Revista
INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

33

n 33. 2ª série - Novembro 2020

Edições
SINAIS VITAIS

Periocidade: Trimestral

Revista
INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº33 Série 2 - Novembro 2020

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL 7

A SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS E O ERRO NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA 9
BURNOUT SYNDROME IN NURSES AND ERROR IN MEDICATION ADMINISTRATION IN THE EMERGENCY DEPARTMENT: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW
EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS Y EL ERROR EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL URGENCIA: REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA
Carolina Maria Campos de Oliveira; Luís Miguel Rama Moreira; Luís Miguel Nunes de Oliveira

ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL 23
ANXIETY AND DEPRESSION IN THE PERSON WITH INTESTINAL OSTOMY
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA PERSONA CON OSTOMÍA DE ELIMINACIÓN INTESTINAL
Ana Regina Amaral Freire; Inês Fernandes dos Santos; Maria Inês Esquina Marques; Rosa Cristina Correia Lopes

EFETIVIDADE DO PROGRAMA DE PRIMEIROS SOCORROS EM SAÚDE MENTAL NA LITERACIA EM SAÚDE MENTAL ACERCA DA ANSIEDADE SOCIAL 35
EFFECTIVENESS OF THE MENTAL HEALTH FIRST AID PROGRAM IN MENTAL HEALTH LITERACY ABOUT SOCIAL ANXIETY
EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE PRIMEROS AUXILIOS EN SALUD MENTAL EN LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD MENTAL SOBRE ANSIEDAD SOCIAL
Sandrina Ribeiro da Cunha; Luís Manuel Jesus Loureiro; Amorim Gabriel Santos Rosa; Lúcia Manuela Brandão Valente da Costa

DESAFIOS NO CUIDAR: ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DA INTERAÇÃO COM A PESSOA IDOSA 45
CHALLENGES IN CARING: FACILITATING STRATEGIES IN THE INTERACTION WITH THE ELDERLY PATIENT
DESAFÍOS EM EL CUIDADO: ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA INTERACCIÓN CON LAS PERSONAS MAYORES
Cátia Vanessa Lameirinhas Baptista Tavares; Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo; Liliana Vanessa Lúcio Henriques

EXEQUIBILIDADE DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO COM INTEGRAÇÃO DE RITMO: PROGRAMA RIR 53
FEASIBILITY OF A RHYTHM INTEGRATION REHABILITATION PROGRAM: RIR PROGRAM
VIABILIDAD DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DE INTEGRACIÓN DE RITMO: PROGRAMA RIR
Raquel Alexandra Teixeira da Silva; Patrícia Araújo; Goreti Marques

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE NO FIM DE VIDA 65
HEALTH PROFESSIONALS AND THE EARLY WILL DIRECTIVE AT THE END OF LIFE
LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y LA DIRECTIVA TEMPRANA DE LA VOLUNTAD AL FINAL DE LA VIDA
Lúcia Santos; Manuela Cerqueira

RIE: registada no: **LATINDEX** - Sistema Regional de Informacíon en Línea para Revistas Científicas de America Latina, el Caribe, España y Portugal. http://www.latindex.unam.mx. Classificada na **QUALIS** (avaliação de 2014 com B4 - Avaliação de periódicos pela CAPES/Ministério da Educação do Brasil). **Cuiden – Ciberindex** - Base de Dados Bibliográficos sobre Cuidados de Salud en Iberoamérica (http://www.index-f.com/bibliometria/incluidas.php).

Revista
INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM
Publicação /Periodicity
Trimestral/quarterly

DIRECTOR/MANAGING DIRECTOR
Arménio Guardado Cruz
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD
Luís 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 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, Luís 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

As Dores Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (DMERT) continuam a ser uma "pandemia" a nível da saúde dos trabalhadores, o problema de saúde ocupacional mais comum na União Europeia, de difícil controlo e prevenção. Apesar de todos esforços realizados e das estratégias e medidas implementadas nas últimas décadas, as taxas de prevalência e incidência continuam a ser elevadas nos diversos contextos e setores profissionais. Há necessidade de novas iniciativas para garantir a saúde dos trabalhadores e manter uma vida ativa no trabalho, e contribuir para a prevenção e diminuição desses problemas.

Existem alguns estudos que mostram que a efetividade do exercício físico (EF), planeado e direcionado para manter e melhorar a força muscular, resistência e resiliência, pode diminuir a dor e melhorar a saúde, sendo que o próprio local de trabalho pode oferecer excelentes condições para o treino físico (Andersen, Mann, Juul-Kristensen, & Søgaard, 2017). Nas últimas décadas, a Atividade Física Ocupacional (AFO) também denominada "ginástica laboral" (GL) teve um incremento significativo, e foi-se implementando nos diversos países desenvolvidos, principalmente desde os anos 70, sendo atualmente uma prática usada em muitos dos países, inclusive em Portugal.

Os programas de AFO/GL pretendem promover a saúde do trabalhador, para tornar o ambiente de trabalho mais seguro e produtivo, e focam as dimensões cardio-respiratória, metabólica e muscular. Incluem exercícios físicos específicos para compensar os efeitos negativos do trabalho e, normalmente, são de curta duração (entre 15 a 20 min), realizados no próprio local de trabalho, na forma de atividades lúdicas e exercícios (fortalecimento muscular, consciencialização corporal, correção postural, exercícios respiratórios, automassagem, recreação e relaxamento) (Laux, 2019).

As abundantes publicações na área evidenciam os benefícios e contributos para a prevenção e diminuição de DMERT, nomeadamente na melhoria de muitas variáveis relacionadas com a saúde dos trabalhadores, sejam físicas (por exemplo, a dor), psicológicas (por exemplo, motivação, adesão, qualidade de vida)ou organizacionais (por exemplo, absentismo, produção, custo-benefício) (Lowe & Dick, 2014; Sowah et al., 2018). Parece existir consenso que o EF em contexto laboral (e/ou extra laboral), surge como uma das opções de intervenção para a prevenção e diminuição destas queixas (Søgaard & Sjøgaard, 2017; Sowah et al., 2018).

No entanto, para alguns autores, as evidências sobre os contributos do EF na prevenção deste problema, nem sempre são muito claros, e referem existir algumas lacunas no conhecimento, mantendo-se alguma incerteza sobre a verdadeira eficácia do EF na saúde dos trabalhadores exercício (Lowe & Dick, 2014).

Neste contexto, parece existir a necessidade da realização de estudos de melhor qualidade e clarificação de diversas dimensões, nomeadamente em termos de programas específicos de EF face ao tipo de atividade ocupacional e áreas corporais de maior risco, a duração mais adequada, as intervenções e os resultados avaliados (Lowe & Dick, 2014; Sowah et al., 2018).

Os organismos internacionais começam a reajustar o seu foco de atenção, onde o EF estará certamente presente, mas deverá simultaneamente ser associado e integrado em medidas de controlo de fatores ergonómicos, organizacionais e psicossociais, com uma participação ativa nas decisões, dos diversos intervenientes do processo.

Arménio Cruz

REFERÊNCIAS:

Andersen, L. N., Mann, S., Juul-Kristensen, B., & Søgaard, K. (2017). Comparing the Impact of Specific Strength Training vs General Fitness Training on Professional Symphony Orchestra Musicians. Medical Problems of Performing Artists, 32(2): 94-100. doi: https://doi.org/10.21091/mppa.2017.2016

- Laux, R. (2019). Scientific production on workplace physical activity intervention programs: intervention studies and their outcomes. IPMRJ, 4(4):156–159. doi: http://10.15406/ipmrj.2019.04.00191

- Lowe, B. & Dick, R. (2014). Workplace Exercise for Control of occupational neck/shoulder Disorders: a review of Prospective studies. EHI, 8(s1), 75–95. doi: http://10.4137/EHi.s15256

- Søgaard, K. & G. Sjøgaard (2017). Physical activity as cause and cure of muscular pain: evidence of underlying mechanisms. ESSR, 45(3), 136-145doi: http://10.1249/JES.0000000000000112

- Sowah, D., Boyko, R., Antle, D., Miller, L., Zakhary, M., & Straube, S. (2018). Occupational interventions for the prevention of back pain: Overview of systematic reviews. Journal of Safety Research, 66:39-59. https://doi.org/10.1016/j.jsr.2018.05.007

A SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS E O ERRO NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Carolina Maria Campos de Oliveira[1]; Luís Miguel Rama Moreira[2]; Luís Miguel Nunes de Oliveira[3]

Resumo

A Síndrome de *Burnout* é um distúrbio psíquico com elevada prevalência na Enfermagem. No serviço de urgência, os estudos indicam que os enfermeiros demonstram valores mais elevados, no que consta ao nível de exaustão emocional e da despersonalização, do que aqueles que trabalham em outros serviços. Os contextos de urgência são locais de grande vulnerabilidade para o enfermeiro e para o doente, contendo elevada propensão para a ocorrência de eventos adversos, tais como: os erros de medicação.

O objetivo principal deste estudo é o de compreender a influência da Síndrome de *Burnout* em enfermeiros do serviço de urgência, na ocorrência de erros na administração de medicação, sendo os objetivos específicos: identificar os fatores associados à Síndrome de Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência, identificar os fatores associados aos erros de administração de medicação e descrever os tipos de erros de medicação no serviço de urgência.

Desenvolveu-se uma Revisão Integrativa da Literatura utilizando as bases de dados: *CINAHLComplete*, *MEDLINE Complete e Academic Search Complete*, através das plataformas virtuais B-On e BVSalud. A questão de investigação estabelecida, através da mnemónica PICO(D), foi: "Qual a influência da Síndrome de Burnout na ocorrência de erros na administração de medicação pelos enfermeiros que trabalham no serviço de urgência?". Resultaram do processo de pesquisa cinco artigos científicos.

Como resultados principais aponta-se para a tipologia dos erros, sendo os mais comuns: a administração de doses erradas de medicamento e a administração do medicamento errado, devido a uma diversidade de fatores possíveis. Após analisados os estudos, é possível verificar que fatores como a fadiga, o elevado número de turnos, a exaustão, o stress e o excesso de trabalho (fatores esses que fazem parte da "definição" da Síndrome de Burnout) poderão causar a ocorrência da doença.

Conclui-se que a Síndrome de Burnout potencia a ocorrência de erros por parte dos enfermeiros no serviço de urgência, tornando-se crucial investir na minimização dos fatores que influenciam o aparecimento desta síndrome e, consequentemente, diminuir os erros na administração de medicação, garantindo a segurança do doente.

Palavras-chave: Síndrome de Burnout, erros de medicação; Serviço de Urgência; Enfermeiros

Abstract

BURNOUT SYNDROME IN NURSES AND ERROR IN MEDICATION ADMINISTRATION IN THE EMERGENCY DEPARTMENT: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Burnout Syndrome is a psychic disorder with high prevalence in nursing. In the emergency service, studies indicate that nurses show higher values in terms of emotional exhaustion and depersonalization than those who work in other services. Emergency settings are places of great vulnerability for both nurse and patient, containing high propensity for adverse events such as medication errors. The main objective of this study is to understand the influence of Burnout Syndrome in emergency department nurses in the occurrence of medication errors. Specific objectives are: to identify factors associated with Burnout Syndrome in emergency department nurses, to identify factors associated with medication errors and to describe the types of medication errors in the emergency department.

An Integrative Literature Review was developed using the databases: CINAHLComplete, MEDLINE Complete and Academic Search Complete, through virtual platforms B-On e BVSalud. The established research question, through the PICO(D) mnemonic, was: "What is the influence of Burnout Syndrome in the occurrence of medication errors by nurses working in the emergency room? Five scientific papers resulted from the entire research process.

The main results point out the typology of errors, being the most common: administering wrong doses of medication and administering the wrong medication, due to a diversity of possible factors. After analyzing the studies, it is possible to verify that factors such as: fatigue, high number of shifts, exhaustion, stress and overwork (factors that are part of the "definition" of Burnout Syndrome) may cause the occurrence of the disease.

It is concluded that Burnout Syndrome potentiates the occurrence of errors on the part of nurses in the emergency room, making it crucial to invest in minimizing the factors that influence the appearance of this syndrome and, consequently, to reduce errors in medication administration, ensuring the patient's safety.

Key words: Burnout syndrome; medication errors; Emergency department; Nurses

Resumen

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMERAS Y EL ERROR EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL URGENCIA: REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

El Síndrome de Burnout es un trastorno psiquiátrico de alta prevalencia en Enfermería. En el servicio de urgencias, los estudios indican que los enfermeros muestran valores más altos, en términos de agotamiento emocional y despersonalización, que los que laboran en otros servicios. Los contextos urgentes son lugares de gran vulnerabilidad para enfermeras y pacientes, con una alta propensión a la ocurrencia de eventos adversos, tales como: errores de medicación.

El objetivo principal de este estudio es comprender la influencia del Síndrome de Burnout en enfermeras del servicio de urgencias, en la ocurrencia de errores en la administración de medicamentos, siendo los objetivos específicos: identificar los factores asociados al Síndrome de Burnout en enfermeras de urgencias. , identificar los factores asociados con los errores de administración de medicamentos y describir los tipos de errores de medicación en el departamento de emergencias.

Se desarrolló una Revisión Integrativa de Literatura utilizando las bases de datos: CINAHL Complete, MEDLINE Complete y Academic Search Complete, a través de las plataformas virtuales B-On y BVSalud. La pregunta de investigación establecida, através del mnemônico PICO (D), fue: "¿Cuál es la influencia del Síndrome de Burnout en la ocurrencia de errores en la administración de medicamentos por parte del personal de enfermería que trabaja en urgencias?". Cinco artículos científicos resultaron del proceso de investigación.

Los principales resultados apuntan a la tipología de errores, siendo los más comunes: la administración de dosis equivocadas de medicación y la administración de la medicación equivocada, debido a una variedad de posibles factores. Luego de analizar los estudios, es posible verificar que factores como la fatiga, el elevado número de turnos, el agotamiento, el estrés y el exceso de trabajo (factores que forman parte de la "definición" de Síndrome de Burnout) pueden provocar la ocurrencia de enfermedad.

Se concluye que el Síndrome de Burnout potencia la ocurrencia de errores por parte del enfermero en urgencias, por lo que es crucial invertir en minimizar los factores que influyen en la aparición de este síndrome y, en consecuencia, reducir errores en la administración de medicamentos, asegurando seguridad del paciente.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, errores de medicación; Servicio de emergencia; Enfermeras

Submetido em Julho 2020. Aceite para publicação em Novembro 2020

[1] Estudante do Curso de Licenciatura da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; carolinamcoliveira@outlook.com

[2] Estudante do Curso de Licenciatura da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; luismiguelramamoreira@hotmail.com

[3] Professsor Adjunto, PhD, Msc, RN, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. lmoliveira@esenfc.pt

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Burnout em enfermeiros é um tema abordado frequentemente devido ao excesso de trabalho e exaustão emocional inerente à profissão. Num estudo realizado, em 2014, pela Universidade do Minho com a colaboração da Ordem dos Enfermeiros, verificou-se que, da amostra total do estudo (2302 enfermeiros, em que 11,1% dos enfermeiros trabalhavam em serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos), um em cada cinco enfermeiros (17,8%) apresentava exaustão física e emocional (Gomes, 2014).

Para Urquiza et al. (2017), Burnout ou Síndrome de Burnout é definido como uma desordem que tende a estar associada aos enfermeiros, sendo relatada como mais elevada e de maior impacto em relação a outros profissionais de saúde, devido à natureza do trabalho e de todas as suas características. É um "estado de exaustão vital", que surge em resposta ao stress crónico da organização, e que tem, predominantemente, sentimentos de exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal. Já Maslach & Jackson (1981) referiam que a exaustão emocional é a mais óbvia manifestação da síndrome e, clinicamente, é o sintoma que faz mais sentido ocorrer primeiro (observa-se prostração e fadiga), tendo como principais causas, a excessiva carga de trabalho e os conflitos laborais.

A Síndrome de Burnout tem influência nos diferentes aspetos dos cuidados prestados pelos enfermeiros, sendo que, um profissional que experiencia a síndrome tem maior probabilidade de apresentar não só fragilidade psíquica, mas também fragilidade física, insónia, hostilidade, irritabilidade e depressão (Urquiza et al., 2017).

Em abril de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) com a International Classification of Diseases classificou o Burnout como um fenómeno ocupacional, definindo-o como

"(..) uma síndrome conceituada como resultado do stress crónico no local de trabalho que não foi gerido com sucesso. A síndrome é "(..) caracterizada por três dimensões: sentimentos de esgotamento ou exaustão; maior distância mental do trabalho, sentimentos de negativismo relacionados ao trabalho e eficácia profissional reduzida" (OMS, 2019).

Centrando-nos no que se pretendemos analisar, o SU é um contexto clínico com as suas particularidades, sendo que, diariamente, os profissionais de enfermagem, que ali trabalham, lidam com situações inesperadas e com pacientes em situações débeis, devido à diversidade de patologias com as quais se confrontam (Urquiza et al., 2017).

O SU pode ser caraterizado como um espaço de alguma impessoalidade, resultante da curta permanência de doentes, o que torna complexa a descrição dos cuidados e a sua documentação, quando imperam princípios de intervenção orientados para o tratamento da doença e ritmos de trabalho, por vezes, acelerados (Alves, 2015).

Em simultâneo questiona-se a segurança do paciente. Em 2008, a OMS definiu a segurança do paciente como a redução do risco de danos desnecessários na prestação de cuidados até um mínimo tolerável. Este mínimo alude ao que é considerado exequível perante o conhecimento atual, recursos disponíveis e contexto em que é realizada a assistência face ao risco de não tratar (OMS, 2008). Uma das etapas mais importantes na promoção da segurança dos pacientes é a identificação de erros de medicação e as suas causas (Mieiro et al., 2019).

O erro relacionado com a medicação é um dos temas prioritários da Direção Geral de Saúde (DGS) pois, segundo vários estudos, é uma das principais causas de morte e incapacidade, falecendo mais pessoas devido a erros de medicação do que devido a acidentes de trabalho (DGS, 2015).

A National Coordination Council for Medication Errors Reporting and Prevention (NCCMERP) (s.d.) estabeleceu uma definição

de erro de medicação: qualquer evento evitável que pode causar ou conduzir a um uso inapropriado de medicação, ou causar dano ao paciente, enquanto a medicação está sob o controle de profissionais de saúde, doentes ou consumidores. Estes eventos podem estar relacionados com a prática profissional, prescrição, comunicação de ordens terapêuticas, rotulagem, embalagem e nomenclatura, composição, distribuição, administração, formação, monitorização e uso.

De maneira a evitar erros na administração de medicação durante a formação profissional, habitualmente é dado a conhecer aos enfermeiros uma ferramenta fundamental a usar antes da administração de medicação – as cinco certezas: o paciente certo, a medicação certa, a dose certa, a hora certa e o local certo (Cassiani, 2005). Apesar de apoiar durante muito tempo os profissionais de enfermagem, esta ferramenta começou, recentemente, a ser contestada, surgindo, agora, uma verificação da administração de medicação com o desenvolvimento de mais quatro "regras" – as nove certezas: medicamento certo; hora certa; dose certa; via certa; doente certo; registo certo; preparação certa; conhecimento certo; educação certa.

No âmbito da intervenção dos enfermeiros, designadamente na preparação, administração e ensino aos doentes sobre os fármacos, os enfermeiros devem confirmar as "nove certezas" sempre antes e durante a preparação e administração da medicação de forma a garantir a segurança durante todo o processo (Sales, Quintão & Teixeira,2018).

Os erros "acontecem" e segundo o NCCMERP (1998), no documento Taxonomy of Medication Errors, os tipos de erro que ocorrem mais frequentemente são: erro de prescrição; erro de omissão; erro no horário; erro de dosagem; erro na preparação; erro relacionado com técnica incorreta de administração; erro na via de administração; erro na forma farmacêutica; erro com fármacos deteriorados e erro de monitorização. Entre as principais causas de erros na preparação e administração de medicação estão o stress, a fadiga, a redução de atenção aos detalhes, os dias longos de trabalho e o ambiente preenchido e/ou desorganizado (Mieiro et al., 2019).

METODOLOGIA DA REVISÃO INTEGRATIVA

A metodologia é crucial na delimitação do conhecimento científico, uma vez que, se traduz numa componente que irá determinar a sua credibilidade. Com o intuito de se desenvolver uma temática com importante relevância para a Enfermagem, deve-se recorrer a metodologia de pesquisa que se adeque ao estudo do tema (Apóstolo e Gameiro, 2005).

A questão de investigação integra o ponto de partida para a análise dos resultados obtidos nas pesquisas, de uma forma ordenada e abrangente, com a finalidade de fornecer informações e conhecimento relativos à problemática identificada (Apóstolo & Gameiro, 2005). Como linha orientadora para a formulação da questão de investigação, recorremos à mnemónica PICO(D), correspondendo, P (Participantes) aos "Enfermeiros que trabalham no serviço de urgência; I (Intervenção / Fenómeno de interesse) à "Síndrome de Burnout"; O (Outcomes/ Resultados) aos "Erros na administração de medicação "; D (Desenho/ Tipo de estudo) aos "Estudos primários (Quantitativos e Qualitativos)".

Deste modo, a partir da decomposição e organização do problema em estudo foram formulados objetivos. Como objetivo principal foi delineado: compreender a influência da Síndrome de Burnout em enfermeiros do SU na ocorrência de erros na administração de medicação. Foram ainda delineados os seguintes objetivos específicos: identificar os fatores associados à Síndrome de Burnout nos enfermeiros do SU, identificar os fatores associados aos erros de administração de medicação e descrever os tipos de erros de

medicação no SU.

Face aos objetivos a questão de investigação elaborada foi: qual a influência da Síndrome de Burnout na ocorrência de erros na administração de medicação pelos enfermeiros que trabalham no serviço de urgência?

PROCESSO DE PESQUISA E SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica entre os dias 26 e 30 de março de 2020, com o objetivo de selecionar os estudos pertinentes que fossem ao encontro da questão de investigação proposta. Após a sua formulação, e de forma a restringir a pesquisa, delineámos critérios de inclusão e exclusão que apresentamos no quadro 1.

O processo de pesquisa iniciou-se a 26 de março de 2020 e realizou-se nas seguintes bases de dados: *CINAHLComplete, MEDLINE Complete e Academic Search Complete*, com recurso às plataformas B-On e BVSalud, através de combinações das palavras-chave de linguagem natural: *Burnout syndrome, medication errors, Emergency department* e *Nurses*.

Na pesquisa efetuada no motor de busca B-On foram encontrados 210 documentos no total, pertencentes às bases de dados apresentadas. Depois de aplicados os critérios de inclusão surgiram 112 estudos, dos quais 77 foram excluídos pela leitura do título. Pela leitura do *abstract*, foram selecionados oito estudos, cinco da base de dados *Academic Search Complete* e três da *CINAHL Complete.*

Uma segunda pesquisa, foi realizada nas plataformas B-On e BVSalud, utilizando as bases de dados disponíveis, nos dias 29 e 30 de março, respetivamente. Nesta pesquisa foram encontrados 43 documentos no total (35 da BVSalud e 8 da B-On). Depois de excluídos os duplicados da pesquisa efetuada na B-On, aplicaram-se os critérios de inclusão, tendo sido analisados os títulos e resumos dos artigos científicos, resultando para a seleção final, dois estudos da base de dados *Academic Search Complete,* um da *CINAHL Complete,* três da *MEDLINE Complete* referentes à plataforma B-On e três da *MEDLINE* relativos à BvSalud.

Para a seleção final, resultante das pesquisas realizadas, todos os documentos foram analisados integralmente, tendo sido selecionados após a leitura integral e de todo este processo cinco estudos. O método de seleção final a utilizar é descrito no quadro 2.

Quadro 1 - Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos.

Critérios de seleção	Critério de inclusão	Critérios de exclusão
População em estudo	Estudos que incluam enfermeiros que trabalhem em contexto de urgência de adulto, em especialidades médico-cirúrgicas e centros de trauma.	Estudos que não incluam enfermeiros ou estudos que não incluam contextos de urgência de adulto: médico-cirúrgicas e centros de trauma.
Intervenção de interesse	Estudos que abordem a Síndrome de *Burnout*, independemente da sua classificação e da forma como foi avaliada.	
Outcomes/Resultados	Estudos que abordem erros na administração de medicação independemente da sua classificação e da forma como foi avaliada.	
Horizonte temporal	Estudos realizados entre 2013 e 2020.	Estudos anteriores a 2013.
Idioma	Português, espanhol e inglês.	Outros idiomas.
Desenho do Estudo	Estudos de investigação qualitativos ou quantitativos.	Revisões da literatura.

Quadro 2 - Processo de seleção final dos estudos.

Motor de busca	Bases de dados utilizadas	Primeira pesquisa	Segunda pesquisa	TTotal	Selecionados pela leitura integral
B-On	*Academic Search Complete*	5	2	7	3
	CINAHL Complete	3	1	4	2
	MEDLINE Complete	0	3	3	----
BvSalud	*MEDLINE*	----	3	3	----

Os cinco documentos selecionados encontram-se referenciados no quadro 3, identificados pelo título, autores, ano de publicação e motor de busca utilizado. Estes respeitam os critérios de inclusão e exclusão, sendo que serão apresentados e organizados por ordem cronológica, identificados pela letra E (estudo) e pelo respetivo número, facilitando, desta forma, a exposição dos resultados e a discussão.

Quadro 3 - Síntese dos estudos selecionados.

	Título	Autores	Ano de publicação	Base de dados
EE1	*Medication errors of nurses in the emergency department*	Ehsani, S., Cheraghi, M., Nejati, A. , Salari, A. , Esmaeilpoor, A. & Nejad, E.	**2013**	***Academic Search Complete*** *via B-On*
EE2	*Emotional exhaustion and medication administration word-around: The moderating role of nurse satisfaction with medication administration*	Halbesleben, J. , Rathert, C. & Williams, E:	**2013**	***CINAHL Complete*** *via B-On*
EE3	*Situational Factors Associated with Burnout among Emergency department Nurses*	Rozo, J. ,Olson, D., Thu, H. & Stutzman, S.	**2017**	***CINAHL Complete*** *via B-On*
EE4	*Identification of factors which affect the tendency towards and attitudes of emergency unit nurses to make medical errors*	Kiymaz, D. & Koç, Z.	**2017**	***Academic Search Complete*** *via B-On*
EE5	*Factors Affecting Medication Errors from the perspective of Nursing Staff*	Shohani, M. & Tavan, H.	**2018**	***Academic Search Complete*** *via B-On*

RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO

A análise dos cinco estudos selecionados será apresentada em quadro elaborado com recurso à mnemónica PICO(D) e organizados por ordem cronológica.

Quadro 5 – Apresentação/análise dos estudos selecionados.

	Objetivo(s) do estudo	Tipo de estudo	População	Intervenção e Resultados
E1	Explorar a taxa de relato de erros de medicação, tipos de erros e as suas causas entre os enfermeiros do serviço de urgência.	Estudo quantitativo e descritivo	94 enfermeiros do serviço de urgência do Complexo Hospitalar of Khomeini Imam, com média de idades de 27,7 anos e desvio padrão de 3,4 anos, com experiência profissional na média dos 7,3 anos e 3,4 anos de desvio padrão. Do total da amostra, 82 participantes eram do sexo feminino e 12 do sexo masculino.	A informação foi recolhida com base num questionário (informação demográfica de cada enfermeiro; tipos e causa de erros de medicação) ajustado pelos investigadores e baseado nas revisões de literatura e em artigos científicos. Dos participantes, 46,8% (42 enfermeiros) cometeram erros de medicação em 2012, e a maioria (69,04%) cometeu apenas o erro uma vez. Os tipos prevalentes de erros de medicação estavam relacionados às taxas de infusão (33,3%), à administração de duas doses do medicamento em vez de uma (23,8%), à omissão do medicamento (14,2%) e à administração do medicamento errado (11,9%). As causas mais importantes de erros de medicação, relacionadas com a equipa de enfermagem, foram a falta de enfermeiros (19,1%), falta de informação farmacológica suficiente (27,7%), fadiga resultante do trabalho (19,14%) e o uso de nomes de medicação abreviados (48,9%).
E2	Analisar a relação entre a exaustão emocional e o risco de potenciais práticas não-seguras nomeadamente na administração de medicação por enfermeiros.	Estudo quantitativo e descritivo	O estudo foi realizado com duas amostras de enfermeiros. A primeira amostra era constituída por 104 enfermeiros no total, sendo 85 do sexo feminino e 19 do sexo masculino, e os seus supervisores. A idade média da amostra era de 27,31 anos e desvio padrão de 3,54 anos, trabalhavam em média há cerca de 2,23 anos na instituição com desvio padrão de 1,15 anos e realizavam cerca de 26,11 horas de trabalho por semana, com respetivo desvio padrão de 6,17 horas. No momento da pesquisa, a amostra 1 não usava nenhum sistema de administração de medicamentos com códigos de barra. Ainda nesta amostra havia os supervisores (92) dos 104 enfermeiro. Quanto à amostra 2, esta era constituída por 243 enfermeiros que trabalhavam num centro de trauma nível II nos Estados Unidos da América. Dos 243 enfermeiros, 23 eram do sexo masculino e 218 do sexo feminino, com uma média de idades de 44,81 anos, desvio	O estudo em questão foi realizado avaliando a exaustão emocional, a realização de práticas não seguras de trabalho (work around) e a satisfação em relação ao sistema de administração de medicação, realizando um questionário online, em dois momentos distintos (tempo 1 e tempo 2, separados por seis meses de maneira a reduzir a variação comum do método). A exaustão emocional foi avaliada no tempo 1 e as práticas não seguras no trabalho em conjunto com a satisfação em relação ao sistema de administração de medicação no tempo 2. A exaustão emocional foi positivamente associada a práticas não seguras, em ambas as amostras, e a satisfação com o processo de administração de medicação foi negativamente associado, também, às práticas supramencionadas, tanto na amostra 1 como na amostra 2. Na Hipótese 1 foi previsto que a exaustão estaria positivamente relacionada às soluções alternativas, que levariam a más práticas. Ao analisar os resultados obtidos, a exaustão foi significativa e positivamente associada à autoavaliação, e os supervisores mencionaram observar comportamentos que comprometiam a segurança do trabalho. Assim sendo, a Hipótese 1 é suportada. Na

			padrão de 11,41 anos, com trabalho na referida instituição em média há 12,79 anos, e desvio padrão de 10,59 anos, trabalhando 35,41 horas numa média semanal. O hospital usava um sistema de administração de medicação com recurso a código de barras.	Hipótese 2 previmos que a satisfação com o modelo de administração de medicação poderia influenciar a relação entre a exaustão e as práticas não seguras no trabalho. Foi conclusivo, também, que a interação entre a satisfação com o processo de administração de medicação e a exaustão emocional foi significativa, tanto para os autorrelatos, como em situações observadas pelo supervisor, em ambas as amostras.
E3	Entender as experiências vividas pelos enfermeiros e identificar quais os fatores que podem influenciar a Síndrome de Burnout em enfermeiros do serviço de urgência..	Estudo qualitativo	Cinco participantes selecionados intencionalmente (participantes que tinham experienciado o fenómeno de interesse), de forma a que os investigadores entendessem as experiências da Síndrome de Burnout nos enfermeiros do serviço de urgência.	Foram realizadas e analisadas cinco entrevistas (usando a técnica do auto-relato). Os resultados das entrevistas foram analisados, sendo que as respostas depois de codificadas e transcritas pelos investigadores, formaram quatro temas, dentro dos quais os investigadores encaixaram a argumentação obtida. Os temas foram os seguintes: o ambiente de trabalho, a perceção interna e externa do enfermeiro, a violência no trabalho e o sofrimento moral. Dentro do tema - Ambiente de trabalho - os entrevistados referiram que a sobrelotação era o maior stressor dentro do serviço de urgência. Outro fator referido foi a existência de profissionais inexperientes, devido à forma como são geridos os turnos extra, a existência de turnos longos e as responsabilidades extra que são adicionadas ao excesso de trabalho que já existe. Três enfermeiros já não trabalham no serviço de urgência, em resultado de elevados níveis desta síndrome. Em relação ao tema - Perceções dos enfermeiros - as perceções internas incluíam não se sentir apreciado, despersonalizar os pacientes devido ao elevado fluxo de trabalho, não ser capaz de cumprir as expectativas do trabalho e não haver tempo para responder às dúvidas, quer dos pacientes, quer de outros profissionais de saúde. Perceções externas incluíam as atitudes negativas dos pacientes para com os enfermeiros. Os pacientes queriam as tarefas completas dentro do tempo limite que lhes fora referido na triagem, o que muitas vezes não era possível. O tema - Violência no local de trabalho - foi referido como contribuidor para a Síndrome de Burnout devido à existência de experiências violentas, o medo constante do desconhecido e à falta de suporte administrativo de forma a manter os enfermeiros do serviço de urgência seguros. O sofrimento moral foi outro dos temas criado e que é descrito pelos enfermeiros entrevistados como uma parte do processo de Burnout, o qual já fora por eles experienciado, nomeadamente, através da morte de um paciente ou através de pacientes que deram entrada devido a tentativa de suicídio.
E4	Determinar os fatores individuais e laborais que	Estudo quantitativo e descritivo	Este estudo foi realizado em 18 hospitais públicos (281 enfermeiros) e num hospital universitário (29 enfermeiros),	Os dados foram recolhidos por um questionário com 29 perguntas sobre características demográficas, características profissionais e erros laborais. A este

	afetam a tendência dos enfermeiros num serviço de urgência a cometer erros e as suas atitudes perante os erros cometidos		perfazendo um total de 310 enfermeiros em serviços de urgência, como amostra total. Os enfermeiros voluntariaram-se para participar, sendo que todos trabalhavam no serviço há pelo menos 6 meses. Os critérios de exclusão foram: estar de folga ou de licença. Assim, de um total de 310 enfermeiros, foi obtida uma amostra final de 284 enfermeiros.	questionário foram ainda adicionadas, a Escala de Tendência de Erro Médico de 49 itens e a Escala de Atitude de Erros Médicos de 16 itens, totalizando um questionário final com 94 questões. No que concerne às características sociodemográficas e profissionais dos 284 participantes da amostra, os resultados foram: 30,36 anos de idade média dos participantes, com desvio padrão de 6,68 anos; 4,94 anos médios de trabalho em SU, com desvio padrão de 3,71anos; Quanto à razões mais relevantes para a ocorrência de erros, foram comentadas por: 91,2% - trabalho excessivo; 85,1% - reduzido número de enfermeiros; 80,7% - stress; 75,4% - fadiga, exaustão, burnout; Relativamente à Incidência de Erros, 40,1% afirmaram já ter testemunhado um erro médico e 19,4% afirmaram ter cometido um erro no último ano. Como maior causa de erros na administração de medicamentos, 92% dos enfermeiros afirmaram haver um número excessivo de pacientes por enfermeiro. Quanto às escalas, na Escala da Tendência de Erro Médico, o score médio foi de 4,65. Os enfermeiros satisfeitos com a sua profissão, com o trabalho no SU ou que apenas realizavam turnos de dia, tinham estatísticas consideradas positivas em relação aos restantes. Na Escala de Atitude de Erro Médico, a pontuação média foi de 3,59, que revela diferenças no que diz respeito às condições de trabalho e aos turnos realizados.
E5	Explorar os fatores que afetam a frequência dos erros de medicação, na perspectiva dos enfermeiros dos hospitais universitários de IIam (Irão).	Estudo quantitativo descritivo e analítico	120 enfermeiros selecionados aleatoriamente de dois hospitais universitários de IIam (Irão), dos quais 50 eram do sexo masculino (42%) e 70 do sexo feminino (58%).	A população foi selecionada aleatoriamente através de uma amostragem estratificada aleatória. A informação foi recolhida com base num questionário distribuído e reunido pelos investigadores durante o mês de abril de 2014. Participaram no estudo 50 enfermeiros (42%) com idade inferior a 25 anos e com experiência profissional inferior a 5 anos. 30 enfermeiros (25%) com idade compreendida entre 35 e 45 anos e com experiência profissional compreendida entre 15 e 25 anos. 40 enfermeiros (33%) tinham idade compreendida entre 25 e 35 anos, e experiência profissional compreendida entre 5 e 15 anos. Na parte dos fatores influenciadores de erros de medicação, as questões foram divididas por três áreas: área de enfermagem, área da enfermaria e área de gestão de enfermagem. Na parte da área de enfermagem, os fatores mais frequentes que resultaram no aumento da incidência de erros de medicação incluíram: negligência pessoal do enfermeiro (55,8%), pedidos de administração de medicação ilegíveis (55,8%), fadiga relacionada com o trabalho (58,3%) e falta de tempo suficiente (46,6%). Na área da enfermaria, os fatores mais frequentemente referidos foram: a elevada carga de trabalho (65,8%), a não existência de protocolos para administração de

				medicação (33,4%) e o tipo de enfermaria do enfermeiro questionado (33,3%). Na área de gestão de enfermagem, os fatores mais destacados foram a falta de pessoal e elevada proporção de pacientes por enfermeiro (70%), falta de aulas acerca de medicação (46,7%) e a falta de instalações para a administração de medicação (25%).

Com o intuito de dar resposta à questão de investigação e aos objetivos delineados foi realizada a interpretação e a discussão dos resultados obtidos por tópicos.

Faixa etária

No respeitante às faixas etárias em que a problemática incide - Síndrome de Burnout e erros na administração de medicação - verificou-se que a participação nos estudos foi constituída maioritariamente por enfermeiros jovens. Médias de idades inferiores a 30 anos nos estudos E1, E2, E4 e E5. Em E4, concluiu-se que a idade não influenciava os erros de medicação e que enfermeiros jovens ou mais velhos apresentavam a mesma média de tendência para desenvolver um erro de medicação. Constatámos também que o erro de medicação tem reduzida probabilidade de ocorrer em enfermeiros com idades superiores a 40 anos. Apesar de não haver relação estatisticamente significativa entre a idade e o erro na administração de terapêutica, ficou evidenciado em E4 que o erro terá maior probabilidade de ocorrer em enfermeiros jovens. Em relação à Síndrome de Burnout, os estudos não estabelecem qualquer relação da idade com a problemática em estudo.

Tipos de erros de medicação

O E1 e o E4 sustentam que os erros mais frequentes são: administrar doses erradas de medicamento, ou seja, o medicamento certo na pessoa certa, mas numa dosagem ou mal prescrita ou mal calculada pelo enfermeiro; e administrar o medicamento errado, devido a uma diversidade de fatores possíveis. Outros erros que são relatados em E1, que caraterizam as más práticas de enfermagem nesta temática são: a omissão de um medicamento, isto é, não administrar um medicamento que se encontra prescrito, administrar medicação num intervalo de tempo que não é o suposto, administrar o medicamento certo, mas no paciente errado e colocar um medicamento intravenoso numa velocidade de perfusão não adequada para o doente em causa. Em E4, no que respeita à terapêutica, este enuncia um conjunto de erros que completam a lista formulada, tais como: administração de um medicamento que se encontra fora do prazo de validade, administrar um medicamento numa via que não a prescrita e, por último, a administração de um medicamento sem ter em conta as possíveis manifestações secundárias e sem confirmar com o paciente se existem alergias conhecidas.

Fatores que influenciam os erros de medicação

Nos estudos E1, E2, E4 e E5 os resultados obtidos através das amostras são consensuais e referem que o stress laboral e a fadiga extrema, designada Síndrome de Burnout, são fatores de extrema relevância, no que diz respeito à ocorrência de erros de medicação.

Motivos como o reduzido conhecimento em farmacologia, alergias provocadas e possíveis interações, assim como, prescrições ilegíveis são referenciados por todos os estudos selecionados e que revelam a sua importância neste tópico. Outro fator para a existência de erros é o número elevado de pacientes por enfermeiro (referido nos E1, E4 e E5), que conduz a uma redução do tempo para realizar as preparações dos fármacos, aumenta a carga

de trabalho e promove a desmotivação e o stress dos profissionais. Estes aludem que a não confirmação da dose correta é algo que potencia o erro, o que demonstra por vezes falta de atenção, distração e descuido por parte dos enfermeiros do SU.

Relação da experiência profissional com erros na administração de medicação

No que concerne à experiência profissional e à sua relação com os erros na administração de terapêutica, os resultados dos estudos são contraditórios.

No E4 foi concluído que a experiência profissional não influenciava os erros de medicação. Neste estudo, como a amostra era composta por enfermeiros a trabalhar em SU e enfermeiros de outras enfermarias, foi possível comparar os resultados da experiência profissional nos diferentes serviços, tendo-se verificado que enfermeiros a trabalhar há 5 anos e enfermeiros a trabalhar há 10 ou mais naos anos apresentavam a mesma média de tendência para desenvolver um erro de medicação.

No E5 é possível comparar os locais da enfermaria onde o erro de medicação ocorreu com maior frequência. Neste estudo concluiu-se que existe relação estatisticamente significativa entre a experiência profissional e os fatores causadores de erros de medicação. Sabendo que a experiência profissional influencia o erro, é possível verificar, no E5, que o erro terá maior probabilidade de ocorrer na "Nurse area" ou na "Nurse management area".

Os estudos E2 e E3 não realizam qualquer comparação da experiência profissional com erros na administração de terapêutica.

Fatores que influenciam a ocorrência da Síndrome de Burnout

Os fatores que se encontram presentes em E1, E2, E3, E4 e E5 assumem especial consideração para o desenvolvimento da síndrome, uma vez que são considerados como os principais e potenciais causadores, tendo como exemplo: a fadiga resultante do excessivo trabalho que advém do elevado número de pacientes por enfermeiro; a (in) satisfação com o seu emprego e normas gerais; todos os tipos de violência que poderão existir num SU devido à imprevisibilidade do serviço; as diferentes perceções existentes; a incapacidade de realizar o luto de pacientes; os turnos demasiados longos e excessivos; os turnos noturnos e a falta de motivação.

A análise do E3 permitiu entender os fatores associados à Síndrome de Burnout e de que forma podem ser divididos em fatores externos e internos. Como principal stressor dentro de um SU, os entrevistados referiram a sobrelotação do serviço, uma vez que este é influenciado pela gestão inadequada dos recursos humanos, assim como, dos turnos extra, dos turnos longos e, ainda, a responsabilidade que é acrescentada ao excesso de trabalho já existente. A amostra deste documento identificou como principais motivos para a ocorrência da síndrome em estudo: a fadiga extrema, falta de recursos e a fragilidade física.

Influência da Síndrome de Burnout nos erros na administração de medicação

Por forma a estabelecer uma ligação entre a Síndrome de Burnout com os erros na administração de terapêutica é possível referir que, em todos os estudos analisados, que abordam a medicação (fatores causadores e/ou erros), a Síndrome de Burnout é referida pelos enfermeiros no estudo, não diretamente pela palavra em si, mas através das palavras: fadiga, exaustão (emocional), stress, excesso de trabalho e burnout.

No E2, que avaliou a resposta dos enfermeiros através de duas hipóteses, é possível observar que a exaustão emocional, a manifestação inicial de quem apresenta a Síndrome de Burnout, é uma das principais causas de práticas não seguras. Em ambas as hipóteses formuladas neste estudo, a exaustão emocional compromete a segurança do enfermeiro e do paciente, embora possa

ser ligeiramente diminuída em enfermeiros satisfeitos com o processo de administração de medicação.

O E3, apesar de não abordar diretamente a medicação e erros subsequentes, permite retirar algumas conclusões das afirmações referidas pelos enfermeiros selecionados, mencionando a sobrelotação, a fadiga, a falta de recursos e a fragilidade física como fatores que originam a Síndrome de Burnout.

No E4 participaram 284 enfermeiros do SU, por forma a identificar os fatores e as tendências para erros médicos (por exemplo, omissão de medicação). Destes 284 enfermeiros, 40,1% (114 enfermeiros) testemunharam erros médicos, sendo que 86 referiram fadiga, exaustão e burnout como um dos fatores de maior relevo para erros de medicação.

Também em E5, no qual foram selecionados 120 enfermeiros para a realização do estudo, poderão retirar-se algumas conclusões acerca da influência da Síndrome de Burnout nos erros de medicação. Fadiga (referida por 70 enfermeiros), elevada carga de trabalho (referida por 79 enfermeiros) e alta proporção de enfermeiro / pacientes (referida por 84 enfermeiros) são os fatores importantes e mais referidos que causam erros de medicação. Apesar da palavra Burnout não ser referenciada, foram referidos sinais e sintomas que são característicos de uma pessoa que apresenta a desordem.

CONCLUSÃO

A Síndrome de Burnout é um dos principais problemas de saúde existente entre os profissionais de saúde, neste caso concreto os enfermeiros do SU, devido ao stress, fadiga e excesso de trabalho, que cada vez mais caraterizam a profissão.

Segundo a literatura analisada é possível estabelecer relação entre a Síndrome de Burnout e os erros administração de medicação, visto que, ambos são fortemente potenciados por vários fatores, que se interligam e se associam.

É crucial ter em conta a saúde mental dos profissionais, para que seja possível manter a segurança do doente, em especial no que diz respeito à terapêutica. Tomámos em linha de conta as recomendações presentes nos estudos analisados e interligámos com o que entendemos fundamental para que possa haver uma redução da Síndrome de Burnout e, consequentemente, de erros de medicação.

Sendo a qualidade do cuidado prestado diretamente relacionada com o bem-estar do profissional, é importante criar estratégias para garantir tanto a segurança do utente, como do profissional que está a cuidar, ou seja, criar medidas que visem a melhoria das condições de trabalho, tais como: remodelações nas instalações do SU, melhor organização do espaços, diminuição do número de horas por turno, encaminhamento para consultas de psicologia, formação para a sensibilização relativamente à temática, promover mecanismos de coping, aumentar o número de enfermeiros por turno, diminuindo assim o número de pacientes por profissional, ajustar o trabalho num SU, promover o desenvolvimento de novas competências na área da medicação e encorajar os enfermeiros a reportar os erros, seguindo as normas éticas pelas quais se regem, criação de reuniões informais (espaço para expressão de sentimentos e emoções, relativos a casos clínicos), entre outras.

Ainda assim, e tendo em conta todos os dados obtidos é também fundamental abordar as limitações que encontrámos durante a realização deste trabalho. Uma das principais limitações foi a escassez de dados disponíveis e atualizados acerca da Síndrome de Burnout e da sua influência nos erros de medicação, em contexto de urgência, e em Portugal. Outra limitação prende-se com as amostras reduzidas obtidas pelos estudos, em especial nos E1, E3 e E5, o que poderá ter influência nos dados obtidos.

Após toda a análise e reflexão realizada, algumas questões pertinentes foram surgindo,

revelando-se importante serem exploradas futuramente, para um avanço do conhecimento na temática em estudo. Será que a Síndrome de Burnout na classe de enfermagem diminui com acesso à ajuda de psicólogos, terapeutas, etc..? Qual o método mais adequado para a diminuição da Síndrome de Burnout? Será que os erros na administração de medicação diminuirão com a modernização constante da tecnologia na saúde?

Este trabalho foi um desafio para o nosso desenvolvimento como futuros profissionais, uma vez que, nos permitiu desenvolver capacidades que poderão ser úteis no futuro, construir um pensamento crítico e desenvolver a nossa identidade profissional, reforçando sempre a importância da melhor evidência científica.

BIBLIOGRAFIA

Alves, T. (2015). A pessoa em situação crítica em contexto de urgência - Dos cuidados de enfermagem prestados…aos cuidados de enfermagem documentados (Dissertação de Mestrado). Recuperado de http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/1342

Apóstolo, J. & Gameiro, M. (2005). Referências Onto-epistemológicas e Metodológicas da Investigação em Enfermagem: uma análise crítica. Revista Referência, 2(1), 29-38. Recuperado de https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=40&codigo=

Cassiani, S. (2005). A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. Revista Brasileira de Enfermagem, 58(1), 95-99. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n1/a19.pdf

Colman, A. (2006). Oxford Dictionary of Psychology (2ºed.). Nova Iorque, Estados Unidos da América: Oxford University Press

Direção Geral Da Saúde (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Recuperado de https://dre.pt/application/file/66457154

Ehsani, S., Cheraghi, M., Nejati, A., Salari, A., Esmaeilpoor, A., & Nejad, E. (2013). Medication errors of nurses in the emergency department. Journal of Medical Ethics & History of Medicine, 6(11), 1-7. Recuperado de https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=c89e2c1c-13b6-4cb6-96b0-0144d1a4b10a%40sessionmgr103

Gomes, A. (2014). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros. Revista Interamericana de Psicologia, 48(1), 129-141. Recuperado de https://core.ac.uk/download/pdf/55631949.pdf

Halbesleben, J., Rathert, C. & Williams, E. (2013). Emotional exhaustion and medication administration work-arounds: the moderating role of nurse satisfaction with medication administration. Health Care Management Review, 38(2), 95-104. doi: 10.1097/HMR.0b013e3182452c7f

Kiymaz, D. & Koç, Z. (2017). Identification of factors which affect the tendency towards and attitudes of emergency unit nurses to make medical errors. Journal of Clinical Nursing, 27(5), 1160-1169. doi: 10.1111/jocn.14148

Marôco, J., Marôco, A., Ema, L., Bastos, C., Vazão, M. & Campos, J. (2016). Burnout em profissionais da saúde portugueses: Uma análise a nível nacional. Revista Científica da Ordem dos Médicos, 29(1), 24-30. Recuperado de https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6460/4534

Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of occupational behavior, 2(2), 99-113. doi: 10.1002/job.4030020205

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa
para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enfermagem, 7(4), 758-764. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf

Mieiro, D., Oliveira, E., Fonseca, R., Mininel. V., Mascarenhas, S. & Machado, R.
(2019). Estratégias para minimizar erros de medicação em unidades de emergência: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem, 72(1), 320-327. Recuperado dehttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034716720190007007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (s.d.).
About medication errors - What is a medication error? Recuperado de http://www.nccmerp.org/about-medication-errors

National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (1998).
Taxonomy of medication errors. Recuperado de https://www.nccmerp.org/taxonomy-medication-errors-now-available

Oliveira, M., Kayo, R., Costa, D., Santos, T. & Euzébia, V. (2013). Síndrome de burnout
em enfermeiros: uma revisão integrativa. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental, 5(1), 3168-3175. doi: 10.9789/2175-5361.2013v5n1p3168

Organização Mundial de Saúde (2008). Guidance on developing quality and safety
strategies with a health system approach. Recuperado de http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient safety/publications/2008/guidance-on-developing-quality-and-safety-strategies-with-a-health-system-approach

Organização Mundial de Saúde (2019). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics
(Versão: abril de 2019) - Burnout. Recuperado de https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281

Rozo, J., Olson, D., Thu, H. & Stutzman, S. (2017). Situational factors associated with burnout among emergency department nurses. Workplace Health & Safety, 65(6), 262-265. doi: 10.1177/2165079917705669

Sales, L., Quintão, J. & Teixeira, M. (2018). Segurança na preparação e administração de medicação pelo enfermeiro: quantos são os "certos"? Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP, 10, 29-40. Recuperado de http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/download.aspx?artigoid=31763

Shonani, M. & Tavan, H. (2018). Factors affecting medication errors from the perspective
of nursing staff. Journal of Clinical and Diagnostic Research, 12(3), 1-4. doi: 10.7860/JDCR/2018/28447.11336

Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Antunes, V. (2017). Metodologia de
Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. Revista de Investigação em Enfermagem, pp. 17-26. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem

Urquiza J.L., de la Fuente E.I., Albendín L., Vargas C., Ortega E.M. & Cañadas G.A.
(2017). Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. Critical Care Nurse, 37(5), 1-9. doi: 10.4037/ccn2017508

ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL

Ana Regina Amaral Freire[1]; Inês Fernandes dos Santos[1]; Maria Inês Esquina Marques[1]; Rosa Cristina Correia Lopes[2]

Resumo

Enquadramento: A ostomia de eliminação intestinal provoca alterações na autoimagem, autoestima, sexualidade, autonomia, e nos níveis de ansiedade e depressão, exigindo estratégias adaptativas por parte da pessoa. Objetivos: Identificar as dificuldades na adaptação à ostomia de eliminação intestinal; compreender de que forma a ansiedade e/ou depressão provenientes da ineficácia do processo de adaptação na pessoa com ostomia de eliminação intestinal afetam o dia-a-dia da pessoa; identificar as intervenções do enfermeiro eficazes na minimização da ansiedade e depressão na pessoa com ostomia de eliminação intestinal. Metodologia: Através do método P[I][C]OD obteve-se a questão de investigação: "Quais as intervenções de enfermagem eficazes na minimização da ansiedade e depressão nas pessoas com ostomia de eliminação intestinal?". Realizada pesquisa no motor de busca EBSCOhost, restrição temporal de 4 anos, estudos primários, idiomas em português e inglês e texto integral, obtendo-se 5 artigos. Resultados: Os valores de depressão e ansiedade são mais elevados no período pré-operatório do que no período pós-operatório. A pessoa com ostomia de eliminação intestinal apresenta maiores níveis de ansiedade e depressão comparativamente à pessoa saudável. Conclusão: O enfermeiro promove uma diminuição dos níveis de ansiedade e depressão através da realização de ensinos, melhorando a adaptação à ostomia de eliminação intestinal.

Palavras-chave: Ostomia de eliminação; Ansiedade; Depressão; Adaptação; Enfermagem.

Abstract

ANXIETY AND DEPRESSION IN THE PERSON WITH INTESTINAL OSTOMY

Background: The body alteration that results from the formation of an intestinal ostomy can cause modifications in self-image, self-esteem, sexuality, autonomy and in the levels of anxiety and depression, requiring adaptive responses from the person. Objectives: Identify difficulties in the adaptation to the intestinal ostomy; understand how anxiety and/or depression coming from the ineffectiveness of the adaptation in the person with intestinal ostomy affects their daily life; identify nurse interventions that are effective in minimizing anxiety and depression in people with intestinal ostomy. Methodolgy: The research question was obtained through the P[I][C]OD strategy: "Which nurse interventions are effective in minimizing anxiety and depression in people with intestinal ostomy?". The research was made in EBSCOhost, with time restriction of 4 years, primary studies, in Portuguese and English and available in full text, resulting in 5 articles. Results: The values of depression and anxiety are higher in the preoperative period than in the postoperative period. The person with intestinal ostomy has higher levels of anxiety and depression compared to a healthy person. Conclusion: The nurse promotes a decrease in the levels of anxiety and depression through health education, improving an adaptation to the intestinal ostomy.

Keywords: Intestinal Ostomy; Anxiety; Depression; Adaptation; Nursing.

Resumen

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA PERSONA CON OSTOMÍA DE ELIMINACIÓN INTESTINAL

Antecedentes: La ostomía de eliminación intestinal causa cambios en la autoimagen, la autoestima, la sexualidad, la autonomía y los niveles de ansiedad y depresión, lo que requiere estrategias adaptativas por parte de la persona. Objetivos: Identificar las dificultades para adaptarse a la ostomía de la eliminación intestinal; comprender cómo la ansiedad y / o depresión derivadas de la ineficacia del proceso de adaptación en la persona con una ostomía de eliminación intestinal afectan la vida diaria de la persona; identificar intervenciones de enfermería que sean efectivas para minimizar la ansiedad y la depresión en personas con ostomía de eliminación intestinal. Metodología: A través del método P[I][C]OD, se obtuvo la pregunta de investigación: "¿Qué intervenciones de enfermería son efectivas para minimizar la ansiedad y la depresión en personas con ostomía de eliminación intestinal?". Investigación sobre el motor de búsqueda EBSCOhost, restricción de tiempo de 4 años, estudios primarios, idiomas en portugués e inglés y texto completo, resultando en 5 artículos. Resultados: Los valores de depresión y ansiedad son más altos en el período preoperatorio que en el postoperatorio. La persona con una ostomía de eliminación intestinal tiene mayores niveles de ansiedad y depresión en comparación con la persona sana. Conclusión: La enfermera promueve una disminución en los niveles de ansiedad y depresión a través de la enseñanza, mejorando la adaptación a la ostomía de eliminación intestinal.

Palabras clave: Ostomía de eliminación; Ansiedad; Depresión; Adaptación; Enfermería.

Submetido em Julho 2020. Aceite para publicação em Novembro 2020

[1] Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem na Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

[2] PhD, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem - UICISA: E (rlopes@esenfc.pt)

INTRODUÇÃO

As patologias do trato gastrointestinal, nomeadamente as doenças inflamatórias do intestino e doença oncológica são frequentemente tratadas através de cirurgia, da qual pode resultar a necessidade de criação de uma ostomia de eliminação intestinal (Ganjalikhani, Tirgari, Rashtabadi & Shahesmaeili, 2019). A pessoa admitida a esta cirurgia experiencia uma transição saúde-doença, sendo que cada pessoa o faz de forma diferente (Danielsen & Rosenberg como referido por Ganjalikhani et al., 2019).

As alterações a nível da fisiologia corporal que advêm deste evento podem levar ao aparecimento de outras alterações a nível psicológico, afetivo e social (Silva et al., 2017). A modificação da função corporal implica uma alteração da autonomia e do autocontrolo, que pode ter consequências na autoestima, na sexualidade e na socialização da pessoa. Para lidar com o stress decorrente da situação, é comum o aparecimento de necessidades psicossociais e de reações emocionais e comportamentais (Jin, Zhang, Zheng, Bu & Zhang, 2018). As mudanças que a pessoa sofre durante esta fase de transição são suscetíveis de provocar problemas psicossociais na mesma, tais como sensação de solidão, falta de controlo, cansaço, estigma, diminuição da autoestima, falta de vontade em realizar atividades sociais e de lazer, perturbações na sexualidade e perda do emprego (Vonk Klaassen, de Vocht, den Ouden, Eddes, & Schuurmans, como referido por Silva et al., 2017). Pode ocorrer também isolamento social, ansiedade, depressão e, por vezes, tentativas de suicídio (Krouse et al. como referido por Ganjalikhani et al., 2019).

Satisfazer as necessidades da pessoa que passa por esta transição seria benéfico, na medida em que poderia diminuir as alterações psicossociais sentidas pela mesma, sendo que cada pessoa adota diferentes comportamentos face ao stress sentido durante este processo (Lazarus & Folkman como referido por Jin et al., 2018).

A adaptação da pessoa é influenciada pelas suas características individuais, bem como pelo ambiente externo, pela qualidade do suporte familiar, económico e assistencial recebido durante esta transição (Alves et al., 2016). É, portanto, necessário que a pessoa adote estratégias e comportamentos adaptativos e de resolução de problemas, de forma a lidar com a nova realidade (Alves et al., 2016). A enfermagem tem um grande envolvimento no que concerne à competência para o autocuidado à ostomia de eliminação intestinal, sendo fundamental que o contacto do enfermeiro com a pessoa seja o mais precoce possível, preferencialmente iniciado na fase pré-operatória, uma vez que favorece o vínculo entre a pessoa/família e enfermeiro, permitindo a criação de uma relação terapêutica (Silva, Cardoso, Gomes, Santos & Brito como referido Silva, Santos, Brito, Cardoso & Lopes 2018).

Para que seja possível intervir de forma individualizada relativamente ao estado psicossocial da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, é necessário mais conhecimento sobre esta temática (Jin et al., 2018). No entanto, em contexto clínico, é pouco frequente a abordagem das necessidades psicológicas por parte do enfermeiro, que se foca essencialmente nas alterações na saúde física da pessoa (Jin et al., 2018).

Assim, este artigo foca-se no estudo da ansiedade e depressão na pessoa com ostomia de eliminação intestinal e de que forma as intervenções de enfermagem são capazes de diminuir estas alterações, tendo como objetivos: identificar as dificuldades na adaptação à ostomia de eliminação intestinal; compreender de que forma a ansiedade e/ou depressão provenientes da ineficácia do processo de adaptação à ostomia de eliminação intestinal afetam o dia-a-dia da pessoa e identificar as intervenções do enfermeiro eficazes na minimização da ansiedade e depressão na pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia assenta nos princípios de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), em que, segundo Ercole, Melo & Alcoforado (2014), consiste num método de investigação que tem como finalidade a síntese de resultados obtidos sobre um determinado assunto, de maneira sistemática, ordenada e abrangente, podendo consistir na definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica sobre um determinado assunto.

Para a realização deste estudo e da formulação da questão de investigação utilizou-se o método PICOD (Donato & Donato, 2019): Participantes - Pessoas com ostomia de eliminação intestinal; Intervenções - Intervenções de enfermagem que minimizem a ansiedade e depressão; Comparações - Se aplicável; Outcomes - Prevalência da ansiedade e depressão na pessoa com ostomia de eliminação intestinal, impacto da ansiedade e depressão na pessoa com ostomia de eliminação intestinal e intervenções de enfermagem que minimizam a ansiedade e depressão na pessoa com ostomia de eliminação intestinal e Desenho do estudo - Abordagem qualitativa e quantitativa.

Assim, elaborou-se a questão de investigação: "Quais as intervenções de enfermagem eficazes na minimização da ansiedade e depressão na pessoa com ostomia de eliminação intestinal?", tendo como objetivos: identificar as dificuldades na adaptação à ostomia de eliminação intestinal; compreender de que forma a ansiedade e/ou depressão provenientes da ineficácia do processo de adaptação à ostomia de eliminação intestinal afetam o dia-a-dia da pessoa e identificar as intervenções do enfermeiro eficazes na minimização da ansiedade e depressão na pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

Na pesquisa foram definidos como critérios de inclusão: participantes adultos com idade entre 18 e 95 anos; com ostomia de eliminação intestinal e presença de depressão ou ansiedade; horizonte temporal de 2016 a 2020; estudos primários; artigos publicados nos idiomas português e inglês; seleção de texto integral e de livre acesso. Como critérios de exclusão definiram-se: crianças ou adolescentes (0 aos 17 anos); grávidas; pessoas com patologia psiquiátrica prévia e horizonte temporal inferior a 2016.

A pesquisa foi efetuada no motor de busca EBSCOhost, selecionadas as bases de dados Academic Search Complete, CINAHL Complete, MedicLatina, MEDLINE Complete e Psychology and Behavioral Sciences Collection. Adicionalmente, foram utilizadas listas de vocabulários controlados como o Medical Subject Headings (MeSH), onde foi possível obter como descritores: Ostomia de eliminação intestinal/Intestinal Ostomy, Ansiedade/Anxiety, Depressão/Depression, Adaptação/Adaptation e Enfermagem/Nursing.

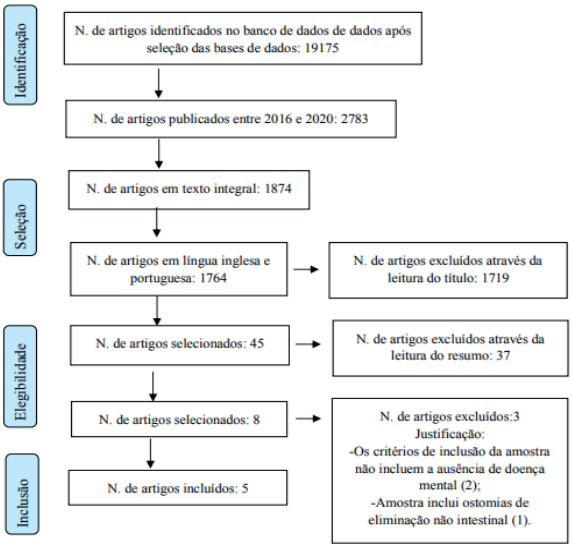
A pesquisa ocorreu entre os dias 20 e 26 de abril de 2020, com a expressão de pesquisa:

• Intestinal Ostomy (MeSH) OR Intestinal Stoma (MeSH) OR Colostomy (MeSH) OR Ileostomy (MeSH) AND Anxiety (MeSH) AND Depression (MeSH) AND Adaptation AND Nurs* (MeSH).

Inicialmente foram encontrados 20 610 resultados através da pesquisa com os descritores e as bases de dados anteriormente referidas. Após a exclusão dos resultados duplicados, obteve-se um total de 19 175 resultados. Posteriormente, fez-se uma restrição temporal de 2016 a 2020 e excluíram-se 16 593, restando 2 784 resultados. Através da seleção de texto integral, foi possível verificar 1874 resultados disponíveis e, de seguida, foi aplicada a seleção da língua portuguesa e língua inglesa, tendo-se obtido 1 764 resultados. Após a leitura dos títulos, foram excluídos 1719 artigos e, após a análise dos resumos/abstracts, excluíram-se 37, sendo selecionados 8 artigos que demonstraram relevância para o estudo. Com a leitura integral e verificação da presença de informação que responda aos objetivos propostos e à questão de investigação, realizada por 2

revisores, obteve-se um total de 5 artigos, que constituíram a amostra desta investigação.

Figura 1- Fluxograma PRISMA *Flow*



RESULTADOS

Tabela 1- Análise dos artigos selecionados

ARTIGO 1 (A1) - *"Quality of life, anxiety and depression levels of chinese stoma patients in Hong Kong".*	
Autores/Ano	Michelle WK Lee, YP Wan, Teresa YL Lui e Salina KC Lo. (2016).
Desenho	Estudo de corte transversal, quantitativo.
Objetivo	Comparar os níveis de qualidade de vida, ansiedade e depressão em pessoas com ostomia de eliminação intestinal recente, em Hong Kong.
Participantes	Amostra populacional de 176 pessoas com ostomia recente.
Instrumentos	*Short-Form Health Survey Chinese Standard Version* 1.0 e *Depression Anxiety Stress Scale* 21.
Intervenções/ Descrição	O estudo foi realizado durante sessões clínicas executadas por enfermeiros, sendo que os instrumentos foram aplicados no período pré-operatório, 1 mês após a cirurgia e 3 meses após a cirurgia.
Comparações	Foram utilizados como comparadores o período pré-operatório, 1 mês após a cirurgia e 3 meses após a cirurgia.
Resultados	Do período pré-operatório até 3 meses após a cirurgia, 93% dos participantes revelaram melhorias significativas no exercício físico e atividades de vida diária (p<0,000). Do período pré-operatório até 1 mês após a cirurgia, os participantes revelaram melhorias nos níveis de ansiedade (p=0,01) e depressão (p=0,036). De 1 mês após a cirurgia até 3 meses após a cirurgia, os participantes revelaram melhorias significativas nos níveis de depressão (p=0,006) e stress (p=0,008). Os participantes não demonstraram melhorias significativas no ajuste psicológico e na aceitação da condição de ostomizado (p=0,04).
ARTIGO 2 (A2) - *"Depression, anxiety, sexual dysfunction and quality of life in patients with ileostomy or colostomy".*	
Autores/Ano	Kader Bahayi, Wafi Attaallah, Samet Yardımci, Hüseyin Bulut e Eylem Özten. (2018).
Desenho	Estudo caso-controlo de caráter retrospetivo.
Objetivo	Avaliar a depressão, ansiedade, disfunção sexual e qualidade de vida na pessoa com ileostomia e colostomia.
Participantes	Amostra populacional composta por 100 pessoas, em que 50 participantes saudáveis constituíram o grupo controlo e os restantes 50 portadores de ostomia constituíram o grupo experimental.
Instrumentos	*Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Short-Form Health Survey, Arizona Sexual Experiences* e *Golombok-Rust of Satisfaction Sexual.*
Intervenções/ Descrição	Foram aplicados os instrumentos em ambos os grupos.
Comparações	Foi utilizado grupo de controlo como comparador.
Resultados	Sem diferenças significativas (p=0,89) entre a pontuação média de depressão no grupo experimental e no grupo controlo. A pontuação média de ansiedade (p=0,01), a pontuação média da função sexual (p=0.04), a frequência de relações sexuais (p=0,01) e a taxa de vaginismo (p=0,02) foi significativamente maior no grupo experimental. 52% dos participantes do grupo experimental evitou relações sexuais (p=0,01). Não houve diferenças significativas entre os dois grupos relativamente ao toque durante a relação sexual, comunicação verbal durante a relação sexual, anorgasmia, impotência e ejaculação precoce (p=0,22;

	p=0,17; p=0,23; p=0,15 e p=0,77, respetivamente). Os níveis de saúde mental (p=0,01), bem-estar físico (p=0,03) funcionamento físico (p=0,01), do funcionamento do papel físico (p=0,01), das percepções gerais de saúde (p=0,13), da vitalidade (p=0,01), do funcionamento do papel emocional (p=0,01) e da saúde mental (p=0,03) foram significativamente menores no grupo experimental.
ARTIGO 3 (A3) - *"Assessment of patient anxiety levels before and after stoma surgery".*	
Autores/Ano	Selda Karaveli Çakır e Türkan Özbayır. (2018).
Desenho	Estudo caso-controlo de caráter longitudinal.
Objetivo	Avaliar o efeito da informação fornecida no período pré-operatório nos níveis de ansiedade de pessoas submetidas a cirurgia colorretal com formação de ostomia de eliminação intestinal.
Participantes	Amostra populacional composta por 60 pessoas: 30 no grupo de experimental e 30 no grupo controlo.
Instrumentos	*Spielberger State-Trait Anxiety Inventory*.
Intervenções/ Descrição	O grupo de controlo foi avaliado através do STAI, enquanto que o grupo experimental só preencheu o questionário após receberem educação pré-operatória sobre os cuidados a ter com a ostomia. O grupo experimental foi submetido à avaliação anatómica e marcação do local do estoma; a educação pré-operatória sobre cuidados a ter com a ostomia, três dias após a cirurgia, assistiu a um filme educacional sobre a troca de sistemas de bolsa e antes de receber alta hospitalar, tiveram oportunidade de realizar os cuidados à ostomia. O grupo controlo recebeu apenas os cuidados de rotina à ostomia por parte do hospital. Ambos os grupos foram reavaliados com o STAI, 6 meses após a cirurgia.
Comparações	Foi utilizado grupo de controlo como comparador, bem como o período préoperatório e 6 meses após a cirurgia.
Resultados	No grupo experimental, as pontuações médias no período préoperatório no STAI TX-1 foram 37,10 e no STAI TX -2 foram 37,00; aos 6 meses após a cirurgia, as pontuações médias foram 37,17 e 39,73 respetivamente. No grupo controlo, no período pré-operatório, no STAI TX-1 apresentaram 42,70 pontos e no STAI TX-2 obtiveram 47,83 pontos; no pós-operatório de 6 meses, as pontuações médias foram 41,93 e 48,00 respectivamente. Houve diferenças estatisticamente significativas nas pontuações do questionário entre os grupos em ambos os períodos (p<0,05).
ARTIGO 4 (A4) - *"Psychosocial behaviour reactions, psychosocial needs, anxiety and depression among patients with rectal cancer before and after colostomy surgery: a longitudinal study".*	
Autores/Ano	Ying Jin, Jing Zhang, Mei-Chun Zheng, Xiu Qing Bu e Jun-E Zhang. (2018).
Desenho	Estudo longitudinal.
Objetivo	Comparar diferenças entre as reações psicossociais do comportamento, as necessidades psicossociais, a ansiedade e depressão antes e após a cirurgia de colostomia e explorar os preditores de reações psicossociais do comportamento.
Participantes	Amostra composta por 67 pessoas com apresentar diagnóstico de cancro colorretal e cirurgia de colostomia permanente planeada.
Instrumentos	*Ostomy Psychosocial Behaviour Reaction Questionnaire, Ostomy Psychosocial Needs Questionnaire* e *Hospital Anxiety and Depression Scale.*
Intervenções/ Descrição	Os participantes foram solicitados a preencher os questionários 1/2 dias antes da cirurgia e 1/2 dias antes de lhes ser dada alta clínica. Antes da cirurgia foram fornecidos detalhes e informações sobre a cirurgia e durante o internamento, os participantes foram ainda instruídos relativamente aos cuidados básicos a ter com uma ostomia de eliminação intestinal.

Comparações	Foram utilizados como comparadores os períodos antes e após a intervenção cirúrgica.
Resultados	As pontuações das reações psicossociais encontravam-se num nível moderado antes da cirurgia e antes da alta clínica. A reação mais comum foi a reconstrução, seguida de reconhecimento, recuo e impacto. As reações de reconstrução, reconhecimento e recuo apresentaram um nível moderado, enquanto o impacto apresentou um nível baixo. Os participantes com idade entre 26 e 50 anos demonstraram um aumento significativo, entre os dois momentos de colheita de dados, na reação de reconhecimento ($p<0,05$). As necessidades psicossociais da pessoa com ostomia encontravam-se num nível médio e alto, as necessidades de amor e pertença e as necessidades de autoestima inseriam-se no nível médio e as necessidades espirituais apresentaram um baixo nível. Houve um aumento significativo nas necessidades de entretenimento social entre os pacientes com colostomia entre 26 e 50 anos ($p<0,05$). Para as pessoas que regressam ao trabalho após apresentarem ostomia de eliminação intestinal, as necessidades de informação aumentaram significativamente ($p<0,05$). Aproximadamente 50,0% e 32,5% dos participantes eram suspeitos ou identificados com ansiedade e depressão, respetivamente, no período pré-operatório. Após a cirurgia, o número diminuiu para 37,3% para ansiedade e 20,9% para depressão.
ARTIGO 5 (A5) - *"Studying the effect of structured ostomy care training on quality of life and anxiety of patients with permanent ostomy".*	
Autores/Ano	Mahboobeh Khalilzadeh Ganjalikhani, Batool Tirgari, Omsalimeh Roudi Rashtabadi e Armita Shahesmaeili. (2019).
Desenho	Estudo clínico randomizado.
Objetivo	Avaliar o efeito de um treino estruturado sobre os cuidados à ostomia na qualidade de vida e na ansiedade de pessoas com ostomia de eliminação intestinal permanente.
Participantes	Amostra populacional composta por 60 pessoas com ostomia permanente com pontuação acima de 7 no HADS, divididas aleatoriamente pelos grupos de controlo e de intervenção.
Instrumentos	*Hospital Anxiety and Depression Scale* e *City of Hope-quality of life*
Intervenções/ Descrição	Ambos os grupos preencheram os questionários numa fase inicial (pré-teste). No grupo de intervenção, foi realizada uma sessão onde foram fornecidas diversas informações orais e práticas sobre o autocuidado à ostomia, distribuído um folheto sobre os cuidados a ter com a ostomia, relações sexuais, viagens, dieta, rotinas, atividade física, como usar o equipamento da ostomia, efeitos colaterais da ostomia e realizado um workshop, onde foram facultadas informações sobre os cuidados a ter com pele, os cuidados a ter com o equipamento e como usá-lo. Os participantes tiveram a oportunidade de treinar os procedimentos e de colocar dúvidas. O grupo de controlo recebeu apenas cuidados de rotina. Os questionários foram concluídos 2 meses após a intervenção em ambos os grupos.
Comparações	Foi utilizado grupo de controlo como comparador, bem como o período pré-teste e pós-teste.
Resultados	Não existem diferenças significativas entre o grupo de controlo e o grupo de intervenção no pré-teste ($p=0,10$), no entanto ocorreram diferenças entre os mesmos no pós-teste ($p=0,009$), sendo que as pontuações da qualidade de vida aumentaram no grupo de intervenção no pós-teste, não havendo diferenças estatisticamente significativas no grupo de controlo no pós-teste ($p=0,79$). Não existem diferenças significativas entre o grupo de controlo e o grupo de intervenção no pré-teste ($p=0,24$), contudo, foram verificadas diferenças entre os mesmos no pós-teste s ($p< 0,001$), sendo que as pontuações do nível de ansiedade diminuíram no grupo de intervenção do pré-teste para o pós-teste ($p<0,001$), enquanto que não houve diferenças estatisticamente significativas no grupo de controlo do pré para o pós-teste ($p=0,85$).

DISCUSSÃO

Identificou-se a existência de ansiedade e depressão em níveis elevados, tanto antes como após a cirurgia (A1). Estes valores justificam-se pelo receio de uma ostomia de eliminação intestinal permanente e ainda pelas preocupações que a pessoa tem relacionadas com a anestesia e com a própria cirurgia.

No A3, é possível verificar que a educação fornecida pelo enfermeiro no período pré-operatório e pós-operatório pode potenciar a diminuição da ansiedade. Refere ainda que o período pré-operatório pode potenciar uma diminuição do medo, da baixa autoestima, da autoimagem e da depressão, encorajar a pessoa, melhorar a sua recuperação e aumentar a sua qualidade de vida.

Contudo, embora os níveis de ansiedade após a cirurgia permaneçam elevados (A1 e A4), os resultados mostram-nos que estes diminuíram significativamente após a cirurgia. Esta melhoria deve-se ao sucesso do procedimento cirúrgico, à favorável recuperação do estado de saúde e à qualidade das intervenções por parte do enfermeiro.

Em A3 é evidenciado que altos níveis de ansiedade antes da cirurgia poderão ser perduráveis no futuro, provocando assim uma consequente diminuição da recuperação no pós-operatório. O período pré-operatório apresenta imensa relevância, pois, através das intervenções efetuadas nesse período, bem como o fornecimento de informações precoces, há a promoção de um melhor pós-operatório a nível de reações comportamentais, de reconhecimento e de aceitação, diminuindo possíveis complicações futuras. Ao identificar as necessidades psicológicas de cada pessoa, bem como os fatores preditores de ansiedade precocemente, é possível promover comportamentos positivos de forma a diminuir dificuldades e obstáculos encontrados (A4). Pessoas mais esclarecidas e com informações mais detalhadas têm menos probabilidade de apresentar ansiedade no futuro, bem como melhor recuperação do seu estado de saúde.

Apesar da pessoa se sentir melhor, apresentar menores níveis de ansiedade e depressão após a cirurgia, a presença da ostomia de eliminação intestinal permanente é algo preocupante. O A5 mostra-nos que o período pós-operatório também pode conter sintomas de stress, ansiedade e depressão na pessoa com ostomia de eliminação intestinal, uma vez que se apresenta como um período de transição, necessitando assim de um ajustamento à sua nova condição física. Através do A2, é possível verificar que a pessoa com colostomia ou ileostomia apresenta mais sintomas de ansiedade, menos satisfação sexual e abstinência, e menor qualidade de vida comparativamente a pessoas saudáveis. No caso da presença de uma ileostomia, o facto de conter fezes líquidas e por apresentar receio do rompimento do saco coletor gera na pessoa ansiedade e depressão devido ao possível constrangimento sentido. Este artigo afirma ainda que a pessoa que adquire problemas psicológicos associados à presença da ostomia de eliminação intestinal, apresenta uma perceção alterada da imagem corporal, uma diminuição na autoestima, diminuição da atividade sexual e maior probabilidade de problemas psiquiátricos e depressão no futuro. O A5 e A2 entram em consenso, onde é possível verificar que a presença de ostomia de eliminação intestinal provoca alterações psicossociais na vida da pessoa, provocando-lhe maiores níveis de ansiedade e menor qualidade de vida comparativamente a pessoas saudáveis.

A importância da educação em saúde

Foi possível verificar que as pessoas com ostomia de eliminação intestinal que usufruíram de seções de educação para a saúde, participaram em workshops, foram devidamente informadas e treinadas sobre os cuidados a ter com a ostomia, apresentaram níveis significativamente mais baixos de ansiedade, melhor recuperação e melhor adaptação à ostomia de eliminação, comparativamente a pessoas com ostomia de

eliminação intestinal sem conhecimentos ou informações adquiridas sobre a ostomia, para além das informações standard fornecidas por cada instituição.

Em A3, através da utilização de um grupo de controlo, foi possível verificar que o grupo experimental, composto por pessoas com ostomia de eliminação intestinal, que receberam informações com base num manual de treino sobre cuidados a ter com a ostomia e com base num filme educacional sobre como trocar um sistema com bolsa de ileostomia de duas peças e como trocar um sistema de bolsa de colostomia de peça única, tendo ainda a oportunidade de realizar os cuidados à ostomia antes da alta hospitalar, apresentaram níveis significativamente menores de ansiedade comparativamente ao grupo de controlo composto por pessoas com ostomia sem conhecimentos prévios ou informações adquiridas sobre a ostomia. O grupo experimental, através das informações e intervenções adequadas por parte do enfermeiro, apresentou não só menores níveis de ansiedade como também uma melhor recuperação.

Em A5, o grupo experimental recebeu educação em saúde realizada por uma enfermeira com competência acrescida, diferenciada e avançada em estomaterapia, com esclarecimento de dúvidas, avaliação do conhecimento adquirido, um folheto informativo sobre os cuidados a ter com a ostomia e sobre as alterações que iriam surgir na vida na pessoa e ainda um workshop acompanhado com treino sobre cuidados à ostomia.

A pessoa que não desenvolve estratégias de adaptação apresenta uma perceção alterada da imagem corporal, baixa autoestima e diminuição da atividade sexual. Quanto mais conhecimentos sobre o seu estado de saúde a pessoa com ostomia de eliminação intestinal possuir, melhores estratégias de coping irá desenvolver e apresentar, potenciando e facilitando a adaptação à sua nova situação.

O papel do Enfermeiro

O enfermeiro apresenta um papel fundamental, devendo garantir a transmissão de conhecimentos antes, durante e após a cirurgia. Este deve ensinar, instruir, treinar, supervisionar e apoiar cuidados à ostomia de eliminação intestinal; reconhecer complicações do estoma e pele circundante; promover o autocuidado da pessoa com ostomia; instruir e treinar a utilização de dispositivos e referenciar para apoio na comunidade se necessário.

Denota-se que a educação e informação individualizada fornecida pelo enfermeiro nos períodos pré e pós-operatório contribui significativamente para a diminuição dos níveis de ansiedade e de depressão, promovendo a autonomia, recuperação e aumento da qualidade de vida da pessoa submetida a cirurgia para ostomia de eliminação intestinal.

O período pré-operatório considera-se imprescindível no que concerne ao fornecimento de informação importante e capacitação da pessoa, promovendo comportamentos positivos e estratégias adaptativas para que a pessoa seja capaz de ultrapassar possíveis complicações futuras, diminuindo assim os níveis de ansiedade e depressão. É importante o reconhecimento precoce de potenciais problemas e a realização de intervenções adequadas e individualizadas.

O papel dos profissionais de saúde, com foco no papel do enfermeiro é fundamental no acompanhamento e na capacitação e autonomização da pessoa, que se promove através do fornecimento de apoio emocional, reconhecimento precoce de problemas e realização de intervenções apropriadas e individualizadas.

CONCLUSÃO

Dada a complexidade da cirurgia de formação da ostomia de eliminação intestinal e as alterações que esta provoca na fisiologia corporal, a pessoa pode sofrer alterações a nível psicológico, afetivo e social, podendo levar ao aparecimento de ansiedade e de depressão, tanto antes como após a cirurgia. A ansiedade, apesar de ainda permanecer elevada, diminui significativamente no período pós-operatório, devido ao sucesso da cirurgia e recuperação do estado de saúde, bem como ao fornecimento de informação adequada pelos profissionais de saúde.

Verificou-se que a realização de intervenções por parte de um enfermeiro com competência acrescida, diferenciada e avançada em estomaterapia diminui significativamente os níveis de ansiedade e de depressão. Estas intervenções consistiram no fornecimento de informação teórica e prática sobre os cuidados a ter com a ostomia de eliminação intestinal, complementado com workshops, visualização de vídeo informativo bem como por treinos efetuados pela pessoa ostomizada.

É também importante salientar o papel do enfermeiro de cuidados gerais, uma vez que nem sempre é possível a intervenção de um profissional de saúde especializado. Assim, é fundamental que o enfermeiro de cuidados gerais possua conhecimentos baseados em evidência científica, de forma a permitir uma melhor intervenção à pessoa com ostomia de eliminação intestinal. O enfermeiro dever efetuar uma avaliação holística da pessoa, respeitando a sua individualidade, não se focando apenas na saúde física, mas intervindo tanto na dimensão física como na dimensão psicológica, de forma a prestar cuidados de enfermagem de qualidade.

Através da análise dos resultados obtidos expostos anteriormente, foi possível responder à questão de investigação bem como aos objetivos definidos para a presente RIL.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, P., Miranda, L., Paiva, C., Teixeira, C., Honório, M., Magalhães, H., … Paula, L. (2016). Caracterização das pessoas com ostomia de eliminação intestinal em Portugal. Recuperado de: http://chtmad.com/docs_download/ostomia_eliminacao_portugal.pdf

Azevedo, C., Mata, L., Faleiro, J., Ferreira, M., Oliveira, S. & Carvalho, E. (2016). Classificação de intervenções de enfermagem para planejamento de alta médica a pacientes com estomias intestinais. Revista de Enfermagem UFPE online, 10(2), 531-538. doi: 10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201620

Bahayi, K., Attaallah, W., Yardımcı, S., Bulut, H. & Özten, E. (2018). Depression, anxiety, sexual dysfunction and quality of life in patients with ileostomy or colostomy. Turkish Journal of Colorectar Disease, 28, 69-75. doi: 10.4274/tjcd.87369

Brandtner, M. & Bardagi, M. (2009). Sintomatologia de depressão e ansiedade em estudantes de uma universidade privada do rio grande do sul. Revista Interinstitucional de Psicologia, 2(2), 81–91. Recuperado de http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/view/67/49

Carvalho, J. (2010). Enfermagem psiquiátrica de consultadoria e ligação: competências do enfermeiro consultor. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 3, 6-41. Recuperado de https://issuu.com/spesm/docs/n3/34?fbclid=IwAR07bC4mSC2UC5z7BvJOQXs51r7JJjmEexedl8Z4YEA0JGsqScXBsvhojbQ

Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F. & Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedade. Revista Brasileira Psiquiatrica, 22(2), 20-33. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462000000600006&script=sci_arttext

Direção-Geral da Saúde (2017). Depressão e outras perturbações mentais comuns-enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes. Recuperado de https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx

Donato, H. & Donato, M. (2019). Stages for undertaking a systematic review. Acta Médica Portuguesa, 32(3), 227-235. doi: http://dx.doi.org/10.20344/amp.11923

Ercole, F., Melo, L. & Alcoforado, C. (2014). Revisão integrativa versus revisão sistemática. Revista Mineira de Enfermagem, 18(1), 9-11 doi: 10.5935/1415-2762.20140001

Franca, G., Lima, C., Moreira, S., Coya, P., Branco, M., Viveiros, S., … Lopes, A. (2018). Intervenção da psiquiatria de ligação num hospital geral- estudo retrospetivo. Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação, 26(1). Recuperado de http://revista.psiquiatria-cl.org/index.php/rpcl/article/view/129

Ganjalikhani, K., Tirgari, B., Rashtabadi, R. & Shahesmaeili, A. (2019). Studying the effect of structured ostomy care training on quality of life and anxiety of patients with permanent ostomy. International Wound Journal, 16(6), 1383-1390. doi: 10.1111/iwj.13201

Jin, Y., Zhang, J., Zheng, M., Qing, X. & Zhang, J. (2018). Psychosocial behaviour reactions, psychosocial needs, anxiety and depression among patients with rectal cancer before and after colostomy surgery: a longitudinal study. Journal of Clinical Nursing, 28, 3547–3555. doi: 10.1111/jocn.14946

Karaveli, S. & Özbayır, T. (2018). Assessment of patient anxiety levels before and after stoma surgery. Turkish Journal of Colorectal Disease, 28, 159-163. doi: 10.4274/tjcd.15046

Lee, M., Wan, Y., Lui, T. & Lo, C. (2016). Quality of life, anxiety and depression levels of chinese stoma patients in hong kong. World Council of Enterostomal Therapists Journal, 36(1), 28-33. Recuperado de https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=925075254005925;res=IELHEA

Norma nº 015/2016 de 28 de outubro. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade pediátrica e no adulto. Direção-Geral da Saúde. Recuperado de https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152016-de-28102016-pdf.aspx

Pinho, J., Jesus, T., Leal, D., Nogueira, C., Felisberto, F. & Mota, L. (2018). A pessoa com ostomia de eliminação intestinal: representação social dos enfermeiros. Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 1(2), 23-36. doi: 10.37914/riis.v1i2.40

Powell, V., Abreu, N., Oliveira, I. & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. Revista Brasileira Psiquiátrica, 30(2), 73-80. doi: 10.1590/S1516-44462008000600004

Rebelo, S. & Carvalho, J. (2014). Ansiedade: intervenções de enfermagem. Revista de Enfermeria de Salud Mental, 10(20), 1-5. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/283853274_Ansiedade_Intervencoes_de_enfermagem

Regulamento nº 398/2019 de 6 de maio. Diário da República nº86- II Série. Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://dre.pt/home/-/dre/122229322/details/maximized?fbclid=IwAR3j23UvzZcBYIplUwvwCYrGKu0p3p5reC-aIxCCjUbYJ2J7SDGGnKPif7A

Repić, G., Ivanović, S., Stanojević, Č. & Trgovčević, S. (2018). Psychological and spiritual well-being aspects of the quality of life in colostomy patients. Vojnosanitetski Pregled, 75(6), 611–617. doi: 10.2298/VSP151118357R

Sena, R., Nascimento, E., Sousa, W., Oliveira, M. & Maia, E. (2017). Aspectos Emocionais do Indivíduo no Enfrentamento da Condição de Estomizado. Estima, 15(1), 43-49. doi: 10.5327/Z1806-3144201700010007

Silva, C., Santos, C., Brito, M., Cardoso, T. & Lopes, J. (2018). Competência para o autocuidado na fase pré-operatória da pessoa com estoma de eliminação intestinal. Revista de Enfermagem Referência, 4(18), 39-49. doi: 10.12707/RIV18026

Silva, C., Sousa, F., Lima, J., Pinto, M; Brito, M. & Cruz, I. (2017). Viver com uma ileostomia: um estudo de caso sobre o processo de transição. Revista de Enfermagem Referência, 4(14), 111-120. doi: 10.12707/RIV17015

Sousa, L., Severino, S., Vieira, C., Antunes, V. (2017). Metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. Revista de Investigação em Enfermagem, 2 17-26. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem

Sousa, L., Veludo, F., Vieira, C. & Helena, J. (2015). Fidelidade e validade na construção e adequação de instrumento de medida. Enformação, 5(32), 26-32. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/303142007_Fidelidade_e_validade_na_construcao_e_adequacao_de_instrumentos_de_medida

Xu, F., Yu, W., Yu, M., Wang, S. & Zhou, G. (2019). The correlation between stigma and adjustment in patients with a permanent colostomy in the midlands of china. WCET Journal, 39(1), 33-39. doi: 10.33235/wcet.39.1.33-39

World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders. Recuperado de https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610

EFETIVIDADE DO PROGRAMA DE PRIMEIROS SOCORROS EM SAÚDE MENTAL NA LITERACIA EM SAÚDE MENTAL ACERCA DA ANSIEDADE SOCIAL

Sandrina Ribeiro da Cunha[1]; Luís Manuel Jesus Loureiro[2]; Amorim Gabriel Santos Rosa[3]; Lúcia Manuela Brandão Valente da Costa[4]

Resumo

Enquadramento: O programa educativo de Primeiros Socorros em Saúde Mental (PSSM®) tem o potencial de aumentar a literacia em saúde mental, reduzir o estigma pessoal e conscientizar os estudantes de Enfermagem para lidarem com os problemas de saúde mental no quotidiano.
Objetivo: Avaliar comparativamente a efetividade do programa de PSSM, na literacia em saúde mental acerca da ansiedade social dos estudantes do 1.º e 2.º anos do Curso de Licenciatura em Enfermagem.
Metodologia: estudo quase-experimental, com três grupos (dois grupos experimentais e um de controlo), avaliação pré e pós intervenção, aplicado a uma amostra de 89 estudantes do 1.º e 2.º anos do curso de licenciatura em Enfermagem, sendo 36 (40,40%) do 1.º ano e os restantes 53 (59,60%) do 2.º ano. O instrumento de colheita de dados utilizado foi o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental na versão para a ansiedade social. Os dados foram analisados com recurso ao software IBM SPSS Versão 24.
Resultados: No final do programa, os estudantes submetidos aos programas de PSSM, comparativamente aos submetidos à intervenção padrão (grupo controlo) revelaram um incremento consistente, estatisticamente significativo (p< 0,05) e com uma dimensão de tamanho de efeito elevado em todas as componentes e domínios analisadas.
Conclusão: O programa mostra ser uma ferramenta educacional adequada para promover a literacia em saúde mental dos estudantes de enfermagem, assim como da prestação de primeira ajuda em saúde mental aos seus pares, especificamente no domínio da ansiedade social.
Palavras-chave: Literacia em Saúde Mental; Ansiedade Social; Jovens; Enfermagem; Primeiros Socorros

Abstract

EFFECTIVENESS OF THE MENTAL HEALTH FIRST AID PROGRAM IN MENTAL HEALTH LITERACY ABOUT SOCIAL ANXIETY
Abstract: Background: The Mental Health First Aid educational program (MHFA®) has the potential to increase mental health literacy, reduce personal stigma and make nursing students aware of how to deal with mental health problems on a daily basis.
Objective: To evaluate comparatively the effectiveness of the MHFA® program in mental health literacy about social anxiety of students in the 1st and 2nd years of the nursing degree course.
Methodology: quasi-experimental study, with three groups (two experimental groups and one control), pre- and post-intervention evaluation, applied to a sample of 89 students from the 1st and 2nd years of the nursing degree course, being 36 (40.40%) from the 1st year and the remaining 53 (59.60%) from the 2nd year. The data collection instrument used was the Mental Health Literacy Assessment Questionnaire in the version for social anxiety. The data were analyzed using the IBM SPSS Version 24 software.
Results: At the end of the program, students submitted to MHFA® programs, compared to those submitted to standard intervention (control group), showed a consistent, statistically significant increase (p <0.05) and with a dimension of high effect size in all the components and domains analyzed.
Conclusion: The program proves to be an adequate educational tool to promote the mental health literacy of nursing students, as well as providing mental health first aid to their peers, specifically in the field of social anxiety.
Keywords: mental health literacy; social anxiety; young; nursing; first aid.

Resumen

EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE PRIMEROS AUXILIOS EN SALUD MENTAL EN LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD MENTAL SOBRE ANSIEDAD SOCIAL
Resumen: Marco contextual: El programa educativo de Primeros Auxilios en Salud Mental (MHFA®) tiene el potencial de aumentar la alfabetización en salud mental, reducir el estigma personal y hacer que los estudiantes de enfermería sean conscientes de cómo lidiar con los problemas de salud mental a diario.
Objetivo: Evaluar comparativamente la efectividad del programa MHFA, en la alfabetización en salud mental sobre la ansiedad social de los estudiantes de 1º y 2º curso de Licenciatura en Enfermería.
Metodología: estudio cuasiexperimental, con tres grupos (dos experimentales y un control), evaluación pre y post intervención, aplicado a una muestra de 89 estudiantes de 1º y 2º curso de la carrera de Enfermería, siendo 36 (40,40%) del 1er año y los 53 restantes (59,60%) del 2º año. El instrumento de recolección de datos utilizado fue el Cuestionario de Evaluación de Alfabetización en Salud Mental en la versión para ansiedad social. Los datos se analizaron utilizando el software IBM SPSS Versión 24.
Resultados: Al final del programa, los estudiantes sometidos a los programas MHFA, en comparación con los sometidos a la intervención estándar (grupo de control), mostraron un aumento consistente, estadísticamente significativo (p <0.05) y con una dimensión de alto tamaño del efecto en todos los componentes y dominios analizados.
Conclusión: El programa demuestra ser una herramienta educativa adecuada para promover la alfabetización en salud mental de los estudiantes de enfermería, así como brindar primeros auxilios en salud mental a sus pares, específicamente en el campo de la ansiedad social.
Palabras clave: alfabetización salud mental; ansiedad; jóvenes; enfermería; primeros auxilios.

Submetido em Agosto 2020. Aceite para publicação em Novembro 2020

[1]Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Centro Hospitalar de Leiria: Hospital Santo André, Leiria, Portugal
[2]Doutorado em Medicina; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; UICISA: E - ESEnfC, Coimbra, Portugal
[3]Doutorado em Ciências da Enfermagem; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; UICISA: E - ESEnfC, Coimbra, Portugal
[4]Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

Introdução

O programa de Primeiros Socorros em Saúde Mental (PSSM®), no original Mental Health First Aid (MHFA®) foi criado na Austrália por Anthony Jorm e Betty Kitchener (Kitchener & Jorm, 2002) tendo vindo posteriormente a ser adaptado nos mais diversos contextos sociais, culturais e económicos. Em Portugal, os trabalhos pioneiros foram desenvolvidos por Loureiro em 2014 (Loureiro, 2014), no âmbito do projeto "Educação e Sensibilização para a Saúde Mental: Um Programa de Intervenção com base na Escola para Adolescentes e Jovens".

O programa de PSSM® ancora no conceito de literacia em saúde mental (LSM), definida como as crenças e conhecimentos acerca dos problemas de saúde mental (perturbações incluídas) que ajudam no seu reconhecimento, gestão e prevenção (Jorm et al., 1997). As componentes do conceito tal como apresentado por Jorm (2012; 2014; 2019) são: a) reconhecimento dos problemas e perturbações mentais de modo a promover e facilitar a procura de ajuda; b) conhecimento sobre os profissionais e tratamentos disponíveis; c) conhecimento sobre estratégias de autoajuda eficazes; d) conhecimento e competências para prestar primeiros socorros e primeira ajuda aos outros, e por último (e) conhecimento acerca do modo de prevenção de perturbações mentais.

Dois factos podem ser apontados para a criação e desenvolvimento do programa. Por um lado, o crescente aumento dos problemas e perturbações mentais, especialmente em adolescentes e jovens. Neste caso a intervenção precoce é fundamental para os resultados em saúde e a evidência aponta para que 70% perturbações mentais possam ser diagnosticadas e receber tratamento adequado antes dos 25 anos (Kutcher et al., 2016). Por outro, a evidência produzida acerca da LSM que indicava níveis muito modestos e em alguns casos mesmo muito reduzidos, quer em adolescentes e jovens, quer em adultos (Jorm, 2019). O caso Português não é exceção, especificamente os estudos em amostras de adolescentes e jovens (Loureiro et al., 2013a; Loureiro et al., 2013b; Loureiro et al., 2015).

Neste sentido o programa de PSSM visa conscientizar os participantes para a prestação de primeiros socorros e primeira ajuda a uma pessoa que está a sofrer de um problema de saúde mental ou numa crise relacionada com a saúde mental, potenciando a procura de ajuda e consequentemente a recuperação da boa saúde mental e bem-estar. Esta primeira ajuda é dada até que a pessoa receba ajuda profissional adequada ou que a situação de crise seja ultrapassada (Loureiro, 2014; Loureiro, Sousa & Gomes, 2014).

O programa, além dosonteúdos relacionados com todas as componentes da LSM, engloba na componente de "conhecimento e competências para prestar primeiros socorros e primeira ajuda aos outros" um plano de ação para realizar a intervenção designado pela mnemónica ANIPI em que cada letra (Figura1) corresponde a uma ação (Loureiro, 2014):

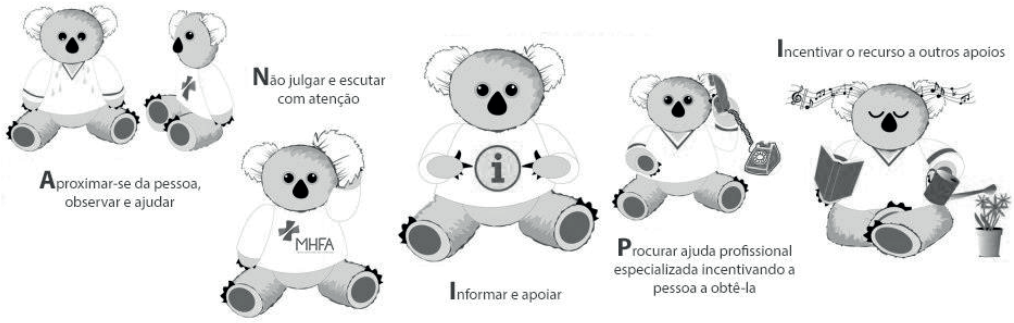


Figura 1 – Mnemónica de ações do programa de PSSM (Adaptado de Kitchener & Jorm; 2002)

A evidência da efetividade do programa no contexto português, especificamente em estudantes de Enfermagem (Loureiro & Costa, 2019; Loureiro & Freitas, 2020) tem revelado, tal como acontece com amostras de estudantes de enfermagem de outros contextos como a Austrália (Bond, Jorm, Kitchener, & Reavley, 2015; Burns et al., 2017), mostra que o programa é uma ferramenta educativa promotora da LSM e consequentemente da saúde mental dos indivíduos e dos seus pares.

No contexto deste estudo, escolheu-se a ansiedade social pelo facto da evidência produzida revelar que os estudantes do ensino superior, especificamente estudantes que frequentam cursos de saúde (incluindo os estudantes de enfermagem), apresentam níveis mais elevados de ansiedade e inclusive depressão comparativamente à população geral (Ibrahim, Kelly, Adams, & Glazebrook, 2013; Pulido-Criolo, Cueto-Escobedo & Guillén-Ruiz, 2018). Acresce, no caso dos estudantes do 1.º ano, o facto do processo de integração e adaptação ao ensino superior se constituir como um facto capaz de despoletar ou potenciar níveis de ansiedade elevados.

Este estudo tem como objetivo avaliar (comparativamente) a efetividade do programa de PSSM®, na literacia em saúde mental ao nível do reconhecimento da ansiedade social; intenção de procura de ajuda em situação semelhante; conhecimentos sobre primeira ajuda (incluindo primeiros socorros) e confiança para prestar primeira ajuda, a partir de uma amostra de estudantes do 1.º e 2.º anos do Curso de Licenciatura em Enfermagem, que frequentam uma escola de Enfermagem da Região Centro de Portugal Continental.

METODOLOGIA

Este estudo é de natureza quantitativa, de nível IV, com recurso a um desenho *quase-experimental*, com avaliação pré e pós intervenção em três grupos, dois de cariz experimental (GE1 e GE2) que foram submetidos ao programa de PSSM® e um grupo de controlo (GC) que foi submetido a uma intervenção padrão acerca da saúde e doenças mentais.

Hipóteses de investigação:

H1: A frequência do programa de PSSM®, comparativamente a uma intervenção padrão, contribui para o incremento da LSM dos estudantes do CLE ao nível do reconhecimento da ansiedade social, conhecimentos sobre primeira ajuda (e primeiros socorros), intenção de procura de ajuda e confiança para prestar ajuda.

Amostra

A amostra do estudo é constituída por 89 estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem que frequentam uma escola superior de enfermagem da Região Centro de Portugal continental, sendo 40,45 dos participantes são alunos do 1.º ano do CLE e constituem o grupo experimental 1 (GE1;

n=36) e os restantes 59,55% do 2.º ano do CLE, dividindo-se do seguinte modo, 31,46% no grupo experimental (GE2; n=28) e 28,09% no grupo de controlo (GC; n=25).

Em termos de características sociodemográficas, 15,70% são do sexo masculino e 84,30% do feminino. Aplicado o teste do qui-quadrado às variáveis sexo e grupo, as diferenças não revelaram significado estatístico ($\chi^2_{(2)}$ =3,885; p=0,174). Em termos da idade, a mínima observada foi de 17 anos e a máxima de 28 anos, sendo a média da idade dos três grupos é de 19,49 anos (DP=1,90). Em termos de grupos a média da idade do GE1 observada é de 19,64 anos (DP=1,78), do GE2 é de 20,25 (DP=1,40) e do GC é de 19,88 (DP=2,11). A aplicação da ANOVA de um fator revelou diferenças com significado estatístico ($F_{(2; 88)}$ =7,329; *p*= 0,001; η^2=0,15). Os procedimentos *post hoc* pelo procedimento SNK revelaram que o GE1 se diferenciava (p<0,05) dos restantes grupos (GE2 e GC).

Em termos de habilitações literárias do pai, 85,40% apresentam habilitações ≤ ao ensino secundário (curso complementar dos liceus), sendo que destes, 29,70% tem o ensino secundário, 33,70% o 3.º ciclo do ensino básico e 15,70% o 2.º ciclo do ensino básico.

Em termos da mãe, 82, 00% tem habilitações ≤ ao ensino secundário, e destas, 33,70 o ensino secundário, 24,70% o 3.º ciclo do EB e 19,10% o 2.º ciclo. Em termos globais e ao nível do ensino superior, 14,60 dos pais têm licenciatura ou superior, sendo que das mães, esse valor sobe para os 18,00%.

Instrumento

Como instrumento de colheita de dados recorreu-se ao QuALiSMental (Loureiro, 2015) na versão para a ansiedade social. A primeira parte do questionário inclui as instruções de preenchimento e questões de caraterização sociodemográfica (sexo, idade e habilitações literárias dos pais e ano letivo). A segunda parte é constituída por diferentes seções relativas às componentes em análise. Previamente é apresentada uma vinheta relatando um caso de ansiedade social de uma jovem chamada Rita, de acordo com os critérios de diagnóstico da DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014).

O conteúdo da vinheta é o seguinte:

"A Rita tem 18 anos e entrou no ensino superior em outubro do último ano, tendo mudado de cidade para frequentar o curso. Desde que mudou para a nova instituição, tornou-se ainda mais tímida do que habitualmente e fez apenas uma amiga. Ela gostaria de fazer mais amigos, mas tem medo de fazer ou dizer algo embaraçoso quando está com outras pessoas. Embora o desempenho escolar da Rita seja razoável, raramente participa nas aulas e fica muito nervosa, corada, a tremer e sente que pode vomitar se tiver de responder a alguma pergunta ou falar na frente da turma. Com a sua família, a Rita é muito conversadora, mas com os colegas da casa onde vive tal não acontece, preferindo ficar calada quando recebem alguém que não conhece bem. À exceção dos telefonemas da família, nunca atende o telefone e recusa-se a participar em eventos sociais. Ela sabe que os seus medos são exagerados, mas não consegue controlá-los e isso realmente perturba-a."

Procedimentos

O projeto foi submetido à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (N.º: P603-06/2019), tendo obtido parecer positivo. Simultaneamente foi solicitada autorização à Presidente da Direção da instituição para a implementação do programa, tendo sido autorizada.

Tratamento estatístico

O tratamento estatístico foi realizado com recurso ao software IBM-SPSS 24.0. Foram calculadas as estatísticas resumo adequadas (ex. média, desvio padrão) e as frequências absolutas e percentuais, sempre que se mostraram adequadas.

Em termos de testes estatísticos, recorreu-

se aos testes de McNemar, ANOVA de um fator e ANOVA de medidas repetidas. Como medidas de tamanho de efeito foram calculadas, de acordo com a ordem dos testes referido anteriormente, e sempre que se mostraram adequadas: o "g" de Cohen (1988) para o teste de McNemar (2x2) e o "$\eta^2_{parcial}$" para a ANOVA de medidas repetidas.

RESULTADOS

Comparação entre grupos à priori

Previamente à intervenção compararam-se os três grupos ao nível das componentes e domínios de interesse para o estudo, nomeadamente reconhecimento do problema de saúde mental, conhecimentos sobre primeira ajuda (e primeiros socorros), conhecimento acerca dos fatores preventivos, intenção de procura de ajuda e confiança para prestar ajuda.

Em nenhum dos casos as diferenças encontradas foram estatisticamente significativas (p>0,05), o que mostra que os grupos são homogéneos, não se diferenciado a sua literacia em saúde mental em função do ano letivo de pertença.

Intervenções: comparações antes e depois

Ao nível da primeira componente em análise (reconhecimento do problema de saúde mental), como podemos observar da Tabela 1, nos grupos experimentais (1 e 2) aumentam com significado estatístico e tamanhos de efeito elevados a utilização do rótulo "ansiedade" no fim da intervenção, diminuindo, também com significado estatístico e tamanho de efeito elevado, a utilização do termo genérico e indiferenciado de "problemas psicológicos/mentais/emocionais". No grupo de controle observa-se apenas uma mudança com significado estatístico e tamanho de efeito elevado e que corresponde ao rótulo "stresse" (p=0,004; g=0,37).

Nos restantes rótulos, as diferenças encontradas não evidenciam diferenças estatisticamente significativas.

Em termos de conhecimentos sobre primeira ajuda e primeiros socorros (Tabela 1) no grupo experimental 1 observam diferenças com significado estatístico e tamanho de efeito elevado, do momento antes para depois da intervenção nos itens: "dizer-lhe com firmeza para andar para a frente" (p=0,002; g=0,42); "sugerir que procure ajuda de um profissional" (p=0,001; g=0,43); "marcar uma consulta no médico de família" (p=0,000; g=0,50); "perguntar se tem tendências suicidas" (p=0,000; g=0,50) e "incentivá-la a praticar exercício físico" (p=0,008; g=0,50).

Resultados idênticos são encontrados no grupo experimental 2, nomeadamente

"sugerir que procure ajuda de um profissional" (p=0,011; g=0,40); "marcar uma consulta no médico de família" (p=0,002; g=0,50); "perguntar se tem tendências suicidas" (p=0,004; g=0,50) e "incentivá-la a praticar exercício físico" (p=0,020; g=0,30).

No grupo de controlo apenas se encontram diferenças nos itens "perguntar se tem tendências suicidas" (p=0,000; g=0,50) e "incentivá-la a praticar exercício físico" (p=0,031; g=0,50).

Nos restantes itens, apesar das diferenças observadas antes e depois das intervenções, não se revestem de significado estatístico.

Tabela 1
Distribuições percentuais (em linha) dos itens assinalados nas componentes de reconhecimento do problemas e conhecimentos acerca de prestar primeira ajuda, em função do grupo sujeito à intervenção, antes e depois. Inclui resultados do teste de McNemar e medida de tamanho de efeito "*g*".

	Grupos Experimental 1 (N=36)			Grupos Experimental 2 (N=28)			Grupos controle (N=25)		
	Antes	Depois	*p* (g)	Antes	Depois	*p* (g)	Antes	Depois	*p* (g)
Depressão	5,88	2,78	0,188	12,00	0,00	0,125	9,09	4,00	0,500
Doença mental	8,82	19,44	0,172	8,00	14,29	0,344	4,55	8,00	0,500
Stresse	52,94	63,89	0,166	40,00	17,86	0,090	40,91	80,00	0,004 (0,37)
Problemas psicológicos/mentais…	44,12	25,00	0,053 (0,30)	64,00	10,71	0,000 (0,50)	50,00	36,00	0,377
ansiedade	88,24	97,22	0,031 (0,50)	72,00	96,43	0,006 (0,41)	77,27	75,00	0,500
Ouvir os seus problemas de forma compreensiva	97,22	100,00	0,500	96,43	100,00	0,500	100,00	96,00	0,500
Dizer-lhe com firmeza para andar para a frente	33,33	2,78	**0,002 (0,42)**	17,86	7,14	0,227	12,00	4,00	0,313
Sugerir que procure ajuda de um profissional …	63,89	97,22	**0,001 (0,43)**	64,29	92,86	**0,011 (0,40)**	80,00	92,00	0,375
Marcar uma consulta no Médico de Família…	50,00	91,67	**0,000 (0,50)**	53,57	91,67	**0,002 (0,42)**	60,00	76,00	0,145
Perguntar se tem tendências suicidas	2,78	63,89	**0,000 (0,50)**	2,78	32,14	**0,004 (0,50)**	16,00	80,00	**0,000 (0,50)**
Sugerir que beba uns copos para esquecer…	8,33	0,00	0,125	0,00	0,00	(a)	0,00	0,00	(a)
Reunir o grupo de amigos para o animar	83,33	88,89	0,363	71,43	60,71	0,274	64,00	56,00	0,387
Não valorizar o seu problema, …	0,00	2,78	0,500	0,00	0,00	(a)	4,00	0,00	0,500
Mantê-lo ocupado para que não	72,22	63,89	0,274	53,57	50,00	0,500	32,00	12,00	0,063
Incentivá-lo a praticar exercício físico	77,78	97,22	**0,008 (0,50)**	67,86	92,90	**0,020 (039)**	72,00	92,00	0,031 (0,50)

Em termos de confiança para procurar ajuda em saúde mental e como podemos observar da Tabela 2, as mudanças observadas e que apresentam significado estatístico são observadas no grupo experimental 1 e no grupo experimental 2. As medidas de tamanho de efeito revelam valores considerados ambos elevados, nomeadamente g=0,50 e g=0,43.

Apesar de não estarem referidos nas tabelas, no grupo experimental 1, antes da tabela 47,22% não sabem se pediriam ajuda, valor que passou para 16,67% depois da intervenção. No grupo experimental 2, antes 57,14% Não sabiam, valor que passou para 14,29% no fim da intervenção. No grupo de controlo 48,00% não sabem, valor que se manteve depois da intervenção.

Tabela 2
Frequências absolutas e resultados da aplicação do teste de McNemar para a intenção de procura de ajuda, antes e depois da intervenção. Inclui medida de tamanho de efeito "*g*".

Se estivesses a viver uma situação semelhante, procurarias ajuda?	Grupos Experimental 1 (N=36)			Grupos Experimental 2 (N=28)			Grupos controle (N=25)		
	Depois			Depois			Depois		
	Sim	Não sei		Sim	Não sei	*p* (g)	Sim	Não sei	
Antes	19	0	*p*=0,001[(a)]	11	1	*p*=0,002[(a)]	9	4	0,368[(a)]
	11	6	*g*=0,50	13	3	*g*=0,43	4	8	

[(a)]= usada distribuição binomial

Relativamente à confiança em prestar primeira ajuda em saúde mental, foi aplicada a ANOVA de medidas repetidas. E de salientar em termos globais (estes valores não constam na figura) que a confiança é diferente nos grupos, sendo a média mais elevada a do grupo experimental 2 (Média= 3,20; epm=0,10; N=28), seguida do grupo experimental 1 (Média= 3,08; epm=0,08; N=36) e posteriormente, com o valor mais baixo, a do grupo de controlo (Média= 2,78; epm=0,10; N=25). As diferenças foram estatisticamente significativas ($F_{(1; 86)}$= 4,776; p=0,011; = 0,10), contudo o valor do tamanho do efeito é médio.

Relativamente à evolução da confiança apresentada pelos participantes do momento antes para depois da intervenção, como se pode observar da figura 1 (gráfico), observam-se diferenças com tamanho de efeito elevado nos dois momentos ($F_{(1; 86)}$=40,510; p=0,000; = 0,32). Relativamente ao efeito do tipo de intervenção sobre a confiança (antes e depois da intervenção), a interação observada é significativa ($F_{(2;86)}$=8,502; p=0,000; = 0,17), com tamanho de efeito considerável. Como ilustra a gráfico, nos dois grupos experimentais observa-se um incremento significativo nas médias, sendo mais elevado no grupo experimental 1, enquanto no grupo de controlo o incremento é residual e sem significado estatístico.

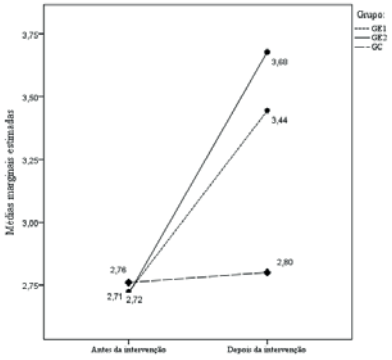


Figura 1: Medias marginais estimadas, antes e depois da intervenção, em função dos grupos para a variável: *confiança para prestar ajuda*.

Uma análise feita à posteriori a cada grupo experimental, calculando o tamanho de efeito "d" de Cohen (1988), mostra que no grupo experimental 1 o tamanho de efeito foi de d=0,77 e no grupo experimental 2 de d=1,04.

DISCUSSÃO

Começamos a discussão pela apresentação dos principais limites deste trabalho e que a nosso ver se prendem como o tipo de desenho utilizado (quase-experimental). A não existência de repartição aleatório dos sujeitos pelos grupos, o facto ter não ter sido feito follow-up, assim como eventuais semelhanças dos conteúdos recebidos pelos três grupos, especificamente as mensagens com intuito de diminuir o estigma, constituem-se como ameaças à validade.

Em termos de resultados propriamente ditos, uma primeira constatação decorre do facto da literacia em saúde mental acerca da ansiedade não se diferenciar de alunos do 1.º ano que acabam de ingressar no curso, para alunos que frequentam o 2.º ano. Este dado é a nosso ver inquietante. Se é comumente referido que o ingresso no ensino superior corresponde a uma etapa marcada por grandes expetativas e desafios, sendo um período crítico de transição e de adaptação (Brown, 2016; Castro, 2017) a uma nova realidade, e em que é fundamental dotar os estudantes de ferramentas que lhes permitam enfrentar e gerir os desafios com sucesso, parece-nos evidente que a saúde mental é um fator preponderante, especificamente quando a evidência aponta para a existência de muitos problemas de saúde mental entre os estudantes do ensino superior. O que se observa é que parte substancial dos alunos têm dificuldades em reconhecer sinais e valorizar sintomas, usando de modo indiscriminado rótulos que não correspondem à realidade, nem indicam a capacidade de problematizar as situações. Apresentam também elevado estigma pessoal, o que é patente na relutância, resistência ou recusa à procura de ajuda em saúde mental. Observa-se também uma dificuldade em avaliar as estratégias de prestação de primeira ajuda e dar apoio eficazes, assim como têm reduzida confiança na prestação de ajuda aos seus pares.

Um dado relevante e que a nosso ver pode decorrer, quer das ações de sensibilização e promoção da saúde mental realizadas durante o ensino básico e secundário, quer da familiaridade com situações idênticas, já que 38,20% (dos três grupos) afirmam que tiveram alguém na família ou círculo próximo de amigos que esteve numa situação similar à descrita na vinheta, contribui para que os jovens afirmem que o consumo de álcool e drogas é prejudicial, agravando mesmo estes problemas, assim como privilegiam a escuta como útil e consideram prejudicial não valorizar os problemas já que contribui para o agravamento dos sintomas.

Em termos de reconhecimento dos problemas de saúde mental os resultados estão em linha com outros estudos, quer de estudantes de Enfermagem (Bond, Jorm, Kitchener, & Reavley, 2015; Burns et al., 2017; Loureiro & Costa, 2019; Loureiro & Freitas, 2020), quer na população geral como atestam revisões sistemáticas com meta análise efetuadas acerca da efetividade do programa (Hadlaczky, Hökby, Mkrtchian, Carli & Wasserman, 2014; Morgan, Ross & Reavley, 2018).

O que se observa é que o programa de PSSM® contribui de forma efetiva para a redução dos rótulos genéricos em que se enquadra toda a tipologia de problemas ("problemas psicológicos/mentais e emocionais") e contribui para o incremento do assinalar do rótulo "ansiedade". Comparativamente no grupo de controle a única diferença observada é no stress, em o rótulo passa a ser assinalado pelo dobro dos participantes, contudo uma margem substancial deste grupo já assinalava o rótulo previamente à frequência do programa.

Em termos dos tamanhos de efeito (todos grandes) as diferenças observadas nos grupos experimentais mostram que o programa é efetivo no incremento do reconhecimento da ansiedade, comparativamente ao grupo de controlo.

Ao nível da componente de conhecimentos e competências para prestar primeira ajuda e primeiros socorros em saúde mental, os resultados atestam a efetividade do programa, dado que em ambos os grupos experimentais as mudanças apresentam significado estatístico e tamanho de efeito elevado em 50% dos itens. Estes resultados estão também em linha com outros estudos (Bond et al., 2015; Burns et al., 2017; Morgan, Ross & Reavley, 2018; Loureiro & Costa, 2019; Loureiro & Freitas, 2020).

Em termos de intenção de pedido de ajuda em saúde mental em situação similar à descrita na vinheta, a frequência dos programas em ambos os grupos experimentais revelou mudanças (ambos com tamanhos de efeito elevados) em termos de incremento da intenção de pedido de ajuda em saúde mental, tal como se tem observado nos estudos que reportam a efetividade do programa (Morgan, Ross & Reavley, 2018). No grupo de controlo esse resultado não se observou. Neste sentido os resultados indiciam que o programa pode contribuir para a procura de ajuda atempada de modo a evitar o agravamento dos sintomas e o seu impacto negativo em todas as componentes do sucesso académico (Loureiro & Freitas, 2020).

Uma das questões basilares do programa de PSSM® é conscientizar e capacitar os jovens para prestar primeira ajuda e primeiros socorros em saúde mental. Neste sentido a confiança e o sentimento de segurança que lhe está associado decorre, entre outros, do conhecimento e domínio das estratégias do plano de ação ANIPI. Os resultados obtidos neste estudo mostram, tal como acontece noutros estudos recentes (Loureiro & Freitas, 2020), um efeito estatisticamente significativo em ambos os grupos experimentais submetidos ao programa de PSSM, o que não acontece com o grupo de controlo. Os resultados indiciam que o programa de PSSM promove de forma efetiva a confiança para a prestação de ajuda em saúde mental, o que é atestado também pelas medidas de tamanho de efeito estimadas.

CONCLUSÃO

O programa de PSSM® aplicado aos dois grupos experimentais do 1.º e 2.º ano anos letivos mostra efetividade no incremento da literacia em saúde mental dos estudantes de Enfermagem acerca da ansiedade social, comparativamente à intervenção padrão realizada no grupo de controlo. Esta efetividade referida reparte-se pelas componentes e domínios analisados.

Em termos de estudantes de enfermagem, pensamos que o programa poderá ser aplicado aos alunos de qualquer ano letivo, dado que o currículo do curso não contempla esta abordagem nos seus conteúdos e práticas.

Comparativamente o programa de PSSM®, a evidência aponta para que esta abordagem e modelo apresente maior efetividade do que intervenções padrão genéricas e ações de sensibilização e educação para a saúde, muito privilegiadas nos espaços

escolares e académicos.

Em termos de ensino superior, este tipo de programa e abordagem poderá favorecer o sucesso pessoal e académicos dos estudantes, dado que os jovens passam a agir em prol da sua saúde mental e daqueles que o rodeiam, isto é, um conhecimento que pode traduzir-se numa competência voltada para a ação.

Bibliografia:

1. Associação Americana de Psiquiatria. (2014). DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações (5ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora.

2. Bond, K., Jorm, A., Kitchener, B., & Reavley, N. (2015). Mental health first aid training for Australian medical and nursing students: An evaluation study. BMC Psychology, 3(1), 11. doi:10.1186/s40359-015-0069-0

3. Brown, P. (2016). The invisible problem? Improving students' mental health. Oxford. Recuperado de: http://www.hepi.ac.uk/wp content/uploads/2016/09/STRICTLYEMBARGOED-UNTIL-22-SEPT-Hepi-Report-88-FINAL.pdf.

4. Burns, S., Crawford, G., Hallett, J., Hunt, K., Chih, H., & Tilley, P. (2017). What's wrong with John? A randomised controlled trial of mental health first aid (MHFA) training with nursing students. BMC Psychiatry,17(1), 111. doi:10.1186/s12888-017-1278-2

5. Castro, V. (2017). Reflexões sobre a saúde mental do estudante universitário: estudo empírico com estudantes de uma instituição pública de ensino superior. Revista Gestão Em Foco, (9), 380–401.

6. Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2ª ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erbaum.

7. Hadlaczky, G., Hökby, S., Mkrtchian, A., Carli, V., & Wasserman, D. (2014). Mental health first aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis. International Review of Psychiatry, 26(4), 467–475. doi:10.3109/09540261.2014.924910

8. Ibrahim, A., Kelly, S., Adams, C., & Glazebrook, C. (2015). A systematic review of studies on the prevalence of Insomnia in university students. Public Health, 129(12), 1579–1584. http://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.07.030.

9. Jorm, A, Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Medical journal of Australia, 166(4), 182–186.

10. Jorm, A. (2012). Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. American Psychologist, 3, 231-243. doi:10.1037/a0025957

11. Jorm, A. (2014). Mental Health Literacy Promoting Public Action to Reduce Mental Health Problems. In L. M. Loureiro, Literacia em Saúde Mental - Capacitar as Pessoas e as Comunidades para Agir (Vol. 8, pp. 27-39). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.

12. Jorm, A. (2019). The concept of mental health literacy. In O. Bauer, U. Levin-Zamir, D. P. Pinheiro & K. Sorensen (Eds.), International handbook of health literacy: Research, practice and policy across the life-span (pp. 53-66). Bristol, United Kingdom: Policy Press.

13. Kitchener, B., & Jorm, A. (2002). Mental Health First Aid Manual. Canberra: Center for Mental Health Research.

14. Kutcher, S., Wei, Y., Costa, S., Gusmão, R., Skokauskas, N., & Sourander, A. (2016). Enhancing mental health literacy in young people. European Child and Adolescent Psychiatry, 25(6), 567–569. doi:10.1007/

s00787-016-0867-9

15. Loureiro, L. & Freitas, P. (2020). Effectiveness of the mental health first aid program in undergraduate nursing students. Revista de Enfermagem Referência, 5(1), e19078. doi: 10.12707/ RIV19078.

16. Loureiro, L. (2014). Primeira Ajuda em Saúde Mental. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

17. Loureiro, L. (2015). Questionário de avaliação da literacia em saúde mental: QuALiSMental: Estudo das propriedades psicométricas. Revista de Enfermagem Referência, 4(4),79–88. doi:10.12707/ RIV14031

18. Loureiro, L., & Costa, L. (2019). Avaliação do programa de primeiros socorros em saúde mental em estudantes de licenciatura em enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, 4(20), 9-18. doi:10.12707/ RIV18087

19. Loureiro, L., & Sousa, C. (2019). Programa de primeiros socorros em saúde mental: Estudo piloto. Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social, 5(1), 72-86. doi:10.31211/rpics.2019.5.1.108

20. Loureiro, L., Barroso, T., Mendes, A., Rodrigues, M., Oliveira, R. (2013b). Literacia em saúde mental dos adolescentes e jovens portugueses sobre abuso de álcool. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 17(3), 474-481. doi: 10.1590/S1414-8145201300030001

21. Loureiro, L., Jorm, A., Mendes, A., Santos, J., Ferreira, R., & Pedreiro, A., (2013a). Mental health literacy about depression: A survey of portuguese youth. BMC Psychiatry, 13, 129. http://doi.org/10.1186/1471-244X-13-129

22. Loureiro, L., Jorm, A., Oliveira, R., Mendes, A., Santos, J., Rodrigues, M., & Sousa, C. (2015). Mental health literacy about schizophrenia: a survey of portuguese youth. Early Intervention in Psychiatry. doi:10.1111/ eip.12123.

23. Loureiro, L., Sousa, C., & Gomes, S. (2014). Primeira Ajuda em Saúde Mental - Pressupostos e linhas orientadoras de acção. In Literacia em Saúde Mental - Capacitar as Pessoas e as Comunidades para Agir (Vol. 8, pp. 63-77). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.

24. Morgan, A., Ross, A., & Reavley, N. (2018). Systematic review and meta-analysis of mental health first aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. PLoS ONE, 13(5), e0197102. doi:10.1371/ journal.pone.0197102

25. Pulido-Martos, M., Augusto-Landa, J. M., & Lopez-Zafra, E. (2012). Sources of stress in nursing students: a systematic review of quantitative studies. International Nursing Review, 59(1), 15–25. Doi.org/10.1111/ j.1466-7657.2011.00939.x

DESAFIOS NO CUIDAR: ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DA INTERAÇÃO COM A PESSOA IDOSA

Cátia Vanessa Lameirinhas Baptista Tavares[1]; Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo[2]; Liliana Vanessa Lúcio Henriques[3]

Resumo

Contextualização: São vários os desafios no cuidar de pessoas idosas com alterações cognitivas, nomeadamente as que apresentam agitação e recusam os cuidados.
Objetivos: Identificar as dificuldades dos cuidadores na interação com a pessoa idosa na prestação dos cuidados, as suas causas, e identificar as estratégias facilitadoras da interação com a pessoa idosa.
Método: Realizado um estudo de caso, descritivo-correlacional, longitudinal, ao longo de 12 meses, numa ERPI, antes e após a implementação da Metodologia de Cuidado Humanitude (MCH). A amostra foi constituída por 39 profissionais que exerciam funções nesta instituição.
Resultados: As principais dificuldades identificadas foram: comunicar com idosos agitados e confusos (antes 41,2%; após 25,0%) e prestar cuidados a pessoas que recusam os cuidados (antes 27.9%; após 0.8%). A principal causa das dificuldades identificadas pelos profissionais foi o deficit de formação /capacitação de competências relacionais. As estratégias evidenciadas como facilitadoras da interação com a pessoa idosa foram a formação e a aplicação da Metodologia de Cuidado Humanitude.
Conclusões: As dificuldades mais evidenciadas pelos cuidadores na prestação de cuidados à pessoa idosa centra-se no comunicar com pessoas confusas, agitadas e que recusam os cuidados. A MCH evidenciou ser uma estratégia adequada para a diminuição das dificuldades dos cuidadores, repercutindo-se na mudança do paradigma do cuidado centrado na tarefa para um cuidado centrado na interação com a pessoa idosa.
Palavras Chave: Metodologia Cuidado Humanitude, idoso, interação, dificuldades, cuidar

Abstract

CHALLENGES IN CARING: FACILITATING STRATEGIES IN THE INTERACTION WITH THE ELDERLY PATIENT
Context: Caring for elderly people with cognitive impairment is a challenge, specially when they present with agitation and tend to refuse care.
Aim: To identify the difficulties that healthcarers face when caring for elderly people. To identify the causes of such difficulties. To identify strategies that would aid the interaction with the elderly person.
Method: A descritive-correlational, longitudinal case study was conducted for 12 months, in a Elderly Residence, before and after the implementation of the Methodology of Humanitude Care (MHC). A statistical sample of 39 profissionals worked at this institution.
Results: The main difficulties identified were: communicating with agitated and confused elderly patients (before 41,2%; after 25,0%) and aiding people who refused care (before 27.9%; after 0.8%). The main cause for the difficulties identified was related to a deficit in the training or development of interpersonal skills.
The Methodology of Humanitude Care proved to be a facilitating strategy when interacting with the elderly person.
Conclusions: The communication with confused, agitated people that refuse care appeared as the main difficulty faced by healthcare professionals. The MHC was evidenced as the right strategy to aid with such difficulty. The MHC changed the paradigm of task centered cared to care centered in the interaction with the elderly person.
Key-words: Methodology; Humanitude of Care, elderly, interaction, difficulties, care

Resumen

DESAFÍOS EM EL CUIDADO: ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA INTERACCIÓN CON LAS PERSONAS MAYORES
Contextualización: Existen varios desafíos en el cuidado de personas mayores con cambios cognitivos, a saber, aquellos que muestran agitación y rechazan la atención.
Objetivos: Identificar las dificultades de los cuidadores para interactuar con las personas mayores en la prestación de cuidados, sus causas e identificar estrategias que faciliten la interacción con la persona mayor.
Método: Se realizó un estudio de caso longitudinal, descriptivo-correlacional, durante 12 meses en un ERPI, antes y después de la implementación de la Metodología del Cuidado de Humanitude (MCH). La muestra se constituyó por 39 profesionales que desempeñaba funciones en esta institución.
Resultados: Las principales dificultades identificadas fueron: comunicarse con ancianos agitados y confundidos (antes 41,2%; después 25,0%) y brindar atención a las personas que rechazan la atención (antes 27,9%; después 0,8%). La principal causa de las dificultades identificadas por los profesionales fue el déficit en la formación / calificación de habilidades relacionales. Las estrategias que se evidenciaron como facilitadoras de la interacción con las personas mayores fueron la formación y aplicación de la Metodología del Cuidado de Humanitude.
Conclusiones: Las dificultades que más evidencian los cuidadores en la atención al anciano se centran en la comunicación con personas confusas, agitadas y que rechazan la atención. La MCH resultó ser una estrategia adecuada para reducir las dificultades de los cuidadores, con repercusión en el cambio de paradigma del cuidado centrado en la tarea para el cuidado centrado en la interacción com la persona mayor.
Palabras clave: Metodología del Cuidado de Humanitude, ansiano, interacción, dificultades, cuidado

Submetido em Agosto 2020. Aceite para publicação em Novembro 2020

[1] Mestre em Enfermagem de Gestão de Unidades de Cuidados; Centro Hospitalar e Universitários de Coimbra; catialtavares@hotmail.com
[2] Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Doutora em enfermagem; E -mail rosamelo@esenfc.pt; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0941-407X
[3] Enfermeira; Mestre em Cuidados Continuados e Paliativos; Instituto Gineste-Marescotti Portugal, Alcobaça, Portugal; e-mail lilianahenriques312@gmail.com

Introdução

O envelhecimento demográfico, devido ao aumento da longevidade e à queda da fecundidade, suscita desafios à sociedade para as quais esta não está preparada, conduzindo a implicações sociais, políticas e económicas (OMS, 2016; DGS, 2017). Com o envelhecimento aumenta em 80% a probabilidade de desenvolvimento de doenças crónicas, como as demências, levando à dependência física e cognitiva (Hoeman, 2000).

Dada a exigência dos cuidados a prestar a estas pessoas, as famílias não têm condições e conhecimentos para manterem o idoso dependente no seu domicílio, levando à sua institucionalização (Storti, et al, 2016).

Por outro lado, nas instituições, as equipas multiprofissionais enfrentam vários desafios na interação e prestação dos cuidados a estas pessoas, devido aos comportamentos de agitação e resistência aos cuidados (Melo, Soares et al, 2017ª). Mas, esta resistência aos cuidados é por vezes uma forma de resposta defensiva aos cuidados e cuidadores, manifestando-se por diferentes comportamentos como a agressividade, tentativas de evitamento, recusa dos cuidados e outras formas de não-colaboração (Henriques, Dourado, Melo, & Tanaka, 2019). Cuidar de uma pessoa com alterações cognitivas é um processo complexo e exigente, requerendo das organizações e dos profissionais um ajuste diário da forma de cuidar, dado que o modelo de assistência aos idosos está centrado na satisfação das necessidades fisiológicas (Pollo & Assis, 2008), não se potenciando as capacidades das pessoas idosas com Perturbações Neurocognitivas (PNC), privando-se o indivíduo, já neurologicamente afetado, na sua própria personalidade e identidade, minimizando as suas capacidades e estatuto social (Hughes & Beatty, 2013).

A implementação da Metodologia de Cuidado Humanitude (MCH) também designada de Metodologia Gineste-Marescotti® (MGM®), em desenvolvimento desde a década de 70, por Yves Gineste e Rosette Marescotti, tendo por base a observação das práticas, investigação, interligação de conhecimentos provenientes da Gerontologia, das Neurociências e da Psicomotricidade Humana e a integração de princípios humanistas e do conceito Humanitude (Salgueiro, 2014), tem demonstrado evidência científica em ganhos, para as pessoas cuidadas, cuidadores e instituições (Figueiredo et al, 2018). Na pessoa cuidada tem-se comprovado redução da agitação e uma maior aceitação do cuidado (Honda et al 2016; Melo, Soares et al, 2017a; Henriques, Dourado, Melo, & Tanaka, 2019), promoção da sua autonomia e do autocuidado; assim como na redução dos problemas decorrentes da imobilidade (Figueiredo et al., 2018; Henriques, et al., 2019). Esta metodologia de cuidar assenta em princípios que são referências éticas resultantes dos direitos do homem, como a proteção da vida, o respeito pela autonomia e pela liberdade, que tem na sua base os princípios de beneficência e da não maleficência (Salgueiro, 2014). Destes princípios decorrem os valores universais, que são fundamentais ter presente nas nossas interações, como: liberdade responsável, com capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Os princípios fundamentais da Metodologia de Cuidado Humanitude são: prestar cuidados com zero cuidados em força, ou seja os cuidados devem ser prestados com a pessoa, envolvendo-a e promovendo a sua autonomia, evitando que os cuidados sejam prestados contra a sua vontade; respeito pela singularidade e intimidade, ou seja no cuidado deve-se respeitar as particularidades da pessoa, os seus gostos, hábitos de vida e a sua privacidade nunca deve ser violada; viver e morrer de pé, é defendida a promoção da verticalidade durante os cuidados até ao final de vida, desde que não haja contraindicação; abertura da estrutura para o exterior, a pessoa deve ter a

liberdade de interagir com a família, pessoas significativas e com a comunidade; lugar de vida, lugar de vontades e onde se deseja viver (Gineste & Pellissier, 2008; Salgueiro, 2014).

A MCH rege-se também por regras de arte que, segundo Gineste & Pellissier (2008, p. 275), são "maneiras concretas de pôr em prática um certo número de princípios fundamentais" e que podem mudar em função dos avanços científicos (Salgueiro, 2014).

A MCH tem por base os pilares relacionais, olhar, palavra, toque e o pilar identitário da verticalidade (Gineste & Pellissier, 2008; Simões, et al, 2012; Salgueiro, 2014, Melo et al., 2017a). Assim, segundo estes autores, o olhar deve ter características especificas como: ser axial, no mesmo eixo; horizontal, no mesmo nível; progressivamente próximo, de acordo com a aceitação da pessoa, acompanhado de um fácies afável e sorridente. Relativamente à comunicação verbal, deve-se dar especial atenção ao conteúdo e à forma como é realizada. O toque deve ser amplo, suave, lento e acariciador, sem dedos em pinça, nem mão em garra; progressivo, considerando os esquemas corporais; permanente, e pacificador, ou seja, amplo e lento permitindo estimular as fibras do prazer, promovendo o relaxamento e sensações agradáveis através da libertação de endorfinas (Gineste, 2008; Salgueiro, 2014).

Com este estudo pretendeu-se identificar as dificuldades dos cuidadores na interação com a pessoa idosa na prestação dos cuidados, identificar as causas das dificuldades antes da implementação da MCH e identificar as estratégias facilitadores da interação com a pessoa idosa.

Metodologia

Foi realizado um estudo de caso, descritivo-correlacional, longitudinal, ao longo de 12 meses, numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), antes e após (julho de 2017 e julho de 2018) a implementação da Metodologia de Cuidado Humanitude (MCH). Este estudo foi realizado numa ERPI da zona Norte de Portugal, com capacidade para 110 utentes. A equipa multidisciplinar era constituída por 78 profissionais dos quais 39, cumpriam os critérios de inclusão e aceitaram participar no estudo. Os critérios de inclusão definidos para este estudo foram serem profissionais que prestavam cuidados na ERPI e que estavam a realizar formação sobre a Metodologia de Cuidado Humanitude. A recolha dos dados foi realizada através de questionário constituído por 3 partes. A primeira parte para recolha de dados sociodemográficos e profissionais; a segunda parte por questões fechadas para identificar as dificuldades dos profissionais no estabelecimento da interação com a pessoa cuidada durante a prestação dos cuidados, elaborado tendo por base estudos prévios realizados (Melo, Queirós, Tanaka, Costa, Bogalho & Oliveira, 2017b; Henriques, 2017); a ultima parte constituída pelas seguintes questões abertas: "Quais são as causas das dificuldades identificadas antes da implementação da MCH?"; "Que estratégias são facilitadores da interação com a pessoa cuidada?". O tratamento dos dados quantitativos foi realizado através do SPSS, versão 24.0 e a análise dos dados qualitativos foi efetuada através da analise de conteúdo, tendo como referencial Bardin (2016), sendo os dados organizados em categorias e subcategorias.

Quanto aos aspetos éticos, seguiu-se o seguinte fluxo: pedido de autorização ao Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia onde se realizou o estudo; assinatura de uma declaração de consentimento informado por cada profissional, tendo-se garantido o caráter voluntário da sua participação, sendo assegurada inteira liberdade de participar, ou não, da pesquisa, sem quaisquer represálias. Esta pesquisa obteve o parecer favorável nº P468-1172017, da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Resultados

Os 39 participantes no estudo eram na

totalidade do género feminino, com uma média de idades de 30 anos, de quatro áreas profissionais: 3 enfermeiros, 2 assistentes sociais e 1 auxiliar de serviços gerais e 33 ajudantes de lar. A média de anos de serviço era de 8 anos, variando num intervalo de 3 meses a 23 anos. A situação contractual dos profissionais era maioritariamente contrato sem termo (71.8%).

Quando questionados sobre as principais dificuldades sentidas na interação com o idoso durante a prestação e cuidados, antes e após a implementação da MCH, conforme Tabela 1, os participantes identificaram: comunicar com idosos agitados e confusos (antes 41,2%; após 25,0%); prestar cuidados a pessoas que recusam os cuidados (antes 27.9%; após 0.8%) e interagir com idosos afásicos (antes 22.5%; após 13.2%), tendo-se verificado diferença estatisticamente significativa na redução das dificuldades de "Comunicação com idosos confusos/ agitados" (p=.009), "Prestar cuidados a idosos que recusam os cuidados" (p=.034) e "Prestar cuidados de higiene" (p=.000), antes e após a implementação da MCH.

Tabela 1 – Dificuldades dos cuidadores na prestação dos cuidados, no inicio e no fim da implementação da Metodologia de Cuidado Humanitude

Dificuldades	Antes		Após	
	n	%	n	%
Comunicação com idosos confusos/ agitados	28	41,2	17	25,0
Comunicação com idosos afásicos	15	22,5	9	13,2
Prestar cuidados em idosos em fase terminal	10	14.7	7	10.3
Prestar cuidados de higiene	4	5,9	0	0,0
Prestar cuidados a pessoas que recusam os cuidados	19	27,9	8	0,8

Quanto à análise de conteúdo realizada à questão aberta sobre "Quais são as causas das dificuldades identificadas antes da implementação da MCH?" emergiram 2 categorias: Fatores internos ou pessoais/ profissionais e fatores externos ou organizacionais.

Na categoria dos fatores internos ou pessoais/profissionais emergiram as seguintes subcategorias: deficit de formação /capacitação de competências relacionais e as caraterísticas pessoais. Relativamente ao déficit de formação /capacitação de competências relacionais, antes da implementação da MCH foi enfatizada a dificuldade em lidar com a incompreensão do comportamento dos doentes nomeadamente quando estão agitados, recusam os cuidados e não comunicam verbalmente conforme referido por estes profissionais: "Tenho dificuldade quando a pessoa não colabora comigo" (Q17); nomeadamente, "… quando a pessoa não quer colaborar na higiene pessoal" (Q35); "principalmente quando estão agressivos e não consigo melhorar a prestação de cuidados" (Q18). Foi ainda referida a necessidade da formação e capacitação sobre competências relacionais como enfatizado nestes depoimentos: "Pouca formação sobre a forma como devemos agir/ atuar com os utentes agitados e confusos" (Q38); "Porque tenho falta de formação para os compreender…" (Q15); "quando não obtenho resposta por parte do utente" (Q39). Após a implementação da MCH foi referido que" …estou com menos dificuldades, faltava realmente os pilares da humanitude" (Q28).

Quanto à subcategoria das características pessoais, antes da implementação da MCH, foi evidenciada a dificuldade na gestão das

emoções no confronto com a dor e a falta das competências relacionais e emocionais, conforme os seguintes depoimentos "Dificuldade na conjugação com o emocional e relacional" (Q4); "Sinto alguma dificuldade em cuidar de pessoas em fase terminal devido à minha dificuldade no confronto com a dor do doente e quando recusa os cuidados" (Q11). Após a implementação da MCH emergiu o seguinte relato: "…com as técnicas relacionais aprendidas vou tentar fazer o meu melhor" (Q22).

No que diz respeito à categoria dos fatores externos ou organizacionais emergiram como subcategorias: falta de conhecimentos da família (sobre a MCH e os seus efeitos), falta de recursos humanos, cuidados estarem centrados na tarefa. Relativamente à subcategoria da falta de formação dos familiares e cuidadores informais, antes da implementação da MCH foi enfatizado a família estar centrada no modelo de cuidado paternalista, de substituição da pessoa cuidada, e não compreenderem a atuação dos profissionais treinados na MCH, que incentiva a verticalização, o autocuidado e a promoção da autonomia, conforme o seguinte depoimento " fazer com que a família perceba e colabore na alteração de certas práticas e formas de cuidar, como verticalizar, não substituir a pessoa, mas estimular as suas capacidades restantes" (Q28).

Na subcategoria falta de recursos humanos, antes e após a implementação da MCH foi evidenciada a necessidade de mais recursos humanos para se poder promover o autocuidado, como enunciado por este profissional "O tempo que o utente inicialmente necessita para fazer o seu autocuidado, face ao número total de utentes para cada colaboradora…" (Q2).

A subcategoria dos cuidados estarem centrados na tarefa, antes da implementação da MCH, foi o mais evidenciado, como referido por este participante "…estar centrada na tarefa a realizar e não percecionar o foco de dor ou mal-estar da pessoa que estou a cuidar" (Q23). Após a implementação da MCH verifica-se que o foco deixa de ser a tarefa para a relação que é estabelecida com a pessoa cuidada, conforme referido "....agora estou mais preocupada com a relação que devo estabelecer com a pessoa do que com as tarefas que tenho que realizar" (Q28)

Na Tabela 2 apresentam-se as categorias e subcategorias das causas das dificuldades sentidas pelos participantes na interação com a pessoa idosa, durante os cuidados, antes e após a implementação da MCH.

Tabela 2 – Categorias e subcategorias relativas às causas das dificuldades, no inicio e no fim, da implementação da MCH

Categoria	**Subcategoria**	**Unidades de enumeração**	
		Antes	Após
Fatores Internos Pessoais/Profissionais	Défice de formação/ capacitação competências relacionais	13	9
	Características Pessoais	3	6
Fatores Externos ou Organizacionais	Falta de Conhecimentos da Família	2	0
	Falta de Recursos Humanos	1	1
	Cuidados centrados na Tarefa	4	1
Total		23	17

Relativamente à análise de conteúdo realizada à questão aberta "Que estratégias facilitam a interação com a pessoa cuidada?". Da análise de conteúdo emergiram as seguintes categorias: desenvolvimento de competências pessoais, gestão do tempo, formação/ensino e aplicação da MCH.

Na categoria do desenvolvimento das competências pessoais emergiram como subcategorias a persistência e autoconfiança. Aspetos mencionados por estes participantes: "…persistência, força de vontade, paciência… e a autoconfiança" (Q26) e "…ter confiança no meu trabalho: eu consigo!..." (Q29).

Na categoria da gestão do tempo, surge a subcategoria da rentabilização do tempo durante o cuidado, nomeadamente estimulando a pessoa, promovendo a sua autonomia e autocuidado, conforme o seguinte testemunho "…rentabilizar o tempo durante a prestação dos cuidados, interagindo, olhando e falando com ela, envolvendo-a, estimulando e incentivando a realizar os cuidados, elogiando…" (Q8).

Na categoria de formação/ensino surgem como duas subcategorias: formação na área da geriatria e formação sobre a MCH, conforme referido por estes participantes: "… aprofundar conhecimentos na área da geriatria é fundamental para melhor compreender os idosos…" (Q22). Na formação sobre a MCH foi mencionado que "…a formação sobre Humanitude ajuda-me a cuidar melhor porque me ensina como olhar, falar e tocar, como respeitar as suas vontades e como proceder com idosos mais difíceis, evitando que se agitem…" (Q30).

Na aplicação da MCH emergiram cinco subcategorias: Pilares Humanitude, negociação com a pessoa e família, conhecimento da pessoa, marcar reencontro e a intencionalidade na utilização da sequência estruturada dos procedimentos cuidativos humanitude (SEPCH). Na subcategoria dos pilares Humanitude foi enfatizada a importância de aprender como utilizar os pilares relacionais e a valorização da sua utilidade na prática dos cuidados, acalmando a pessoa e facilitando a aceitação do cuidado, conforme referido nestes depoimentos: "olhar para a pessoa de frente e ao mesmo nível e tentar falar com calma, explicando o que vou fazer…" (Q18), "usar mais o olhar, o toque e a palavra, são muito uteis para acalmar a pessoa e para que aceite os cuidados…" (Q32). Na subcategoria da negociação com a pessoa cuidada e família, foi enfatizada a importância da comunicação com a pessoa e a sua família no sentido de adequar o cuidado ao seu desejo, envolvendo-a aumentando a aceitação do cuidado, conforme referido: "Tento conversar com a pessoa para ver a melhor forma de adequar o cuidado para que aceite o cuidado e que participe…" (Q17), "uma das formas será sempre negociar com a família a melhor forma de ser realizado o cuidado…" (Q25). Relativamente à subcategoria conhecimento da pessoa foi reforçado por estes profissionais ser essencial "Ir conhecendo a pessoa dia-a-dia, analisando o cuidado que se adequa melhor para ela…" (Q21), "pensando no seu bem-estar…" (Q27). Na subcategoria marcar o reencontro foi evidenciada a importância de ao finalizar o cuidado planear o novo encontro, como referido por este participante "ter em atenção que na despedida no dia anterior programo um novo encontro…" (Q28). Na intencionalidade na utilização na prática da SEPCH emergiu este discurso: "…para se obter bons resultados temos que ter intencionalidade na forma como realizamos todos os procedimentos cuidativos humanitude…" (Q32).

Na tabela 3 apresentam-se as categorias e subcategorias das estratégias utilizadas pelos participantes para reduzir as dificuldades na interação com a pessoa idosa.

Tabela 3 – Categorias e subcategorias de estratégias utilizadas para reduzir as dificuldades, após a implementação da MCH

Categoria	Subcategoria	Unidades de Enumeração
Desenvolvimento de competências pessoais	Persistência	4
	Autoconfiança	5
Formação/ensino	Aumentar Conhecimentos	8
	Formação MCH	4
Aplicação da Metodologia Cuidado Humanitude	Pilares Humanitude	7
	Negociação com a pessoa e família	7
	Conhecimento da Pessoa	6
	Marcar Reencontro	1
	Intencionalidade	1
Gestão do Tempo	Rentabilização do tempo	2

Discussão dos resultados

Da análise aos resultados sobre a dificuldade na prestação de cuidados à pessoa idosa emergiu como principal dificuldade comunicar com idosos agitados e confusos, estes resultados foram também corroborados no estudo Simões et al. (2012) ao referir que o trato familiar e a generosidade dos participantes necessitavam de ser especializado durante a prestação de cuidados. Também Pereira et al. (2014), refere que os cuidadores manifestaram dificuldades nos cuidados a pessoas com alterações emocionais, comportamentais e cognitivas. Num estudo realizado por Melo et al. (2017b), sobre as dificuldades dos estudantes de licenciatura de Enfermagem, emergiu também como principal dificuldade a comunicação com pessoas agitadas/confusas/agressivas.

A dificuldade em comunicar com idosos afásicos foi também sentida pelos participantes da amostra, que é corroborada com os estudos realizados por Henriques (2017) e Melo et al. (2017b). Esta dificuldade é analisada pelos mentores da MCH como uma situação que ocorre devido à dificuldade na compreensão dos comportamentos da pessoa idosa e à falta da capacitação/profissionalização dos pilares relacionais (olhar, palavra e o toque) (Gineste & Pellissier, 2008).

Outra das dificuldades manifestadas pelos participantes deste estudo foi a comunicação com o idoso em fase terminal, sendo esta dificuldade sentida no estudo realizado por Henriques (2017), Melo et al. (2017b) e Henriques et al. (2019).

A recusa dos cuidados foi também uma dificuldade identificada pelos profissionais neste estudo, o que muitas das vezes provoca ansiedade e comportamentos de oposição por incompreensão do cuidado (Phaneuf, 2010). Segundo a Classificação Internacional para a prática de enfermagem a aceitação é um processo de coping que permite eliminar ou reduzir sentimento de apreensão e de tensão (CIPE, 2016). Neste sentido será fundamental uma abordagem centrada na interação (Phaneuf, 2010; Kim, 2010). Estes resultados foram também obtidos no estudo de Melo et al. (2017b), tendo os estudantes de enfermagem referido esta dificuldade, podendo estar relacionado com as atitudes e comportamentos do cuidador com a pessoa cuidada, impossibilitando a prestação dos

cuidados, conduzindo à insatisfação do cuidador e da pessoa que cuidamos (Phaneuf, 2010; Honda, 2016; Henriques et al., 2019).

Como estratégias apresentadas pelos profissionais para reduzir estas dificuldades, emergiram a MCH através da aplicação dos seus princípios, regras de arte e dos pilares humanitude, e da sequencia estruturada dos procedimentos cuidativos humanitude que permite sistematizar e operacionalizar a humanização dos cuidados prestados (Melo, et al 2019). Vários estudos corroboram estes resultados (Melo et al. (2017; Henriques, et al, 2019; Melo, Oliveira, Bogalho, Costa & Henriques 2019), em que os participantes reconheceram que a formação sobre a MCH teve contributos importantes, sendo destacado como estratégia para a diminuição da oposição aos cuidados e a prevenção dos comportamentos de agitação, facilitando a interação com a pessoa cuidada.

Conclusão

As principais dificuldades na prestação de cuidados à pessoa idosa foram comunicar com idosos agitados e confusos e que recusam os cuidados, tendo-se verificado uma redução nas dificuldades após a implementação da MCH.

As causas das dificuldades identificadas relacionavam-se com os fatores pessoais/profissionais e organizacionais. Os fatores pessoais/profissionais relacionam-se com o deficit de formação, capacitação sobre competências relacionais para lidar com a incompreensão do comportamento dos doentes e das caraterísticas pessoais, nomeadamente a dificuldade na gestão das emoções. Relativamente aos fatores organizacionais emergiram como subcategorias: falta de conhecimentos da família sobre a MCH e os seus efeitos, falta de recursos humanos, cuidados estarem centrados na tarefa.

A implementação da MCH emergiu como uma das estratégias para a redução das dificuldades sentidas, no entanto a sua implementação é um processo que necessita de acompanhamento e monitorização para a sustentabilidade e consolidação das boas práticas por todos os profissionais e participação efetiva dos gestores, criando condições para a sua implementação no sentido de se obterem melhores resultados. A mudança da cultura de cuidados assume-se como um desafio, dado que os profissionais estão, por vezes, rotinizados/formatados com determinadas práticas cuidativas e necessitam, em uma primeira fase, da consciencialização e reconhecerem as práticas que precisam de melhorar e, assim, realizar o processo de capacitação e adoção de novas práticas no cuidar.

A evidência dos resultados positivos desta metodologia de cuidado leva a reflexões sobre a necessidade de mudança da formação dos profissionais de saúde, do paradigma dos cuidados com foco na tarefa, para um cuidado relacional profissionalizado e promotor de uma sociedade mais democrática, respeitando a dignidade, autonomia e liberdade da pessoa cuidada e daquela que cuida.

Bibliografia

A bibliografia referente ao artigo "*Desafios no cuidar: estratégias facilitadoras da interação com a pessoa idosa*" encontra-se na página 79.

EXEQUIBILIDADE DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO COM INTEGRAÇÃO DE RITMO: PROGRAMA RIR

Raquel Alexandra Teixeira da Silva[1]; Patrícia Araújo[2]; Goreti Marques[3]

Resumo

Enquadramento: Desde o século passado que a música é est udada por profissionais de saúde como método de recuperação de pessoas, verificando-se progressos na reabilitação a pessoas após AVC. Assim sendo, perspetiva-se que o desenvolvimento de um programa de reabilitação com integração de ritmo seja um recuso com potencial terapêutico para a pessoa após AVC.
Objetivo: Verificar a exequibilidade do Programa de Reabilitação com Integração de Ritmo (Programa RIR).
Metodologia: Estudo piloto com quatro participantes que sofreram AVC e se encontravam institucionalizados numa Unidade de Cuidados Continuados de média duração e reabilitação do distrito do Porto. O instrumento de colheita de dados foi uma grelha de observação.
Resultados: O Programa RIR demonstrou-se ser exequível, tendo por base alguns ajustes, nomeadamente a posição dos intervenientes e a utilização do metrónomo.
Conclusão: Este estudo pode permitir o desenvolvimento de métodos de reabilitação para a pessoa após o AVC eficazes, respondendo positivamente à exequibilidade do Programa RIR.
Palavras-chave: música, reabilitação, Acidente Vascular Cerebral, programa

Abstract

FEASIBILITY OF A RHYTHM INTEGRATION REHABILITATION PROGRAM: RIR PROGRAM
Background: Since the last century, music has been studied by health professionals as a method of recovering people, with progress in rehabilitation for people after stroke. Therefore, it is expected that the development of a rehabilitation program with integration of rhythm is a resource with therapeutic potential for the person after a stroke.
Objective: To verify the feasibility of the rhythm integration rehabilitation program (RIR Program).
Methodology: Pilot study with four participants who suffered a stroke and were institutionalized in a Medium-Term Continuing Care and Rehabilitation Unit in the district of Porto. The data collection instrument was an observation grid.
Results: The RIR Program proved to be feasible, based on some adjustments, namely the position of the players and the use of the metronome.
Conclusion: This study can allow the development of effective rehabilitation methods for people after stroke, responding positively to the feasibility of the RIR Program.
Keyword: music, rehabilitation, stroke, program

Resumen

VIABILIDAD DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DE INTEGRACIÓN DE RITMO: PROGRAMA RIR
Marco contextual: Desde el siglo pasado, la música ha sido estudiada por profesionales de la salud como un método para recuperar a las personas, con progresos en la rehabilitación de las personas después de un accidente cerebrovascular. Por lo tanto, se espera que el desarrollo de un programa de rehabilitación con integración del ritmo sea un recurso con potencial terapéutico para la persona después de un accidente cerebrovascular.
Objetivo: Verificar la viabilidad del programa de rehabilitación de integración de ritmo (programa RIR).
Metodología: estudio piloto con cuatro participantes que sufrieron un derrame cerebral y se institucionalizaron en una unidad de rehabilitación y atención continua a mediano plazo en el distrito de Oporto. El instrumento de recolección de datos fue una cuadrícula de observación.
Resultados: El Programa RIR demostró ser factible, basado en algunos ajustes, a saber, la posición de los jugadores y el uso del metrónomo.
Conclusión: Este estudio puede permitir el desarrollo de métodos efectivos de rehabilitación para personas después de un accidente cerebrovascular, respondiendo positivamente a la viabilidad del Programa RIR.
Palabra clave: música, rehabilitación, accidente cerebrovascular, programa

Submetido em Agosto 2020. Aceite para publicação em Novembro 2020

[1] Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Centro Hospitalar Universitário São João; Mestre em Enfermagem de Reabilitação; email: raquelalexsilva.silva@gmail.com
[2]Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Centro Hospitalar Universitário São João; Mestre em Enfermagem de Reabilitação
[3]Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Santa Maria

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é definido como uma interrupção sanguínea a nível cerebral, que impossibilita as células, da região afetada de receber nutrientes e oxigénio. Manifesta-se através de défices neurológicos, dependendo da área lesada, que se prolongam além das 24 horas (World Health Organization [WHO], 2018).

À luz do referencial teórico de Afaf Meleis a pessoa após AVC vive uma alteração de um estado autónomo para um estado de dependência, considerando-se uma transição saúde/doença, que consequentemente despoleta uma necessidade de reajuste de papéis (transição do tipo situacional) (Meleis, 2010). Deste modo, segundo Meleis (2010) uma pessoa após AVC vive uma transição que apresenta múltiplos padrões simultâneos e relacionados.

Segundo Benjamin, E., Muntner, P., Alonso, A., Bittencourt, M. S., Callaway, C.W., Carson, A. P., …, Virani, S. S. (2018), o AVC é a principal causa de morbilidade e mortalidade a nível mundial. Apesar da evidência relatar um maior desenvolvimento tecnológico e uma reorganização dos serviços de saúde, não se constata uma total prevenção e tratamento do AVC, pelo que se regista uma necessidade de evoluir em métodos eficazes na reabilitação à pessoa após este evento (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2017) (Benjamin, et al, 2018).

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) assume um papel preponderante nos cuidados à pessoa após AVC. Este profissionais de saúde tem como competências específicas cuidar da pessoa ao longo do ciclo de vida, criar planos de cuidados especializados com vista em maximizar a funcionalidade, capacitando a pessoa para a autonomia e independência no autocuidado (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010).

Reconhecendo a necessidade acima relatada foi construído um Programa de Reabilitação com Integração de Ritmo-Programa RIR, posteriormente foi feita a sua validação de conteúdo através da técnica Delphi. Com o objetivo de testar, avaliar, aprimorar as escolhas metodológicas do programa, foi realizado um teste piloto para aferir a sua exequibilidade.

Enquadramento/Fundamentação teórica:

A música é utilizada, desde a antiguidade, como uma forma de expressão do ser humano, havendo também conhecimento que esta afeta a saúde e o bem estar (Areias, 2016). O mesmo autor reflete que apenas em meados do século XX é que a música é utilizada em contexto hospitalar e consequentemente utilizada para a produção de conhecimento sobre os seus contributos.

Num estudo de revisão efetuado por Silva, Ribeiro e Neves (2019), cujo objetivo foi determinar os contributos da música na reabilitação da pessoa após AVC, corrobora a existência de diversos estudos que procuram a música como intervenção. Constatando-se a existência dos seguintes tipos intervenções, nomeadamente: estimulação auditiva e rítmica, quando são apresentados estímulos auditivos a um ritmo fixo e os movimentos corporais são sincronizados, tendo por objetivo reabilitar movimentos que são naturalmente rítmicos; terapia com suporte musical, quando são utilizados instrumentos musicais na reabilitação motora, treinando motricidade fina e grossa; e terapia de entonação melódica, quando existe uma intervenção baseada no canto desenvolvida para reabilitar perturbações da fala (Sihvonen, et al., 2017).

Contudo, nos 12 estudos que compõem o estudo de revisão constata-se em maior número os estudos que recorrem à estimulação auditiva e rítmica, seguindo-se a terapia com suporte musical, a terapia de entonação melódica e por fim, a musicoterapia (Silva, Ribeiro e Neves, 2019).

A estimulação auditiva e rítmica tem demonstrado inúmeros benefícios na reabilitação neurológica, sendo esta intervenção composta por ouvir música e sincronizar com movimentos motores,

utilizando batimentos isócronos (Thaut, McIntosh, & Hoemberg, 2015). Sush, et al. (2014) acrescentam que as pistas auditivas surgem com o objetivo de sincronização da resposta motora, ao passo que o ritmo funciona como uma antecipação e referência do tempo em que os movimentos são efetuados.

Diversos autores comprovam, com estudos experimentais, que os movimentos repetitivos e rítmicos são eficazes na reabilitação da pessoa após AVC, visto treinarem habilidades, controlo motor, a sensibilidade e ativarem áreas cerebrais; tendo ainda por base, a sincronização da área cerebral motora com a área cerebral sensorial (Suh, et al., 2014).

Na revisão efetuada por Silva, Ribeiro e Neves (2019) os estudos que recorrem à estimulação auditiva e rítmica como intervenção, centraram-se na execução de movimentos corporais a um ritmo coordenado e em caminhar enquanto se ouvia música. Contudo, as intervenções utilizadas tiveram por base os seguintes métodos:

- Ronnie Gardiner Method – desenvolvido desde 1993, na Suécia, por um baterista de jazz. Este método pressupõe a estimulação multissensorial do cérebro, com recurso ao ritmo, música, cor, voz, texto, formas, memória, imagem corporal, movimentos e interações sociais. Tendo por base o fenómeno de neuroplasticidade, este método utiliza símbolos corporais vermelhos e azuis com códigos sonoros e movimentos do corpo correspondentes. As cores são a representação da atividade cerebral, do hemisfério direito (vermelho) representado pelo lado corporal esquerdo e o hemisfério esquerdo (azul) simbolizado pelo hemicorpo direito. Os símbolos são exibidos numa tela, num total de 18 movimentos corporais, em que os participantes realizam movimentos de bater palmas, bater com as mãos nos joelhos e bater com os pés no chão, utilizando unicamente o corpo como instrumento de trabalho. Caso a pessoa não consiga executar o movimento pretendido, solicita-se que imagine o respetivo movimento (Käll, et al., 2012);

- Caminhar sob uma esteira enquanto ouviam música, numa distância de 10 metros em piso plano, havendo a possibilidade de utilizar auxiliar de marcha caso fosse necessário (Mainka, Wissel, Voller, & Evers, 2018);

- Reprodução de movimentos rítmicos liderados pelo instrutor, iniciando-se com membros inferiores e superiores e incorporando atividades diárias como o sentar, levantar e andar. Utilizando também instrumentos de percussão, reproduzindo um ritmo previamente ouvido. Foram também efetuados alongamentos com vista a melhorar a flexibilidade (Jeong & Kim, 2007);

- Programa em que os participantes teriam de fazer movimentos rítmicos (instruídos pelo instrutor) com a parte superior do corpo (treino de equilíbrio), seguindo-se dos membros superiores e inferiores (treino de movimento musculo-articular, força e flexibilidade) e andar com ritmo (treino de marcha) (Hong & Kim, 2016).

Os diversos métodos supra mencionados diferem no tempo de implementação, variando entre quatro semanas e seis meses, sendo que alguns abordavam o grupo de exercício duas vezes por semana e outros entre quatro a cinco, tendo cada sessão uma durabilidade entre 15 a 90 minutos (Silva, Ribeiro, & Neves, 2019). A mesma revisão constata que nos diferentes estudos as sessões foram, unanimemente, realizadas em grupo.

Todavia, Pohl, Carlssom, Käll, Nilsson e Blomstrand (2018) mencionam, no seu estudo qualitativo, que as sessões em grupo são percecionadas de diversas formas, dependendo de pessoa para pessoa. Ainda assim, os mesmos autores esclarecem que algumas pessoas experimentam positivamente sessões de grupo, existindo ainda registos de experiências negativas. Havendo relatos que os participantes experienciam as sessões de grupo negativamente quando: os exercícios se tornam repetitivos, na medida em que os intervenientes não têm o mesmo grau de incapacidade; promove competição,

originando stress (Pohl, Carlssom, Käll, Nilsson, & Blomstrand, 2018).

De modo sucinto, Silva, Ribeiro e Neves (2019) sublinham que os estudos que recorrem à estimulação auditíva e ritmica obtêm como resultados melhorias a nível cognitivo e motor, nomeadamente na marcha, equilíbrio corporal e força muscular.

Apesar da evidência existente revelar evolução no conhecimento, são vários os estudos que denotam uma necessidade de evoluir em métodos de reabilitação eficazes na recuperação após AVC, reconhecendo a intervenção auditíva e rítmica como uma mais valia (Silva, et al., 2019) (Silva, Ribeiro, & Neves, 2019).

Questões de investigação/hipóteses

Será que é exequível a implementação do Programa RIR?

Metodologia

Com vista em testar a exequibilidade do Programa RIR, realizou-se um estudo piloto com recurso a uma análise descritiva. O estudo piloto permite testar o anteriormente planeado, verificando a sua adequação, bem como reformular e ajustar detalhes metodológicos que se considerem necessários.

A população é constituída por pessoas após AVC isquémico institucionalizadas numa Unidade de Cuidados Continuados de média duração e reabilitação do distrito do Porto.

Recorrendo ao processo de amostragem por conveniência, a amostra integrou quatro pessoas institucionalizadas com os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; pessoas que sofreram de AVC até seis meses. Como critérios de exclusão definem-se pessoas com: alteração do estado de consciência, avaliadas através da Escala de Coma de Glasgow; força muscular inferior a 3, na Escala de Força de Council; grau de dependência inferior a 55, de acordo com índice de Barthel; e alterações visuais.

A construção do Programa RIR teve por base a evidência científica e seguiu as orientações da Medical Research Council na guideline sobre intervenções complexas (Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M., 2019). Posteriormente foi ainda validado em consenso de peritos através do teste Delphi, passou por duas rondas, registando-se consenso de 100% entre o painel de peritos na segunda ronda, face à versão apresentada.

O Programa RIR, projetado para reabilitar pessoas após AVC, baseia-se no princípio da neuroplasticidade, recorrendo ao ritmo da música, à cor, símbolos e movimentos corporais.

O referido programa utiliza um conjunto de símbolos representativos de movimentos corporais de cor vermelha e azul, inspirado no método de Ronnie Gardiner (Käll, L., Nilsson, Â., Blomstrand, C., Pekna, M., Pekný, & Nilsson, M., 2012). As cores permitem distinguir a lateralidade dos hemicorpos, sendo que a cor azul associa-se do hemicorpo direito e o vermelho ao hemicorpo esquerdo. Os 14 símbolos desenhados para o Programa RIR pretendem representar movimentos corporais dos membros superiores, inferiores e tronco, bem como atividades de vida diária: o levantar, o andar e o sentar, tal como apresentado na tabela 1.

Tabela 1– Símbolos representativos de movimentos corporais

Símbolo	Descrição do movimento
	Bater com a mão esquerda no membro inferior homolateral.
	Bater com a mão direita no membro inferior direito.
	Bater com as mãos nos membros inferiores
	Bater mãos na região palmar.
	Bater com o pé esquerdo no chão.
	Bater com o pé direito no chão.
	Bater com os pés no chão
	Bater pés na face interna.
	Fazer inclinação lateral do tronco para a esquerda.
	Fazer inclinação lateral do tronco para a direita.
	Fazer flexão do tronco.
	Levantar e ficar em pé até 8º tempo da música (marcado pelo instrutor)
	Andar um percurso de 5 metros em linha reta e regressar até ao ponto inicial.
	Sentar.

Definiu-se as sequências de movimentos com o objetivo de iniciar o programa com exercícios dos membros superiores, inferiores, tronco, levantar, sentar e andar, sucessivamente.

O Programa RIR é uma intervenção individual, que decorre num período de seis semanas, três vezes por semana, e cada sessão tem a duração prevista de trinta minutos. As sessões subdividem-se em três: a "fase de aquecimento", em que a pessoa ouve música de ritmo binário simples, em andamento adágio; a "fase de intervenção", em que o participante deve reproduzir movimentos rítmicos durante vinte minutos, num total de três sequências de movimentos corporais rítmicos, utilizando uma música de ritmo binário simples, em andamento adágio; e a "fase de relaxamento", em que a pessoa ouve música de ritmo ternário simples, em andamento adágio.

Do programa consta um instrumento de colheita de dados que permite avaliar os participantes antes e após a execução do mesmo, mensurando os ganhos em saúde obtidos. O referido instrumento de colheita de dados subdivide em quatro partes: dados sociodemográficos (parte I); avaliação da força muscular (parte II); avaliação do equilíbrio corporal e marcha (parte III); e avaliação da qualidade de vida (parte IV). A parte I, dados sociodemográficos, permite caracterizar a amostra em estudo. A parte II consiste em avaliar o equilíbrio corporal (estático e em movimento) e a marcha, que relaciona a avaliação de sete parâmetros: início da marcha; comprimento e altura dos passos; simetria dos passos; continuidade dos passos; direção; tronco; distância dos tornozelos. A força muscular avalia-se na parte III do instrumento de colheita de dados, registando a existência ou não de movimento muscular numa escala de zero a cinco. A última parte do instrumento de dados, IV, destina-se à avaliação da qualidade de vida devendo ser respondido pelo participante do estudo, visto estar diretamente relacionada com a sua perceção da pessoa face à sua situação de vida após AVC.

Por forma a avaliar o estudo piloto elaborou-se uma grelha de observação que permitisse monitorizar a estrutura do Programa RIR, tendo por objetivo detetar falhas impercetíveis na etapa de construção do programa, bem como na validação do mesmo. Desta forma na grelha de observação consta sete sub-grupos de itens em que o avaliador observa e consequentemente determinada ser ou não exequível, nomeadamente: materiais, atividades, pessoas, local, duração, adaptabilidade e instrumento de colheita de dados.

A grelha de observação foi preenchida por um EEER com conhecimento prévio do construto do Programa RIR, embora que cego aos objetivos do estudo.

O software Microsoft® Excel permitu organizar os dados recolhidos, procedendo-se após a uma estatística descritiva na sua análise.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Santa Maria, com número de registo 2020/04, tendo o comprovativo de aprovação sido fornecido às representantes das Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação, que previamente autorizaram a realização do estudo nos respetivos contextos.

Após explicação do estudo solicitou-se aos participantes assinassem o consentimento informado, garantindo a confidencialidade das informações obtidas e da liberdade de abandono ou recusa de participação em qualquer fase da investigação, sem que isso acarrete prejuízo.

Resultados

O estudo piloto do Programa RIR realizou-se numa Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação do distrito do Porto, nos meses de fevereiro e março de 2020. E contou com uma amostra de quatro pessoas, duas do sexo masculino e duas do sexo feminino com idades compreendidas entre os 71 e 84 anos; aquando do início

do estudo, a amostra variou entre zero e quatro meses após AVC. Quanto ao grau de dependência, segundo o Índice de Brathel, é possível classificar que todos os participantes foram considerados dependentes em grau moderado (DGS, 2011).

Com o propósito de verificar a exequibilidade do Programa RIR analisaram-se os dados obtidos através da grelha de observação, tendo em conta os itens: material atividades, pessoas, local, duração, adaptabilidade e instrumento de colheita de dados.

Relativamente ao material utilizou-se, tal como planeado, duas cadeira, mangas (azuis e vermelhas), projetor, computador e apresentação do programa em suporte informático com recurso ao software Power Point®. Após análise dos resultados obtidos verifica-se que é exequível a utilização dos materias definidos para a realização do Programa, tal como previamente definido.

No que diz respeito às atividades, estas subdividem-se em: "Fase de aquecimento", "Fase de intervenção" e "Fase de relaxamento". Verificaram-se parâmetros comuns nas atividades, nomeadamente na execução das sessões individuais e na posição da pessoa que ministra a sessão. Foi previamente definindo no programa quem ministra a sessão devia estar sentado ao lado do participante. Durante o estudo piloto, constatou-se ser necessário ajustar a posição do investigador, passando a ficar diante do participante, servindo de espelho, facilitando assim a execução dos movimentos rítmicos pretendidos; porém considera-se exequível a execução das atividades em sessões individuais.

De salientar que no primeiro contacto entre o investigador e os participantes, procedeu-se à apresentação do Programa RIR, esclarecimento de dúvidas e obteve-se o consentimento informado assinado. Com o estudo piloto foi possível verificar-se uma total exequibilidade das atividades delineadas para o primeiro contacto.

Na "fase de aquecimento" a pessoa ouviu música com ritmo binário simples, em andamento adágio durante cinco minutos; o que se registou ser exequível.

Na "fase de intervenção" a pessoa reproduziu movimentos rítmicos, com músicas de ritmo binário simples em andamento adágio. A referida fase compõe-se por três sequências de movimentos corporais rítmicos que se representam através de símbolos. Cada sequência executou-se durante cinco minutos, destacando-se um minuto e meio de pausa entre as mesmas. Considerou-se relevante no princício de cada sessão relembrar os símbolos que representam movimentos corporais rítmicos; bem como ensinar, instruir e treinar as sequências de movimentos corporais. Deste modo, constatou-se ser possível executar a "fase de intervenção" previamente delineada, quanto às sequências de movimentos corporais, duração, tempo de pausa e música; porém, considerou-se ser necessário reajustar alguns detalhes, designadamente: aquando instruir e treinar a sequência de movimentos rítmicos utilizando o metrónomo.

Na "fase de relaxamento" a pessoa ouviu a música com ritmo ternário simples, em andamento adágio durante cinco minutos; o que se verificou ser exequível.

No que diz respeito às pessoas que intervêm na aplicação do Programa RIR, constam o investigador que ministra as sessões e o EEER que aplica o instrumento de colheita de dados; considerando-se ser exequível a intervenção das pessoas definidas.

As sessões executaram-se numa sala unicamente utilizada para o programa, com ambiente calmo, tal como planeado, o que demonstrou ser exequível ao longo do estudo piloto.

No que se reporta à duração do programa, experienciando o Programa RIR ao longo de seis semanas, com uma frequência de três vezes por semana e com uma duração máxima de trinta minutos por sessão, constatou-se ser exequível.

Por forma a garantir a adaptabilidade, permitiu-se a utilização de auxiliar de marcha, caso necessário, bem como na impossibilidade

da pessoa executar o movimento, admitiu-se que o imaginasse. O estudo piloto demonstrou que este ponto seria exequível através de reajustes nos programa.

Por fim, no que diz respeito ao instrumento de colheita de dados, proposto para ser implementado antes e após programa, compõem-se com o preenchimento dos dados sociodemográficos e avaliação do equilíbrio corporal, marcha, força muscular e qualidade de vida. Após implementação do planeado constatou-se ser de fácil compreensão e adequado aos objetivos do programa.

Em suma, é possível afirmar que o Programa RIR é exequível, embora se registasse necessidade de alguns ajustes no seu planeamento.

Discussão

Assente em diversos pressupostos, a intervenção complexa foi desenvolvida tendo em conta: os materiais; a atividade; a música, o local, as pessoas envolvidas, a adaptabilidade e o instrumento de colheita de dados.

Para o Programa RIR destaca-se a necessidade de alguns materiais, nomeadamente: duas cadeiras, mangas azuis e vermelhas, projetor e computador.

As mangas azuis e vermelhas surgem na necessidade de identificar os hemicorpos e fazer distinção entre eles, tal como experienciado no Metódo de Ronnie Gardiner (Käll, et al., 2012). As cores eleitas azul, representativo do hemicorpo direito, e vermelho, hemicorpo esquerdo, são vistas como cor fria (que confere calma e tranquilidade) e cor quente (que se atribui à ação), respetivamente (Farina, Perez, & Bastos, 2006); considerando que esta combinação tem um bom equilíbrio entre si (Lüscher, 1999). As mangas, bem como a identificação das cores mostraram-se ser exequíveis ao longo do estudo piloto.

Para o programa criou-se um conjunto de símbolos representativos de movimentos corporais, em que a sua elaboração consistiu na importância dos participantes identificarem o movimento pretendido, tal como experienciado por Käll, et al. (2012), Hong, & Kim (2016) e Mainka, Wissel, Valter, & Evers (2018). Os referidos símbolos apresentam-se, através de uma projeção numa tela branca, em forma de sequência circular, no sentido do ponteiro do relógio, por forma a definir uma sucessão de movimentos corporais que o participante deverá executar ritmadamente. O estudo piloto comprova a exequibilidade das sequências predefinidas, pelo investigador, bem como a identificação dos símbolos face aos movimentos corporais pretendidos.

O Programa RIR inicia-se com um primeiro contacto entre o investigador, que ministra a sessão, e os possíveis participantes, previamente selecionados pelos profissionais da instituição de acordo com os critérios de elegibilidade. Previamente à implementação do programa projetou-se que o primeiro contacto fosse composto por: apresentar o programa, mantendo os possíveis participantes cegos aos objetivos do estudo; abordar os princípios éticos inerentes ao programa; esclarer as dúvidas; assinar consentimento informado; o que se mostrou praticável no estudo piloto.

Com foco na durabilidade do programa e com base na evidência científica, constata-se que o tempo de implementação de programas de reabilitação que integram ritmo varia entre quatro semanas e seis meses, com uma frequência semanal de duas, quatro ou cinco vezes, em que as sessões têm uma durabilidade entre 15 a 90 minutos (Silva, et al., 2019). Assim, definiu-se para o Programa RIR uma durabilidade de 6 semanas, com uma frequência de 3 vezes por semana, em que cada sessão teve uma duração máxima de 30 minutos. Esta projeção considerou-se executável no estudo piloto.

Quanto ao planeamento das sessões considera-se necessária a sua subdivisão em três fases: a "fase de aquecimento", a "fase de intervenção" e a "fase de relaxamento".

Na primeira proposta do Programa RIR sugeriu-se que na "fase de aquecimento" a pessoa ouça música durante 5 minutos, tendo

em conta alguns estudos (Schnitzer & Trela, 2012) (WHO, & DOH, 2009); constatando-se uma total exequibilidade da "fase de aquecimento".

Para a "fase de intervenção" projetou-se que a pessoa execute movimentos corporais rítmicos representados através de símbolos durante 20 minutos, compondo-se em três sequências de movimentos corporais rítmicos (com um mínimo de três símbolos e um máximo de sete), com um minuto e trinta segundos de pausa entre sequências. O tempo predifinido para a sessão teve por base estudos efetuados por Silva, et al. (2019) e Senna, Britto, Gomes, Bastos, & Novaes (2010). O que se verifica, no estudo piloto, uma total exequibilidade da "fase de intervenção" planeada.

De referir que aquando da planificação inicial da "fase de intervenção" definiu-se ser necessário, previamente à intervenção, relembrar os símbolos representativos de movimentos corporais presentes na sessão, bem como julgou-se necessária a instrução e treino das sequências planeadas. No estudo piloto denotou-se uma exequibilidade do definido, porém revela-se uma necessidade de instruir e treinar a sequência de movimentos corporais rítmicos com auxilio do metrónomo, que se verificou executável.

Com base na evidência científica quando se equaciona que o processo de reabilitação deve ser definido tendo em conta o padrão de desenvolvimento de um latente (Menoita, et al., 2012); assim como se constata em estudos experimentais a evolução dos exercícios, com início nos membros superiores e inferiores, prosseguindo para atividades de vida diária (Hong, & Kim, 2016). Deste modo definiu-se para o Programa RIR uma diferenciação de movimentos corporais ao longo das semanas (iniciando-se com movimentos dos membros superiores e inferiores, na primeira semana; na segunda semana acresce movimentos do tronco; na terceira semana adiciona-se aos movimentos corporais anteriores o levantar e o sentar; na quarta semana são realizados todos os movimentos em posição ortostática; nas duas últimas semanas compilam-se todos os exercícios até então realizados conjugando o andar). Face a este princípio constatou-se uma total exequibilidade no estudo piloto desta investigação.

No que concerne à "fase de relaxamento" planeou-se uma duração de cinco minutos em que o participante ouve música, por forma a pessoa retomar à calma após a "fase de intervenção", tal como prevê WHO, & DOH, 2009; quanto à exequibilidade verificou-se ser positiva.

Diversos estudos executam intervenções com integração de ritmo em sessões de grupo, todavia existem relatos de pessoas que vivenciam sentimentos negativos (stress e competição) quando frequentam sessões em grupo, justificando que nem todos os participantes têm o mesmo grau de incapacidade, o que pode originar desmotivação (Pohl, Carlssom, Käll, Nilsson, & Blomstrand, 2018); posto isto planeiam-se para o Programa RIR sessões individuais. Esta opção demonstrou-se ser possível na prática.

Relativamente à música, julgou-se ser benéfica a utilização de música de ritmo binário simples para a "fase de aquecimento" e a "fase de intervenção" e música de ritmo ternário simples para a "fase de relaxamento", segundo estudo realizado por Caminha, Silva, & Leão (2009). De um modo particular salientou-se que na "fase de intervenção" o movimento deva ser executado no tempo um do ritmo binário, ao passo que o tempo dois seja de pausa e preparação para o novo movimento corporal, à exceção dos movimentos de tronco (flexão e inclinação) serem efetuados em 4 tempos (tempo forte para fazer a inclinação/ flexão, no tempo fraco permanecer na posição, no tempo forte seguinte retomar à posição inicial e no tempo fraco permanecer na posição inicial). Para todas as fases preconizou-se a utilização de música com andamento adágio e atendendo a que a música desencadeia sentimentos na pessoa considerou-se pertinente escolher

músicas instrumentais para o programa e que sejam projetadas com auxilio do metrónomo. Os referidos pressupostos comprovaram-se ser exequíveis ao longo do estudo piloto.

Quanto ao local predefinido para a execução do Programa RIR ponderou-se a utilização de uma sala com ambiente calmo, unicamente utilizada para o programa; o que se demonstrou exequível ao longo do estudo piloto.

Quanto à adaptabilidade foi ponderada como estratégia: caso a pessoa não consiga executar o movimento corporal pretendido solicita-se que esta o imagine; assim como se autoriza a utilização de auxiliar de marcha, caso seja necessário. Estas estratégias tiveram por base estudos prévios, como o de Käll, et al. (2012), e demonstraram ser praticáveis ao longo do estudo piloto.

Por fim, o instrumento de colheita de dados desenhou-se de modo a ser aplicado no pré e pós programa, sendo composto por quatro partes, intituladas: dados sociodemográficos, avaliação do equilíbrio corporal e marcha, avaliação da força muscular e avaliação da qualidade de vida; o que se demonstrou ser possível com a sua aplicação.

As limitações deste estudo surgem no facto de ter sido utilizada uma amostra de uma única Unidade de Cuidados Continuados de média duração e reabilitação. Contudo, o processo de seleção deveu-se à facilidade de acesso aos participantes, bem como os casos existentes à data de investigação.

Conclusão

Esta investigação permitiu desenvolver um método de reabilitação com integração de ritmo para pessoas após AVC, podendo considerar-se uma intervenção autónoma para Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

A intervenção complexa, o Programa RIR desenvolveu-se com base na evidência científica, reforçando a sua validação em consenso de peritos e por fim verificou-se ser exequível através deste estudo piloto. Deste modo, sugere-se para investigações futuras testar a efetividade do Programa RIR.

Não obstante, acredita-se que após verificação da efetividade do Programa RIR, nesta versão final, poderá ser passível de alterações e individualização, ajustando-se às necessidades da pessoa.

Referências bibliográficas

Areias, J. (2016). A música, a saúde e o bem estar. Nascer e Crescer, 25(1). Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v25n1/v25n1a01.pdf.

Benjamin, E., Muntner, P., Alonso, A., Bittencourt, M. S., Callaway, C.W., Carson, A. P., … Virani, S. S. (2018). Heart Disease and Stroke Statistics—2018 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation 139(10), p.56-528. doi: 10.1161/CIR.0000000000000659

Caminha, L., Silva, M., & Leão, E. (2009). A influência de ritmos musicais sobre a percepção dos estados subjetivos de pacientes adultos em hemodiálise. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43(4), 923-929. doi: 10.1590/S0080-62342009000400026.

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2019). Developing and evaluating complex interventions: Following considerable development in the field since 2006, MRC and NIHR have jointly commissioned an update of this guidance to be published in 2019. Recuperado de https://mrc.ukri.org/documents/pdf/complex-interventions-guidance/.

Direção-Geral de Saúde [DGS] (2011). Norma da Direção Geral da Saúde: Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Lisboa: [s.n.]. Recuperado de https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017). Programa Nacional para as Doenças cérebro-cardiovasculares. Lisboa: DGS. Recuperado de https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/aaaaaaaaaaa_pndccv-2017-temp-pdf.aspx

Farina, M.; Perez, C.; Bastos, D. (2006). Psicodinâmica das Cores em Comunicação. São Paulo: Editora Edgard Blucher Ltda

Hong, H., & Kim, Y. (2016). Effect of Rhythmic Movement Program to Improve Walking Ability for Elderly Patients with Stroke. Indian Journal of Science and Technology, 9(26). doi: 10.17485 / ijst / 2016 / v9i26 / 97366

Käll, L., Nilsson, Â., Blomstrand, C., Pekna, M., Pekný, & Nilsson, M. (2012). The effects of a rhythm and music-based therapy program and therapeutic riding in late recovery phase following stroke: a study protocol for a three-armed randomized controlled trial. BMC Neurology, 12(141). doi: 10.1186 / 1471-2377-12-141

Lüscher, M. (1999). Test de los cores. Barcelona: Paidós.

Mainka, S., Wissel, J., Voller, H., & Evers, S. (2018). The Use of Rhythmic Auditory Stimulation to Optimize Treadmill Training for Stroke Patients: A Randomized Controlled Trial. Frontiers in Neurology, 9. doi: 10.3389 / fneur.2018.00755.

Meleis, A. (2010). Transitions theory: Middle-Range and situation specific theories in nursing and practice. New York: Springer Publishing Company.

Menoita, E., Sousa, L.; Alvo, I. & Vieira, C. (2012). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: OE. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Pohl, P., Carlssom, G., Käll, L., Nilsson, M., & Blomstrand, C. (2018). Experiences from a multimodal rhythm and music-based rehabilitation program in late phase of stroke recovery - A qualitative study. PLoS One, 13(9). doi: 10.1371/journal.pone.0204215

Schnitzer, C., & Trela, P. (2012). Communicate the value of warm-up, cool-down and stretching. Functional U, 10(4),p. 7-13.

Senna, G., Britto, R., Gomes, T., Bastos, A., & Novaes, J. (2010). Influência de 2 diferentes tempos de intervalos entre exercícios e métodos de treino no desempenho da força. Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício, 4(24), p. 593-599. Recuperado de http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/289/291.

Silva, R., Ribeiro, O., & Neves, H. (2019). Contributos da música na reabilitação da pessoa após acidente vascular cerebral. Enfermagem Brasil, 18(5), p. 710-716. doi: 10.33233/eb.v18i5.2844

World Health Organization [WHO]. (2018). World Health Organization [Web site]. Recuperado de https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1.

World Health Organization [WHO], & Department of Health [DOH]. (2009). A Training Manual for Health Workers on Healthy Lifestyle: An Approach for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Filipinas: WHO and DOH

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A DIRETIVA ANTECIPADA DE VONTADE NO FIM DE VIDA

Lúcia Santos[1]; Manuela Cerqueira[2]

Resumo

Introdução: Face aos avanços da ciência e da medicina, os profissionais de saúde, deparam-se no seu quotidiano com dificuldades e dilemas éticos e morais no cuidar em fim de vida.
Objetivos: Identificar as dificuldades dos profissionais de saúde no cumprimento da Diretiva Antecipada de Vontade (DAV), no cuidar da pessoa em fim de vida.
Metodologia: abordagem qualitativa, estudo de caso, entrevista semiestruturada dirigida a enfermeiros e médicos a desenvolver funções numa unidade de cuidados intensivos e numa equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos de um hospital da região norte de Portugal, para a recolha de dados. Análise de conteúdo segundo Bardin (2016), como procedimento para a análise dos dados. Os procedimentos ético-moral foram respeitados.
Resultados: Verificamos uma variabilidade de dificuldades experienciadas pelos profissionais no cumprimento da DAV ao cuidar do fim de vida nomeadamente: Tomada de decisão; Tomada de decisão perante situações de conflito familiar; Aceitação da incurabilidade; Lidar com os princípios éticos pessoais; Lidar com as expectativas da família e lidar com a falta de divulgação.
Conclusão: É necessário valorizar o modelo humanista como norteador da prática de cuidados. Urge uma maior sensibilização dos profissionais de saúde sobre importância da DAV e apostar na sua formação.
Palavras Chaves: Diretiva Antecipada de Vontade; Profissionais de Saúde; Dificuldades; Cuidar

Abstract

HEALTH PROFESSIONALS AND THE EARLY WILL DIRECTIVE AT THE END OF LIFE
Introduction: In view of the advances in science and medicine, health professionals face, in their daily lives, difficulties and ethical and moral dilemmas in caring at the end of their lives.
Objectives: To identify the difficulties of health professionals in complying with the Anticipated Directive of Will (DAV), in caring for the person at the end of life.
Methodology: qualitative approach, case study, semi-structured interview directed to nurses and doctors to develop functions in an intensive care unit and an in-hospital support team in palliative care at a hospital in the northern region of Portugal, for da-ta collection. Content analysis according to Bardin (2016), as a procedure for data analysis. Ethical-moral procedures were respected.
Results: We verified a variability in the difficulties experienced by professionals in ful-filling the DAV when taking care of the end of life, namely: Decision making; Decision making in situations of family conflict; Acceptance of incurability; Deal with personal ethical principles; Deal with family expectations and deal with lack of disclosure.
Conclusion: It is necessary to value the humanist model as a guide for the practice of care. There is an urgent need to raise awareness among health professionals about the importance of VAD and invest in their training.
Key words: Anticipated Will Directive; Health professionals; Difficulties; Take care

Resumen

LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y LA DIRECTIVA TEMPRANA DE LA VOLUNTAD AL FINAL DE LA VIDA
Introducción: Ante los avances de la ciencia y la medicina, los profesionales de la sa-lud enfrentan, en su día a día, dificultades y dilemas éticos y morales en el cuidado al final de su vida.
Objetivo: Identificar las dificultades de los profesionales de la salud en el cumplimien-to de la Directiva de Voluntad Anticipada (DAV), en el cuidado de la persona al final de la vida.
Metodología: abordaje cualitativo, estudio de caso, entrevista semiestructurada diri-gida a enfermeros y médicos para desarrollar funciones en una unidad de cuidados intensivos y un equipo de apoyo hospitalario en cuidados paliativos en un hospital de la región norte de Portugal, para la recogida de datos. Análisis de contenido según Bar-din (2016), como procedimiento de análisis de datos. Se respetaron los procedimientos ético-morales.
Resultados: Verificamos una variabilidad en las dificultades que experimentan los pro-fesionales en el cumplimiento de la VDA en el cuidado del final de la vida, a saber: Toma de decisiones; Toma de decisiones en situaciones de conflicto familiar; Acepta-ción de incurabilidad; Abordar los principios éticos personales; Ocúpese de las expec-tativas de la familia y resuelva la falta de divulgación.
Conclusión: Es necesario valorar el modelo humanista como guía para la práctica del cuidado. Existe una necesidad urgente de concienciar a los profesionales de la salud sobre la importancia de la DAV e invertir en su formación.
Palabras clave: Directiva de voluntad anticipada; Profesionales de la salud; Dificulta-des; Cuídate

Submetido em Agosto 2020. Aceite para publicação em Novembro 2020

[1]Enfermeira na ULSAM, email: luciebsantos@hotmail.com
[2]Doutora em Enfermagem, área de especialidade Cuidados Paliativos, Prof. Adjunta na ESS/IPVC; Investigadora UICISA: E Cluster of the Health School of the Polytechnic Insti-tute of Viana do Castelo à Health Sciences Research Unit: Nursing UICISA: E Nursing school of Coimbra – Portugal; email: manuelacerqueira@ess.ipvc.pt

INTRODUÇÃO

Face aos avanços da ciência e da medicina, o acesso aos cuidados de saúde está mais facilitado, e o processo de morrer ganha mais relevo nos contextos hospitalares. Estes são espaços onde o processo de morrer é olhado como algo assustador, rodeado de alta tecnologia e de intervenções orientadas para o prolongamento da vida humana.

Associado a este ensejo de dar à pessoa doente mais tempo de vida, surge a questão essencial, em que medida todas as intervenções respeitam a vontade da pessoa em fim de vida? E que dificuldades os profissionais de saúde encontram para respeitar essa mesma vontade?

Reconhecer a pessoa como única, individual com a sua subjetividade e a sua circunstância é primordial para um cuidar focado nas necessidades/problemas presentes. Ela tem uma história de vida com experiências passadas e presentes com valores que conduziram a sua atitude perante a vida, exigindo deste modo, aos profissionais de saúde, olhar para esta pessoa como um sujeito de cuidados.

Mediante o exposto e face aos dilemas éticos que resultam do cuidar do doente em fim de vida, emerge a necessidade de nos debruçarmos sobre as dificuldades dos profissionais de saúde relacionados com o fim de vida, nomeadamente, devo prolongar a vida? Devo encurtar a vida? Ou devo respeitar o curso natural da vida? A quem cabe a tomada de decisão? Como respeitar a opção do testamento vital?

A consciência social de que os cuidados de saúde devem ser mais humanizados e centrados no carater holístico da pessoa em qualquer fase do seu ciclo de vida, conduziu a uma maior análise crítica sobre o exercício de autonomia da pessoa, como pilar fundamental dos cuidados de saúde, podendo ser traduzido através de um consentimento informado e, de um Testamento Vital.

Neste contexto, a Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, que aprovou o Testamento Vital, veio criar um instrumento legal que vincula antecipadamente a vontade da pessoa, no que respeita aos tratamentos que pretende ou não receber em determinada condição de saúde, assegurando desta forma, o direito à autodeterminação num momento em que a capacidade individual para o seu gozo se encontra condicionada.

Assim, as Diretiva Antecipada de Vontade surgiram como uma necessidade de fortalecer a compreensão do princípio da autonomia perante a grande evolução médico-científica, principalmente no campo da medicina de sustentação da vida humana, quando o doente não está na posse das suas capacidades cognitivas. As Diretiva Antecipada de Vontade constituem a primeira ferramenta legal para podermos comunicar formalmente a nossa vontade relativa aos cuidados de saúde no fim da vida.

Posto isto, colocamos como questão de investigação quais as dificuldades dos profissionais de saúde no cumprimento da Diretiva Antecipada de Vontade, no cuidar da pessoa em fim de vida, com o objetivo de identificar as dificuldades dos profissionais de saúde no cumprimento da Diretiva Antecipada de Vontade ao cuidar da pessoa em fim de vida, tendo como finalidade contribuir para uma melhor tomada de decisão perante o fim de vida.

ENQUADRAMENTO

Numa era marcada pela tecnologia, a humanização dos cuidados de saúde, implica um esforço continuo em vários níveis. Em termos de formação académica, é necessário que o ensino de enfermagem e médico se foquem intensivamente na dimensão humana e nas relações interpessoais. Segundo Nogueira (2010), "aprender a lidar com a vida e com a morte implica um novo parâmetro formativo, com enfase especial na preservação da dignidade da pessoa humana" (p.1).

Partindo deste pressuposto, é essencial um forte investimento na formação ética, deontológica e jurídica dos profissionais de saúde que lhes permita aplicar as normas já

existentes aos reais e complexos casos com que lidam no seu dia-a-dia, de forma a se alcançar maior humanização nos cuidados de saúde.

Contudo, o tendencial desenvolvimento tecnológico da medicina e da ciência trouxe também como consequência negativa, a progressiva desumanização dos cuidados de saúde. O avanço tecnológico tem determinado alguma centralidade nas técnicas, tornando os profissionais de saúde "prisioneiros da abordagem científica do corpo humano, reduzindo-o a corpo objecto" (Hesbeen, 2000, p.16).

O cuidar exige um olhar sempre atento, abrangente, de interação e de integração, em que o todo suplante a soma das partes, um cuidado humanizado. Hesbeen define cuidar como uma arte, "(…) é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular" (2000, p.37). É impensável falar-se em cuidados de saúde, sem falar na humanização dos cuidados.

A humanização impõe que a técnica seja apenas um meio e o doente seja sempre o alvo principal do cuidado, o centro das atenções e dos esforços. Implica ainda, que numa equipa de saúde haja um rosto, uma referência, uma pessoa capaz de manter o diálogo com o doente, capaz de responder às suas dúvidas, de acalmar as suas angústias e medos (Neves e Pacheco, 2004).

Vieira e Maia (2013) acrescentam que:

"a empatia é uma importante característica que possibilita aos profissionais um fazer diferenciado, com vistas na humanização da assistência e à medida que novas tecnologias vêm se incorporando (…), é exigida uma maior qualificação dos profissionais para operá-las com precisão, segurança e eficácia" (p.21).

Posto isto, o enfermeiro pela proximidade com o doente, por estabelecer com o doente um clima de confiança e compreensão, pertence-lhe um papel de destaque na humanização. Comungam da mesma opinião, Neves e Pacheco (2004) "ao enfermeiro cabe um papel muito especial na humanização" (p.371). Citando Neves e Pacheco (2004) o profissional de enfermagem que se dedica com "entusiasmo, com perseverança e qualidade à tarefa da humanização cumpre de forma exemplar o seu dever e coroa a qualidade profissional e técnica com a dimensão humaníssima do saber estar com o doente" (p.373). Ainda, no artigo 89.º do Código Deontológico (Lei n. º111/2009 de 16 de setembro) é contemplada a responsabilidade do enfermeiro na humanização dos cuidados,

"O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de:

a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;

b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa" (p.6549, 2009).

Deste modo, cuidar do outro exige novas formas de pensar e agir, realçando uma maior valorização da componente humana a par do desenvolvimento tecnológico. Para atender às múltiplas dimensões e aspetos do cuidado à pessoa, torna-se necessário a utilização de novas ideologias, capazes de envolverem a complexidade e a integralidade do cuidado, de uma forma holística. Citando Serrano (2011) a Enfermagem é uma profissão de relação, centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, único e indivisível num momento único de cuidado.

É na prestação de cuidados, que nos confrontamos com as situações de grande complexidade, tal como, refere Hesbeen (2000), para cuidar, o complexo está omnipresente desde que se trate de prestar uma atenção individual à pessoa. Hesbeen considera que os cuidados de enfermagem "(…) são compostos de múltiplas acções que são sobretudo, apesar do lugar tomado pelos

gestos técnicos, uma imensidão de «pequenas coisas» que dão possibilidade de manifestar uma «grande atenção» ao beneficiário dos cuidados e aos seus familiares (…)" (2000, p.47). Para o mesmo autor, esta atenção a «pequenas coisas» demonstra preocupação do profissional com o outro, na sua existência.

Assim, como a pessoa é situada na circunstância, o cuidado também tem de ser situado, ouvindo a pessoa, perguntando-lhe o que prefere, seria completamente inapropriado pretender cuidar de alguém, sem considerar os seus valores, opiniões, interesses (Nunes, 2016).

O enfermeiro assume assim, um lugar privilegiado, pois geralmente é também, o profissional que melhor conhece o doente, e todo o seu contexto familiar e sociocultural, ou seja, a sua história de vida, fazendo com que tenham maior conhecimento das necessidades especificas dos doentes e família, de maneira a que seja assegurada a resposta mais adequada a essas mesmas necessidades (Pacheco, 2014).

Neste sentido, qualquer enfermeiro deve estar preparado para acompanhar, entender e ajudar as pessoas, essencialmente em momentos mais difíceis, como é o caso de doentes em fase terminal, ou doentes críticos.

Segundo o Regulamento n. º 124/2011 "a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica" (p.8656), e que numa situação de dependência é excluída do seu ambiente e fica sujeita aos cuidados que lhe são prestados, num local desconhecido e temível.

A doença, sobretudo numa situação crítica, surge na vida de uma pessoa de forma inesperada, trazendo consigo uma variedade de sentimentos e mudanças no quotidiano de cada um, que serão vivenciadas por cada pessoa, por cada família, de forma muito própria e muito particular.

Por tudo o que foi dito, ressalva-se a importância do cuidar e não apenas o curar, muitas vezes associado ao doente crítico. Citando Nunes (2016), os profissionais de saúde não têm como único objetivo "manter índices fisiológicos", mas também "cuidar de uma pessoa" (p.79).

Em ambas as situações tanto no doente em fim de vida, como no doente em estado crítico, a morte pode estar eminente, pelo que os profissionais de saúde devem desenvolver competências para lidar com estas situações, não apenas competências na área do conhecimento técnico-científico, mas também, competências humanas.

O enfermeiro que convive diariamente com doentes em estado crítico ou em fim de vida, depara-se com pessoas que atravessam períodos de instabilidade a vários níveis. Numa alusão à Teoria das Transições defendida por Meleis (1991), a pessoa que recorre a uma instituição de saúde experiência processos de transição saúde-doença, processos estes que, pelo seu potencial de instabilidade, reivindicam a intervenção dos enfermeiros. Para Meleis (2010), a intenção da enfermagem no cuidar da pessoa em situação crítica é apoiar as pessoas nas situações de transição ou em antecipação de uma transição, como por exemplo nos casos de acidente ou de doença aguda/crónica com vista ao seu bem-estar.

Apesar da sociedade se encontrar cada vez mais despersonalizada, contínua a esperar de nós profissionais de saúde, uma prestação de cuidados com qualidade e competência, privilegiando um cuidado individualizado, de forma a exercitarmos as nossas habilidades e conhecimentos, e acima de tudo colocar o nosso saber e a nossa experiência ao dispor da pessoa em situação crítica ou em fim de vida.

Como forma de fundamentar o agir do profissional em Enfermagem surge o Código Deontológico do Enfermeiro, sendo considerado uma ferramenta indispensável em todas as áreas de intervenção do enfermeiro. Este Código rege-se pelas leis vigentes no país e nele são enunciados os deveres da profissão, sustentados nos direitos dos cidadãos, assim como, as responsabilidades que a profissão

assumiu. Citando Deodato (2014), os deveres deontológicos do enfermeiro "são deveres que se constituem com uma base ética de sustentação, colocando a pessoa cliente do cuidado, no centro da proteção profissional" e acrescenta, também, que "(…) existem pela necessidade de manter protegida a pessoa, os seus direitos e a sua dignidade em todo o ato de cuidado" (p.114).

Os deveres deontológicos moldam-se ao evoluir da sociedade, dando assim resposta às exigências do tempo, mas também, de igual modo, preservam a sua natureza ética que reside na defesa da dignidade da pessoa humana (Deodato, 2014).

Assim, o enfermeiro no seu exercício profissional procura a excelência, assumindo o dever de:

"a) Analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude;

b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;

c) Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;

d) Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados;

e) Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das actividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos;

f) Abster -se de exercer funções sob influência de substâncias susceptíveis de produzir perturbação das faculdades físicas ou mentais" (artigo 88º, Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro, p.6549).

Assim, o enfermeiro na sua prática diária deverá assumir cada desafio com maturidade profissional e com respeito pela individualidade da pessoa doente, respeitando assim, os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, ou seja, os enfermeiros nunca poderão ser meros executores de cuidados, devem ser prestadores de cuidados de excelência. É evidente, que para tal, é necessário, uma aproximação com o outro, pois o "o profissionalismo está nesta subtiliza, nesta capacidade de ir ao encontro do outro e dar sentido a esse encontro e, depois, de fazer caminho com ele" (Hesbeen, 2000, p.72).

Apesar de validada a liberdade parece ser impedida diante das normas legais, administrativas, éticas e institucionais que condicionam e delimitam a prática, e é exatamente aí que, segundo Przenyczka [et al.] (2012), reside o paradoxo da liberdade/ autonomia no exercício profissional do enfermeiro. Muitas vezes, o enfermeiro ao ser confrontado com uma vontade expressa pelo doente que interfere no seu processo de doença, confronta-se com situação de grande complexidade e interroga-se sobre a forma como deve agir, perante o princípio da autonomia do doente. Neste sentido, torna-se necessário um profundo conhecimento das competências, deveres e obrigações dos profissionais de saúde, de modo a respeitar e proteger a vida como um direito fundamental das pessoas.

Deste modo, o enfermeiro ao estabelecer uma relação de cuidado com as pessoas, assume o dever de cuidado. Este dever encontra-se fundamentado no Código Deontológico dos Enfermeiros, no direito ao cuidado do artigo 83º. Neste artigo está contemplado que para todos os cidadãos portugueses:

"O enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de:

a) Co -responsabilizar -se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento;

b) Orientar o indivíduo para outro profissional de saúde mais bem colocado

para responder ao problema, quando o pedido ultrapasse a sua competência;

c) Respeitar e possibilitar ao indivíduo a liberdade de opção de ser cuidado por outro enfermeiro, quando tal opção seja viável e não ponha em risco a sua saúde;

d) Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas;

e) Manter-se no seu posto de trabalho enquanto não for substituído, quando a sua ausência interferir na continuidade de cuidados" (Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro, p.6548).

No artigo 82º está definido o dever do profissional de enfermagem no respeito do direito da pessoa à vida, durante todo o ciclo vital. Assim o enfermeiro tem o dever de:

"a) Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias;

b) Respeitar a integridade bio -psicossocial, cultural e espiritual da pessoa;

c) Participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida;

d) Recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante" (Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro, p.6548).

Este direito tem assumido maior primado e é considerado um limite aos avanços da ciência e da tecnologia, pelo que em situações de fim de vida merece especial destaque. Na alínea c) está contemplado que os enfermeiros devem valorizar a vida e a qualidade de vida. Assim, importa realçar que em muitas situações de fim de vida, a qualidade de vida não pode ser desvalorizada, nem prejudicada pelo investimento na cura de forma obstinada, com tratamentos fúteis, levando muitas vezes a situações de distanásia.

Neste sentido, Nunes (2016, p.29), acrescenta que ação dos profissionais de saúde se confronta com "(…) os limites das possibilidades científicas, das técnicas e dos seus deveres, de origem deontológica e com enquadramento jurídico". Mas também, com "os limites da vontade das pessoas doentes, da sua expressão de aceitação ou de recusa do que lhes é proposto" (Nunes, 2016, p.29).

Assim, devemos considerar o papel determinante dos profissionais de saúde em garantir o respeito pela autonomia do doente; desenvolvimento e cumprimento adequado de uma DAV. Prieto [et.al] (2010), corroboram, ao mencionar que os profissionais de saúde são interlocutores válidos para garantir o desenvolvimento adequado de uma DAV.

A medicina paliativa traz consigo o reconhecimento e a humildade, das limitações da ciência médica, mas ao mesmo tempo, assumem a luta por um fim digno. Quando estamos perante um doente sem perspetiva de cura, não devemos "abandonar a luta, como se acabássemos de perder um jogo, mas eleger a Medicina como ciência e arte, não só de curar, mas definitivamente de confortar. Este é o sucesso e esta é a linha que une a Medicina Intensiva aos Cuidados Paliativos" (Pina, 2019, p.49).

Diariamente, muitos profissionais de saúde convivem no seu quotidiano com doentes críticos potencialmente curáveis, mas também, com doentes que são admitidos fora de possibilidade de cura ou se tornam terminais na continuidade do tratamento. Nestas situações, considera-se pertinente dar prioridade ao conforto em detrimento da cura, minimizando o sofrimento e as agressões que surgem muitas vezes nas unidades de cuidados intensivos.

Pina afirma que "não há Medicina curativa sem Medicina paliativa. E a Medicina paliativa só faz sentido com a Medicina curativa pois curando onde pode alivia o que deve" (2019, p.47).

Sabemos que quando cuidamos de um doente terminal, não há uma ética específica o que sabemos é que a nossa intervenção se pauta pelo respeito e pelos princípios éticos.

Posto isto, consideramos que o cuidado de enfermagem em situação limite exige ponderação ética que compreenda as dimensões do sofrimento e da dor, enquanto

especificamente humanas. Neste sentido, o enfermeiro especialista tem a responsabilidade acrescida no processo de tomada de decisão e no exercício do direito à autodeterminação do doente, cabendo a este profissional a responsabilidade na defesa e educação, de forma a assegurar que o doente, que se encontra em falência ou na eminência de falência de uma ou mais funções vitais, assuma uma tomada de decisão informada, plena e consciente. Assim, a intervenção do enfermeiro, muitas vezes em situações de stress e emergência, onde o limiar de vida/morte é muito ténue, deve ser sempre baseada numa tomada de decisão resultado da evidência, sustentada por conhecimentos e competências, pois só desta forma podemos falar em qualidade de cuidados, garantindo que o doente participe e esteja envolvido em todo o processo terapêutico.

Ressalva-se que nas situações de fim de vida, a tomada de decisão é complexa porque envolve o princípio pelo respeito pela autonomia individual e em aceitar que cada pessoa é autónoma para se autodeterminar. Os enfermeiros, «no respeito pelo direito à autodeterminação» das pessoas, assumem os deveres enunciados no Artigo 84º do seu Código Deontológico, incluso na Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro.

Deste modo, a construção da tomada de decisão deve ser em equipa onde doente e família são membros integrantes dessa equipa. É importante, reconhecer que perante situações de dor, sofrimento intenso, a tomada de decisão não terá que ser de modo irrevogável, mas respeitar a possibilidade de revogação da tomada de decisão.

Lima [et.al.] (2015, p.32), consideram que "(…) a tomada de decisão requer que os profissionais de saúde reflitam sobre as suas escolhas, para que sejam as mais acertadas e as melhores para os seus pacientes (…)" e destacando não apenas a "(…) relevância técnica, científica, mas igualmente a pertinência ética."

O verdadeiro desafio consiste em reconhecer o que poderá ser clinicamente pertinente na unicidade da vida do doente. Saber aceitar o momento em que a morte vence, o conhecimento humano e todas as habilidades técnicas que advém desse saber, é sem dúvida alguma, respeitar a vida humana, e assim, respeitar a história e a circunstância da pessoa humana e o direito a morrer condignamente.

Dutra [et.al.] afirmam que é "respeitando os valores éticos, descobrindo o lado digno da vida, aceitando a morte não como um fracasso, poderá ser o caminho menos árduo para o enfrentamento dessas situações" (2011, p.1618).

A continuidade de um tratamento fútil pode levar a um sofrimento desmedido e retardar a inevitabilidade da morte, aliando a tudo isto, um elevado custo financeiro, social e psicológico, para todas as partes envolvidas no processo.

A capacitação, envolvimento e empoderamento do doente no processo de tomada de decisão torna-se fundamental para que possa desenvolver estratégias para uma gestão mais eficaz dos seus desafios diários, conseguindo assim, um maior controlo sobre o seu processo de doença. A informação é uma real necessidade para os doentes, podendo deste modo, permitir a construção de atitudes positivas face à doença, respostas mais adequadas no processo de tomada de decisão, e na perspetiva de futuro. A informação não só condiciona a atitude perante a própria doença, como as decisões que se tomam e as atuações posteriores do doente e da família, influenciando garantidamente a qualidade de vida.

Cogo [et.al], corroboram desta mesma opinião afirmando que o "(…) conhecimento melhoraria a sua qualidade de vida" (2017, p.9). Ainda para os mesmos autores, asseguram que "(…) estar ciente do diagnóstico, das opções de tratamento e prognóstico, é imprescindível para preservar a dignidade, apropriando-se do direito de decidir em conjunto com a família e a equipa de saúde, seja quanto a tratamentos, seja em relação ao local de permanência até ao fim da vida" (2017, p.9).

É fundamental que a informação relativa ao estado de saúde, não seja ocultada (Nunes, 2016).

No entanto, para que o doente seja envolvido em todo o processo de tomada de decisão, será necessário ter informação, Nunes (2016) afirma que:

"A procura de informação é tida como um fator relevante no que diz respeito à forma como as pessoas lidam com o impacto de uma doença, favorecendo uma participação nas tomadas de decisão e, desta forma, contribuindo para aquisição de (algum) controlo sobre a situação" (p.54).

Tem sido notório, uma alteração do paradigma na relação profissional de saúde-doente, com o progressivo abandono do paternalismo médico, colocando o doente como consumidor de cuidados de saúde, com direito pleno à participação e envolvimento no seu plano terapêutico. Para Pinheiro e Nunes "a compreensão destas mudanças e a integração do doente na esfera das decisões em saúde numa ligação recíproca, impõe novos desafios à equipa de saúde" (2013, p.95).

Quantas vezes a dúvida invade o pensamento dos profissionais de saúde, levando-nos a muitos questionamentos, até quando investir? ou quando parar? Valerá a pena fazer mais este exame? Quando suspender a medicação endovenosa? Valerá a pena entubar o doente? Como proporcionar uma boa morte? São dilemas que diariamente nos acompanham.

A resposta a todas estas questões é uma tarefa árdua e que nem sempre encontramos resposta.

Posto isto, importa salientar que os profissionais de saúde envolvidos na tomada decisão ética devem ser acima de tudo pessoas com competências comunicacionais e relacionais, de forma a tornar o processo de tomada de decisão numa partilha, que respeite acima de tudo a dignidade da pessoa doente, e que permita que esta, faça as suas escolhas de forma livre e consciente, com o controlo da situação até ao último momento. Só deste modo tornaremos a experiência da morte o menos penosa possível, dando mais qualidade na hora da morte à pessoa.

Importa salientar, que o êxito de uma tomada de decisão depende em grande parte do envolvimento de todos os intervenientes no processo e do empenho dos profissionais de saúde.

Questão de Investigação: Quais as dificuldades dos profissionais de saúde no cumprimento da Diretiva Antecipada de Vontade, no cuidar da pessoa em fim de vida?

Metodologia: Tendo em consideração as características do estudo que se pretende realizar, a opção metodológica insere-se no paradigma qualitativo, focalizada em identificar as dificuldades dos profissionais de saúde no cumprimento da Diretiva Antecipada de Vontade, no cuidar da pessoa em fim de vida.

O estudo de natureza qualitativa tem caráter subjetivo e possibilita a proximidade do investigador com o objeto de estudo, permitindo assim, aceder à profundidade dos dados, à dispersão, à riqueza interpretativa, à contextualização do ambiente, aos detalhes e à experiência única (Sampiéri [et al.], 2013). Na investigação qualitativa, o investigador está preocupado com a compreensão absoluta do fenómeno em estudo, sendo objetivo dele, descobrir, explorar, compreender e descrever os fenómenos, segundo a opinião dos participantes do estudo.

Tipo de Estudo: Optamos por realizar um estudo de caso, pois propõe-se descobrir as dificuldades dos participantes selecionados.

Caracterização do Contexto de Estudo: O estudo de investigação decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos e uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, de um hospital da zona norte.

Participantes do Estudo: Definiu-se que seriam participantes do estudo os profissionais de saúde que obedecessem aos seguintes critérios de inclusão: médicos e enfermeiros a exercer funções numa Unidade de Cuidados Intensivos e elementos que integrem a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados

Paliativos, da região norte de Portugal; médicos e enfermeiros com experiência profissional superior a 1 ano.

Deste modo, os participantes alvo do nosso estudo foram 11 profissionais de saúde de uma Unidade de Cuidados Intensivos e 4 profissionais de saúde de uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.

Estratégia de Recolha de Dados: Entrevista semi-estruturada: Foi elaborado um guião da entrevista, que serviu de suporte à entrevista, construído com base nos objetivos do estudo, com questões semiabertas, que permitiram ao entrevistado explanar conceitos, ideias, opiniões e experiências. Este foi submetido a uma validação para validar a adequabilidade das questões. É de salientar, que foram cumpridos todos os procedimentos éticos e legais de forma a garantir o rigor do estudo.

No início de cada entrevista foram explicados e apresentados os objetivos do estudo, garantindo-se a confidencialidade e o anonimato.

A recolha de dados foi realizada durante os meses de dezembro de 2018 e janeiro de 2019, num total de 15 entrevistas, numa sala do serviço que permitia um clima de confiança, privacidade e após o término de cada entrevista, foram completadas com notas e reflexões que emergiram ao longo da mesma.

Procedimentos de análise de dados: Análise de conteúdo que segundo Bardin (2016) oscila entre dois polos, do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. Numa primeira fase foi efetuada a transcrição das entrevistas, o que possibilitou ter um suporte para posterior análise e familiarizarmo-nos com a informação obtida, dando um código de identificação a cada entrevista. De seguida, a mesma informação foi organizada e ordenada de forma a podermos iniciar a redução dos dados. Elaboramos uma grelha, que reúne os elementos referentes aos assuntos de todas as entrevistas, onde colocamos os enunciados. Posteriormente, após leitura, estabelecemos as unidades de análises que foram alocados às respetivas áreas temáticas, o que levou ao aparecimento de temas para cada um dos domínios considerados. Tendo sempre em consideração os objetivos do estudo e as áreas temáticas identificamos categorias e subcategorias. Assim, inicialmente codificamos as unidades em categorias e posteriormente comparamos as categorias entre si, de forma a serem agrupadas em temas e possíveis semelhanças entre si.

Considerações éticas: Os direitos dos participantes foram absolutamente protegidos, pelo que foi solicitado um pedido de autorização ao Conselho de Administração da instituição selecionada, assim como à sua Comissão de Ética para aplicação do instrumento de colheita de dados e só se iniciou a respetiva colheita após respetiva autorização. Relativamente aos participantes do estudo, foram informados da finalidade, objetivos e dos benefícios que se atribui à participação, dos mesmos, no estudo e foi elaborado um consentimento informado, garantindo o sigilo e a confidencialidade dos dados.

RESULTADOS

Verificamos uma variabilidade de dificuldades dos enfermeiros e médicos, no cumprimento da Diretiva Antecipada de Vontade", entre elas: Tomada de decisão; Tomada de decisão perante situações de conflito familiar; Aceitação da incurabilidade; Lidar com os princípios éticos pessoais; Lidar com as expectativas da família; Lidar com a falta de divulgação.

Para melhor compreensão das categorias e subcategorias que emergiram, torna-se pertinente apresentar de seguida, as unidades de análise inerentes à temática – "Dificuldades dos profissionais de saúde no cumprimento da Diretiva Antecipada de Vontade, no cuidar da pessoa em fim de vida." Apresentamos de seguida alguns enxertos.

Tomada de decisão foi referida como dificuldades dos profissionais de saúde na prática clínica para cumprir a DAV, tendo sido subdividida em três subcategorias: falta de informação (referido por dois médicos e um enfermeiro), falta de registos no sistema informático (referido por um enfermeiro) e falta de conhecimento das vontades (referido por dois médicos).	*Falta de Informação* *"(...) principalmente no campo da reanimação primeiro atuamos e depois, na maior parte das vezes, é que vamos atrás da informação, e devia ser o contrário. Quando nos apercebemos do diagnóstico e da informação que existe, dizemos muitas vezes se soubéssemos disto não tínhamos feito nada. Na tomada de decisão essa informação era valiosa, se a tivéssemos de antemão, para assim tomarmos uma decisão de forma mais consciente e refletida (...)"* ***EI1*** *Falta de registos no sistema informático* *"(...) há dificuldades e do feedback que vamos tendo da parte médica, na maior parte das vezes eles não conseguem aceder de uma forma rápida a esse tipo de registos do doente. Por acaso aqui, desde que cá trabalho, nunca ouvi ninguém a dizer que algum doente tivesse um Testamento Vital feito (...) Acho que era muito importante, mas isto tinha que ser criado a nível do sistema informático (...)"* ***EI4*** *Falta de conhecimento das vontades* *"Às vezes quando chega ao fim de vida, não conhecemos os doentes, aparecem-nos os doentes sem conhecer a história clínica, sem saber mesmo a vontade deles, às vezes tomamos atitudes, ou investimos porque não os conhecemos (...)"* ***MI7***
Tomada de decisão perante situações de conflito familiar foi outra dificuldade identificada por um médico, na prática clínica para cumprir a DAV.	*"(...) é tentar numa fase de doença, de internamento apercebermos que pode estar a chegar essa fase e questionar diretamente, se tem alguma decisão pensada sobre o assunto. Outra coisa, que não é lícito é nós dizermos à família: então o seu pai disse o que queria ou não queria… E se por acaso eles tiverem chateados com o pai e tiverem outras quezílias? Podem trazer os problemas para aqui e isto legalmente não pode acontecer! Ou, então, dizer-nos que: ele caiu, e diz que não quer ser reanimado…. Também não, porque não é o ele disse que… tem que existir alguma coisa documentada previamente (...)"* ***MI11***
Aceitação da incurabilidade, foi verbalizada por um médico como uma dificuldade na prática clínica, para cumprir a DAV.	*"(...) às vezes, os profissionais de saúde, de outras áreas tem mais resistência em não aceitar que não há cura, e que o caminho passe não pelo curar, mas pelo cuidar daquela pessoa e daquela família. Ainda há muito investimento no curar, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, de todas as áreas (...)"* ***MP1***
Um médico referiu que **lidar com os princípios éticos pessoais** é uma dificuldade na prática clínica para cumprir a DAV.	*"(...) há mentalidades difíceis de aceitar, há decisões que as pessoas poderiam não concordar, mexe muito com a parte ética de cada profissional. Acho que isso pode ser um entrave! (...)"****MI9***
Lidar com as expectativas da família, foi verbalizada por dois médicos como dificuldade no cumprimento da DAV.	*"(...) dificuldades poderão advir mais das expectativas dos próprios familiares, principalmente quando o doente já está capaz de dizer o que quer, mas*

	manifestou o que queria previamente. Temos que lidar com as expectativas não só do doente, que exprimiu em Diretiva Antecipada de Vontade, mas também com as expectativas do familiar que nem sempre estão de acordo com as expectativas do doente, nem sequer estão muitas vezes de acordo com o prognóstico do próprio doente (...)" ***MI5***
Lidar com a falta de divulgação foi referida por um enfermeiro como uma dificuldade na prática clínica para cumprir a DAV.	*"(...) provavelmente maior divulgação em ambos os sentidos. Tanto dos técnicos de saúde, como do doente (...)"* ***EI10***

DISCUSSÃO

A maioria dos profissionais de saúde (quatro médicos e dois enfermeiros) do nosso estudo identificaram a tomada de decisão como dificuldade no cumprimento da DAV na prática clínica. Esta dificuldade associada à tomada de decisão, na opinião dos entrevistados, prende-se essencialmente com a falta de informação, falta de registos no sistema informático e falta de conhecimento das vontades.

Também Cogo e Lunardi (2015), comungam da opinião dos nossos entrevistados, a tomada de decisão dos profissionais de saúde no cuidar da pessoa em fim de vida, é facilitada quando é conhecida a vontade dos doentes, os seus desejos, ou seja, havendo informação por escrito. Através de uma DAV, poderá ser mais fácil tomar-se decisões complexas que envolvem questões de fim de vida.

Outro aspeto dificultador na prática clínica para se cumprir com a DAV, foi a tomada de decisão perante situações de conflito familiar. Esta dificuldade, foi identificada por apenas um médico. A literatura vem demonstrando que esta questão, é sem dúvida um entrave para muitos profissionais de saúde no seu dia a dia, essencialmente, quando surgem conflitos familiares, ou as famílias divergem do que está definido na DAV do seu familiar.

Há uma resposta dos nossos entrevistados que merece especial destaque:

"(…) é tentar numa fase de doença, de internamento apercebermos que pode estar a chegar essa fase e questionar diretamente, se tem alguma decisão pensada sobre o assunto. Outra coisa, que não é lícito é nós dizermos à família: então o seu pai disse o que queria ou não queria… E se por acaso eles tiverem chateados com o pai e tiverem outras quezílias? Podem trazer os problemas para aqui e isto legalmente não pode acontecer! Ou, então, dizer-nos que: ele caiu, e diz que não quer ser reanimado…. Também não, porque não é o ele disse que… tem que existir alguma coisa documentada previamente (…)" (MI11)

Neste excerto, está demonstrado a dificuldade que pode surgir numa tomada de decisão, quando há conflitos ou mesmos interesses por parte dos familiares. Oliveira (2014, p.21), no seu estudo, também vem ressalvar o mesmo, advertindo para a necessidade de os profissionais estarem atentos a situações de conflito ou "outros interesses por parte dos familiares", não permitindo que estas situações interfiram na tomada de decisão e no cumprimento de uma DAV.

Lidar com os princípios éticos pessoais, foi relatado por um médico como dificuldade na prática clínica para cumprir a DAV. Cogo e Lunardi (2015), alertam para esta dificuldade, afirmando que muitas vezes as "(…) as vontades manifestadas não são cumpridas pelos profissionais, em vertente de conflitos éticos existentes (…)" (p.530). Lidar com as expectativas da família, constitui-se como dificuldade no cumprimento da DAV,

foi verbalizada por dois médicos. Citando Rodrigues (2017), nem sempre é fácil comunicar à família as opções em termos de tratamento, devido às expectativas que os familiares criam relativamente ao doente, pelo que, nestas situações o cumprimento efetivo da DAV, pode não ser tarefa fácil.

Lidar com a falta de divulgação também foi referida por um enfermeiro, como dificuldade na prática clínica para cumprir a DAV. Oliveira (2014) e Saioron [et. al] (2017), consideram que é necessária uma maior divulgação da DAV na população em geral, para que se possa encontrar mais doentes com um Testamento Vital.

Outra dificuldade, na prática clínica para cumprir a DAV, foi a aceitação da incurabilidade, foi identificada por um médico. Vivemos numa sociedade em que a medicina procura a cura a qualquer custo, esquecendo-se muitas vezes do cuidar e da qualidade de vida com que a pessoa vive até ao momento da sua morte. Adia-se diariamente a morte com técnicas e mais técnicas, deixando de lado o outro objetivo da medicina, e não menos importante, o cuidar. Lima (2006), refere precisamente isso, que "continuam a ser objetivos da medicina, prevenir a doença, aliviar a dor e o sofrimento, curar e cuidar das pessoas com doenças curáveis e cuidar das pessoas com doenças incuráveis" (p.80).

Os profissionais de saúde têm muita dificuldade em aceitar a incurabilidade. Na opinião de Nunes e Anjos (2014), esta questão está associada a um sentimento de fracasso e impotência por parte dos profissionais, sendo um grande entrave no cumprimento das DAV. Os profissionais de saúde ao reconhecer um quadro incurável, devem substituir uma terapêutica curativa por uma paliativa e atender ao doente como sendo o protagonista do seu processo de fim de vida.

CONCLUSÕES

As dificuldades encontradas na prática clínica para o cumprimento da DAV prendem-se com a tomada de decisão, com a falta de informação, com a falta de registos no sistema informático e com a falta de conhecimento das vontades. A tomada de decisão perante situações de conflito familiar e lidar com os princípios éticos e com as expectativas da família também foi verbalizado como dificuldades. Consideram a tomada de decisão perante um doente em fim de vida muito complexa, na medida em que se lida com aspetos éticos, nomeadamente o momento certo de "parar" de investir.

Perante estas conclusões parece podermos afirmar, que os profissionais de saúde, nomeadamente, o enfermeiro, será um elemento fundamental na equipa de saúde, na medida em que possui um conjunto de competências no domínio da responsabilidade, ética e legal e como tal, facilitador para o processo de tomada de decisão.

BIBLIOGRAFIA:

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016. ISBN: 978-85 629 38-04-7.

COGO,Silvana Bastos[et al.]-Diretivas Antecipadas: Desejos dos Profissionais da Saúde e Cuidadores Familiares. Revista Baiana de Enfermagem, Brasil: Salvador,[Em linha] janeiro/março31:1(2017)1-11. [Consultado em 22-05-2019].Disponível na WWW:<URL:https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16932/14102. >

COGO, Silvana Bastos e LUNARDI, Valéria Lerch.. Diretivas Antecipadas de Vontade aos doentes terminais: revisão integrativa. Revista Gaúcha de Enfermagem. Brasil ISSN 1984-0446 0034 -7167. 68:3 (2015), p.524-534.

DEODATO, Sérgio - Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir. Coimbra: Almedina, 2014. - 299

p. ISBN 978-972-40-5226-7.

DUTRA, B.S. [et.al] – Distanásia: reflexões éticas sobre os limites de esforços terapêuticos nas unidades de terapia intensiva – Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online. Rio de Janeiro. ISSN: 2175-5361. Vol.3, N. º1 (2011), p.1617-1627.

LEI N. º25/2012. DR I série 136 (16-07-2012) 3728-3730.

LEI N. º111/2009. DR I série 180 (16-09-09) 6528-6550.

LIMA, Cristina – Medicina High Tech, obstinação terapêutica e distanásia. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. [Em linha] Lisboa. Vol. 13.N. º2. (2006). 79-82.[Consultado em 14-06-2019].Disponível na WWW: <URL: https://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n.2_2006_079_082.pdf >.

LIMA, M.L.F. [et.al] – Processo de tomada de decisão nos cuidados de fim de vida- Revista Bioética. Brasil. ISSN: 1983-8034. 2015. Vol.23, N. º1. p.31-39.

HESBEEN, Walter - Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência, 2000. 201 p., ISBN 972-8383-11-8.

MELEIS, Afaf – Theoretical Nursing: development and progress. 2ª ed. Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins, 1991. 617 p. ISBN 978-0-3975-4823-1.

MELEIS, Afaf – Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Reserarch and Practice. Nova Iorque: Springer Publishing Company, 2010. 641 p. ISBN 978-0-8261-0535-6.

NEVES, Maria do Céu, PACHECO, Susana - Para uma ética da enfermagem: desafios. Gráfica de Coimbra: Centro de Estudos de Bioética Pólo Açores, 2004. - 582 p. - Glossário - ISBN 972-603-326-8.

NOGUEIRA, Cristina Maria Rodrigues – Atitudes dos Enfermeiros Perante Decisões de Fim de Vida. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2010. Dissertação de Mestrado em Gestão.

NUNES, Lucília – E quando eu não puder decidir? Lisboa: Guide Artes Gráficas, 2016. ISBN:978-989-8838-69-8. p.9-127.

NUNES,Maria Inês; ANJOS, Márcio Fabri dos - Diretivas Antecipadas de vontade: benefícios, obstáculos e limites - Revista Bioética. Brasil ISSN:1983-8034. 2014; 22(2):241-251.

OLIVEIRA, Mariana B. – Diretivas Antecipadas de Vontade: muitas questões e ain-da mais respostas. Coimbra: Universidade de Coimbra. 2014. Dissertação de Mestrado.

PACHECO, Susana – Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética. Loures: Lusodidacta, 3ª Edição, 2014. ISBN 978-989-8075-38-3.

PINA, João - Cuidados Paliativos, Anestesia e Medicina Intensiva: À Beira da Metanóia? Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. Angra do Heroísmo. Portugal. ISSN: 0871-6099. Vol.28, N. º1 (2019), p.48-52.

PINHEIRO, Sofia A.V.; NUNES, Sofia R. T. – A prática de enfermagem de urgência no respeito pela autodeterminação do doente. Revista Portuguesa Bioética – Cadernos de Bioética. Coimbra. ISSN 1646-8082. Vol.58, N. º18 (2013), p.72-96.

PRIETO, M. C; [et.al] – Estudio del conocimiento del documento de últimas voluntades en un centro para personas com discapacidad física. Revista Medicina Paliativa. Madrid. ISSN: 1134-248X. Vol.17: N.º 6 (2010). p.329-334.

PRZENYCZKAL, R.A [et.al] – O paradoxo da liberdade e da autonomia nas ações do enfermeiro. Revista Texto & Contexto – Enfermagem. Florianópolis. ISSN:1980-265X. 21 (2).2012. p.427-431.

REGULAMENTO N.º 124/2011. DR II série. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Nº 35. 18/02/2011.8648-8653.

RODRIGUES, Ana Rita Santos – Estudo do Regime das Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal na Ótica dos Profissionais de Saúde. Lisboa: Universidade No-va de Lisboa

- Escola Nacional de Saúde Pública.2017. Dissertação de Mestrado em Gestão da Saúde.

SAIORON, Isabela [et. al] – Diretivas antecipadas de vontade: percepções de enfermeiros sobre benefícios e novas demandas. Escola Anna Nery. Universidade Federal de Rio de Janeiro. ISSN: 2177-9465. Vol. 21, N. º4(2017). p.1-6.

SAMPIERI, Roberto [et.al] - Metodologia de Pesquisa. 5ª Edição. Porto Alegre: Penso Editora Lda., 2013. ISBN 9786071502912.

SERRANO [et.al] -Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). Revista de Enfermagem Referencia. Coimbra. ISSN:0874-0283.Serie III (3)2011, p.15-23.

VIEIRA, C.A e MAIA, L.F.D.S – A assistência de enfermagem humanizada ao paciente em UTI. Revista Científica de Enfermagem. [Em linha] São Paulo. 3:9 (2013) 17-22. [Consultado em 01-01-2019]. Disponível na WWW: <URL: file:///C:/Users/USER/Downloads/58-285-1-PB.pdf >.

Bibliografia:

(referente ao artigo "*Desafios no cuidar: estratégias facilitadoras da interação com a pessoa idosa*", pag.45)

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Direção-Geral da Saúde. (2017). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. Recuperado de: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf.

Figueiredo, A., Melo, R. & Ribeiro, O. (2018). Metodologia de cuidado humanitude: dificuldades e benefícios da sua implementação na prática. Revista de Enfermagem Referência, 4(17), 53-62. doi.org/10.12707/RIV17063. ISSN: 0874.0283.

Gineste, Y. & Pellissier, J. (2008). Humanitude: cuidar e compreender a velhice., Portugal: Instituto Piaget. Lisboa.

Henriques, L. (2017). Implementação da Metodologia de Cuidado Humanitude numa Unidade de Cuidados Continuados: Contributo para os profissionais e pessoas cuidadas. Dissertação de mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos. Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra.

Henriques, L., Dourado, M., Melo, R., &Tanaka (2019). Implementação da Metodologia de Cuidado Humanitude: contribuição para a qualidade da assistência à saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem. doi: 10.1590/1518-83452430-3123.

Hoeman, S. (2000). Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo. 2ª Ed. Loures: Lusociência.

Honda, M., Ito, M., Ishikawa, S., Takebayashi, Y. & Tierney, L. (2016). Cuidado baseado na comunicação com abordagem multimodal: Aplicação da informática e da inteligência artificial ao cuidado da pessoa com demência. Revista de Enfermagem Referência. Coimbra, Portugal. ESEnfC: 11, 3-8.

Hughes, J. C., & Beatty, A. (2013). Understanding the person with dementia: a clinic philosophical case discussion. Advances in Psychiatric Treatment, 19(5), 337–343. doi:10.1192/apt.bp.112.011098.

Kim, H.S. (2010). The Nature of Theoretical Thinking in Nursing. 3ºed. New York: Springer Publishing Company. p.47-49.

Melo, R., Fernandes, D., Albuquerque, J., & Duarte, M. (2016). Methodology of care humanitude in promoting self-care in dependent people: An integrative review. In V. G. Duffy & N. Lightner (Eds.), Advances in human factors and ergonomics in healthcare (pp. 187-193). doi: 10.1007/978-3-319-41652-6.

Melo, R., Queirós, P., Tanaka, L., Salgueiro, N., Alves, R., Araújo, J., & Rodrigues, M., (2017a). Estado da arte da implementação da metodologia de cuidado Humanitude em Portugal. Revista de Enfermagem Referência. 4(13). ISSN 0874-0283.

Melo, R., Queirós, P., Tanaka, L., Costa, P., Bogalho, C., Oliveira, P. (2017b). Dificuldades dos estudantes do curso de licenciatura de enfermagem no ensino clínico: perceção das principais causas. Revista de Enfermagem Referência. Série IV. n.º 15.p 55-64.Coimbra (ESEnfC).

Melo, R.C.; Oliveira, P.I.; Bogalho, C.I.; Santos-Costa, P.J.; Henriques, L.V. Interating difficulties: strategies used by Nursing students in clinical learning. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm. 2019, 9, 30-38.

Melo, R.; Costa, P.; Henriques, L.; Tanaka, L., Queirós, P., Araújo J. Humanitude in the humanization of elderly care: experience reports in a health service. Rev Bras Enferm. 2019, 72, 825-829, doi: 10.1590/0034-71672017-0363.

OMS (2016). Demência. Recuperado de http//www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros REPE.

Pereira, S., Corte, A., & Marques, E. (2014). Dificuldade dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista de Psicologia, 133-140.

Phaneuf, M. (2010). O envelhecimento perturbado: A doença de Alzheimer, 2.ªed. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Pollo, S. & Assis, M. (2008). Instituições de longa permanência para idosos – ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 11 (1), 1-18. Brasil.

Salgueiro, N. (2014). Humanitude: um imperativo do nosso tempo: Introdução à metodologia de cuidado Gineste-Marescotti. Coimbra, Portugal: IGM Portugal-Humanidade.

Simões, M., Salgueiro, N., & Rodrigues, M. (2012). Cuidar em humanitude: Estudo aplicado em cuidados continuados. Revista de Enfermagem Referência, 3(6), 81-93.

Storti, L., Quintino, D., Michelato, N., Kusumota, L. & Marques, S. (2016). Neuropsychiatric symptoms of the elderly with Alzheimer's disease and the family caregivers' distress. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 24: e2751. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0580.2751.

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.

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: Comentará os resultados alcançados confrontando-os com à 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 <u>atenção</u> à sua <u>forma gráfica</u>, à clareza de apresentação dos dados e resultados e ao formato dos símbolos da linguagem estatística.**

A taxa de submissão de artigo é de 10€.

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.

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