências para enfermeiros (Abuadas & Albikawi, 2021).

CONCLUSÃO

Embora com diferentes tipologias e maior ou menor probabilidade de ocorrência, e onde o potencial de devastação quer para famílias quer para o próprio estado constitui uma temática pertinente, o papel de enfermagem na atuação em catástrofe é visto como um fator chave para uma intervenção direcionada na abordagem e controle de danos às vítimas, podendo afirmar-se que esta preocupação crescente para atuação em catástrofe, impõe uma tomada de consciência sobre a preparação para estes acontecimentos, com vista a um impacto cada vez menor nas populações.

Com o conceito de competência cada vez mais em aplicação para a definição de novas, atuais e melhores estratégias de atuação em catástrofe, e no qual os enfermeiros são tidos como elementos fundamentais na resposta hospitalar, não só à prestação de cuidados, mas também à sua gestão e planeamento, torna-se importante perceber qual a perceção que os enfermeiros têm nestas áreas de atuação.

Pelos resultados encontrados neste estudo revelaram-se as várias implicações para o campo teórico prático, nomeadamente, na importância de desenvolver a educação para a enfermagem em catástrofe e um currículo para a educação e formação formais e contínuas no local de trabalho, com a dinamização de mais formação específica e simulação regular nas diversas áreas de atuação em catástrofe, nomeadamente no Plano de Emergência Externo Hospitalar.

Ainda e dada a pertinência atual da temática, é reforçada a necessidade da preocupação institucional acerca da preparação que os enfermeiros têm para atuar perante uma situação de catástrofe, convergindo para a consciencialização individual e institucional da necessidade de aprender e tornar a reação a uma catástrofe tão natural quanto a realização de outras, com as conclusões deste estudo a oferecerem informações valiosas para melhorar a resposta hospitalar em situações de catástrofe, com a plena certeza de que apostar no planeamento e na formação é sinónimo de prevenção e a melhor forma de atuar no caos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abuadas, M. H., & Albikawi, Z. F. (2021). Predictors of disaster preparedness among registered nurses in Saudi Arabia: A structural equation modelling analysis. *Australasian Emergency Care*. doi.org/10.1016/j.auec.2021.07.004
- Al Khalaileh, M. A., Bond, E., & Alasad, J. A. (2012). Jordanian nurses' perceptions of their preparedness for disaster management. *International Emergency Nursing*, 20, 14–23. doi.org/10.1016/j.ienj.2011.01.001
- Al-Ali, N.M., Abu Ibaid A.H. (2015). Health-care providers' perception of knowledge, skills and preparedness for disaster management in primary health-care centres in Jordan. *Eastern Mediterranean Health Journal (EMHJ)*, 21(10), 713-721. Recuperado de http://applications.emro.who.int/emhj/v21/10/EMHJ_2015_21_10_713_721.pdf?ua=1&ua=1.

- Al Thobaity, A., Alamri, S., Plummer, V. e Williams, B. (2019). Exploring the necessary disaster plan components in Saudi Arabian hospitals. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 41, 101–316. doi.org/10.1016/j.ijdr.2019.101316
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.
- Brewer, C.A., Hutton, A., Hammad, K. S., & Geale, S. K. (2020). A feasibility study on disaster preparedness in regional and rural emergency departments in New South Wales: Nurses self-assessment of knowledge, skills and preparation for disaster management. *Australasian Emergency Care*. doi.org/10.1016/j.auec.2019.12.005
- Brinjee, D., Al Thobaity, A., Almalki, M., & Alahmari, W. (2021). Identify the Disaster Nursing Training and Education Needs for Nurses in Taif City, Saudi Arabia. *Risk Management and Healthcare Policy*; 14, 2301–2310. Recuperado de <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=70125>
- Chen, T.-F., Chou, K.-R., Liao, Y.-M., Ho, C.-H., & Chung, M.-H. (2014). Construct validity and reliability of the Chinese version of the Disaster Preparedness Evaluation Tool in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 24(7-8), 1132-1143. doi.org/10.1111/jocn.12721
- Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED), (2020). Human cost of disasters. An overview of the last 20 years 2000-2019, 61. <https://cred.be/sites/default/files/CRED-Disaster-Report-Human-Cost2000-2019.pdf>
- Direção Geral de Saúde –DGS (2010). Orientações elaboração de um plano de emergência nas unidades de saúde. Documento nº007/2010. Ministério da Saúde. Portugal. Divisão da Qualidade Clínica e Organizacional. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-aspx>.
- Farias, M.S., Brito, L.L.M.S., Santos, A.S., Guedes, M.V.C., Silva, L.F. & Chaves, E.M.C. (2019). Reflexões sobre o saber, saber-fazer e saber-estar na formação de enfermeiros. *REME – Rev Min Enferm*. doi: 10.5935/1415-2762.20190055
- Han, S.J., & Chun, J. (2021). Validation of the Disaster Preparedness Evaluation Tool for Nurses—The Korean Version. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1348. doi.org/10.3390/ijerph18031348.
- King, H. C., Spritzer, N., & Al-Azzeh, N. (2019). Perceived knowledge, skills, and preparedness for disaster management among military health care personnel. *Military Medicine*, 184, 548–554. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/milmed/usz038>
- Martono, M., Nursalam, N., Satino, S., Efendi, F., & Bushy, A. (2018). Indonesian nurses perception of disaster management preparedness. *Chinese Journal of Traumatology*, 22, 41-46. doi.org/10.1016/j.cjtee.2018.09.002
- Öztekin, S. D., Larson, E. E., Akahoshi, M., & Öztekin, İ. (2016). Japanese nurses' perception of their preparedness for disasters: Quantitative survey research on one prefecture in Japan. *Japan Journal of Nursing Science*, 13(3), 391–401. doi.org/10.1111/jjns.12121
- Patoleia, F. M. M. A. (2016). Atuação em caso de Emergência/Catástrofe na Unidade de Cuidados Intensivos do CH (Relatório de Estágio para obtenção grau Mestre). Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Enfermagem. Setúbal. Portugal. Recuperado de <https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17629/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20Final%20-%20Vers%C3%A3o%20digital.pdf>
- Polit, D. & Beck, (2018). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Ninth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Rizqillah, A. F., & Suna, J. (2018). Indonesian emergency nurses' preparedness to respond to disaster. A descriptive survey.

Australasian Emergency Care, 21(2), 64-68. doi.org/10.1016/j.auec.2018.04.001

Sangkala, M. S. & Gerdtz, M.F. (2018). Disaster preparedness and learning needs among community health nurse coordinators in South Sulawesi Indonesia. *Australasian Emergency Care*, 21, 23-30. doi.org/10.1016/j.auec.2017.11.002

Santos, C. & Dixe, M. (2017). Validação cultural do “Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET©)”: preparação dos enfermeiros perante uma situação de catástrofe. In M. Dixe; P. Sousa & P. Gaspar (Coords.), *Construindo conhecimento em enfermagem à pessoa em situação crítica*, 69-88. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.8/2881>

Santos, P.A. & Rabais, I. M. (2015). Enfermagem de catástrofe: preparação para o desenvolvimento de competências. In 9º Seminário de Investigação em Enfermagem, Porto, Portugal, 14 e 15 de maio 2015. Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21279/1/e2015012.pdf>

Santos, P.A.F. (2021). Resultados de aprendizagem para o agir em situação de catástrofe na formação graduada em enfermagem. (Tese de Doutoramento) Universidade Católica Portuguesa. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/33235>

Usher et al. (2015). Cross-sectional survey of the disaster preparedness of nurses across the Asia-Pacific region. *Nursing & Health Sciences*, 17(4), 434-443. doi.org/10.1111/nhs.12211

Veenema, T.G., Griffin, A., Gable, A.R., Macintyre, L., Simons, R.N., Couig, M.P., ...Larson, E. (2016). Nurses as leaders in disaster preparedness and response-A call to action. *Journal of Nursing Scholarship*, 48, 187-200. doi.org/10.1111/jnu.12198

Wang, J., Lu, S., Sun, X., Wang, F., Wan, M., Chen, H., & Tan, Y. (2021). Psychometric Evaluation of the Disaster Preparedness Evaluation Tool© (DPET) on Emergency Nurses in Mainland China: Two Cross-Sectional Studies. *Disaster Medicine*

and Public Health Preparedness, 1-8. doi.org/10.1017/dmp.2021.39

World Health Organization (WHO). (2011). Hospital emergency response checklist. Copenhagen. Dr Brian S. Sorensen, B. S., Zane, R. D., Wante, B.E., Rao, M. B., Bortolin, M. & Rockenschaub, G. Recuperado de <https://www.who.int/docs/default-source/documents/publications/hospital-emergency-response-checklist.pdf>

O REIKI NO CONTROLO DO STRESSE E DA ANSIEDADE EM ENFERMEIROS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Nuno Salgado⁽¹⁾; Daniela Mota⁽²⁾; João Murta⁽³⁾; Pedro Monteiro⁽⁴⁾; Rosa Cristina Correia Lopes⁽⁵⁾



Resumo

Contexto: A profissão de enfermagem é uma atividade de grande desgaste físico, mental e emocional onde se observa elevada prevalência de perturbações pelo stress, ansiedade, depressão e burnout, atingindo níveis superiores relativamente à restante população. Tem-se observado um crescente interesse na aplicação de práticas espirituais na prática clínica, como estratégia de promoção da saúde mental e melhoria da qualidade de vida. O Reiki é uma das que mais interesse tem despertado.

Objetivo(s): Identificar a eficácia do Reiki na diminuição do stress e/ou da ansiedade em profissionais de enfermagem.

Métodos: Revisão integrativa da literatura que utilizou o método de PI[C]OD na elaboração da questão de investigação: “Qual o efeito do Reiki no controlo do stress e/ou da ansiedade nos enfermeiros?”. Pesquisa realizada, através da plataforma EBSCO, nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL e Psychology and Behavioral Sciences Collection, utilizou descritores MESH “therapeutic touch”, “nurses”, “anxiety” e “stress”. Estudos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol; disponíveis em texto completo; horizonte temporal de 2011 a abril 2021. Amostra constituída por 4 artigos.

Resultados: Evidenciam que a aplicação de Reiki pode proporcionar aos enfermeiros, melhoria dos níveis de ansiedade, stress e burnout e uma otimização do seu bem-estar.

Conclusões: A implementação/promoção de programas de Reiki, parece constituir-se uma ferramenta válida, enquanto intervenção terapêutica não farmacológica, no atingir dos benefícios descritos, ao alcance do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) (com formação em Reiki).

Palavras-Chave: Reiki; Enfermagem; Stress; Ansiedade.

Abstract

REIKI IN THE CONTROL OF STRESS AND ANXIETY IN NURSES: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Background: The nursing profession is an activity of great physical, mental and emotional stress, where a high prevalence of stress, anxiety, depression and burnout disorders is observed, reaching higher levels than the rest of the population. There has been a growing interest in the application of spiritual practices in clinical practice, as a strategy to promote mental health and improve quality of life. Reiki is one of the practices that has raised most interest.

Aim: To identify the effectiveness of Reiki in reducing stress and/or anxiety in nursing professionals.

Methods: An integrative literature review was conducted using the PI[C]OD method in the development of the research question: “What is the effect of Reiki in controlling stress and/or anxiety in nurses?”. The search was conducted in the MEDLINE Complete, CINAHL and Psychology and Behavioral Sciences Collection databases, through the EBSCO platform, using MESH descriptors “therapeutic touch”, “nurses”, “anxiety” and “stress”. Studies published in Portuguese, English and Spanish languages, with full text available, in the timeframe from 2011 to April 2021. Sample consisted of 4 articles.

Results: Show that the application of Reiki can provide nurses with an improvement in anxiety, stress and burnout levels and an optimisation of their well-being.

Conclusions: The implementation/promotion of Reiki programs seems to be a valid tool, as a non-pharmacological therapeutic intervention, to achieve the described benefits within the reach of the Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing (EEESMP) (with Reiki training).

Keywords: Reiki; Nursing; Stress; Anxiety.

Resumen

REIKI EN EL CONTROL DEL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD EN ENFERMERAS: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

Marco contextual: El cambio de turno (CT) es un momento para transmitir información y reflexionar sobre las prácticas. Sin embargo, faltan modelos consistentes para guiar esta práctica.

Objetivos: Identificar las características del CT en un hospital; evaluar la contribución del enfermero gerente en la valoración del área autónoma e interdependiente.

Metodología: Estudio descriptivo-exploratorio, correlacional, cuantitativo. Datos recopilados en 24 servicios mediante el registro de dos CT por servicio. Supuestos éticos cumplidos.

Resultados: Se aprecia una mayor valoración de la información relativa al área interdependiente en detrimento de la información del área autónoma con marco conceptual. En los servicios con mayor prevalencia de referencias teóricas en los registros de enfermería, hubo una mayor valoración de los diagnósticos de enfermería y del área autónoma. Mayor valoración de los diagnósticos de enfermería en los servicios donde la intervención del enfermero gerente promueve el esclarecimiento de la toma de decisiones clínicas.

Conclusión: Prevalce una concepción del cuidado centrada en una lógica ejecutiva en detrimento de una lógica conceptual. Es importante que el enfermero gerente adopte un liderazgo que promueva el esclarecimiento de la toma de decisiones clínicas y que se promueva la capacidad conceptual que es transversal a todo pensamiento y acción de enfermería.

Palabras clave: Pase de guardia, enfermera gerente; toma de decisiones clínicas

Artigo submetido em fevereiro 2022. Aceite para publicação junho 2022

⁽¹⁾ MSc; Pós-Graduado em Cidadania Intervenção e Violência; Mestrando em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; Enfermeiro Especializado no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE; E-mail: nf_salgado@hotmail.com

⁽²⁾ Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; Enfermeira Especializada no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; E-mail: dmbmota@hotmail.com

⁽³⁾ Enfermeiro Especializado no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; E-mail: jfmurta@gmail.com; Mestrando em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Enfermeiro Especializado no Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE; E-mail: pedromonteiro1@gmail.com

⁽⁴⁾ MSc, PhD; Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Investigadora na Unidade de Investigação UICISA. rlopes@esenfc.pt
https://www.cienciavitae.pt/pt/3212-7A4F-0A26

INTRODUÇÃO

O stresse e a ansiedade são duas dimensões prevalentes em espaços clínicos, evidenciando um elevado potencial para causar dano, e consequentemente efeitos negativos na saúde e bem-estar dos trabalhadores, tais como: a fadiga de compaixão, a diminuição da qualidade de vida e uso abusivo de substâncias, podendo até mesmo ocorrer o suicídio (Sallon, Katz-Eisner, Yaffe, & Bdolah-Abram, 2015).

Stanulewicz et al. (2019) referem que o impacto do stresse e da ansiedade na saúde física e mental dos trabalhadores reflete-se não só no absentismo, como no presenteísmo. Afirmam ainda que os enfermeiros têm uma probabilidade quatro vezes superior de apresentar presenteísmo, comparativamente a outras profissões da saúde, representando custos duas vezes superiores aos do absentismo por doença. O presenteísmo observa-se na diminuição da produtividade, na qualidade do atendimento, na continuidade e segurança dos cuidados (Stanulewicz et al., 2019).

A profissão de enfermeiro é sujeita a grande desgaste a nível físico, mental e emocional sendo este o grupo profissional onde mais ocorre doença mental, inclusive as perturbações supramencionadas, estando sujeito a elevados níveis de stress, depressão e burnout, superiores aos da população geral (De La Fuente-Solana et al., 2019; Gomez-Urquiza et al., 2016; Lim, Leng & Poon, 2013).

Nas últimas décadas tem-se assistido a um crescente interesse na integração da espiritualidade na prática clínica, com a adoção de técnicas como o mindfulness, a meditação, o yoga, o tai-chi e o Reiki, na gestão do stresse e ansiedade, promoção da saúde mental e prevenção ou recuperação da doença mental.

O Reiki é uma terapia originária do Japão, que promove a harmonização energética dos corpos físico, mental e espiritual, por imposição das mãos (Pereira, Salvi, Queiroz, Carmo & Oliveira, 2021). Pode ser realizado através do toque, ou através da aproximação

das mãos, como se de uma massagem se tratasse. Para melhor se compreender esta questão energética, os autores remetemos para a visão oriental da medicina e da saúde, que defende que o ser humano é um ser composto de energia, com uma fisiologia energética própria e forte interconexão entre o corpo, a mente e o espírito.

Os praticantes, destacam para lá da técnica de reequilíbrio energético, a importância da sua filosofia espiritual, expressa pelos seus princípios fundamentais e, materializados na seguinte expressão: “Só por hoje... não me irrita (sou calmo), não me preocupo (sou confiante), sou grato por tudo (sou humilde), trabalho honestamente (com gosto, arduamente), e respeito-me a mim e a todos (sou bondoso)”. Defende quem pratica que mais do que uma filosofia espiritual, é uma postura na vida. Estes princípios espirituais têm pertinência no estabelecimento de uma saúde mental mais positiva e saudável.

A curiosidade científica relativamente ao Reiki tem evoluído numa direção ascendente, o que justifica o crescente número de publicações e de estudos científicos relativos à aplicação clínica do Reiki. Veja-se: na oncologia, atuando na redução dos efeitos secundários da quimioterapia e outros tratamentos (Baldwin, 2020; Seluzicki, Corcoran & Mao, 2021); Kirshbaum, Stead & Bartys, 2016); na saúde mental, na redução dos níveis de stresse e ansiedade (Pereira et al., 2021; Baldwin, 2020); noutras doenças crónicas, nomeadamente nas patologias reumatismais, osteoarticulares e patologias autoimunes e nos seus processos de ajustamento e adaptação (Jahantiqh, Abdollahimohammad, Firouzkouhi & Ebrahiminejad, 2018); em cuidados paliativos (Billot, Daycard, Wood & Tchalla, 2019); no controlo de dor (Baldwin, 2020; Demir Doğan, 2018); na dor pós-operatória (Baldwin, 2020); na realização de procedimentos invasivos; entre outras. Os resultados preliminares desses estudos evidenciam o interesse terapêutico do Reiki.

Hospitais internacionais de referência

disponibilizam programas de Reiki dirigidos aos doentes, cuidadores e aos profissionais de saúde. Em Portugal, já há programas de voluntariado Reiki dirigidos a doentes e familiares e também, aos profissionais dos serviços, com o imperativo de que é importante cuidar de quem cuidar.

Este estudo objetiva identificar a eficácia do Reiki, como intervenção terapêutica, na diminuição dos níveis de stresse e de ansiedade em enfermeiros.

MÉTODOS

Procedeu-se a uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que utilizou o método PI(C)OD (P: Enfermeiros; I: Reiki; C: não se aplica; O: diminuição do stresse e/ou da ansiedade; D: estudos qualitativos, estudos quantitativos e revisões sistemáticas da literatura) na elaboração da questão de investigação “Qual o efeito do Reiki no controlo do stresse e/ou da ansiedade nos enfermeiros”, tendo como objetivo identificar a eficácia do Reiki, na diminuição do stresse e/ou da ansiedade nos enfermeiros.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL e Psychology and Behavioral Sciences Collection (via EBSCO).

Foram definidos como critérios de inclusão: artigos publicados nos idiomas inglês, português e/ou espanhol; disponíveis em texto integral e de livre acesso; publicados no horizonte temporal de 2011 a abril de 2021; como critérios de exclusão: abstracts, relatos de conferências/congressos; a literatura “cinzenta” e artigos de opinião.

Na pesquisa foi utilizada a terminologia em saúde consultada no Medical Subject Headings (Therapeutic touch, Nurses, Anxiety e Stress) e CINAHL® Subject Headings (Therapeutic touch, Nurses, Anxiety e Stress).

Para efeitos de pesquisa, foram conjugados os diferentes descritores aceites e respetivas expressões booleanas (Tabelas 1, 2 e 3).

Tabela 1 – Pesquisa, descritores e expressões booleanas utilizadas na CINAHL

Pesquisas	Descritores	Expressões booleanas
Pesquisa (P)	Therapeutic touch	TX Reiki OR MH "therapeutic touch" OR TX "Reiki therapy" OR TX (reiki or "reiki energy" or "reiki therapy" or "energy healing" or "reiki energy healing")
P2	Nurses	MH nurses OR TX (nurse or nurses or nursing)
P3	Anxiety	MH anxiety OR TX ("anxiety disorders" or anxiety or "generalized anxiety disorder")
P4	Stress	"stress reduction" or "stress management" or stress or coping
Pesquisa final	P1 AND P2 AND (P3 OR P4)	

Tabela 2 – Pesquisa, descritores e expressões booleanas utilizadas na MEDLINE

Pesquisas	Descritores	Expressões booleanas
P1	Therapeutic touch	TX reiki OR MH "therapeutic touch" OR TX "reiki therapy" OR TX (reiki or "reiki energy" or "reiki therapy" or "energy healing" or "reiki energy healing")
P2	Nurses	MH nurses OR TX (nurse or nurses or nursing)
P3	Anxiety	MH anxiety OR TX ("anxiety disorders" or anxiety or "generalized anxiety disorder")
P4	Stress	"stress reduction" or "stress management" or stress or coping
Pesquisa final	P1 AND P2 AND (P3 OR P4)	

Tabela 3 – Pesquisa, descritores e expressões booleanas utilizadas na Psychology and Behavioral Sciences Collection

Pesquisas	Descritores	Expressões booleanas
P1	Therapeutic touch	TX reiki OR MH "therapeutic touch" OR TX "reiki therapy" OR TX (reiki or "reiki energy" or "reiki therapy" or "energy healing" or "reiki energy healing")
P2	Nurses	MH nurses OR TX (nurse or nurses or nursing)
P3	Anxiety	MH anxiety OR TX ("anxiety disorders" or anxiety or "generalized anxiety disorder")
P4	Stress	"stress reduction" or "stress management" or stress or coping
Pesquisa final	P1 AND P2 AND (P3 OR P4)	

A pesquisa foi realizada no dia 30 de abril de 2021. Desta pesquisa, e após aplicados os critérios de inclusão/exclusão referidos, surgiram 224 artigos com potencial de interesse, dos quais 106 foram artigos na base de dados CINAHL, 86 artigos na MEDLINE Complete, e 32 artigos na Psychology and Behavioral Sciences Collection.

Após a remoção dos artigos duplicados, entre as três bases de dados, resultaram 177 artigos para leitura do título e abstract.

Após leitura do título e abstract, foram excluídos 149 artigos por não cumprirem os critérios de inclusão previamente definidos, resultando 28 artigos para leitura integral.

Concluída esta etapa, foram eliminados 23 artigos por: não envolverem enfermeiros enquanto população sujeita a intervenção; não apresentarem o Reiki como intervenção ou serem artigos de opinião. Foram selecionados 4 artigos como amostra deste estudo.

RESULTADOS

Os resultados são sintetizados na tabela 4 por ordem cronológica, apresentando-se comparativamente os dados mais relevantes.

Tabela 4 – Resultados na extração dos artigos

Estudo 1	Díaz-Rodríguez, L., Arroyo-Morales, M., Cantarero-Villanueva, I., Fernández-Lao, C., Polley, M., & Fernández-de-las-Peñas, C. (2011). Uma sessão de Reiki em enfermeiras diagnosticadas com síndrome de Burnout tem efeitos benéficos sobre a concentração de IgA salivar e a pressão arterial. <i>Revista Latino-Americana De Enfermagem</i>, 19(5), 1132-1138.
País	Espanha
Participantes	18 participantes (enfermeiras)
Objetivo	Verificar os níveis da imunoglobulina A (IgA) salivar após sessão de Reiki, e de alteração nos valores da pressão arterial e da α -amilase.
Tipo de estudo	Estudo clínico randomizado
Resultados	A aplicação de uma sessão de Reiki, em enfermeiras com burnout, produziu aumento significativo nos níveis de IgA, diminuiu a pressão arterial diastólica, mas não alterou a pressão arterial sistólica, nem a atividade da α -amilase. O grupo terapia placebo - sem alterações significativas na pressão arterial, nem marcadores salivares. A aplicação de Reiki parece ser uma abordagem com resposta efetiva na prevenção dos efeitos negativos do stresse e em enfermeiros com risco de desenvolvimento de burnout.
Estudo 2	Cuneo, C. L., Curtis Cooper, M. R., Drew, C. S., Naoum-Heffernan, C., Sherman, T., Walz, K., & Weinberg, J. (2011). The effect of Reiki on work-related stress of the registered nurse. <i>Journal of Holistic Nursing</i>, 29(1), 33–43.
País	Estados Unidos da América (EUA)
Participantes	26 participantes (enfermeiros)
Objetivo	Verificar o impacto da formação de Reiki e da auto-aplicação guiada durante 21 dias nos enfermeiros, e se produzem alterações nos seus níveis de stresse relacionados com o trabalho.
Tipo de estudo	Estudo clínico quasi-experimental
Resultados	Os enfermeiros com maior rotina de autoaplicação de Reiki apresentam maior diminuição dos níveis de stresse. A formação/capacitação dos profissionais sobre Reiki parece diminuir o stresse diretamente relacionado com o trabalho.
Estudo 3	Houck D. (2014). Helping nurses cope with grief and compassion fatigue: an educational intervention. <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i>, 18(4), 454–458.
País	EUA
Participantes	21 participantes (enfermeiros)
Objetivo	Desenvolvimento de recursos para manutenção de saúde física e emocional dos enfermeiros, com divulgação de várias técnicas: técnicas de intervenção cognitivo-comportamental dirigido ao luto e fadiga emocional, exercício físico, yoga, meditação massagem; explicação e demonstração de Reiki
Tipo de estudo	Investigação-ação com implementação de programa de intervenção educativa de combate dirigido ao luto cumulativo e à fadiga de compaixão com três focos (luto cumulativa e fadiga; autocuidado holístico; autocuidado espiritual).
Resultados	Os participantes identificaram a importância no autocuidado, bem como, a necessidade de priorizarem a sua saúde emocional.
Estudo 4	Williams, S. P., Malik, H. T., Nicolay, C. R., Chaturvedi, S., Darzi, A., & Purkayastha, S. (2017). Interventions to improve employee health and well-being within health care organizations: A systematic review. <i>Journal of healthcare risk management: the journal of the American Society for Healthcare Risk Management</i>, 37(4), 25–51.
País	EUA
Participantes	44 estudos, dos quais 2 estudos eram sobre Reiki (92 participantes nos estudos que incluíam Reiki)
Objetivo	Identificar métodos de promoção do bem-estar e saúde dos trabalhadores das instituições hospitalares
Tipo de estudo	Revisão Sistemática de Literatura (RSL)
Resultados	Foram encontrados 2 artigos sobre a aplicação de Reiki. O estudo de Brathovde (2006) implementou o nível 1 de Reiki como um autocuidado e avaliou a sua eficácia através da <i>Caring Efficacy Scale</i> , com um resultado de melhoria significativa ($p = 0,028$). O estudo de Tarantino et al. (2014) relata investigação-ação com programa de treino de várias técnicas complementares (incluindo o Reiki), desenvolvido durante 8 semanas e avaliado através da Escala de Stresse Percebido (PSS) e da <i>Coping Self-Efficacy Scale</i> com melhoria significativa em ambas as escalas ($p < 0,001$).

DISCUSSÃO

Os estudos que constituíram a amostra provêm de contextos culturais diferentes, sendo três dos EUA e um do contexto europeu. Também os desenhos de estudos são dispares: um randomizado, um quasi-experimental, uma investigação-ação e uma RSL.

Todos os estudos utilizaram diferentes instrumentos na avaliação dos resultados da aplicação do Reiki no stresse e na ansiedade, exceto o estudo de Cuneo et al. (2011) e um dos estudos utilizado por Williams et al. (2017) que usaram a Escala de Percepção do Stresse (PSS).

No ensaio clínico randomizado do E1, Díaz-Rodríguez et al. (2011) concluem que uma única sessão terapêutica de Reiki demonstrou apresentar resultados estatisticamente significativos que apontam para uma melhoria da função da resposta imunológica, bem como uma diminuição da pressão arterial em enfermeiras acometidas com síndrome de burnout. Desta forma, e extrapolando o resultado amostral, este tipo de intervenção parece conseguir prevenir os efeitos negativos do stresse relacionado com o trabalho neste grupo de profissionais.

Os autores consideraram que a diminuição da pressão arterial poderá ser devida à influência do Reiki no Sistema Nervoso Autónomo, já que esta técnica apresenta potencial para diminuir a resistência vascular periférica. Apontam como principal vantagem a aleatoriedade da amostra no desenho do ensaio clínico e como principal limitação a inexistência de follow-up para avaliação da duração dos efeitos observados.

No E2, apesar da pequena amostra, perante os resultados obtidos, Cuneo et al. (2011) puderam inferir que o Reiki, funcionando como terapia alternativa, é capaz de apresentar efeitos benéficos na diminuição do stresse e melhoria dos níveis de coping. Referem ainda que quanto maior a experiência na prática individual de Reiki, maior será essa redução de stresse e consequentemente se refletirá em benefícios para a saúde do enfermeiro,

melhoria na sua produtividade e melhoria na qualidade dos cuidados.

Contudo, apesar de promissores, estes resultados devem ser comprovados por estudos com maior amostragem e com a realização de estudos clínicos randomizados com maior grau de controlo. Os autores afirmam terem-se deparado com um vasto número de artigos em que a investigação foi assente em desenhos de estudo heterogéneos, e de onde resultaram vários tipos de medida dos resultados, o que pode ter resultado em algum viés, apesar da implementação de estratégias para que tal não acontecesse.

O E3 de Houck (2014) evidencia que os enfermeiros apreciaram o foco no autocuidado, e perceberam a necessidade de priorizar a manutenção da sua saúde emocional. Os enfermeiros sentiram-se menos isolados nos processos de luto e ficaram mais dispostos a pedir ajuda quando necessário. Segundo a autora os relatos dos profissionais de saúde são corroborados com a análise quantitativa da Escala de Qualidade de Vida Profissional, anteriormente referida, embora não descreva quantitativamente a mesma afirmação.

No E4, Williams et al. (2017) identificaram 2 artigos (num total de 44 artigos) que referiam o uso de Reiki. O primeiro estudo, desenvolvido por Brathovde (2006), consistiu num estudo piloto com 10 enfermeiros, que aprenderam a técnica de Reiki, para aplicarem como técnica de autocuidado do seu bem-estar. Segundo os autores, este estudo, evidenciou através da Caring Efficacy Scale melhoria significativa ($p = 0,028$) no autocuidado face ao ponto de partida (Williams et al., 2017). O segundo estudo, desenvolvido por Tarantino et al. (2014), realizou um programa de intervenção com recurso a várias técnicas (entre elas o Reiki). Este estudo revelou melhorias significativas na PSS e na Coping Self-Efficacy Scale (com $p < 0,001$ para ambas as escalas). Contudo, o estudo não referia o nível de utilização das técnicas, ou se os seus participantes continuaram a implementar estas técnicas após a última avaliação ao 1 ano

(Williams et al., 2017).

Outro aspeto chave da revisão da literatura de Williams et al. (2017) foi o facto de ser visível a importância e o reconhecimento que algumas instituições de cuidados de saúde atualmente demonstram relativamente ao bem-estar dos seus colaboradores.

CONCLUSÃO

Após a análise dos artigos selecionados, constatou-se que a literatura disponível parece apontar para a produção de efeitos positivos no incremento do bem-estar sentido, na redução de stresse e da ansiedade dos enfermeiros que são submetidos ao Reiki. O recurso a esta técnica terapêutica, segundo os artigos analisados, pode levar a uma redução efetiva dos níveis de ansiedade, stresse e burnout intrinsecamente relacionados com a atividade profissional dos enfermeiros. Para além disso, um dos estudos constatou, com resultados estatisticamente significativos, que o Reiki induz efeitos fisiológicos no organismo, com destaque para o fortalecimento do sistema imunológico com o aumento de IgA salivar, mas também a redução da pressão arterial por uma provável influência no sistema nervoso autónomo.

Na pesquisa alargada do tema, observamos o que foi referido por Stanulewicz et al. (2019): estudos com metodologias diversificadas, com diferentes medidas de resultados inferidas que levam a dissonâncias nos resultados de uns estudos para os outros, o que pode constituir um viés. Do mesmo modo, constata-se real disparidade entre estes resultados e o crescente interesse no Reiki, com a sua aplicação validada por centros clínicos de referência. Assim, parece-nos que a replicação de desenhos de investigação, com instrumentos de medida validados e standart inter-estudos, em diferentes contextos, poderia configurar uma estratégia que permitiria uma melhor avaliação dos resultados. Propomos por isso, a realização de mais estudos clínicos randomizados e/ou quasi-experimentais, com dois grupos e com avaliação pré e pós-

intervenção e, eventualmente, também com follow-up, de modo a evidenciar os resultados.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Esta técnica devido ao seu efeito e aplicabilidade constitui uma ferramenta válida, já que é aplicada por diferentes profissionais de saúde e em diferentes contextos. Neste sentido, integrar o Reiki, como intervenção terapêutica não farmacológica, pode revelar-se um potencial instrumento a incluir em programas de promoção da saúde mental e do bem-estar e de prevenção da doença realizados pelo EEESMP (com formação específica em Reiki).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baldwin, A. (2020). *Reiki in clinical practice – a science-based guide*. East Lothian: Handspring Publishing Limited.
- Billot, M., Daycard, M., Wood, C., & Tchalla, A. (2019). Reiki therapy for pain, anxiety and quality of life. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 9(4), 434–438. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001775>
- Cuneo, C. L., Curtis Cooper, M. R., Drew, C. S., Naoum-Heffernan, C., Sherman, T., Walz, K., & Weinberg, J. (2011). The effect of Reiki on work-related stress of the registered nurse. *Journal of Holistic Nursing*, 29(1), 33–43. <https://doi.org/10.1177/08980101110377294>
- De la Fuente-Solana, E. I., Suleiman-Martos, N., Pradas-Hernández, L., Gomez-Urquiza, J. L., Cañadas-De la Fuente, G. A., & Albendín-García, L. (2019). Prevalence, Related Factors, and Levels of Burnout Syndrome Among Nurses Working in Gynecology and Obstetrics Services: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 16(14), 2585. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142585>
- Demir Doğan, M. (2018). The effect of reiki on pain: A meta-analysis. *Complementary Therapies In Clinical Practice*, 31, 384-387. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.02.020>

Díaz-Rodríguez, L., Arroyo-Morales, M., Cantarero-Villanueva, I., Fernández-Lao, C., Polley, M., & Fernández-de-las-Peñas, C. (2011). Uma sessão de Reiki em enfermeiras diagnosticadas com síndrome de Burnout tem efeitos benéficos sobre a concentração de IgA salivar e a pressão arterial. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 19(5), 1132-1138. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500010>

Gómez-Urquiza, J. L., Aneas-López, A. B., Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Díaz-Rodríguez, L., & Fuente, G. A. (2016). Prevalence, Risk Factors, and Levels of Burnout Among Oncology Nurses: A Systematic Review. *Oncology Nursing Forum*, 43(3), E104–E120. <https://doi.org/10.1188/16.ONF.E104-E120>

Houck D. (2014). Helping nurses cope with grief and compassion fatigue: an educational intervention. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(4), 454–458. <https://doi.org/10.1188/14.CJON.454-458>

Jahantigh, F., Abdollahimohammad, A., Firouzkouhi, M., & Ebrahimejad, V. (2018). Effects of Reiki Versus Physiotherapy on Relieving Lower Back Pain and Improving Activities Daily Living of Patients With Intervertebral Disc Hernia. *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine*, 23, 2515690X18762745. <https://doi.org/10.1177/2515690X18762745>

Kirshbaum, M., Stead, M., & Bartys, S. (2016). An exploratory study of reiki experiences in women who have cancer. *International Journal Of Palliative Nursing*, 22(4), 166-172. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2016.22.4.166>

Lim, M., Leng, C., Poon, E. (2013). Evaluation of meditation programs used by nurses to reduce stress: a literature review. *Singapore Nursing Journal*, 40(3), July-September.

Pereira, D., Salvi, C., Queiroz, L., Carmo, A., & Oliveira, E. (2021). Efeitos reiki no estresse e ansiedade em universitários: revisão integrativa. *Revista Recien - Revista Científica*

De Enfermagem, 11(33), 64-71. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.33.64-71>

Sallon, S., Katz-Eisner, D., Yaffe, H., & Bdolah-Abram, T. (2017). Caring for the Caregivers: Results of an Extended, Five-component Stress-reduction Intervention for Hospital Staff. *Behavioral Medicine*, 43(1), 47–60. <https://doi.org/10.1080/08964289.2015.1053426>

Seluzicki, C., Corcoran, S., & Mao, J. (2021). What Does the Evidence Say About Reiki for Cancer?. *ONS Voice*, 42-43. Retirado de: <https://voice.ons.org/news-and-views/what-does-the-evidence-say-about-reiki-for-cancer>

Stanulewicz, N., Knox, E., Narayanasamy, M., Shivji, N., Khunti, K., & Blake, H. (2019). Effectiveness of Lifestyle Health Promotion Interventions for Nurses: A Systematic Review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 17(1), 17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010017>

Williams, S. P., Malik, H. T., Nicolay, C. R., Chaturvedi, S., Darzi, A., & Purkayastha, S. (2017). Interventions to improve employee health and well-being within health care organizations: A systematic review. *Journal of Healthcare Risk Management*, 37(4), 25–51. <https://doi.org/10.1002/jhrm.21284>

PROTOCOLO PARA UMA SCOPING REVIEW

ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM UTILIZADAS NA IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Vera Mónica de Sousa Teixeira⁽¹⁾; Cátia da Conceição Sousa Meireles⁽²⁾; Porfírio da Silva Santos⁽³⁾



Resumo

Introdução: A elaboração e implementação de protocolos nos serviços de saúde constitui uma ferramenta que suporta a prática clínica em enfermagem contribuindo para o planeamento, implementação, avaliação e uniformização dos cuidados, melhorando a qualidade e a segurança dos mesmos. Não obstante, nem sempre se verifica a adesão dos profissionais e a sua implementação é bem sucedida (Francke, 2008).

Objetivos: Estruturar um documento para a realização de uma scoping review, mapear e analisar na literatura as estratégias de supervisão clínica mais comumente descritas na implementação de protocolos em serviços de saúde.

Crítérios de inclusão: Para determinar os critérios de inclusão será utilizada a mnemónica “PCC”, de acordo com as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI) para as scoping review.

Métodos: O percurso metodológico utilizado para o desenvolvimento deste protocolo seguiu as diretrizes do JBI para scoping review, organizado em 5 etapas: formulação da questão de pesquisa; identificação de estudos relevantes; seleção dos estudos; mapeamento das evidências científicas; apresentação e interpretação dos resultados. Foram considerados os critérios definidos e a adaptação às bases/repositórios propostos. Será realizada pesquisa em bases de dados, através da plataforma EBSCO, e em literatura cinzenta.

Palavras-chave: protocolos; supervisão clínica; enfermagem; mentoria e preceptoria.

Abstract

PROTOCOL FOR A SCOPING REVIEW - CLINICAL SUPERVISION STRATEGIES IN NURSING USED IN THE IMPLEMENTATION OF PROTOCOLS IN HEALTH SERVICES

Introduction: The elaboration and implementation of protocols in health services is a tool that supports clinical practice in nursing, contributing to the planning, implementation, evaluation and standardization of care, improving their quality and safety. However, the adherence of professionals is not always verified and its implementation is successful (Francke, 2008).

Objectives: To structure a document to carry out a scoping review, map and analyze in the literature the clinical supervision strategies most commonly described in the implementation of protocols in health services.

Inclusion criteria: To determine the inclusion criteria, the mnemonic “PCC” will be used, according to the recommendations of the Joanna Briggs Institute (JBI) for scoping review.

Methods: The methodological approach used for the development of this protocol followed the JBI guidelines for scoping review, organized into 5 stages: formulation of the research question; identification of relevant studies; selection of studies; mapping of scientific evidence; presentation and interpretation of results. The defined criteria and the adaptation to the proposed bases/repositories were considered. Research will be carried out in databases, through the EBSCO platform, and in gray literature.

Keywords: protocols; clinical supervision; nursing; mentoring and preceptorship.

Resumen

PROTOCOLO PARA UNA REVISIÓN DE ALCANCE - ESTRATEGIAS DE SUPERVISIÓN CLÍNICA EN ENFERMERÍA UTILIZADAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS EN SERVICIOS DE SALUD

Introducción: La elaboración e implementación de protocolos en los servicios de salud es una herramienta que apoya la práctica clínica de enfermería, contribuyendo a la planificación, implementación, evaluación y estandarización de los cuidados, mejorando su calidad y seguridad. Sin embargo, no siempre se verifica la adherencia de los profesionales y su implementación es exitosa (Francke, 2008).

Objetivos: Estructurar un documento para realizar una revisión de alcance, mapear y analizar en la literatura las estrategias de supervisión clínica más comúnmente descritas en la implementación de protocolos en los servicios de salud.

Criterios de inclusión: Para determinar los criterios de inclusión se utilizará la nemotécnica “PCC”, según las recomendaciones del Instituto Joanna Briggs (JBI) para revisión de alcance.

Métodos: El enfoque metodológico utilizado para el desarrollo de este protocolo siguió las directrices del JBI para revisión de alcance, organizado en 5 etapas: formulación de la pregunta de investigación; identificación de estudios relevantes; selección de estudios; mapeo de evidencia científica; presentación e interpretación de resultados. Se consideraron los criterios definidos y la adecuación a las bases/repositorios propuestos. La investigación se realizará en bases de datos, a través de la plataforma EBSCO y en literatura gris.

Palabras clave: protocolos; supervisión clínica; enfermería; tutoría y preceptoria.

Artigo submetido em maio 2022. Aceite para publicação em julho 2022

⁽¹⁾ Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE, Licenciada em Enfermagem.

⁽²⁾ Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE, Licenciada em Enfermagem.

⁽³⁾ Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE, Mestre em Gestão e Economia de Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

A melhoria contínua dos cuidados de enfermagem e a segurança impõem-se como obrigações éticas e deontológicas, na medida em que contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, melhoria do acesso aos cuidados e equidade, tendo sempre em vista as necessidades e expectativas dos utentes (Ribeiro et al., 2017), pelo que a adoção de condutas que promovam e visem a prestação de cuidados de qualidade e cada vez mais seguros tornam-se, por isso, essenciais.

Segundo Rodgers (2014) cit por Rodrigues-Sato e Almeida (2018), o protocolo clínico consiste num instrumento que orienta o cuidado e a gestão dos serviços de saúde, com objetivo de delinear procedimentos clínicos e condutas. Melhora a racionalidade, os recursos e incrementa a probabilidade de resultados assistenciais de qualidade assim como a garantia da autonomia profissional. Visa sistematizar, normalizar e guiar a tomada de decisão. A implementação de protocolos pode constituir uma ferramenta de apoio à tomada de decisão, possibilitando a deteção e correção de não conformidades, permitindo que todos os enfermeiros prestem cuidados padronizados de acordo com a melhor evidência científica e a prática baseada na evidência, minimizando práticas menos corretas ou adequadas (Sales et al., 2018).

Não obstante, e apesar das vantagens da implementação de protocolos, estudos indicam que nem sempre ocorre adesão por parte dos profissionais (Valiee e Salehnejad, 2020). Os mesmos autores, referem que a supervisão clínica em enfermagem (SCE) e o treino constituem um fator facilitador da adesão dos profissionais às diretivas da prática clínica.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, (2018), a SCE define-se como um “*processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências*

profissionais, analíticas e reflexivas, visando promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados”. Contextos supervivos podem contribuir para a implementação de programas de melhoria contínua da prática clínica, pelo que, devem ser utilizadas estratégias de SCE centradas no desenvolvimento do conhecimento, competências e no adequado suporte dos supervisionados (Pinto et al., 2017). Neste contexto, os mesmos autores salientam que estratégias de observação, demonstração de práticas e reflexão sobre o cuidado prestado são fundamentais, tendo o supervisor o papel de suporte e de fornecer *feedback* adequado e contínuo ao supervisionado, através de uma relação de supervisão assente em confiança e apoiada por pares.

Deste modo, julga-se pertinente perceber quais as estratégias de supervisão facilitadoras na implementação de protocolos em serviços de saúde. Foi realizada uma pesquisa preliminar na MEDLINE Complete, CINAHL Complete e Cochrane Central Register of Controlled Trials e não foram identificadas revisões sistemáticas ou scoping review (SR) atuais ou em curso sobre o tema em estudo.

Os objetivos do presente estudo visam estruturar um documento para a realização de uma SR e mapear e analisar na literatura as estratégias de SCE mais comumente descritas na implementação de protocolos em serviços de saúde.

QUESTÃO DE REVISÃO

Com o intuito de mapear os estudos existentes na literatura direcionados para as estratégias de SCE, utilizadas na implementação de protocolos em serviços de saúde, foi delineada a seguinte questão de revisão: “*Quais as estratégias de supervisão clínica em enfermagem facilitadoras para a implementação de protocolos em serviços de saúde?*”.

A elaboração da questão de revisão cumpre os critérios da metodologia PCC, em que **P** designa população ou problema, **C** o conceito

e C o contexto, no qual:

- P – Supervisão clínica em enfermagem;
- C – Implementação de protocolos;
- C – Serviços de saúde.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

No que respeita aos critérios de inclusão, será utilizado o acrónimo “PCC”, de acordo com as recomendações do JBI (2020) para as SR.

População/Problema: A presente SR irá incidir em estudos que abordem as estratégias SCE relacionadas com a implementação de protocolos em serviços de saúde, não sendo aplicadas restrições a artigos que não identifiquem de forma explícita as estratégias utilizadas e/ou artigos de SCE associados a outros grupos de profissionais de saúde. Serão incluídos todos os tipos de estudos, independentemente da natureza e do desenho desenvolvido, publicados em inglês, espanhol ou português.

Conceito: Proceder-se-á à revisão da literatura que aborde a implementação de protocolos em serviços de saúde, em contextos de SCE.

Contexto: A revisão será limitada aos serviços de saúde, ou seja, à prática clínica. Não serão impostas restrições culturais ou geográficas.

TIPOS DE ESTUDOS

Serão considerados os estudos do tipo quantitativo, qualitativo e misto, primários e secundários, que respondam à questão

de investigação. Documentos de texto e de opinião, bem como de literatura cinzenta serão também considerados para inclusão na revisão, nos últimos 5 anos.

MÉTODOS

A SR, conhecida também como revisão de mapeamento, tem como propósito mapear os principais conceitos que apoiam determinada área de conhecimento; examinar a extensão, alcance e natureza da investigação numa área demarcada; sumarizar e divulgar os dados e identificar as lacunas de investigações na área, proporcionando uma visão geral da evidência existente (Peters et al., 2017).

A SR proposta será realizada de acordo com a metodologia do JBI (2020).

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa terá como objetivo localizar estudos publicados e não publicados. Neste sentido, será realizada uma pesquisa inicial nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, MedicLatina, Academic Search Complete, PsycARTICLES e Nursing Research Center, através da plataforma EBSCOhost; SciELO, MEDLINE e CINAHL. Será utilizada a seguinte frase booleana: (“*Health Plan Implementation*” OR “*Practice Guideline**”) AND (*supervis** OR *mentor**) AND *nurs**, constituída pelos descritores apresentados na tabela 1.

Por fim, também será pesquisada literatura cinzenta sobre o tema de interesse, através de uma pesquisa livre no Google Académico.

Descritores		
Inglês	Espanhol	Português
Health Plan Implementation	Implementación de plan de salud	Implementação de Plano de Saúde
Practice Guideline	Guía práctica	Diretiva Práticas
Supervisor	Supervisor	Supervisor
Mentor	Mentor	Mentor
Nurse	Enfermero	Enfermeiro

Tabela 1 – Descritores para a pesquisa de informações.

A partir destes termos e através da análise das palavras indexadas dos artigos encontrados na pesquisa inicial, será adotada uma estratégia de pesquisa completa. As palavras-chave e os termos indexados a utilizar na pesquisa serão adaptados para cada fonte de informação incluída. A lista de referências de todos os estudos selecionados para avaliação crítica será analisada posteriormente com o intuito de verificar a existência de estudos adicionais.

SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Após a pesquisa, os estudos encontrados serão exportados para o software Mendeley, sendo eliminados os duplicados. Posteriormente, a seleção dos estudos será realizada em duas etapas. A primeira incluirá a leitura dos títulos e resumos e a eliminação daqueles que não cumpram os critérios de inclusão. Na segunda etapa, os estudos que pareçam cumprir os

critérios de inclusão serão recuperados na íntegra e os seus detalhes de referência serão importados para o sistema do JBI Sumari para a gestão unificada, avaliação e revisão de informações (Aromataris e Munn, 2020). Posteriormente, serão lidos os textos completos para verificar a adequação dos artigos com os critérios de inclusão. As duas etapas realizar-se-ão de forma independente por três revisores, e quaisquer divergências que possam surgir entre os revisores, em cada etapa do processo de seleção dos estudos, serão resolvidas por meio de análise crítico-reflexiva da seleção realizada, tendo o revisor principal o voto de qualidade. As razões para a exclusão dos estudos lidos na segunda etapa serão registadas e relatadas na SR. Por fim, o processo de seleção será documentado e adicionado como anexo no relatório através de um diagrama de fluxo PRISMA (Figura 1).

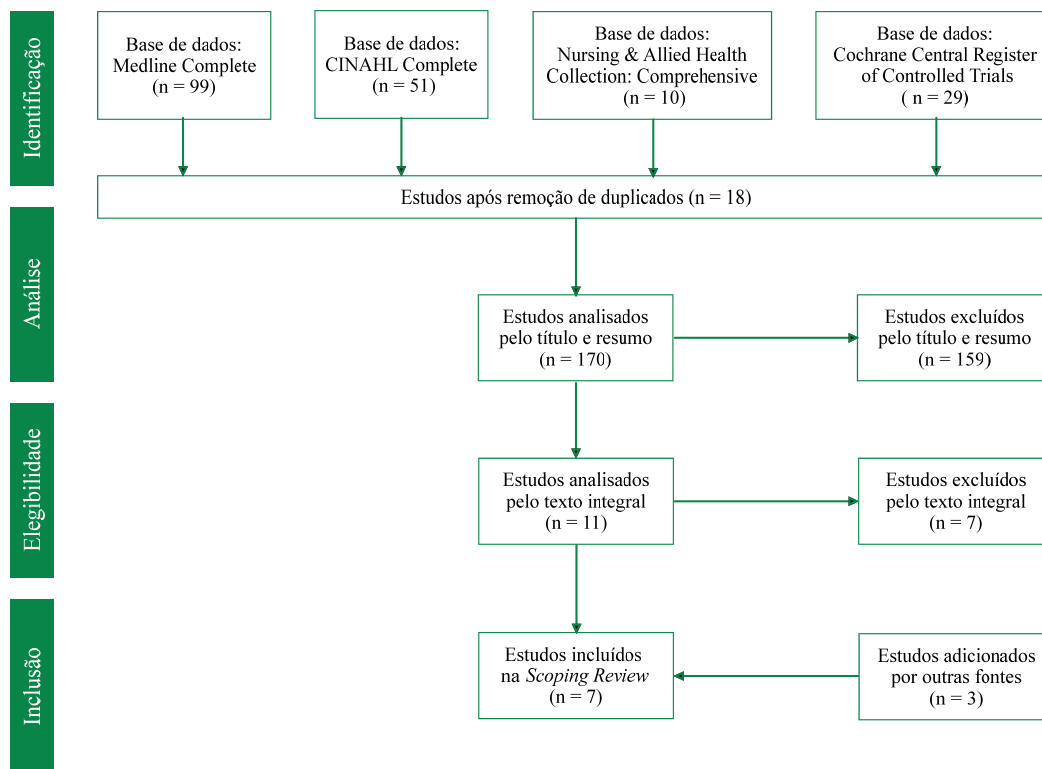


Figura 1 – Fluxograma PRISMA (Fonte: Adaptado de JBI, 2015).

A pesquisa foi realizada na plataforma Ebsco, que decorreu nos dias 20 e 21 de dezembro de 2021. Tal como apresentado no fluxograma PRISMA, a pesquisa identificou 189 artigos potencialmente relevantes, obtidos das bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection e Cochrane Central Register of Controlled Trials. Destes foram excluídos 18 por serem duplicados. Dos 171 restantes, 1 foi excluído por não estar publicado em inglês, espanhol ou português. Dos 170, 155 foram excluídos após leitura do título e 4 após leitura do resumo. Dos 11 restantes, 7 foram excluídos por não se enquadrarem na temática em estudo, sendo incluídos 4 artigos após leitura do texto completo. Foram ainda incluídos mais 3 artigos obtidos através de pesquisa secundária (referências bibliográficas) pesquisados no Google Scholar (1) e MEDLINE (2) sendo incluídos na RS 7 artigos no total.

EXTRAÇÃO DOS DADOS

Após a seleção dos estudos, proceder-se-á à extração de dados, por três revisores independentes usando uma ferramenta de extração de dados desenvolvida pelos revisores, tendo por base o JBI *template source of evidence details, characteristics and results extraction instrument* (Tabela 2).

1. INFORMAÇÕES GERAIS	
Nome do investigador que extraiu os dados:	
Data de extração dos dados:	
ID do estudo (ex.: 01 Nome do 1.º autor Ano de publicação):	
2. DETALHES DA SCOPING REVIEW	
<p>Título da revisão: Estratégias de supervisão clínica utilizadas na implementação de protocolos em serviços de saúde.</p> <p>Objetivos da revisão: Estruturar um documento para a realização de uma SR e analisar na literatura as estratégias de SCE mais comumente descritas na implementação de protocolos em serviços de saúde.</p> <p>Questão da revisão: <i>Quais as estratégias de supervisão clínica em enfermagem facilitadoras para a implementação de protocolos em serviços de saúde?</i></p> <p>População/Problema: SCE.</p> <p>Conceito: Implementação de protocolos.</p> <p>Contexto: Serviços de saúde.</p> <p>Crítérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ População/Problema: A presente SR irá incidir em estudos que abordem as estratégias SCE relacionadas com a implementação de protocolos em serviços de saúde, não sendo aplicadas restrições a artigos que não identifiquem de forma explícita as estratégias utilizadas e/ou artigos de SCE associados a outros grupos de profissionais de saúde. Serão incluídos todos os tipos de estudos, independentemente da natureza e do desenho desenvolvido, publicados em inglês, espanhol ou português. ▪ Conceito: Proceder-se-á à revisão da literatura que aborde a implementação de protocolos em serviços de saúde, em contextos de SCE. ▪ Contexto: A revisão será limitada aos serviços de saúde, ou seja, à prática clínica. Não serão impostas restrições culturais ou geográficas. 	
3. EXTRAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS E DETALHES DO ESTUDO	
Referência	
Título	
Autores	
Ano de publicação	
País de origem	
Tipo de estudo	
Objetivos do estudo	
População em estudo e tamanho da amostra	

Tipo de intervenção, comparação e pormenores destes (por exemplo, duração da intervenção)	
Contexto	
Metodologia/métodos	
a. Extração de resultados e detalhes extraídos do estudo	

Tabela 2 – Instrumento de extração de dados para uma SR sobre estratégias de SCE utilizadas na implementação de protocolos em serviços de saúde.

Os dados extraídos irão incluir detalhes específicos sobre os participantes, conceito, contexto, métodos de estudo e resultados relevantes para a questão da revisão, por forma a registar as informações mais relevantes dos estudos e para dar resposta aos objetivos e questão de investigação. A ferramenta de extração de dados será modificada e revisada

conforme necessário durante o processo de extração de dados de cada fonte de evidência incluída, sendo que as modificações serão detalhadas na SR (Tabela 3). Quaisquer divergências que surjam entre os revisores neste processo serão resolvidas através da análise crítico-reflexiva dos dados, tendo o revisor principal o voto de qualidade.

N.º	Autor	Ano	País	Objetivo	Amostra	Desenho	Métodos e instrumentos de colheita de dados
-----	-------	-----	------	----------	---------	---------	---

Tabela 3 – Características dos estudos incluídos.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA

A avaliação da qualidade dos estudos reporta o rigor metodológico, para que se possa julgar as informações apresentadas, no entanto, na SR não haverá avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos, pois esta tem como objetivo mapear os principais conceitos subjacentes a uma área de pesquisa. (Peters et al., 2015).

APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Tal como sugerido pelo JBI (2020), os resultados da SR serão apresentados sob a forma de tabela (Tabela 3) de modo a facilitar o mapeamento dos dados extraídos. A informação será completada através de um resumo narrativo, que irá conter a discussão

dos resultados e a descrição da sua relação com os objetivos e questões de investigação (Aromataris e Munn, 2020).

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o apoio prestado pela Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, nas pessoas da Prof. Dra. Cristina Augusto e da Prof. Dra. Margarida Ferreira, e a colaboração do Prof. Dr. Alexandre Bueno e da Prof. Dra. Renata Evangelista.

FINANCIAMENTO

Não aplicável.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse neste projeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AROMATARIS, E., MUNN, Z. - JBI Manual for Evidence Synthesis. [em linha] JBI. (2020). [consult. em 20 dezemb. 2021]. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>.

FRANCKE, A. [et al.] - Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. [em linha] BMC medical informatics and decision making. vol. 8 (2008), pp. 38. [consult. em 20 dezemb. 2021]. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=18789150&lang=pt-br&site=ehost-live> [consult. em 20 dezemb. 2021].

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Ordem dos Enfermeiros [em linha]. Lisboa, 2018. Regulamento 366/2018 Relativo Competências acrescidas diferenciada e avançada de supervisão clínica artigo 2. Diário da República. 2.^a série, n.º 113, 14 de junho de 2018. [consult. em 18 de dezemb. 2021]. Disponível em: [1665616663.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/1665616663.pdf) (ordemenfermeiros.pt).

PETERS, M. [et al.] – The Joanna Briggs Institute reviewer’s manual: Scoping reviews. [em linha]. JBI (2017). [consult. em 22 de janeiro 2022]. Disponível em: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>.

PETERS, M. [et al.] - Guidance for conducting systematic scoping reviews. [em linha]. International Journal of Evidence-Based Healthcare.;13(3) (2015), pp:141–146. [consult. em 22 de janeiro 2022]. Disponível em <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>.

PINTO, D. J. E.; SANTOS, M. R. e PIRES, R: M. - Relevance of indicators of clinical supervision strategies in nursing. [em linha] Rev Rene, vol. 18, N.º 1 (2017), pp. 19–25. [consult. em 24 dezemb. 2021]. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=121616099&lang=pt-br&site=ehost-live>.

RIBEIRO, O.; MARTINS, M. M. F. P. S.

e TRONCHIN, D. M. R. - Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. [em linha] Revista de Enfermagem Referência. Série IV-n.º 14 (2017), pp. 89-100. [consult. em 23 de dezemb. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV16086>.

RODRIGUES- SATO, L. C. C. B., ALMEIDA, K. - Clinical protocol for Hearing Health Services for the care of adults and elderly. [em linha] Cogas. 2018 Nov 8 (2018); 30(6):e20170280. [consult. em 21 de dezemb. 2021]. Disponível em: Clinical protocol for Hearing Health Services for the care of adults and elderly - PubMed (nih.gov).

SALES, C. [et al.] - Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. [em linha] Revista Brasileira de Enfermagem. v. 71, n.º 1 (2018). [consult. em 23 de dezemb. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>.

VALIEE, S. e SALEHNEJAD, G. - Barriers to and Facilitators of Nurses' Adherence to Clinical Practice Guidelines: A Qualitative Study. [em linha]. Creat Nurs. (2020) Feb 1;26 (1):e1-e7. [consult. em 20 de dezemb. 2021]. Disponível em: Barriers to and Facilitators of Nurses' Adherence to Clinical Practice Guidelines: A Qualitative Study - PubMed (nih.gov).

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A *Revista Investigação em Enfermagem (RIE)* publica artigos sobre teoria de investigação, sínteses de investigação e cartas ao director, desde que originais, estejam de acordo com as presentes normas de publicação e cuja pertinência e rigor científico sejam reconhecidas pelo Conselho Científico.

A *RIE* publica também editoriais, notícias e informação geral sobre investigação.

De acordo com o Estatuto Editorial, os domínio dos saberes espelhados na *RIE* situam-se no domínio da enfermagem enquanto disciplina científica e prática profissional organizada.

1 - TIPOS DE ARTIGOS

1.1 - Cartas ao director:

Publicam-se nesta secção comentários, observações científicas ou críticas sobre artigos e temas surgidos na revista, assim como dúvidas ou experiências que podem ser resumidas. Quando justificar, a direcção da *RIE* envia aos autores visados as cartas para direito de resposta. *Extensão máxima recomendada 3 páginas.*

1.2 - Artigos sobre teoria de investigação:

Artigos sobre teoria, métodos e técnicas de investigação numa construção de saberes original, revisão ou mistos. Estes artigos resultam da reflexão fundamentada sobre temas de investigação, desenvolvidos coerentemente de forma a obter conclusões válidas, podendo resultar da análise crítica da bibliografia relacionada com o tema em questão.

Devem estruturar-se da seguinte forma:

Resumo: Até 150-200 palavras, que contará com breve informação sobre o problema analisado, discutido ou revisto e se for caso o material e métodos utilizados e conclusões.

Palavras Chave: até um máximo de seis palavras que espelhem os conteúdos desenvolvidos.

Introdução: Deve ser breve, focando o tema e os objectivos do trabalho.

Desenvolvimento da temática

Conclusão: Breve e sucinta, focando os elementos fortes do desenvolvimento que constituam novidade científica ou uma nova visão sobre problemáticas já existentes.

Bibliografia: Seguindo a Norma Portuguesa - NP 405-1 (1994), ou outra norma aceite na comunidade científica.

Extensão máxima recomendada 15 páginas.

Todos os artigos devem ter título, resumo e palavras-chaves em língua portuguesa, inglesa e espanhola.

1.3 - Artigos síntese de trabalhos de investigação:

Artigos que se constituam em sínteses de investigação e que se estruturam da seguinte forma:

Resumo; Palavras Chave; Introdução (com as características atrás enunciadas)

Fundamentação: Breve revisão e localização da problemática.

Material e métodos: Descrevendo-se com detalhe os métodos e as técnicas de investigação de forma a que possam ser avaliados e repetidos por outros investigadores.

Resultados: Os resultados devem ser concisos e claros e incluir o mínimo necessário de tabelas e quadros. Apresentam-se de forma a que não exista duplicação e repetição de dados no texto e nas figuras.

Discussão: Comentar os resultados alcançados confrontando-os com a revisão bibliográfica efectuada e relacionando-os com resultados de trabalhos prévios do próprio ou de outros autores.

Conclusão: Breve e sucinta focando os elementos fortes resultantes da investigação e que constituem novidade científica ou um novo equacionar de dados já existentes.

Agradecimentos: Se considerar necessário, nomeia-se pessoas e entidades.

Bibliografia

Extensão máxima recomendada 20 páginas.

2 - RESPONSABILIDADES ÉTICAS

As investigações realizadas em instituições carecem de autorização prévia das administrações. Quando se descrevem experiências realizadas em seres humanos deve-se indicar se os procedimentos estão de acordo com as normas da comissão de ética. Não se devem utilizar nomes, iniciais ou números hospitalares.

Deve ser clara a permissão de publicação por entidades/instituições que financiaram a investigação.

A revista não aceita material já publicado. Os autores são responsáveis por obter as necessárias autorizações para a reprodução parcial ou total de material (texto, quadros e figuras) de outras publicações. Estas autorizações devem pedir-se tanto ao autor como à editora.

Na lista de autores devem figurar unicamente as pessoas que contribuíram intelectualmente para o desenvolvimento do trabalho. De forma geral para figurar como autor deve-se cumprir os seguintes requisitos:

- 1 - Ter participado na concepção e realização do trabalho do qual resultou o artigo em questão.
- 2 - Ter participado na redacção do texto e nas eventuais revisões do mesmo.
- 3 - Estar de acordo com a versão que finalmente vai ser publicada.

A **RIE** declina qualquer responsabilidade sobre possíveis conflitos decorrentes da autoria dos trabalhos que se publicam.

Os autores devem mencionar na sessão de métodos se os procedimentos utilizados nos utentes e grupos de controlo se realizaram com o consentimento informado.

Os autores (todos os que constarem na autoria do artigo) devem juntamente com o envio dos originais enviar uma folha onde declarem ceder graciosamente os direitos de publicação do artigo. Daí decorre que um artigo enviado para a **RIE** até rejeição da sua publicação não pode ser enviado para outro periódico.

3 - COMO ENVIAR ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO

Os artigos e cartas devem de preferência ser enviados **via on-line** através do site da RIE: <http://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-investigacao-enfermagem>

Podem também ser serão endereçados ao director da **RIE**, *Parque Empresarial de Eiras, lote 19 - 3020-265 Coimbra, ou Apartado 8026, 3021-901 PEDRULHA.*

Neste caso, deve enviar um original em suporte papel dactilografado em espaço duplo, letra 12, papel formato A4, com o tamanho máximo recomendado conforme atrás descrito para cada tipo.

Deve enviar CD com o texto, de preferência em Word, construído de forma simples sem utilização de cor.

Deve acompanhar carta com título do trabalho, nome dos autores, morada e forma de contacto, categoria profissional, título académico, local de trabalho.

Deve acompanhar declaração, manuscrita ou dactilografada em como cedem à **RIE** os direitos de publicação do artigo (identificar título), datado e assinado por todos os autores.

Imagens, figuras e fotografias a inserir, devem ser enviados os originais de forma ordenada e em função da sua introdução sequencial no texto (formato JPEG ou TIFF, com boa resolução).

Tabelas, quadros e gráficos devem ser incluídos(as) por ordem de inclusão no texto. **Os autores devem ter em atenção à sua forma gráfica, à clareza de apresentação dos dados e resultados e ao formato dos símbolos da linguagem estatística.**

A taxa de submissão de artigo é de 15€.

4 - PROCEDIMENTOS DA RIE

A **RIE** acusa a recepção do artigo em carta enviada ao 1º autor. A **RIE** assim que proceder à aceitação do artigo comunica ao 1º autor a data provável de publicação.

Após publicação será(ão) enviada(s) ao(s) autor(es) senha(s) de acesso à **RIE** em formato PDF.

Os juízos e opiniões expressos nos artigos e cartas ao director são dos autores e não necessariamente do Conselho Editorial e da Formasau, Formação e Saúde Lda, editora da **RIE**, entidades que declinam qualquer responsabilidade sobre o referido material.

Terão prioridade na publicação os artigos provenientes de autores assinantes da **RIE**, da Revista Sinais Vitais.

A aceitação do artigo para publicação, implica o pagamento de taxa de publicação com um custo de 15€.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Utilizam-se normas aceites pela comunidade científica nomeadamente a Norma Portuguesa, NP 405-1 (1994), alguns exemplos:

Monografias;

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade – **Metodologia do trabalho científico**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1992. ISBN 85-224-0859-9 (Com mais de dois autores utilizar *et al.*)

Artigos de publicações periódicas;

WEBB, Patt – **A sociedade europeia de enfermagem oncológica: passado, presente e futuro**. *Enfermagem Oncológica*. Porto. ISSN 0873-5689. Ano 1, Nº1 (1997), p.11-18.