

# Pensar Enfermagem

Vol. 25 Número 2 2º Semestre 2021

Ficha Técnica	1
Editorial <i>Professor João Santos</i>	2
As Expectativas do Casal Grávido sobre o Trabalho de Parto <i>Marlene Lopes, Teresa Silva</i>	4
Fatores Protetores e Dificultadores da Conjugalidade na Transição para a Parentalidade <i>Margarida Moreira da Silva, Micaela Solange Almeida Gavinhos, Vânia Filipa Henriques Pereira das Neves, Ana Paula Forte Camarneiro</i>	20
Estratégias Motivacionais no Trabalho de Enfermagem: Revisão Sistemática de Literatura <i>Nânci Marisela Correia Camacho, Helena Maria Fernandes Moreira</i>	33
Publicações sobre Medicamentos Psicotrópicos em Blogs Pessoais <i>Bruna Paiva do Carmo Mercedes, Gabriela Donato, Aline Lima Coscrato, Kelly Graziani Giacchero Vedana, Adriana Inocenti Miasso</i>	53
Alta Contra Parecer Médico no Serviço de Urgência <i>Paula Bernardete, Madalena Cunha, Ana Rita Vicente, Mauro Mota</i>	65
Enfermagem Familiar em Cuidados de Saúde Primários: Perceção dos Cidadãos sobre os Cuidados de Enfermagem <i>Maria Manuela Henriques Pereira Ferreira, Maria Henriqueta Figueiredo, Virgínia Maria Sousa Guedes, Ana Filipa Pinho Marques, Ana Rita Rodrigues Lopes, Ana Rita de Sá Moreira, Melany Campos dos Santos, Maribel Vioque Lopes, Tatiana Vanessa Gomes, Maria José Peixoto</i>	77
Promoção da Saúde dos Adolescentes no âmbito da Educação Sexual: um Projeto de Intervenção Comunitária <i>Vanessa Ermitão, Maria do Céu Gonçalves, Andreia Costa</i>	91
O Enfermeiro na Prevenção da Hérnia na Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal: Revisão Integrativa da Literatura <i>Ricardo Filipe de Sousa Correia, Ana Rita Macedo Teixeira, Cláudia Isabel Domingos da Silva, Joana Margarida Barata Ribeiro, Célia Samarina Vilaça de Brito Santos</i>	103

# Ficha Técnica

## **Pensar Enfermagem**

Revista Científica | Journal of Nursing  
Volume 25 | N.º 2 | 2.º semestre 2021

### **Direção**

Diretora:  
Andreia Silva da Costa

Editora Chefe:  
Patrícia Silva Pereira

### **Conselho Editorial**

Editora Chefe:  
Patrícia Silva Pereira

Editores Adjuntos:  
Florinda Galinha de Sá  
Helga Rafael Henriques  
Paulo Seabra

### **Paginação**

Carolina Rodrigues

### **Secretariado Editorial**

Márcia Pereira

### **Periodicidade**

Publicação em fluxo contínuo em versão digital/ Rolling pass publication

### **Propriedade**

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa  
Av. Dom João II, Lote 4.69.01, 1600-190 LISBOA  
+351 217 913 400  
revistapensarenfermagem@esel.pt

### **Depósito Legal**

106591/97

### **eISSN**

1647-5526

# Editorial

Hoje é comumente aceite a ideia de que todas as organizações, em algum momento, deverão mudar ou passar por algum processo de transformação, de maior ou menor dimensão, para se manterem sustentáveis e cumprirem a sua missão. Devem fazê-lo a partir da leitura das mudanças e transformações que se vivem na sociedade e, mais concretamente, nas áreas em que desenvolvem a sua atividade, no nosso caso, a formação, a produção e translação do conhecimento, a prestação de serviços à comunidade e a cooperação nacional e internacional.

Vale a pena recordar que tendo a ESEL por missão ser um centro de criação, desenvolvimento, transmissão e difusão de cultura e ciência de enfermagem, que visa a excelência e a inovação deve saber interpretar o ambiente que a rodeia e levar a cabo as mudanças necessárias para se afirmar num meio cada vez mais competitivo e focado em resultados mensuráveis, nas suas diferentes dimensões.

É o que a ESEL está a fazer, reestruturando a dimensão de investigação na Escola, apostando numa forte dinâmica, que se venha a traduzir em melhores resultados não apenas em termos de produção, mas também ao nível dos processos, nomeadamente na obtenção de financiamento e no envolvimento da comunidade estudantil e na sua estreita ligação aos projetos formativos da Escola, em todos os ciclos de estudos. Dela faz parte a recente criação do Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), mas também um conjunto de medidas com vista à melhoria das condições para desenvolver a investigação na ESEL, desde os recursos humanos aos financeiros. E claro, a Revista "Pensar Enfermagem" será, também ela, um instrumento essencial nesta dinâmica, que a sua nova Direção e equipa redatorial saberão integrar e desenvolver, com espírito de abertura, rigor e compromisso com o desenvolvimento da profissão e da disciplina de Enfermagem.

Tal como aconteceu há 25 anos quando foi publicado o número 0 da Revista "Pensar Enfermagem", numa iniciativa da então Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende e que se assumia como um elemento de divulgação externa da Escola. Apresentou-se com a pretensão de *"dar um contributo, não só para a construção da sociedade de informação que é a sociedade do terceiro milénio como, mais concretamente, ajudar a divulgar, através da troca de informação, dos saberes teóricos e experienciais de Enfermagem que se vão construindo e que passarão a estar disponíveis para todos os potenciais interessados, particularmente os profissionais de saúde"*.

No seu primeiro editorial propunha-se divulgar, entre outros, artigos de investigação desenvolvidas por professores e estudantes da Escola, artigos de reflexão e opinião sobre as diversas realidades sociais do quotidiano e informação documental de interesse para a Enfermagem como uma disciplina do saber. E fê-lo ao longo destes anos: foram publicados 374 artigos, dos quais 183 artigos científicos, 110 artigos de reflexão e 40 resumos de investigação de centenas de autores.

Neste momento de mudança, faz sentido lembrar as que ousaram iniciar este caminho: a sua Diretora, Professora Rosa Pina Cabral (1997-1998) e o seu primeiro Conselho Editorial constituído pelas Professoras Isadora Loupa Camarro, Lisete Fradique Ribeiro, Maria da Conceição Pina Teixeira, Maria Teresa Magão, Marta Lima Basto, Mercedes Olazabal, Paula Mègre e Teresa Rebelo.

A estas seguiram-se muitas outras e outros liderados por várias Diretoras: Professora Doutora Manuela Gândara (1998-2002); Professora Doutora Marta Lima Basto (2003-2006 e Diretora Honorária desde 2007) e a Professora Doutora Maria Antónia Rebelo Botelho (2007-2022).

A todos os que fizeram este caminho, a ESEL tem uma dívida de gratidão pelo muito trabalho desenvolvido e pelo esforço e resiliência que, ao longo deste quarto de século demonstraram para manter viva esta voz da Enfermagem e da nossa Escola. E o maior reconhecimento que lhes podemos fazer é dar-lhe continuidade, honrando o seu legado, fortalecer a revista em cada número, numa presença cuja qualidade e regularidade motive cada vez mais autores e leitores para a fazerem sua e afirmar a Enfermagem, uma disciplina do saber!

**Professor João Santos**

Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

# AS EXPECTATIVAS DO CASAL GRÁVIDO SOBRE O TRABALHO DE PARTO

## The expectant couples' expectations about childbirth

**MARLENE LOPES** | Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, UGI Saúde Materno- Fetal, Obstetrícia A, Portugal, Professora Adjunta convidada na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa [marlenelopes78@gmail.com](mailto:marlenelopes78@gmail.com)

**TERESA SILVA** | Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Mestre em Ciências da Educação, Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa

**RESUMO: Enquadramento:** A gravidez e o trabalho de parto são as etapas prévias da maternidade e da paternidade, constituindo o início da aquisição do papel parental, e a forma como é vivenciado o trabalho de parto pode influenciar esta transição. No sentido de promover experiências positivas do nascimento é fundamental assegurar cuidados centrados no casal, onde as suas expectativas e preferências para o seu trabalho de parto sejam consideradas como componente integral dos cuidados. **Objetivo:** O presente estudo, inserido numa investigação mais vasta, teve como objetivo descrever as expectativas da mãe e do pai, enquanto “casal grávido” relativamente ao seu trabalho de parto. **Metodologia:** Estudo qualitativo, do tipo exploratório-descritivo. Os participantes foram dez casais que frequentaram o Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade de um serviço de obstetrícia de um hospital central do centro de Portugal, a técnica de colheita de dados utilizada foi a entrevista semi-estruturada e a análise dos dados realizada com o método de análise de conteúdo de Bardin e com o software NVivo10. **Resultados:** A maioria dos participantes demonstrou estar envolvido no planeamento -do seu trabalho de parto e valorizou-o como um evento normal e fisiológico. Todos os participantes salientaram a importância da presença do pai e a qualidade da relação estabelecida com os profissionais de saúde e as mães reconheceram um sentimento de responsabilidade para o sucesso do trabalho de parto. Os pais identificaram a importância do seu papel enquanto suporte emocional da mãe, embora só metade se sintam capazes de o fazer eficazmente. Todos os participantes referiram confiar nos profissionais de saúde e aceitar as intervenções propostas, embora reconheçam que, por vezes, possa existir alguma imposição de intervenções, manifestando vontade de serem envolvidos na tomada de decisão. A maioria dos participantes salienta a importância da facilitação de um espaço de intimidade familiar após o nascimento do seu filho e valoriza o contacto pele a pele e a amamentação. **Conclusão:** Este estudo pode contribuir para a reflexão e implementação de modelos de prestação de cuidados que privilegiam condutas científicas e seguras e que aumentem o poder de escolha dos casais, respondendo às suas expectativas e necessidades.

**Palavras-chave:** Expectativa de Saúde; empoderamento para a saúde; trabalho de parto; vínculo do casal; Enfermeiras Obstétricas.

**ABSTRACT: Background:** Pregnancy and labour are the previous stages of motherhood and paternity and the beginning of the acquisition of the parental role, and the way in which labour is experienced can influence this transition. In order to promote positive birth experiences, it is essential to ensure care centred on the expectant couple, where their expectations and preferences for their labour should be considered as an integral component of care. **Objective:** The present study, inserted in a larger investigation, aimed to describe the expectations of mother and father, as a “pregnant couple” regarding their labor. **Methodology:** Qualitative, exploratory-descriptive study. The participants were ten couples who attended the Childbirth Preparation Program at an obstetrics unit of a central hospital in central Portugal. The

data collection technique was the semi-structured interview and data analysis performed using the Bardin content analysis method and the NVivo10 software. **Results:** Most participants demonstrated that they were involved in the planning of their labour and valued it as a normal and physiological event. All participants mentioned the importance of the father's presence and the quality of the relationship with health professionals and the mothers recognize a sense of responsibility for the success of labour. Parents identified the importance of their role as the mother's emotional support, although only half feel able to do so effectively. All participants reported trusting health professionals and accepting the proposed interventions, although they recognize that sometimes there may be some imposition of interventions, expressing a willingness to be involved in decision making. Most participants mentioned the importance of a family intimacy after the childbirth and value immediate skin-to-skin and breastfeeding. **Conclusion:** This study can contribute to the reflection and implementation of care models that privilege scientific and safe conduct and that increase couples' choice, responding to their expectations and needs.

**Keywords:** Health Expectancy; empowerment for health; labour; pair bond; Nurse Midwives.

## INTRODUÇÃO

O nascimento de um bebé constitui um momento fundamental da mulher e de toda a sua família, e a saúde e o bem-estar da mãe e do bebé durante o nascimento, determinam fortemente a futura saúde e bem-estar de toda a família e, conseqüentemente, de toda a sociedade (WHO, 2005). Neste sentido, é fundamental priorizar a saúde e o bem-estar centrado nas pessoas e não apenas a prevenção da morte e da morbidade, sendo que uma experiência positiva durante a gravidez significa uma transição mais eficaz para o trabalho de parto (TP) e uma maternidade mais positiva (OMS, 2016).

De acordo com a evidência científica, os cuidados obstétricos centrar-se-ão cada vez mais nas escolhas feitas pelos casais corretamente informados a quem são explicadas as evidências que contribuem para os melhores resultados obstétricos, sendo que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) tem a responsabilidade de assegurar um nascimento, não só seguro para a mãe e para o bebé, mas verdadeiramente centrado na tríade, onde as preferências dos casais para o seu TP devem ser consideradas como componente integral dos cuidados. Neste sentido, considera-se importante conhecer e descrever as expectativas do casal grávido sobre o seu TP, sendo que esta informação poderá, potencialmente, ser usada para inovar e melhorar os Programas de Preparação para o Parto, respondendo ainda mais às expectativas e necessidades de cada um dos elementos do casal, tendo em conta as diferenças de género.

## ENQUADRAMENTO

O TP constitui-se um momento fundamental da vida de uma mulher e a percepção da satisfação sentida, terá um efeito positivo duradouro na sua vida, assim como uma experiência não satisfatória ou traumática terá um efeito negativo. É importante que os casais grávidos se envolvam e se preparem para as dimensões físicas e emocionais do TP, planeando-as com antecedência e sem a influência das emoções do momento (Simkim, 2007). Também para Brown e Lumley (1998) é importante que a mulher pense

antecipadamente sobre o seu TP, percebendo que tipo de parto deseja e familiarizando-se com o processo antes do seu início, sendo que este processo deve ser feito em conjunto com o companheiro, de forma a esclarecer as suas necessidades e desejos atempadamente. Neste contexto, a qualidade da expectativa parece relacionar-se com a experiência de nascimento, ou seja, ter expectativas altas conduz a uma experiência mais positiva de nascimento, pois a forma como a mulher antecipa o TP determina em parte o seu bem-estar e os seus comportamentos durante o mesmo (Grenn, Coupland & Kitzinger, 1990). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a maioria das mulheres pretende um trabalho de parto fisiológico e uma experiência de parto positiva, o que significa, dar à luz um bebé saudável, num ambiente clínica e psicologicamente seguro, com suporte físico e psicológico contínuo, fornecido por acompanhante escolhido por si e da sua confiança e por profissionais de saúde atenciosos e tecnicamente competentes, valorizando um sentimento de realização pessoal e controlo através do envolvimento na tomada de decisão, mesmo quando as intervenções clínicas são necessárias ou desejadas (WHO, 2018). Neste sentido, continua a ser de máxima relevância o apoio que os profissionais de saúde prestam às mulheres/casais quanto à projeção das suas expectativas e preferências. Ajudar a ponderar, expressar e documentar as preferências face ao TP, constitui uma forma de prestação de cuidados individualizada e de qualidade às mulheres/casais. Além disso, todas as mulheres e recém-nascidos devem estar protegidos contra intervenções e procedimentos desnecessários e não baseados na evidência científica e em práticas que não sejam respeitadoras da sua cultura, dignidade e integridade física. O consentimento informado, livre e esclarecido nestas matérias, significa não apenas a possibilidade de concretização de escolhas feitas pelas mulheres/casais, sempre que as condições de proteção da saúde o permitam, mas também o direito à informação quanto aos motivos de tomadas de decisão exigidas pelos preceitos da boa prática clínica (IFGO et al., 2015; DGS, 2020).

É fundamental que os profissionais de saúde obstétricos desenvolvam um envolvimento mais significativo com as mulheres e os casais, revelando interesse pelos seus medos, expectativas e desejos, promovam mecanismos de confiança mútua e compartilhamento de informações adequadas e precisas sobre o processo de TP, de forma a estimular a sua participação ativa e consciente no processo de tomada de decisão compartilhada obtendo cuidados mais seguros e satisfatórios (DeBaets, 2017; Akalin, 2021; Feeley, Thomson & Downe, 2020). Neste sentido, os enfermeiros EESMO devem encorajar as mulheres/casais a pensar sobre o seu TP logo desde o início da sua gravidez e a frequentarem Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPP), de forma a compreenderem e minimizarem os seus medos sobre o TP e a desenvolverem confiança na sua capacidade de ajudar os seus bebés a nascer. Para isso, é essencial aprofundar a literacia em saúde do casal relativamente ao processo de parto, de forma a que a mulher/casal defina as suas preferências e possa desenvolver expectativas positivas, realistas e flexíveis (OE, 2012).

## METODOLOGIA

Dada a natureza da questão de investigação, “Quais as expectativas do casal grávido sobre o seu trabalho de parto?”, optou-se por uma metodologia qualitativa do tipo exploratório-descritivo. Os participantes foram dez casais que frequentaram um Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPP) de um serviço de obstetrícia de um hospital

AS EXPECTATIVAS  
DO CASAL  
GRÁVIDO SOBRE  
O TRABALHO DE  
PARTO

central do centro de Portugal, selecionados segundo um processo intencional, satisfazendo os seguintes critérios de inclusão: estar inscrito no PPP; ter assistido a, pelo menos, uma sessão; ter idade gestacional compreendida no 3º trimestre de gravidez; ser uma gravidez de feto único; não ter risco associado à gravidez; compreender e falar corretamente a língua portuguesa e estar o casal reunido para a entrevista. Realizou-se um questionário sociodemográfico a ambos os elementos do casal: idade, agregado familiar, escolaridade e estado ocupacional e dos dados obstétricos: idade gestacional e paridade.

A técnica de recolha de dados selecionada foi a entrevista semiestruturada, elaborando-se um guião (Tabela 1) com 15 questões distribuídas por 4 domínios (valores/significados atribuídos ao trabalho de parto (TP); ambiente; medidas de conforto; recetividade às intervenções durante o TP; contacto precoce com o bebé), dirigidas à mãe, ao pai e ao casal (Lopes, 2019).

<i>Tema/Domínio</i>	<i>Questões norteadoras - dirigidas à Mãe (M), ao Pai (P) e ao Casal (C)</i>
Valores/significados atribuídos ao parto	<p>1. (C) Como compreende o TP? Tem alguns valores fundamentais, objetivos ou medos relacionamos com o parto? Sabe a razão desses sentimentos?</p> <p>2. (C) Acha que o trabalho de parto é um fenómeno normal/fisiológico ou associado a muitos riscos?</p> <p>3. (C) Tem preferência pelo tipo de parto? (vaginal, CSA) Porquê?</p> <p>4. (C) Que estratégias considera que podem contribuir para o parto normal? Considera-se informada/o sobre as melhores evidências que conduzem aos melhores resultados obstétricos ou é um assunto que gostavam de discutir melhor?</p> <p>5. (C) O que é que consideram que é mesmo importante, no momento do vosso parto? para além da segurança de todo o processo?</p>
Ambiente	<p>6. (C) Se pudesse escolher, de que forma idealiza o vosso parto? Como seria o ambiente que mais lhe agradaria?</p> <p>7. (M) Quem pensa escolher para a acompanhar? O que espera dessa pessoa nos diversos momentos?</p> <p>8. (M) Sendo os sentimentos de confiança e segurança da mulher fundamentais no Trabalho de Parto/Parto, que estratégias pensa que tem e que podem ser úteis para potenciar estes sentimentos?</p> <p>9. (P) De que forma acha que pode contribuir para aumentar estes sentimentos? Como se sente enquanto elemento participativo no processo do parto? É fácil, é difícil, é estranho, qual o papel que pensa esperarem de si? A sociedade, a família, a Mãe, o seu bebé...?</p>
Medidas de conforto	<p>10. (M) Como pensa encontrar conforto entre as contrações? Que recursos acha que precisará? O que é que a consegue pôr confortável e relaxar? Considera que pode usar essa(s) estratégia(s) no seu TP?</p> <p>11. (P) De que forma pensa e/ou sabe que pode contribuir para o conforto e relaxamento da Mãe para fazer face às contrações?</p>
Recetividade às intervenções durante o TP	<p>12. (C) Há alguma intervenção específica durante o TP que gostasse de ter? (por exemplo: analgesia epidural, observações vaginais, enemas limpeza intestino, soros, não comer ou beber, CTG contínuo, episiotomia...)</p> <p>13. (C) E de evitar? Porquê?</p>
Contacto precoce com o bebé	<p>14. (C) Como idealiza o seu primeiro contato com o bebé?</p> <p>15. (C) O que gostaria de fazer ou que lhe fosse facilitado fazer nesse momento? (pele a pele, amamentação imediata, estar sempre a ver e a ouvir o bebé, o pai acompanhar todos os cuidados ao bebé, ...)</p>

**Tabela 1** - Guião da entrevista (adaptado de Lopes, 2019)

Inicialmente foi realizada uma entrevista exploratória a um casal que reunia as condições necessárias para integrar o estudo, de forma a treinar as competências relativas à técnica da entrevista, sendo que, no geral, o guião da entrevista respondeu aos objetivos propostos. Considerou-se ter atingido o momento de saturação dos dados com a concretização de dez entrevistas, as

quais foram todas realizadas pela investigadora entre janeiro e março de 2018, num gabinete da consulta externa do hospital, de forma a assegurar as condições de conforto, acústica e resguardo de possíveis interrupções. Tiveram uma duração média de 52 minutos. Foram salvaguardados todos os princípios éticos da investigação, tendo a mesma obtido parecer favorável pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) e autorizada pela Comissão de Ética e Conselho de Administração do hospital onde decorreu o estudo. Os casais foram primeiramente abordados pela investigadora enquanto aguardavam pelo início da sessão prática do PPP. Reunidos os critérios de inclusão, cada casal foi convidado a participar na investigação, tendo-lhe sido explicada a temática e a importância da sua participação, através de uma entrevista no final da sessão de PPP. No início da entrevista foi entregue o Consentimento Informado para a participação na investigação, que foi lido e assinado por ambos os elementos do casal e pela investigadora.

Para a análise dos dados foi utilizado o método de análise de conteúdo, segundo Bardin (2013) e o Software de Tratamento de Dados Qualitativos QRS NVivo10. Garantindo o rigor científico em todos os passos da análise e tratamento dos conteúdos, foram executados ao longo da investigação um organizado e sistemático percurso de passos, nomeadamente: contacto prolongado da investigadora com o assunto em estudo; pesquisa teórica prévia efetuada; experiência clínica enquanto enfermeira EESMO que integra o PPP, cujas temáticas são habitualmente discutidas com os casais; tomada de notas de campo e na atenção pormenorizada durante a realização das entrevistas; feedback frásico (de forma a assegurar que os participantes compreendiam as questões e respondiam ao que era esperado); audição e transcrição imediata após as entrevistas; e repetidas leituras dos mesmos conjuntos frásico dos textos resultantes. Após a transcrição em verbatim das entrevistas, codificadas com ME (mãe entrevista) e PE (pai entrevista), foi ainda solicitado aos participantes, via email, que verificassem se os relatos correspondiam de facto aos seus valores, opiniões e experiências, para se necessário atualizar com as devidas alterações, o que se sublinhe não foi necessário em nenhum dos participantes. Foi também realizada a triangulação com outra investigadora ao longo de todo o processo de análise. Salientar ainda que, durante o período em que decorreram as entrevistas, a investigadora, enquanto enfermeira EESMO, não exerceu clínica no PPP, de forma a não influenciar as respostas dos participantes (Lopes, 2019).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dez casais participantes apresentavam idades gestacionais entre as 34 e as 39 semanas, tendo as mães idades compreendidas entre os 31 e os 41 anos e os pais entre os 31 e os 44 anos. Oito mães eram primíparas e viviam só com o companheiro e duas mães eram múltíparas, com um parto anterior, e viviam com o companheiro e o seu primeiro filho. Relativamente às habilitações académicas três mães tinham o ensino secundário, quatro a licenciatura, uma o mestrado e duas o doutoramento. Quatro pais tinham o ensino secundário, cinco a licenciatura e um o doutoramento. Em relação ao estado ocupacional, oito mães estavam empregadas, uma estava desempregada e uma era estudante e todos os pais estavam empregados. Da análise do discurso dos participantes emergiram, quer na mãe, quer no pai, quatro domínios: experiência de nascimento, ambiente e conforto, empoderamento nas intervenções e primeiro contato com o bebé (Figura 1).

AS EXPECTATIVAS  
DO CASAL  
GRÁVIDO SOBRE  
O TRABALHO DE  
PARTO

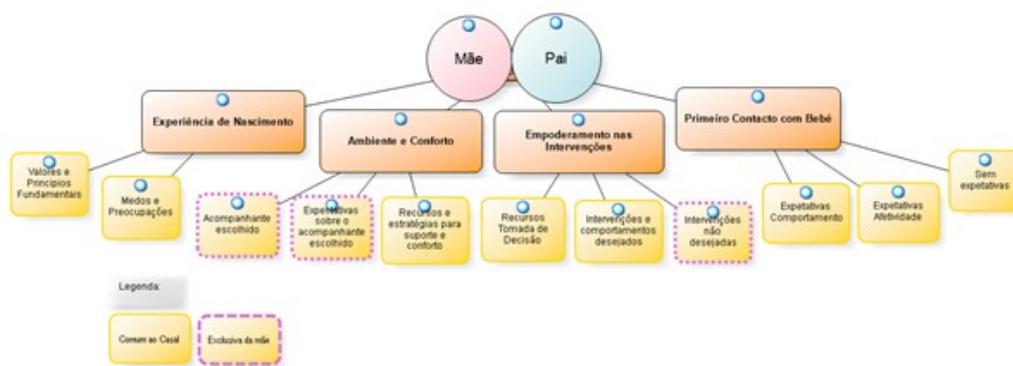


Fig. 1 – Visão esquemática dos resultados da análise do discurso da mãe e do pai

### **Experiência de nascimento**

Na antecipação da experiência de nascimento do seu filho, os casais participantes demonstraram ter consciência de algumas preocupações relativamente ao seu TP, bem como alguns valores e experiências que consideram importantes. Assim, o medo e a preocupação relativamente à imprevisibilidade associada ao TP e à possibilidade de complicações constituíram aspetos verbalizados por metade dos participantes: “é um momento em que estão a acontecer imensas coisas ao mesmo tempo (...) cria-se sempre aquela expectativa de saber se todos os passinhos vão ser dados corretamente e se o bebé vais nascer bem, acho que essa é a grande expectativa e o sentimento, se no final corre tudo bem” (ME1). Lothian (2008) afirma que atualmente a gravidez e o TP são considerados eventos clínicos e não acontecimentos de vida normais, e “esperar problemas” constitui uma linha da assistência dos cuidados pré-natais contemporâneos, o que prejudica a confiança das mulheres na sua capacidade de fazer crescer e nascer os seus bebés, lançando-as num labirinto e numa escalada de medo, onde a gravidez se torna num tempo de regras e preocupações, mesmo para mulheres saudáveis e sem risco associado à gravidez. Devane et al., (2017) considera que a maioria dos profissionais de saúde e das mulheres/casais acreditam na possibilidade do parto normal, embora por vezes possa existir risco, pelo que faz sentido reduzi-lo, embora nesta tentativa de reduzi-lo, muitas vezes aumenta-mo-lo com intervenções que criam problemas, os quais só podem ser resolvidos com mais intervenções. Desta forma, é importante ajudar as mulheres/casais a conhecerem e controlarem os seus medos, desenvolvendo uma forte ligação com o seu bebé e a desenvolver confiança em si mesmos e no processo fisiológico do nascimento.

A preocupação relacionada com o desconhecimento e a experimentação da dor associada ao TP constituiu também um aspeto referido por cerca de metade dos participantes: “sim, penso bastante e o medo prende-se basicamente saber que não posso tirar a dor (...) porque associo muito à dor, não é, associamos muito à dor, aos gritos e àquele sofrimento” (PE9). Pedro e Oliveira (2016) afirmam que o TP tem uma natureza rítmica e individual, com momentos altos e baixos, sendo imprevisível e vivenciado de acordo com a personalidade e experiência de vida da parturiente. A era moderna e a adoção de novos estilos de vida têm simultaneamente aumentado o medo da dor e contribuído para o desaparecimento do parto normal. Além disso, a tecnologia elevada tem vindo a criar a ilusão de bem-estar e segurança permanentes, o que reduz a capacidade de adaptação às dificuldades e ter, diante delas, uma atitude mais proactiva.

Quase metade das mães participantes manifestou ainda o receio de que os profissionais de saúde não correspondam às suas expectativas: “o que me vai irritar mesmo muito é eu ter pedido, por exemplo, se correr tudo bem, fazerem-me o contato pele a pele e eles não fizerem (...) vou sentir aquele arrancar de algo de mim e levarem para longe, acho que isso vai-me custar” (ME2), o que é corroborado pela revisão sistemática de Hodnett (2002) sobre a satisfação com a experiência de parto, onde as expectativas pessoais e a quantidade de suporte dado pelos cuidadores, constituem dois dos quatro fatores que influenciam a satisfação com o nascimento. Como valores associados ao TP todos os participantes deste estudo, mães e pais, consideram o parto como um evento normal e fisiológico, sendo que cerca de um terço dos mesmos, valoriza um parto espontâneo.

Relativamente às expectativas sobre as características do ambiente durante o TP, a quase totalidade dos participantes consideraram a presença do pai, ou seja, as mães valorizam a companhia do pai e os pais valorizam poder acompanhar a mãe, em sintonia com o referido por Delmann (2004) que afirma que atualmente a participação dos homens no nascimento dos seus filhos é quase universal nos países mais desenvolvidos, rondando os 96%. Carvalho (2003) considera que, cada vez mais, o pai prepara a sua paternidade acompanhando a gravidez da sua mulher e estando presente nas consultas pré-natais e nos PPP, sendo que a sua participação no TP, além de contribuir para o seu sucesso, faz com que este seja positivamente influenciado por ele pois envolve mudanças nas concepções de género, nascimento e família, tornando-se o homem também parte integrante do processo de nascimento, como uma referência emocional e facilitador do mesmo. Segundo Bobdas-Salonen (1998) a razão mais comum, pela qual as mulheres querem ter os companheiros com elas no TP, é desejarem compartilhar a experiência com o parceiro, uma vez que lhes proporciona o sentimento de valorização da sua relação enquanto pais.

Uma relação de qualidade entre o casal e os profissionais de saúde foi também valorizada por cerca de um terço dos participantes deste estudo: “para mim é muito importante o apoio não só dele, como dos profissionais, as palavras, eu já sou muito sensível e então já sei que nesse momento ainda vou ser mais (...) a influência que os próprios enfermeiros ou a equipa possa dizer (...) oxalá eles estejam num dia sim, porque todos temos dias sim e dias não, não quero que eles sejam perfeitos, mas oxalá que calhe num bom dia deles” (ME6). Estes resultados estão em sintonia com Waldenstrom et al., (2004) cujo estudo verificou que o suporte recebido pela mulher por parte dos profissionais de saúde durante o seu TP, nomeadamente escutar as suas preocupações, revelou ser mais efetivo para a sua satisfação do que a educação ou a analgesia recebida.

Para além da presença do pai e da qualidade da relação com os profissionais de saúde, tanto as mães como os pais valorizaram também a privacidade: “de preferência não ter lá muitos estagiários e não ter a sala muito cheia” (ME10), as mães consideraram ainda a tranquilidade: “para nós é importante termos pessoas calmas e tranquilas (...) que seja feito sem pressas e com calma” (ME4), e os pais a descontração do ambiente. Estas expectativas vão de encontro às recomendações recentes da OMS, que afirma que os cuidados obstétricos devem ser baseados no respeito pela mulher assegurando a sua dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a inexistência de dano e maus-tratos e promovendo a escolha informada e o apoio contínuo durante todo o TP (WHO, 2018). No estudo de Hildingsson, Cederlofe e Widen (2011) verificou-se que a presença frequente da midwife e a inclusão do pai nas conversas e nas ações de suporte e cuidado à mãe, bem como dar

informações contínuas sobre o progresso do TP, são aspetos que contribuem fortemente para uma experiência de parto positiva para o casal.

AS EXPECTATIVAS  
DO CASAL  
GRÁVIDO SOBRE  
O TRABALHO DE  
PARTO

Um casal participante deste estudo, de forma unânime, referiu ainda ser importante para eles que o cordão umbilical do seu bebé não seja cortado imediatamente após o parto, pois têm o conhecimento de que é benéfico para o bebé, sendo que a mãe expressou também que gostaria de ser ela a cortá-lo, uma vez que o pai não o deseja fazer. Esta vontade expressa vai de encontro às recomendações da OMS (recomendação n.º 44) que refere que o clamp do cordão umbilical não deve ser realizado antes do 1º minuto após o nascimento, de forma a melhorar a saúde da mãe e do bebé (WHO, 2018).

O sentimento de responsabilidade pessoal associado ao seu TP, constituiu também um valor demonstrado pelas mães participantes deste estudo, nomeadamente ao nível do autocontrolo durante o TP, no envolvimento na tomada de decisão e na preparação física e psicológica prévias para facilitar o TP: “conseguirmos colaborar a par convosco (...) conseguirmos controlar a emoções primeiro que mais nada, para conseguirmos ajudar na libertação do bebé” (ME2); “de alguma maneira, conseguir aceitar aquelas dores... ah.. e depois que demore o tempo que demorar... desde que...oxalá que eu tenha sempre energia ou que a vá buscar” (ME6); “eu acho que nós temos que mostrar a nossa vontade também, termos uma voz ativa e dizer, ok, se for possível gostaria que fosse assim” (ME7). Para um terço das mães participantes, ter a capacidade de participar ativamente no nascimento do seu filho é um aspeto que valorizam. Estes resultados são apoiados pelo estudo de Cook e Loomis (2012) que demonstrou que a satisfação com a experiência de nascimento está fortemente relacionada com a capacidade de manter o controlo durante o TP, influenciando as lembranças positivas ou negativas.

### ***Ambiente e Conforto***

Todas as mães participantes referem escolher o pai do seu filho para seu acompanhante durante o TP, esperando que este lhe lembre as estratégias aprendidas durante o PPP, promova a sua tranquilidade e reforce positivamente as suas habilidades durante o TP: “consiga-me ajudar a lembrar se eu bloquear (...) olha, queres que peça uma bola ou vamos andar um bocadinho no corredor” (ME10); “eu gostava que ele me ajudasse a manter-me calma e que me fosse incentivando, ou me fosse acalmando nos momentos certos” (ME7); “que ele tenha paciência comigo, bem-disposto, assim otimista e a apoiar e a dar-me força” (ME6). Estes resultados são concordantes com os de Storti (2004) e Lima da Motta e Crepaldi (2005), onde as expectativas da mulher em relação ao companheiro se relacionam essencialmente com o apoio emocional.

Na verbalização destas expectativas sobre o companheiro, metade das mães participantes expressaram confiança nas suas habilidades enquanto elemento de suporte e a outra metade expressou alguma desconfiança na concretização destas habilidades: “ele então acaba por me tranquilizar nisso e, portanto, acho que sim, não tenho quem me possa valer nessa altura a não ser ele” (ME2); “se ele não atrapalhar é perfeito (risos) não, porque ele diz: ai, não sei o que é que eu vou fazer, e eu digo, olha se é para isso evitas de lá estar, se é para isso não vale a pena (risos)(...) não deve ser muito fácil de gerir e estar a tentar, gerir-me a mim e controlar-me a mim e a ansiedade dele” (ME9). A este respeito, no estudo de Lima da Motta e Crepaldi (2005), verificaram-se diferenças entre a perceção da parturiente e o tipo de apoio observado, o que evidencia que a sua satisfação com a presença do companheiro não está diretamente relacionada à qualidade do cuidado observável, mas ao que essa presença representa para ela. De facto, neste estudo, a presença do pai

durante todo o TP constitui um aspeto referido continuamente pela maioria das mães e pais participantes como estratégia promotora do suporte e conforto da mãe, especificamente ao nível da sua confiança e segurança. Também a revisão de Bruggermann, Parpinelli e Osis (2005) sobre as evidências do suporte emocional durante o TP salientou a sua importância, especificamente quando o provedor do suporte não é um profissional de saúde, reduzindo a taxa de cesarianas, o uso de analgésicos e de ocitocina e a duração do TP, e aumentando a satisfação materna com a experiência vivida. No entanto, devem ser dadas condições para que o pai seja capaz de concretizar essa função, pelo que a sua preparação deve ser considerada tão importante como a da grávida. As expectativas sociais, as normas culturais e os estereótipos tradicionais de género, podem inibir os homens de demonstrar as suas incertezas e preocupações à sua parceira, sendo que muitos pais referem uma desconexão física com a gravidez sentindo-se algo afastados do processo e, por isso, confusos e pouco envolvidos (Smyth, Spence & Murray, 2015). Por outro lado, a maioria dos homens reconhece e respeita o enorme foco nas necessidades da grávida, o que constitui uma barreira para conseguirem colocar questões e participar mais ativamente nas sessões de preparação para o parto. Estes dados apoiam os do nosso estudo, onde verificamos que metade dos pais participantes manifestaram alguma insegurança no seu papel de suporte à mãe durante o TP, admitindo ter dificuldade em confortá-la perante a dor expectada: “não consigo perceber a utilidade do pai na sala de partos para ajudar, na minha mente (...) parece que vai ser é atrapalhar, é o que eu vou fazer, atrapalhar em vez de ajudar, é o meu medo, se calhar vou estar lá para fazer asneiras ou para não fazer nada e ser um empecilho durante o trabalho de parto” (PE9). Além disso, constatou-se que a percepção que a mãe tem do pai enquanto acompanhante, está de acordo com a percepção que o pai também tem de si próprio, enquanto acompanhante, ou seja, os pais que manifestam confiança em si são aqueles, cujas companheiras exprimem confiança nas suas habilidades, e os pais que se sentem mais inseguros são aqueles, cujas companheiras manifestam alguma desconfiança na concretização do seu papel de suporte. Consideramos que é fundamental estar atento a este aspeto, de forma a intervir antecipadamente para minimizar estas dificuldades identificadas, trabalhando em conjunto com o casal, para que os dois se sintam mais confiantes e consigam fornecer suporte mútuo durante o TP. Ainda a este respeito, a maioria dos pais participantes manifestou a importância que atribuem ao seu papel de suporte da companheira, sendo para isso fundamental adotarem um comportamento que transmita confiança e segurança, sendo o sentido de humor uma estratégia considerada por quase metade dos participantes: “é tentar manter-me nesse estado, calmo e sereno e transmitir isso a ela” (PE7); “rir é o melhor remédio, sim fazer rir, é o que eu faço melhor” (PE9). Estes resultados estão em consonância com Alexandre e Martins (2009), cujos pais reconheceram a importância da sua presença, por ser muito desejada pela sua companheira, reconhecendo o seu papel como alguém capaz de oferecer apoio e segurança.

Outras estratégias promotoras de sentimentos de confiança e de segurança referidas neste estudo quer pelas mães, quer pelos pais, relacionaram-se com o sentimento de confiança nos profissionais de saúde e nos conhecimentos e habilidades que aprenderam durante o PPP: “acho que a estratégia vai ser mais até ouvir a opinião dos profissionais e tentar seguir à risca (...) confiar nos profissionais e na opinião técnica deles” (PE4); “ter assistido às aulas de preparação para o parto (...) a segurança acaba por vir por acréscimo tendo essa informação, porque a informação, neste caso, é sinónimo de segurança” (ME1). Estes resultados são também corroborados pelo estudo de Alexandre e Martins (2009), onde a frequência de um PPP proporcionou tranquilidade e segurança aos pais para a vivência do TP, através da

aprendizagem da fisiologia do mesmo e das estratégias para o promover, bem como para o autocontrole da dor associada. Bergstrom et al., (2013), concluiu que a frequência de um PPP pode ajudar os homens mais receosos a terem uma perspectiva mais positiva durante o TP.

Relativamente às estratégias para o alívio da dor em TP, a maioria dos participantes valorizou a música e a massagem: “associar esse momento a uma música, olha quando a C. nasceu a música que estava a tocar era x, acho que isso era engraçado, para os meus gostos acho que isso era uma coisa que ia fazer diferença” (ME1); “a parte da massagem, o cafoné no cabelo, que é uma massagem, ajuda bastante a relaxar e a descontrair” (ME10). No estudo randomizado desenvolvido por Chang, Wang e Chen (2002), constatou-se que a massagem é uma intervenção de enfermagem economicamente viável que pode diminuir a dor e a ansiedade durante o TP, sendo que a participação dos companheiros na massagem das parturientes pode influenciar positivamente a qualidade da sua experiência. Relativamente aos efeitos da música sobre a dor do TP e a ansiedade, os estudos randomizados de Phumdoung e Good (2003) e de Liu, Chang e Chen (2010) demonstraram que ouvir música constituiu uma estratégia não farmacológica efetiva para a parturiente, uma vez que contribui para a redução da dor e da ansiedade, nomeadamente na fase latente do TP. Face à evidência, a OMS na recomendação nº 22, refere-se às técnicas manuais como a massagem ou a aplicação de calor como medidas de alívio da dor do TP em mulheres saudáveis, sempre de acordo com as suas preferências (WHO, 2018). Quase metade das mães participantes deste estudo considerou também a hidroterapia e a liberdade de movimentos como uma estratégia para alívio da dor no TP: “para mim o banho sempre me relaxou muito, desde sempre, e aqui eu associo um bocadinho a isso, ou seja, a questão do banho, do calor para tentar relaxar ao máximo” (ME9). Estes resultados corroboram os resultados de Silva, Oliveira e Nobre (2009), onde se verificou que o nível de dor das mulheres que não usaram a imersão foi significativamente maior do que as mulheres que experimentaram, o que demonstra que o uso da hidroterapia por imersão constitui uma forma com impacto no alívio da dor durante o TP. A importância dada pelas mães participantes à liberdade de movimentos é corroborada pela revisão sistemática de Lawrence et al., (2013) sobre a mobilidade na primeira fase do TP, onde se constatou a evidência clara sobre os benefícios da deambulação e das posições verticais, nomeadamente na redução da duração do TP, do risco de cesariana e da necessidade de analgesia epidural, não estando associadas ao aumento de intervenções ou a efeitos negativos sobre o bem-estar da mãe e do bebé.

### ***Empoderamento nas intervenções***

Os participantes deste estudo identificaram alguns recursos cognitivos e afetivos que os ajudam na tomada de decisão relativamente às intervenções durante a assistência ao seu TP, sendo que a grande maioria dos participantes afirma confiar e aceitar as intervenções que venham a ser propostas pelos profissionais de saúde: “acho que devemos estar entregues a um sítio, a uma instituição onde agente possa estar, se surgir algum problema que estejam as pessoas certas, no momento certo, que auxiliem tanto a mãe como o filho” (PE10). No entanto, verifica-se alguma ambivalência em mais de metade das mães participantes que referem confiar nos profissionais de saúde, mas sentem que existe, por vezes, a imposição de intervenções por parte dos mesmos: “há aquela ideia que depois não há tanto tempo para estar à espera, da parte também dos profissionais, já é um processo tão demorado que se calhar não há tanta disponibilidade para estar ali não sei quanto tempo à espera que as coisas se deem naturalmente” (ME7). Estes resultados estão de acordo com Bailey, Crane e Nugent (2008) que consideram que a atitude

paternalista por parte dos profissionais de saúde interfere com a autonomia da mulher e a sua capacidade de escolha e de controlo e com as relações terapêuticas baseadas na confiança. Três mães participantes consideraram também o desejo de ser envolvidas na tomada de decisão e a proteção da sua intimidade pelos profissionais de saúde: “deve ser assim, penso eu, ser informada de tudo aquilo que se vai passar e ter opções (...) aí se calhar cabe-me a mim mostrar a minha vontade” (ME7); “acho que nos coloca numa situação assim de alguma vulnerabilidade, sinceramente, e pronto e estarmos sempre com os toques e com as observações e essas coisas é uma das coisas que me vai destabilizar um bocadinho” (ME1). Estas preocupações manifestadas estão de acordo com as recomendações da OMS, cujos cuidados obstétricos devem ser baseados no respeito, assegurando a dignidade, a privacidade e a confidencialidade da mulher/casal, garantindo a inexistência de dano e maus-tratos e promovendo a escolha informada e o apoio contínuo durante todo o TP (WHO, 2018) e também corroboradas por Hodnett (2002), onde a promoção do envolvimento da mulher/casal na tomada de decisão relacionadas com o seu TP, constituiu um dos quatro fatores que influenciam positivamente a sua satisfação com o mesmo.

No que se refere às expectativas relacionadas com intervenções durante a assistência ao TP, as mães participantes tiveram uma maior expressividade nos seus desejos, o que nos leva a inferir que talvez se deva ao facto de ser algo que lhe diz mais intrinsecamente respeito, sendo que apenas um dos pais participantes expressou a sua opinião sobre esta questão. Assim, cinco mães participantes verbalizam desejar a analgesia epidural, enquanto que três assumem que decidirão no momento do TP. A possibilidade de hidratação oral e a liberdade de movimentos durante o TP foram comportamentos desejados por cerca de um terço das mães e um dos pais, o que está de acordo com as recomendações n.º 24 e n.º 25 da OMS para uma experiência positiva de nascimento, ou seja, para as parturientes de baixo risco é recomendada a ingestão de líquidos e comida, bem como o encorajamento para a mobilidade com posições verticais durante o TP (WHO, 2018). As mães participantes expressaram-se também relativamente às intervenções não desejadas, nomeadamente a episiotomia, a instrumentação do parto e a indução do TP: “eu estou mesmo contra é a indução, porque depois já de lá vem a cascata” (ME6). Esta mãe que expressou não querer que o seu parto seja induzido, tem claramente a noção de que quando o TP é induzido cria com frequência a necessidade de mais intervenções clínicas, nomeadamente a necessidade de perfusões, registo cardiotocográfico contínuo, obrigando à restrição de movimentos, o que contribui para uma menor sensação de controlo e satisfação durante o TP e maior dificuldade em autocontrolar a dor, comprometendo desta forma a possibilidade de parto vaginal espontâneo, que é o seu desejo. Estes resultados estão de acordo com os resultados de Deering et al., (2006), onde a vontade de caminhar durante o TP e evitar a episiotomia e a analgesia epidural constituíram os pedidos mais frequentes das mulheres que elaboraram um plano de parto. Além disso, também estes resultados, bem como outros já anteriormente referidos, são corroborados pelos resultados de Vila-Candel et al., (2015) que verificaram diferenças nos planos de parto das mulheres antes e depois de frequentarem um PPP, valorizando a adoção de estratégias e comportamentos promotores do parto normal, nomeadamente a liberdade de movimentos e a monitorização fetal intermitente, a ingestão de líquidos, as medidas de conforto como a água quente, a posição cómoda no período expulsivo e a realização de esforços espontâneos e evitar a episiotomia.

### ***Primeiro contacto com o Bebê***

Segundo Simkim (1992) o primeiro contacto com o bebé é das memórias do TP que mais perduram a longo-prazo. Realizar o contacto pele a pele com o bebé e amamentá-lo o mais precocemente possível, bem como proceder ao clampé tardio do cordão umbilical, constituíram os pedidos mais frequentes das mulheres (Vila-Candel et al., 2015), resultados corroborados pelos participantes deste estudo, embora de forma mais representativa pelas mães, que manifestaram desejar realizar o contacto pele a pele imediato com o seu bebé, reconhecendo as vantagens dessa prática: “gostava que ela viesse logo para o meu colo (abraçou-se a si mesma) mesmo que venha suja não há problema” (ME1); “esperamos ser possível, que é a pele com pele, aquele momento é o momento que eu anseio, é aquela imagem, o choro, acho que vai ser mágico” (PE3). A evidência científica tem demonstrado que os recém-nascidos saudáveis, quando colocados em contacto pele a pele com a sua mãe, adaptam-se mais facilmente à vida extrauterina, uma vez que se mantêm mais quentes, choram menos, têm níveis inferiores de hormonas de stress, níveis de glicémia mais estáveis e maior probabilidade de serem amamentados. Por outro lado, estar exposto à flora bacteriana da pele da mãe protege o bebé, e as mulheres que seguram nos seus bebés pele com pele, após o nascimento, cuidam deles com mais confiança, reconhecendo melhor as suas necessidades (Crenshaw, 2014). Face à múltipla evidência a OMS, na recomendação n.º 48, afirma que os recém-nascidos sem complicações devem ser mantidos em contacto pele a pele com as suas mães durante a primeira hora após o nascimento, de forma a prevenir a hipotermia e a promover a amamentação (WHO, 2018). Contudo, duas mães expressaram não pretender realizar o contacto imediato pele a pele com o seu bebé, sendo que uma das mães, visivelmente emocionada, manifestou o seu sentimento ambivalente, ao reconhecer os benefícios e a expectativa do pai e dos profissionais de saúde, mas antecipando que é algo que lhe provocará grande desconforto: “não sei, acho que deve ser tão desconfortável, mas se calhar tenho benefícios e se calhar até lá ainda me vou habituar à ideia (olhos vermelhos, claramente emocionada) eu acho que também tem a ver com a parte da amamentação, a mim também me faz ainda confusão apesar de eu já, ok, decidi, vou experimentar, mas é uma coisa que, não sei” (ME7). Apesar da evidência recomendar o contacto pele a pele, e da maioria das mães o desejar fazer, este é um aspeto a que os enfermeiros EESMO devem estar atentos quando procuram identificar as expectativas e necessidades do casal, tendo uma atitude que revele sensibilidade, cuidado e respeito pelos desejos das mulheres/casais. Metade das mães participantes expressaram também o desejo de amamentar o seu bebé, na primeira hora de vida, prática amplamente recomendada pela OMS, que recomenda que todos os recém-nascidos, incluindo os de baixo peso e que têm capacidade para mamar, sejam colocados no peito da mãe o mais precocemente possível após o parto, desde que estejam clinicamente estáveis e a mãe se sinta preparada (WHO, 2018).

Além disso, tanto as mães como os pais participantes, antecipam o nascimento do seu filho como um momento muito emotivo, expressando o desejo de que os profissionais de saúde reconheçam este aspeto, proporcionando e facilitando um espaço de intimidade familiar para o casal e o seu filho recém-nascido e permitindo que o bebé esteja sempre acompanhado pelo pai nos cuidados que lhe sejam necessários prestar: “no fim dela nascer, se calhar um bocadinho podia ser só nós, nem que seja só um minutinho ou dois, se calhar era bom, era um momento só nosso, só da família” (ME8). No estudo de Alexandre e Martins (2009) identificaram-se manifestações dos pais que refletem o aumento do vínculo familiar relacionado com a vivência do processo de nascimento, despertando neles sentimentos de valorização das suas companheiras e também de reconhecimento pelo seu papel de acompanhante e suporte durante o TP, ou

seja, percebe-se uma aproximação familiar devido à vivência do processo de nascimento, sendo que quanto mais o pai se envolve durante o nascimento do seu bebê, mais forte será o seu apego ao mesmo e a sua participação no seu crescimento.

Relativamente às limitações do estudo, inerentes a outros estudos qualitativos descritivos, relacionam-se com o facto de ter sido utilizada a seleção intencional dos participantes, o que se reconhece na dificuldade da generalização dos resultados. No entanto, este processo de seleção deveu-se ao interesse para a melhoria das práticas clínicas no contexto profissional da investigadora e à facilidade de acesso aos participantes, tendo estes emergido dos casais disponíveis no PPP à data da investigação.

## CONCLUSÕES

O estudo permitiu perceber que os casais participantes demonstraram estar envolvidos no seu TP, identificando as suas expectativas. Assim, todos consideram o TP como um evento normal e fisiológico, embora potencialmente imprevisível. É valorizada, quer pelas mães, quer pelos pais participantes, a presença do pai durante todo o TP, assim como a qualidade da relação estabelecida com os profissionais de saúde. A quase totalidade dos participantes antecipa que confia e aceitará as intervenções propostas pelos profissionais de saúde, contudo, um terço das mães manifesta vontade de ser envolvida na tomada de decisão. O desejo manifestado pelos casais da facilitação de um espaço de intimidade familiar e do acompanhamento contínuo do bebê pelo pai, reforçam a ideia de que o nascimento de um filho é um acontecimento de vida familiar e não meramente um evento clínico, que deve ser respeitado pelos profissionais de saúde.

A realização de entrevistas individualmente com cada casal, permitiu tomar consciência de aspetos da sua individualidade e conjugalidade, impossíveis de perceber quando se desenvolve apenas intervenções em grupo, como é o caso do PPP. Apesar das intervenções em grupo terem como mais valia terapêutica a possibilidade de partilha de experiências entre os casais participantes, é também fundamental conhecer as necessidades e expectativas individuais de cada mulher/casal, e clarificar as consequências e/ou benefícios de cada decisão relativa ao decurso do TP. Acredita-se que estes resultados possam servir como ponto de partida para outros estudos e com outros tipos de metodologia, que enfatizam a visão do TP como um processo natural da vida dos casais, inserido na transição para uma parentalidade envolvida, significativa e responsável.

Relativamente às implicações do estudo para a prática de cuidados de enfermagem ESMO, salienta-se a importância de promover um espaço de diálogo que permita a identificação e discussão das expectativas dos casais relativamente ao seu TP, como uma consulta de plano de parto. No domínio da formação, é essencial valorizar e desenvolver continuamente as habilidades de comunicação terapêutica, de forma a que os enfermeiros promovam um ambiente seguro e flexível que permita aos casais expor as suas dúvidas, preocupações e preferências pessoais. Em relação à investigação, considera-se importante estudar a perspetiva e a valorização dos enfermeiros ESMO acerca das expectativas dos casais relativamente ao seu TP, identificando barreiras e estratégias para implementar intervenções eficazes na assistência pré-natal, nomeadamente no âmbito de programas de preparação para o parto e parentalidade, que contribuam para uma experiência de parto mais positiva para ambos os elementos do casal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AS EXPECTATIVAS  
DO CASAL
- GRÁVIDO SOBRE  
O TRABALHO DE  
PARTO
- Akalin, A. (2021). Nulliparous Women's Birth Perceptions and Experiences for Mode of Birth Preference: A Qualitative Descriptive Study. *International Journal of Caring Sciences*. 14(2), 1000-1009
- Alexandre, A. Martins, M. (2009). A vivência do pai em relação ao trabalho de parto e parto. *Cogitare Enfermagem*. 14(2), 324-31.
- Bailey, J. M., Crane, P., Nugent, C. E. (2008). Childbirth education and birth plans. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 35(3), 497. doi:10.1016/j.ogc.2008.04.005
- Bardin, Laurence (2013). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70, Lda. ISBN: 978-972-44-1506-2.
- Bergström, M., Rudman, A., Waldenström, U., Kieler, H. (2013). Fear of childbirth in expectant fathers, subsequent childbirth experience and impact of antenatal education: subanalysis of results from a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(8), 967-973. doi:10.1111/aogs.12147
- Bobdas-Salonen, T. (1998). How women experience the presence of their partners at the birth of their babies. *Qualitative Health Research*, 8,784-800.
- Brown, S. Lumley, J. (1998). Communication and decision-making in labour: Do birth plans make a difference? *Health Expectations*, 1, 106-116.
- Bruggermann, O., Parpinelli, M., Osis, M. (2005). Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 5(21), 1316-1327.
- Carvalho, M. (2003). Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: Dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cad. Saúde Pública* 19(2), 389- 398. Recuperado de <http://www.scielosp.org/> ISSN 0102-311X.
- Chang, M., Wang, S., Chen, C. (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 68-73.
- Cook, K., Loomis, C. (2012). The impact of choice and control on women's childbirth experiences. *The Journal of Perinatal Education*, 21(3).
- Crenshaw, J. T. (2014). Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together- It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 211-217. doi:10.1891/1058-1243.23.4.211
- DeBaets, A. (2017) From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *American journal of Obstetrics e Gynecology*. 31-34.
- Deering, H., Heller, J., McGaha, K., Heaton, J., Satin, A., (2006). Patients Presenting with Birth Plans in a Military Tertiary Care Hospital: A Descriptive Study of Plans and Outcomes. *Military Medicine*, 171(8), 778-780.
- Dellman, T. (2004). The best moment of my life: A literature review of fathers' experience of childbirth. *Australian Midwifery Journal*. 17(3), 20-26.
- Devane D., Lalor J.G., Daly S., McGuire W., Cuthbert A., Smith V. (2017). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. (26)1, CD005122. doi:

10.1002/14651858.CD005122.pub5

Direção-Geral da Saúde (2020). Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade – CPPP, Cursos de Recuperação Pós-Parto – CRPP – Orientações. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Lisboa

AS EXPECTATIVAS  
DO CASAL  
GRÁVIDO SOBRE  
O TRABALHO DE  
PARTO

Feeley, Thomson, Downe, (2020). Understanding how midwives employed by the National Health Service facilitate women's alternative birthing choices: Findings from a feminist pragmatist study. 1–24. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242508>

Green, J., Coupland, V., Kitzinger, J. (1990). Expectations, experiences and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth*, 17, 15-24.

Hildingsson I, Cederlöf L, Widén S (2011). Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women Birth*. 24(3), 129-36. doi: 10.1016/j.wombi.2010.12.003.

Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, 160-172.

IFGO, ICM, WRA, IPA, WHO (2015). Mother–baby friendly birthing facilities. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 128:95-99, 2015

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD003934. doi:10.1002/14651858.CD003934.pub4

Lima da Motta, C., Crepaldi, M. (2005). O pai no parto e apoio emocional: a perspetiva da parturiente. *Paidéia*, 15(30), 105-118

Liu, Y., Chang, M., Chen, C. (2010). Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8), 1065-1072. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03028.x

Lopes, Marlene I. (2019). *A Expetativa do casal sobre o Plano de Parto*. Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Orientadora: Mestre Teresa Campos Silva, 22 fevereiro, Coimbra. Disponível em: <http://web.esenfc.pt/?url=J09yShAZ>

Lothian, J. (2008). The Journey of Becoming a Mother. *The Journal of Perinatal Education*. 17 (4), 43-47.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. Parecer n.º 7/2012. *Plano de Parto*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde. (2016). *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez*. WHO/RHR/16.12

Pedro, L., Oliveira, S. (2016). A Dor no Trabalho de Parto. In M. Nené, R. Marques, M.A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp 411-415). Lisboa, Portugal: Lidel.

Phumdoung, S., Good, M. (2003). Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 4(2), 54-61

Silva, F., Oliveira, S., & Nobre, M. (2009). A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery*, 25(3), 286-294

- Simkin, P. (1992). Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth* (Berkeley, Calif.), 19(2), 64-81.
- Simkin, P. (2007). Birth Plans: After 25 years, women still want to be heard. *Birth*, 34(1), 49-51
- Smyth, S., Spence, D., & Murray, K. (2015). Does antenatal education prepare fathers for their role as birth partners and for parenthood? *British Journal of Midwifery*, 23(5), 336-342.
- Storti, J. (2004). *O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal* (Dissertação de Mestrado). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Vila-Candel R, Mateu-Ciscar C, Bellvis-Vázquez E, Planells-López E, Requena-Marín M, Gómez-Sánchez M. (2015). Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de la Ribera. *Matronas Profesión*. 16(1), 11-19.
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., Radestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*. 31 (1), 17-27.
- World Health Organization (2005). *World health report 2005: Make every mother and child count*. Geneva, Suíça: Autor.
- World Health Organization (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. ISBN 978-92-4-155021-5

AS EXPECTATIVAS  
DO CASAL  
GRÁVIDO SOBRE  
O TRABALHO DE  
PARTO

# FATORES PROTETORES E DIFICULTADORES DA CONJUGALIDADE NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

## Protective and hindering factors of conjugality in the transition to parenthood

**MARGARIDA MOREIRA DA SILVA** | RN, MSc, PhD, Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA:E - Health Sciences Research Unit: Nursing

**MICAELA SOLANGE ALMEIDA GAVINHOS** | RN, Enfermeira, Santa Casa da Misericórdia de Pampilhosa da Serra

**VÂNIA FILIPA HENRIQUES PEREIRA DAS NEVES** | RN, Enfermeira, Hospital da Luz de Coimbra

**ANA PAULA FORTE CAMARNEIRO** | PhD, Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UICISA:E - Health Sciences Research Unit: Nursing

A conjugalidade torna-se um desafio na transição para a parentalidade, principalmente quando se trata do nascimento do primeiro filho, sendo de grande importância para a saúde conhecer a vivência conjugal e os fatores envolvidos, para facilitar esta transição. O enfermeiro de família pode ser esse facilitador, pelo papel privilegiado de proximidade. Porém, a escassez de estudos em enfermagem de família, não permite sustentar as intervenções na evidência.

Pretende-se analisar a vivência conjugal durante a transição para a parentalidade no que se refere aos fatores facilitadores e dificultadores.

Realizou-se um estudo exploratório e descritivo com orientação fenomenológica, de forma a extrair a vivência dos casais. A amostra foi intencional, em bola de neve, constituída por 6 casais heterossexuais, 6 a 12 meses após o nascimento do primeiro filho. Foram realizadas 12 entrevistas semi-estruturadas aos cônjuges. Análise realizada pelo método fenomenológico de Giorgi.

Encontraram-se fatores protetores e dificultadores da conjugalidade na transição para a parentalidade. São protetores da conjugalidade: planeamento da gravidez; compreensão e entejuda no casal; comunicação conjugal; apoio da família alargada. Constituíram fatores dificultadores: gestão dos momentos a sós; reinício e manutenção da sexualidade; desempenho do papel parental; intromissão da família alargada (por ausência de limites ou por relacionamento destruturado com a família de origem) e falta de apoio dos profissionais de saúde.

Os casais necessitam de apoio pessoal e profissional nesta fase de transição. O enfermeiro de família pode desempenhar um papel privilegiado de proximidade, facilitando este processo de transição por meio de cuidados antecipatórios ao casal e família, nesta fase do ciclo vital.

**Palavras-chave:** relação marital; transição da saúde; parentalidade; enfermagem familiar.

Conjugality becomes a challenge in the transition to parenthood, especially when it comes to the birth of the first child, being of great importance for health to know the marital experience and the factors involved, to facilitate this transition. The family nurse can be this facilitator, due to the privileged role of proximity. However, the lack of studies in family nursing, does not allow the interventions in the evidence.

FATORES  
PROTETORES E  
DIFICULTADORES  
DA  
CONJUGALIDADE  
NA TRANSIÇÃO  
PARA A  
PARENTALIDADE

This study intended to analyze marital experiences during the transition to parenthood with regard to facilitating and hindering factors.

An exploratory and descriptive study with phenomenological orientation was performed. The intentional snowball sample consisted of 6 heterosexual couples, 6 to 12 months after the birth of the first child. Twelve semi-structured interviews were conducted to both spouses. Analysis performed by the Giorgi phenomenological method.

Protective and hindering factors of conjugality were found in the transition to parenthood. They are protective factors: pregnancy planning; understanding and mutual help in the couple; marital communication; support from the family of origin. Constituted hindering factors: the management of moments alone; restart and maintenance of sexuality; performance of the parental role; intrusion of the family of origin (lack of limits or unstructured relationship with the family of origin) and lack of support from health professionals.

Couples need personal and professional support in this transitional phase. The family nurse can play a privileged role of proximity, facilitating this transition process through anticipatory care for the couple and family at this stage of the family life cycle.

**Keywords:** marital relationship; health transition; parenting; family nursing.

## INTRODUÇÃO

O nascimento do primeiro filho inicia uma nova fase de transição do ciclo vital da família. A vida familiar move-se da função conjugal para a parental e quase todo o investimento, até então orientado para a organização da relação conjugal, é transferido para a criação da relação parental. O casal sobe um degrau na hierarquia geracional, tornando-se prestador de cuidados, responsável e protetor da geração mais nova (Relvas, 2006).

Esta transição exige reorganização familiar, através da criação, negociação e definição de novos papéis e funções. A díade alarga-se a tríade, o que traduz alterações no próprio casal, nas relações que mantém com as suas famílias de origem e nas relações com os contextos envolventes mais significativos (Alarcão, 2006; Relvas, 2006).

Apesar de ser uma transição normativa e expectável, gera stress no seio familiar (Alarcão, 2006), porque a mudança implica reorganização traduzindo, assim, novas necessidades.

As respostas humanas às transições constituem-se foco de atenção da enfermagem, assumindo-se como objetivo em enfermagem de família a capacitação da família para desenvolver competências que permitam adaptar-se aos constantes processos de mudança (Figueiredo, 2009; Meleis, & Dean, 2012).

O enfermeiro de família, pela proximidade e continuidade no acompanhamento das famílias ao longo do ciclo vital, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), desempenha um papel importante na avaliação e intervenção com as famílias pelo que a compreensão das experiências vivenciadas nos diversos processos de transição são essenciais para antecipar as necessidades da família e apoiá-la no decorrer dos mesmos (Sousa, 2013).

A instituição do perfil profissional do enfermeiro de família e do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar são visíveis em vários documentos internacionais, de que são exemplo a Declaração de Munique (WHO, 2000), Políticas de Saúde Para Todos na Região Europeia da OMS e Saúde 21 (OMS, 2003), e nacionais como os documentos da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MPCS, 2006), do Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (GTDCSP, 2012), do Regulamento n.º 126/2011, do Decreto-Lei n.º 118/2014, do Regulamento n.º 367/2015, do Decreto-Lei n.º 73/2017 e do Regulamento n.º 428/2018 que

define as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Neste contexto, a família passa de uma visão contextual para constituir o foco dos cuidados de enfermagem, onde importa conhecer as dinâmicas internas (relações, estrutura e funcionamento dos diferentes subsistemas com o todo) e externas da família, em todas as fases de transição e em todos os contextos de intervenção.

Importa, por isso, conhecer a dinâmica conjugal na transição para a parentalidade, na perspetiva de quem a vivencia, uma vez que se identifica uma escassez de estudos e conhecimento na área de enfermagem de família, revelando-se essencial sustentar as intervenções do enfermeiro de família neste contexto, contribuindo, assim, para a prática baseada na evidência e conseqüente melhoria dos cuidados.

Este estudo tem como principal objetivo: analisar a vivência conjugal durante a transição para a parentalidade no que se refere aos fatores protetores e dificultadores e desta forma contribuir para a qualidade das práticas clínicas de enfermagem, às famílias que se encontram nesta fase do ciclo de vida.

## METODOLOGIA

De acordo com os objetivos e para responder à questão de investigação (Como vivenciam os casais a transição da conjugalidade para a parentalidade com o nascimento do primeiro filho?), foi realizado um estudo descritivo de orientação fenomenológica, a partir do qual foi possível conhecer a experiência humana, pelos significados das pessoas que vivenciaram o fenómeno (Chesnay, 2015).

Neste sentido, a seleção dos participantes foi intencional, com efeito bola de neve. Estabeleceu-se contacto com alguns casais da rede de proximidade e, através deles, alcançaram-se outros casais. O efeito bola de neve é explicado pelo facto de que a condição/processo em que se encontram as pessoas, lhes dá acesso a outras a passar pelo mesmo processo (Streubert & Carpenter, 2013).

Constituíram critérios de inclusão na amostra: casais heterossexuais; casados ou em união de facto; com idade superior a 18 anos; pais pela primeira vez; idade do filho entre os 6 meses e os 12 meses, inclusive; em que ambos os elementos do casal aceitaram fazer parte do estudo. Como critérios de exclusão: casais em que um dos elementos não queira participar no estudo; famílias reconstruídas, com filhos de outros relacionamentos.

Obteve-se uma amostra de 12 participantes que constituíam 6 casais, metade são casados e a outra metade vive em união de facto. A duração das relações conjugais varia entre os 3 e os 10 anos, e a idade do primeiro filho oscila entre os 7 e os 10 meses. Apenas um casal coabita com a família de origem, além do/a companheiro/a.

As mulheres (M) participantes têm idades compreendidas entre os 29 e os 36 anos. São maioritariamente licenciadas e a sua ocupação profissional centra-se, em grande parte, no setor da saúde e económico.

Os homens (H) participantes têm idades compreendidas entre os 24 e os 41 anos. Têm, maioritariamente, o ensino secundário e a sua ocupação profissional concentra-se, em maior número, no setor comercial, mas também no setor militar e da saúde.

O instrumento de recolha de dados foi a entrevista semiestruturada, tendo sido realizada aos cônjuges separadamente. A entrevista fenomenológica torna-se num espaço inter-relacional, dialético e de conversação entre sujeitos, que permite compreender o significado dado a um fenómeno, na perspetiva dos participantes (Giorgi & Sousa, 2010; Streubert & Carpenter, 2013). O objetivo da mesma foi obter uma descrição tão completa, quanto

possível, da vivência dos participantes, acerca do fenómeno de estudo. É esta perspetiva da segunda pessoa, que ao promover um contexto empático, cria condições para que os participantes descrevam e clarifiquem significados do mundo quotidiano da experiência humana (Giorgi & Sousa, 2010).

A colheita de dados foi realizada no local indicado pelos participantes, recorrendo-se à audiogravação, de forma a transcrever o *verbatim* dos dados (Streubert & Carpenter, 2013). A análise dos dados processou-se simultaneamente com a colheita de dados até atingir a sua saturação (Loureiro, 2006; Streubert & Carpenter, 2013). Teve por base o método fenomenológico descritivo de Giorgi (Giorgi & Sousa, 2010), o qual parte da transcrição integral das descrições dos participantes, organizando-se em quatro passos: estabelecimento do sentido geral; determinação das partes: divisão das unidades de significado; transformação das unidades de significado em expressões de carácter psicológico e determinação da estrutura geral de significados.

A segurança foi atingida com a credibilidade dos resultados, enquanto a confirmabilidade foi alcançada recorrendo à validação por parte dos participantes de que os resultados/conclusões correspondem às perceções sentidas e referidas por eles (Loureiro, 2006; Streubert & Carpenter, 2013).

Foram cumpridos os procedimentos ético-deontológicos, solicitado o consentimento individual, informado, livre e esclarecido, tendo em conta a preservação da sua autodeterminação, intimidade, privacidade e anonimato, através da confidencialidade (tendo por base o Artigo 85.º - Do dever de sigilo e o Artigo 86.º - Do respeito pela intimidade, do Código Deontológico do Enfermeiro) (OE, 2015). O estudo foi aprovado sem restrições de natureza ética, pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O método fenomenológico na investigação em enfermagem busca o entendimento das experiências vivenciadas pelos utentes e famílias, alvos dos cuidados, de modo a identificar necessidades e criar estratégias e intervenções que permitam satisfazer essas necessidades de forma efetiva (Loureiro, 2006).

Os resultados obtidos pela análise das narrativas dos participantes revelam fatores que influenciam a conjugalidade na transição para a parentalidade. Alguns fatores revelaram-se como protetores e outros com dificultadores.

### FATORES PROTETORES DA CONJUGALIDADE NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Os fatores protetores da conjugalidade, nesta transição, emergiram na análise das narrativas dos participantes quando estes se referiam aos fatores que facilitavam o processo de transição, nomeadamente: a *gravidez planeada*; a *comunicação conjugal*; a *compreensão e entreaajuda entre o casal*; e a *família alargada*, como esquematicamente se apresenta na figura 1.



FATORES  
 PROTETORES E  
 DIFICULTADORES  
 DA  
 CONJUGALIDADE  
 NA TRANSIÇÃO  
 PARA A  
 PARENTALIDADE

**Figura 1** - Fatores protetores da conjugalidade na transição para a parentalidade

A *gravidez planeada*, na opinião dos participantes é de grande importância para a parentalidade uma vez que faz prever alguns dos desafios, que são equacionados pelo casal antes de a mulher engravidar o que aumenta as hipóteses de encarar esta fase de forma positiva, acrescentando sentimentos de felicidade e realização:

*“Para nós, planeado ..., vindo se calhar de certas pessoas que não planearam, se calhar acabam por não encontrar o lado bom, positivo . . .” (H5)*

*“É boa porque foi uma filha planeada, faz-nos sentir realizados, apesar de alterar a nossa rotina tem sido para melhor.” (M3)*

O planeamento da gravidez é um fator protetor da satisfação conjugal (Lawrence, Cobb, Rothman, Rothman, & Bradbury, 2008), assim como favorece a ligação afetiva ao bebé, tanto nas mulheres como nos homens (Camarneiro & Justo, 2017). Nestas circunstâncias, o nascimento do primeiro filho constitui um momento feliz na vida de um casal, apesar dos grandes ajustes e desafios que pressupõem a renegociação dos seus papéis enquanto parceiros e novos pais (Menezes & Lopes, 2007).

A *Comunicação conjugal* é crucial para a satisfação do casal. A importância de comunicar ao cônjuge os seus sentimentos, frustrações e necessidade de ajuda é fundamental pois, segundo os casais, só a comunicar se resolvem problemas:

*“. . . é muito importante o diálogo, sempre. Eu sempre exprimi o que sentia mesmo (risos) em questão de cansaço, porque se uma pessoa não fala é ainda pior . . . nesse aspeto o F. é mais calado, mas eu se alguma coisa não está bem eu falo e . . . pronto, é logo (risos) que é pras coisas se alterarem e pronto e...por isso, nesse aspeto, mantemos o relacionamento que tínhamos . . . é importante o diálogo, sim! Tínhamos consciência, ao mesmo tempo, que as coisas mudam. Se bem que só quando acontece, é que se tem consciência mesmo do que muda! Mas lá está, é muito importante o diálogo.” (M6)*

Narciso e Ribeiro (2009), salientam o quanto a comunicação é decisiva na resolução de conflitos. A ideia de que o cônjuge deve saber, sem que lhe seja expresso, o que o outro sente, tem de ser desmistificada entre os casais. As autoras acrescentam, ainda, que as mulheres dão particular relevância à comunicação, sendo mesmo um fator associado à sua satisfação conjugal.

Uma adequada comunicação reduz o conflito e aumenta a satisfação conjugal (Shapiro et al., 2015). Este estudo foi ao encontro das vivências percebidas pelos participantes do presente estudo, salientando o facto de a comunicação conjugal poder ser uma área de intervenção na conjugalidade, nomeadamente nesta etapa de transição, que pode trazer mais conflitos e desigualdades. O casal consegue, numa relação de apoio e respeito pelas perspetivas individuais de cada um, resolver conflitos e, em conjunto, dar resposta às suas necessidades.

**A compreensão e entreaajuda entre o casal** são fundamentais para a harmonia conjugal, descritas principalmente pelas mulheres:

*"... ele é muito compreensivo... às vezes ele tá na brincadeira e eu digo que estou cansada e ele respeita... porque pra mim os afetos são o mais importante, é ele tar com ela, e depois ele também me compensa porque sabe que eu tou cansada, e nesse ponto eu sinto que ele me compreende bastante, não me sinto pressionada a nada!" (M5)*

*"Ele está a pôr-se muito na minha pele como ele disse há bocado a tentar ter mais calma, passar mais tempo connosco, tentar fazer mais tarefas, dividir as coisas comigo..." (M2)*

A partilha e a negociação são instrumentos fundamentais de articulação na conjugalidade. A complementaridade transforma as diferenças de cada um em vantagens, ao invés de convertê-las em impedimento (Alarcão, 2006; Relvas, 2006). É, assim, através deste jogo de equilíbrios e complementaridades que a conjugalidade se torna funcional (Pires, 2008).

A **família alargada** constitui um fator protetor da conjugalidade, quando é sentida como rede de suporte e proximidade:

*"... nós sempre tivemos apoio, mais dos meus pais, por causa da proximidade geográfica, mas sempre tivemos apoio, tanto dum lado como do outro, e por isso tivemos sempre uma base de suporte que nos garantiu que nós pudéssemos iniciar esta nova fase da melhor forma... acredito que quando as pessoas tão mais sós, sentem mais a necessidade de uma ajuda, mas no nosso caso nós sempre tivemos essa base." (H5)*

*"...Mas pronto, acho que é muito importante o apoio, sim, familiar, numa primeira fase." (M5)*

A rede de apoio envolvente ao casal fortalece as vivências da conjugalidade no processo de transição para a parentalidade (Menezes & Lopes, 2007; Murta et al., 2012), à semelhança dos resultados apresentados.

Num estudo realizado por Barimani et al. (2017), a rede de apoio social, família e amigos, bem como o cônjuge constituíram fatores facilitadores desta transição.

A forma como cada cônjuge estabelece as suas relações ao longo da vida, nomeadamente no subsistema conjugal e parental, é formada na infância, pelas experiências e vivências da sua família de origem (Silva, 2012).

#### FATORES DIFICULTADORES DA CONJUGALIDADE NA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

As narrativas dos participantes expressaram dificuldades a vários níveis, relacionadas quer com a parentalidade quer com a conjugalidade, e ainda com ambas, dando origem aos seguintes temas, representados na figura 2: *Gestão dos momentos a sós; Reinício e manutenção da sexualidade; Desempenho*

do papel parental; Família alargada e Ausência de apoio dos profissionais de saúde.



FATORES  
PROTETORES E  
DIFICULTADORES  
DA  
CONJUGALIDADE  
NA TRANSIÇÃO  
PARA A  
PARENTALIDADE

**Figura 2** - Fatores dificultadores da conjugalidade na transição para a parentalidade

A *gestão dos momentos a sós*, constituiu uma das dificuldades referidas pelos cônjuges seja na criação desses momentos, por falta de tempo, seja por razões de espaço, onde o filho está sempre presente.

*“É estarmos um bocadinho mais a sós como era antigamente, mais tempo para nós os dois, sem ter a bebé, temos que nos adaptar, mas era ter mais tempo só para nós sem ela.” (M3)*

*“Não dá como antes que víamos um filme sozinhos, agora a bebé interrompe, não dá, eu às vezes já desisto de ver filmes, não vale a pena porque ela não dá trabalho nenhum só que tem de ter sempre uma companhia, mesmo a dormir ela tem de sentir alguém ao pé dela. Ela parece que tem um sensor, então prontos, alguém tem de tar com ela, porque ela não é chorona, não dá trabalho, . . . desde que tenha a fralda mudada, barriguinha cheia e uma companhia . . . e eu digo, olha desisto, porque um tem de tar com ela.” (M5)*

Nota-se a dificuldade em sobrepôr o papel parental ao conjugal, o que é necessário nesta altura da vida. Martins (2013) conclui que este processo de transição é marcado por sentimentos de ansiedade, perante as tarefas associadas à parentalidade, stress, perante a falta de tempo e disponibilidade para outras tarefas, e pela diminuição da dedicação do casal ao seu relacionamento conjugal.

O *reinício e manutenção da sexualidade* é descrito como uma dificuldade para os cônjuges, apontando-se para tal o receio sentido pela mulher, devido ao trauma do parto, os transtornos hormonais, a falta de tempo e o cansaço relativo às múltiplas tarefas a desempenhar:

*“Nunca pensei que fosse tão difícil . . . Eu tive parto normal, não levei pontos e mesmo assim parece que voltei a ser virgem. É tão estranho . . . E pronto, de facto as hormonas alteram muito, o apetite não é o mesmo. Não é que não queira! Mas o cansaço, misturado com as hormonas, dificulta.” (M6)*

*“E claro, a parte sexual, pela falta de tempo, cansaço, e depois claro quando estamos juntos e alguma brincadeira surge tudo bem, agora não é já arrumei vamos lá, também não é assim. Mas também eu também tive*

FATORES  
PROTETORES E  
DIFICULTADORES  
DA  
CONJUGALIDADE  
NA TRANSIÇÃO  
PARA A  
PARENTALIDADE

*um parto complicado, foi mais complicado começar porque eu também estava com alguns medos, mas aí está, também falei e ele percebia e mesmo lá, quando ia à médica, eu perguntava-lhe e ela também me aconselhava.” (M5)*

Estes achados foram identificados por Mendes (2007), sob a forma de medos e receios da mulher em sentir dor na relação sexual. Também o cansaço e a falta de líbido por parte da mulher, assim como, a dificuldade que o casal tem em encontrar os seus momentos a sós conduz a um declínio do relacionamento sexual. De facto, a sexualidade após o nascimento de um bebé e durante a gravidez exige várias mudanças e adaptações, e é muito influenciada por todas as mudanças físicas, psicológicas, relacionais e sociais inerentes a esta fase da vida. (Murta et al., 2012).

O *desempenho do papel parental* foi outro dos fatores identificado como dificultador da conjugalidade, devido à exigência da criança e da sua integração na família. Os participantes percecionam uma sobreposição do papel parental no papel conjugal, o que aliado a outros papéis previamente estabelecidos, como o papel profissional, gera alguns conflitos:

*“ . . . mas a nível de casal . . . sim é mesmo em função do filho nos primeiros tempos. Os primeiros tempos, para além de ser uma nova pessoa, pronto um bebé a quem nós temos de prestar mesmo atenção e temos de aprender a conhecer, e depois temos toda a outra vida que já tínhamos, para além do trabalho, que temos ali uma pausa, mas que temos de continuar a manter. A vida de casa também não é fácil conciliar nesses tempos. Mas pronto, aí lá está, é muito importante o apoio do parceiro, senão sim, pra fazer comida e isso . . . ” (M6)*

O processo de transição para a parentalidade é considerado um momento vulnerável na vida do casal, pela mudança na sua relação conjugal afetiva e sexual e pelo conflito de papéis. Martins (2013) refere que cada casal atravessa a transição para a parentalidade de uma forma única, reconhecendo que quando a satisfação conjugal não diz respeito apenas ao romance e à vida sexual, os casais podem entender um aumento da mesma, através do aumento do companheirismo e parceria, assente numa comunicação saudável e no suporte emocional mútuo.

Esta transição exige uma reorganização familiar, através da criação, negociação e definição de novos papéis e funções. A díade alarga-se a uma tríade, o que traduz alterações no próprio casal, nas relações que mantém com as suas famílias de origem e nas relações com os contextos envolventes mais significativos (Alarcão, 2006; Relvas, 2006).

A **família alargada**, outro fator dificultador da conjugalidade, está na génese de conflitos conjugais, seja devido a más relações familiares seja devido à falta de limites e fronteiras.

Os participantes percecionam que o relacionamento desestruturado com a família de origem cria instabilidade no casal, discórdia e ressentimentos, que se refletem numa dificuldade acrescida para o casal em transição.

*“Ter uma boa relação com a minha família também poderia ajudar, mas eles não são assim e eu também não quero continuar a depender deles nem dos pais dela . . . e isso irrita-me um bocado.” (H2)*

*“... tivemos algumas discussões, que teve a ver com as nossas famílias e connosco, nós não estávamos a encontrar um meio-termo, mas após conversas, nós conseguimos preservar a nossa vida e conseguimos encaixar as nossas famílias com a nossa filha e neta deles.” (H4)*

A primeira grande função do casal é a criação de um sentimento de pertença a

uma mesma família, fazendo com que o subsistema conjugal funcione como uma base de suporte para lidar com as pressões do mundo extrafamiliar, no qual podem recuperar forças e energias para lidar com o stress quotidiano (Relvas, 2006).

A dificuldade em estabelecer limites e fronteiras com a família de origem foi também sentida pelos participantes, traduzindo-se na dificuldade em impor as suas regras e em controlar a presença e participação da família de origem nas suas rotinas e na prestação de cuidados à criança. Para os participantes a presença da família de origem é fundamental na educação do seu filho, porém, essa presença não deve ser ultrapassada pela tentativa de substituição dos novos pais e intromissão na vida conjugal. Os entrevistados descrevem que o casal deve dar a conhecer o seu espaço e preservá-lo, para evitar desentendimentos:

*“Isto é muito difícil . . . eu acho que é fundamental os avós estarem presentes na vida dos filhos que nascem (netos), mas talvez não deixarmos entrar em demasia na nossa vida, vá. E conseguirmos ser nós a controlar tudo, porque por vezes os avós tendencialmente gostam também de dar opiniões e de estar muito tempo com os bebés . . . basicamente podermos controlar essa parte e impor alguns limites com os familiares mais diretos.” (H4)*

*“As maiores dificuldades neste processo, como disse foi as questões familiares, é a primeira neta, primeiro sobrinho, nosso primeiro filho, toda a gente muito entusiasmada, não conseguem perceber bem os limites, o nosso espaço e isso tem influenciado bastante a nossa relação porque, temos tido alguns desentendimentos em relação a isso.” (M4)*

A intromissão da família de origem na vida conjugal, bem como a necessidade de estabelecer limites e fronteiras com a mesma, é amplamente descrita e fundamentada na literatura conjugal. Nesta etapa os avós passam para uma posição secundária para permitir que os filhos exerçam com autoridade o papel parental, contudo, estabelecem com os netos uma relação de intimidade sem ser requerida a responsabilidade parental (Carter & McGoldrick, 1995). A negociação de rotinas e o estabelecimento de limites à família extensa também fazem parte da relação dinâmica que compõe este contexto de transição, devendo conhecer-se os limites externos e internos de cada família, a fim de perceber a sua aplicação no contexto de transição para a parentalidade (Van Egeren & Hawkins, 2004).

A formação do subsistema conjugal pressupõe, assim, que, numa fase inicial, o casal se feche relativamente a outros sistemas envolventes, abrindo-se, progressivamente, ao exterior à medida que ganha identidade e segurança. O nascimento do primeiro filho constitui o grande marco do movimento de abertura da nova família ao exterior (Alarcão, 2006; Relvas, 2006).

A ausência de apoio dos profissionais de saúde constituiu outra das dificuldades descritas pelos participantes. Sentem que ninguém está preparado para todas as mudanças que se impõem com o nascimento do primeiro filho, defendendo que o acompanhamento profissional poderia ajudar os casais neste processo de transição:

*“E penso que todos os recém pais, principalmente de primeiros filhos deviam ter algum acompanhamento . . . para ajudar nesta transição, nesta mudança, porque efetivamente ninguém está preparado, ninguém está preparado, e pronto acabam por surgir depois desentendimentos.” (M4)*

A falta de apoio profissional nomeadamente, nas intervenções educativas

respeitantes a possíveis problemas com o bebê e a aspetos físicos que as mulheres experienciam após o nascimento, foram também encontrados no estudo de Barimani et al. (2017).

Por outro lado, a ausência de inclusão de temas relacionados com a adaptação conjugal nas aulas de preparação para o parto foi indicada como uma dificuldade sentida. Nos discursos torna-se perceptível que os temas da conjugalidade na transição para a parentalidade ainda não são abordados, o que dificulta a adaptação conjugal neste processo:

*“... talvez nas aulas de preparação para o parto em vez dos cuidados só ao bebé, o banho e assim, também a falar sobre a adaptação em casa com a bebé e de como é que devemos fazer enquanto casal. No meu caso tenho uma grande ajuda dos meus pais e dos meus sogros que, mas acho que se devia falar mais sobre todas estas coisas.” (M3)*

Indicam também a necessidade de inclusão numa abordagem à conjugalidade nas consultas de vigilância de saúde infantil, já que, são regulares e previsíveis, criando um espaço e uma relação de confiança que permita aos casais exporem as suas dúvidas. Afirmam que, na gravidez, o casal não possui uma noção real das implicações deste processo na vida conjugal:

*“Mesmo pôr à vontade o casal quando vai às consultas com o filho... Acho que é importante, porque se calhar tanto pais como mães na gravidez não lhes passa pela cabeça que mais à frente lhes vai acontecer isso, eu pra mim era impensável, pensávamos que era igual.” (M5)*

Um estudo apresentado por Dailey-McCoy et al. (2015) concluiu, após a aplicação de um programa psico-educativo, um aumento da satisfação e uma menor deterioração da relação conjugal, na perspetiva das mulheres, bem como uma diminuição do stress e dos problemas de comunicação no casal, na perspetiva dos homens. Uma intervenção pré-parto reduz, assim, a ansiedade percebida no processo de transição.

Os fatores protetores e dificultadores identificados, neste estudo, são corroborados por Murta et al. (2011), quando afirmam que os programas de preparação para a parentalidade devem ser direcionados, também, para o apoio ao casal, e não só para as necessidades do bebê. Propõem uma readequação dos papéis conjugais, da rotina do casal e da sexualidade, bem como negociação com a rede de apoio familiar, quando ela se demonstrar inadequada, e aconselham os casais a procurar apoio conjugal, de forma a desenvolverem um planeamento estrutural e emocional da sua conjugalidade. Neste sentido, o enfermeiro de família tem um papel fundamental, cabendo-lhe a função de capacitação da família para desenvolver competências que lhe permitam adaptar-se aos constantes processos de mudança, decorrentes das transições que ocorrem ao longo do seu ciclo vital, no sentido de maximizar o seu processo de saúde (Figueiredo, 2009; Meleis, & Dean, 2012).

Os resultados deste estudo revelam a existência de um desfasamento entre o desenvolvimento teórico (e político) e as práticas clínicas dos enfermeiros que trabalham como enfermeiros de família nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), tal como se verificou no estudo de Silva, (2016). Os casais revelam desconhecimento da existência do enfermeiro de família, uma vez que este profissional não emergiu em nenhum dos discursos, denotando falta de visibilidade no papel que desempenha.

A abordagem à conjugalidade deve fazer parte da intervenção do enfermeiro de família, ao longo do ciclo vital das famílias, nomeadamente nas consultas de planeamento familiar, saúde materna e saúde infantil, onde são essenciais os cuidados antecipatórios e a capacitação dos casais para uma vivência saudável no processo de transição. Como é definido no Decreto-Lei n.º

118/2014, de 5 de agosto, o enfermeiro de família deve cuidar da família como unidade de cuidados, prestando-lhe cuidados nas diferentes fases da sua vida, capacitando-a para as exigências específicas do seu desenvolvimento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transição para a parentalidade é, de facto, um processo repleto de significados e novas experiências, pois, com a chegada do primeiro filho, o casal é alvo de inúmeras mudanças que podem constituir forças ou comprometer a relação conjugal.

Os resultados encontrados neste estudo permitem concluir que existem fatores protetores da relação conjugal uma vez que facilitam o processo de transição, nomeadamente: a *gravidez planeada, a comunicação conjugal, a compreensão e entrelaçada entre o casal e o apoio da família alargada*. Estes fatores devem ser perspetivados aquando da formação do casal ou nova família, onde se conjectura uma negociação dos cônjuges em relação ao que ambos consideram ser adequado na sua relação, atentando-se aqui a possibilidade ou não da gravidez e da parentalidade. É também na formação da nova família, pela união do casal, que deve ser definido o relacionamento com a família alargada onde entram cada um dos cônjuges. Desta forma os casais terão mais forças para enfrentar os desafios da nova fase resultando em transições saudáveis.

Foram identificados também fatores dificultadores que dizem respeito: à *gestão dos momentos a sós, ao reinício e manutenção da sexualidade, ao desempenho do papel parental, à intromissão da família alargada e à ausência de apoio dos profissionais de saúde*.

As mudanças nas rotinas do casal, que se traduzem em menos tempo a sós, tornam difícil o reinício e manutenção da sexualidade. O foco do casal na nova criança e, conseqüentemente, na aprendizagem do papel parental, deixa para segundo plano a relação conjugal.

O casal distancia-se, os conflitos surgem e intensificam-se, sendo a comunicação um fator facilitador extremamente importante nesta fase da vida conjugal, uma vez que permite a, resolução de conflitos e reforça a intimidade do casal, traduzindo-se na partilha e auto-revelação de cada um e dos seus sentimentos.

A família de origem pode ser encarada como facilitadora ou dificultadora da conjugalidade. A ausência de uma rede de suporte de confiança, bem como a qualidade desestruturada do relacionamento prévio com a família de origem, são descritas como fatores dificultadores para a relação conjugal. Por outro lado, o suporte da família de origem é visto como um fator facilitador, quando presente. Porém os casais têm dificuldade em estabelecer limites e fronteiras com a família de origem, sentindo uma intromissão da mesma na sua vida conjugal, o que está na gênese de muitos conflitos conjugais. Esta fase traduz a primeira abertura do casal ao exterior, sendo que o casal tem de impor os seus limites, as suas regras, nessa abertura.

Estes fatores devem constituir guias para a abordagem na consulta de enfermagem ao casal. Trabalhar as forças das famílias constitui uma prática segura e aumenta a sua autonomia para futuros desafios.

Intervenções baseadas nos fatores protetores e nos fatores dificultadores identificados neste estudo, nomeadamente, na melhoria da comunicação conjugal revelam-se o pilar de intervenção do enfermeiro de família na conjugalidade na transição para a parentalidade. Os casais identificam a ausência de acompanhamento profissional, nesta área, fundamentando que os cursos de preparação para o parto deveriam incluir, também, assuntos da temática conjugal e não só da adaptação parental, sendo que nas consultas de vigilância de saúde materna e de saúde infantil deveriam, igualmente, focar a conjugalidade. Porém, não identificam a atuação do enfermeiro de família neste processo, revelando um desconhecimento do seu papel.

FATORES  
PROTETORES E  
DIFICULTADORES  
DA  
CONJUGALIDADE  
NA TRANSIÇÃO  
PARA A  
PARENTALIDADE

Neste sentido, torna-se evidente a importância da formação especializada permitindo ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital, nas diferentes transições e níveis de prevenção.

O enfermeiro de família deve ser facilitador desta transição, através da capacitação da família, pelo reforço das suas forças e pela transformação das suas barreiras, num conjunto de intervenções planeadas antes e depois do nascimento do primeiro filho. Este estudo fornece novos indicadores que sustentam a intervenção do enfermeiro de família neste contexto e que podem conduzir à melhoria da qualidade dos cuidados.

Contudo, a impossibilidade de generalização dos resultados e a existência de poucos estudos sobre o tema, que dificultou a discussão dos resultados encontrados, levanta a necessidade de serem realizados outros estudos que sustentem com mais robustez a intervenção do enfermeiro de família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares* (3ª ed.). Quarteto.
- Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Frykedal, K. F., & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood – ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, 537 - 546. <https://doi.org/10.1111/scs.12367>
- Camarneiro, A. P., & Justo, J. M. (2017). Prenatal attachment and sociodemographic and clinical factors in Portuguese couples. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(3), 212-222. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1297889>
- Carter, B., & McGoldrick M. (1995). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (2ª ed.). Artes Médicas.
- Chesnay, M. (2015). *Nursing research using phenomenology: Qualitative designs and methods in nursing*. Springer.
- Dailey-McCoy, C., Rogers, M., & Slade, P. (2015). Enriching relationship functioning during the transition to parenthood: a cluster-randomised controlled trial. *Archives of Women's Mental Health*, 18(5), 681-692. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0510-7>
- Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto. Diário da República – I Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho. Diário da República – I Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Figueiredo, M. H. J. S. (2009). *Enfermagem de família: um contexto de cuidar*. (Tese de doutoramento). <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Giorgi, A., & Sousa, D. (2010). *Método Fenomenológico de Investigação em Psicologia*. Fim de Século.
- Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. (2012). *Papel do enfermeiro de saúde familiar nos CSP: Pressupostos para a sua implementação*. <http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/22papeldoenfermeirodesaudefamiliarinoscsp.pdf>
- Lawrence, E., Cobb, R. J., Rothman, A. D., Rothman, M. T., & Bradbury, T. M. (2008). Marital satisfaction across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 22(1), 42-50. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2367106/pdf/nihms46221.pdf>
- Loureiro, L. M. J. (2006). Adequação e rigor na investigação fenomenológica em Enfermagem: Crítica, estratégias e possibilidades. *Revista Referência*, 2 (2), 21-32.
- Martins, C. A. (2013). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: Uma teoria explicativa de enfermagem*. [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9420/1/ulsd066671\\_td\\_Cristina\\_Martins.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9420/1/ulsd066671_td_Cristina_Martins.pdf)
- Mendes, I. M. M. M. D. (2007). *Ajustamento materno e paterno: Experiência vivenciadas pelos pais no pós-parto*. [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7250/2/>

[DissertaodoutoramentolsabelMendesAjustamento%20Materno%20e%20Paterno.pdf](#).

- Meleis, A., & Dean, M. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5<sup>th</sup> ed). Lippincott William & Wilkins, Wolters Kluwer.
- Menezes, C. C., & Lopes R. C. S. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: Gestação até deztoito meses do beb . *Psico-USF*, 12(1), 83-93. <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v12n1/v12n1a10.pdf>
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2006). *Linhas de a c o prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Linhas-de-Acao-Prioritaria-para-o-Desenvolvimento-dos-CSP>.
- Murta, S. G., Rodrigues, A. C., Rosa, I. O., Paulo, S. G., & Furtado, K. (2011). Avalia o de Necessidades para a Implementa o de um Programa de Transi o para a Parentalidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(3), 337-346. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722011000300009>
- Narciso, I., & Ribeiro, M. T. (2009). *Olhares sobre a conjugalidade*. Coisas de Ler.
- Murta, S. G., Rodrigues, A. C., Rosa, I. O., & Paulo, S. G., (2012). Avalia o de um programa psicoeducativo de transi o para a parentalidade. *Paidéia*, 22 (53), 403-412.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ\\_Deontologia\\_01\\_Web.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_01_Web.pdf)
- Pires, A. S. R. (2008). *Estudo da conjugalidade e da parentalidade através da satisfa o conjugal e da aliança parental* (Disserta o de Mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educa o, Portugal.
- Organiza o Mundial de Saúde. (2003). *Saúde 21: uma introdu o ao enquadramento político da saúde para todos na região europeia da OMS*. Lusociência.
- Regulamento n.  126/2011. Diário da República n.  35/2011 – II Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.  367/2015. Diário da República n.  124/2015 – II Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.  428 16 de julho de 2018. Diário da República n.  135 – II Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Relvas, A. P. (2006). *O ciclo vital da família: Perspectiva sist mica* (4.  ed). Afrontamento.
- Shapiro, A. F., Gottman, J. M., & Fink, B. C. (2015). Short-term change in couples' conflict following a transition to parenthood intervention. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 4(4), 239-251 <https://doi.org/10.1037/cfp0000051>
- Silva, C. S. (2012). *Transi o para a parentalidade: Necessidade de cuidados de enfermagem no pós-parto eut cito* (Disserta o de mestrado). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9297/1/Vers%C3%A3o%20Final.pdf>
- Silva, M. A. (2016). *Enfermagem de Família: Contextos e Processos em Cuidados de Saúde Primários*. [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. [https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub\\_geral.show\\_file?pi\\_doc\\_id=35101](https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=35101)
- Sousa, R. A. (2013). *Promo o de competências na parentalidade: A criança/família em transi o* (Disserta o de mestrado). <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/17731>
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2013) *Investiga o qualitativa em enfermagem: avan ando o imperativo humanista* (5.  ed). (A. P. S. S. Espada, Trad.) Lusodidata. (Obra original publicada em 2011).
- Van Egeren, L. A., & Hawkins, D. P. (2004). Coming to terms with coparenting: implications of definition and measurement. *Journal of Adult Development*, 11(3), 165-178.
- World Health Organization (2000). *Munich Declaration: Nurses and midwives: a force for health*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Oficce for Europe. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/53854/E93016.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf?ua=1).

FATORES  
PROTETORES E  
DIFICULTADORES  
DA  
CONJUGALIDADE  
NA TRANSI O  
PARA A  
PARENTALIDADE

# ESTRATÉGIAS MOTIVACIONAIS NO TRABALHO DE ENFERMAGEM: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

## Motivational Strategies in Nursing Work: Systematic Literature Review

**NÂNCI MARISELA CORREIA CAMACHO** | Mestrado em Filosofia, na área de especialização em Bioética, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, experiência profissional em Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos. [nancymcc7@gmail.com](mailto:nancymcc7@gmail.com)

**HELENA MARIA FERNANDES MOREIRA** | Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, Hospital Santa Luzia, Serviço de Urgência Pediátrica da Unidade Local de Saúde do Alto Minho. Viana do Castelo.

**Enquadramento:** A desmotivação no trabalho de enfermagem condiciona o enfermeiro a desempenhar as suas funções de forma menos produtiva e dificulta o desenvolvimento das suas potencialidades e um desempenho profissional satisfatório, com resultados negativos nos relacionamentos interpessoais e na prestação de cuidados aos utentes e suas famílias, com menor qualidade. Instituir estratégias motivacionais no trabalho de enfermagem é um desafio para os enfermeiros na sua *práxis* profissional, chefes de equipa, gestores e supervisores. **Finalidade:** Sintetizar a análise da evidência científica dos estudos selecionados sobre as estratégias motivacionais no trabalho de enfermagem. **Objetivos:** O objetivo geral desta Revisão Sistemática de Literatura é identificar as estratégias que promovem a motivação no contexto do trabalho de enfermagem. Os objetivos específicos são: descrever a evidência científica disponível sobre o tema em estudo, clarificar os conceitos de motivação e satisfação e sintetizar o processo de tomada de decisão na promoção de estratégias motivacionais no trabalho de enfermagem. **Método:** A estratégia metodológica utilizada foi a de Joanna Briggs Institute (JBI). Foi estruturada uma questão de investigação segundo a mnemónica PICo, nos idiomas em português, inglês e espanhol, com o operador booleano AND e as palavras-chave foram transcritas de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A colheita de dados ocorreu em maio de 2020 nas bases de dados: SciELO *with Full Text* da plataforma Open Journal System (OJS), IBECs *with Full Text* e LILACS *with Full Text* da plataforma Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Resultaram 65 estudos e após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados através da avaliação crítica, graus de recomendação para a prática e níveis de evidência, seis estudos foram considerados elegíveis para estudo. A avaliação da qualidade metodológica foi realizada por duas revisoras independentes. **Resultados:** Os resultados obtidos nos estudos selecionados indicam uma multiplicidade de fatores que influenciam a motivação: a qualidade do ambiente de trabalho, a idade do enfermeiro, o desempenho de funções no setor público ou privado e a presença/ausência de sentimentos de autonomia, reconhecimento, realização e valorização profissional, reuniões motivacionais, padronização de condutas e elaboração de protocolos de cuidados/intervenções, a comunicação e *feedback* entre enfermeiros colaboradores, gestores e supervisores, a possibilidade de frequência de cursos de formação, a disponibilidade de materiais para a prestação de cuidados e a existência de fatores facilitadores/não facilitadores perante a vivência de situações stressantes junto dos familiares dos doentes em fim de vida. **Conclusão:** As estratégias promotoras da motivação no contexto de trabalho em enfermagem relacionam-se com as políticas das organizações/instituições de saúde, a conduta dos enfermeiros gestores e supervisores, os relacionamentos interpessoais na equipa de enfermagem, a construção de protocolos, a formação contínua frequentada, os cuidados prestados e a existência de sentimento de autorrealização.

**Palavras-chave:** Estratégias; Motivação; Enfermagem.

**Abstract:** The demotivation in nursing work conditions leads nurses to perform their duties less productively and hinders the development of their potential and a satisfactory professional performance, with negative results in interpersonal relationships and in the provision of care to users and their families, with lower quality. Instituting motivational strategies in nursing work is a

challenge for nurses in their professional practice, team leaders, managers and supervisors. **Purpose:** Synthesize the analysis of the scientific evidence of selected studies on motivational strategies in nursing work. **Objectives:** The general objective of this scientific Systematic Literature Review is to identify strategies that promote motivation in the context of nursing work. The specific objectives are: describe the scientific evidence available on the subject under study, clarify the concepts of motivation and satisfaction and summarize the decision-making process in the promotion of motivational strategies in nursing work. **Method:** The methodological strategy used was the Joanna Briggs Institute (JBI). A research question was structured according to the PICO mnemonic, in Portuguese, English and Spanish, with the Boolean operator AND and the keywords were transcribed according to the Health Sciences Descriptors (DeCS). Data collection took place in May 2020 in the following databases: SciELO with Full Text from the Open Journal System (OJS) platform, IBECs with Full Text and LILACS with Full Text from the Virtual Health Library (BVS) platform. Sixty-five studies resulted and after applying the inclusion and exclusion criteria and evaluating the methodological quality of the selected studies through critical evaluation, degrees of recommendation for practice and levels of evidence, six studies were considered eligible for the study. The methodological quality assessment was performed by two independent reviewers. **Results:** The results obtained in the selected studies indicate a multiplicity of factors that influence motivation: the quality of the work environment, the age of the nurse, the performance of functions in the public or private sector and the presence/absence of feelings of autonomy, recognition, accomplishment and professional development, motivational meetings, standardization of conducts and elaboration of care/intervention protocols, communication and feedback between collaborating nurses, managers and supervisors, the possibility of attending training courses, the availability of materials for the provision of care and the existence of facilitating/non-facilitating factors in the face of stressful situations with the relatives of end-of-life patients. **Conclusion:** The strategies that promote motivation in the context of nursing work are related to the policies of health organizations/institutions, the conduct of nurse managers and supervisors, interpersonal relationships in the nursing team, the construction of protocols, continuous training attendance, the care provided and the existence of a feeling of self-fulfillment.

**Keywords:** Strategies; Motivation; Nursing.

## INTRODUÇÃO

Existem muitas teorias relacionadas com a motivação, e as mais conhecidas são a Teoria das Necessidades de Maslow e a Teoria Bifatorial de Herzberg.

A Teoria das Necessidades de Maslow (1943) relaciona as motivações da pessoa a um conjunto de necessidades e é constituída por cinco categorias com a seguinte ordem ascendente: 1) necessidades fisiológicas associadas à manutenção da homeostase e são indispensáveis à sobrevivência do indivíduo, 2) necessidades de segurança que incluem a proteção na presença de uma situação de risco e estabilidade profissional e financeira, 3) necessidades sociais que aludem ao anseio do indivíduo em pertencer a um grupo, interagir e ser aceite pelos outros, 4) necessidades de estima que abrangem o reconhecimento profissional e a atribuição de responsabilidades e 5) necessidades de autorrealização que incluem o desenvolvimento dos potenciais e talentos do indivíduo.

Herzberg (1987) refere que nem todas as necessidades motivam, algumas apenas evitam a insatisfação e na sua teoria relaciona e explica o nível de motivação dos indivíduos com o grau de satisfação e insatisfação no trabalho. A Teoria Bifatorial de Herzberg é constituída por fatores de manutenção/higiénicos e fatores motivacionais. Os fatores de manutenção/higiénicos são: *status*, salário, segurança e condições de trabalho, qualidade da supervisão, benefícios, política institucional e relações interpessoais. Estes fatores são extrínsecos ao indivíduo, previnem a insatisfação, mas

quando estão presentes não promovem a motivação. Os fatores motivacionais correspondem: à realização pessoal, *feedback* e reconhecimento, responsabilidades associadas ao trabalho desempenhado e oportunidades de progresso. Estes fatores são intrínsecos ao indivíduo, quando presentes geram motivação, mas quando estão ausentes não causam insatisfação (Curty de O. et al., 2017; Pillati, 2012; Bezerra et al., 2010; Herzberg, 1987). A figura um compara a Teoria das Necessidade de Maslow com a Teoria Bifatorial de Herzberg.



**Figura 1** - Comparação entre a Teoria das Necessidades de Maslow e a Teoria Bifatorial de Herzberg.  
Fonte: Serra, 2008

Para compreendermos o conceito da motivação é importante diferenciar entre motivação e satisfação. No entanto, as definições mais frequentes de satisfação no trabalho surgem como sinónimo de motivação (Hora et al., 2018).

A satisfação no trabalho pode ser definida como uma sensação de bem-estar sendo proporcional ao alcance dos objetivos profissionais pessoais, originando uma sensação de prazer, motivação e qualidade de vida (Morais et al., 2017). Em saúde, o grau de satisfação dos profissionais de enfermagem é diretamente proporcional ao seu compromisso para com a organização, sendo considerada um indicador da qualidade (Menezes, 2010).

A motivação dos profissionais de enfermagem é influenciada por fatores motivacionais, que são intrínsecos e criam satisfação e os fatores de manutenção/higiênicos que são extrínsecos, e não causam insatisfação ou satisfação. Revela-se assim, a importância de investigar, identificar e implementar os fatores motivacionais no contexto de trabalho em enfermagem, para que a produtividade e a qualidade dos cuidados aumentem (Steffen, 2008).

As organizações para terem níveis elevados de qualidade e de produtividade precisam de pessoas motivadas que desempenhem as funções ativamente e que sejam adequadamente recompensadas (Chiavenato, 2010). É essencial que os enfermeiros gestores conheçam os fatores de motivação no trabalho de enfermagem para que possam definir

quais as ações básicas a serem implementadas para motivarem a equipa, objetivando a excelência do desempenho dos enfermeiros (Silveira et al., 2014). Igualmente relevante são os fatores motivadores focalizados na autorrealização do indivíduo, que implicam o crescimento individual e o reconhecimento profissional (Bezerra et al., 2010).

O objetivo geral desta Revisão Sistemática de Literatura (RSL) é identificar as estratégias que promovem a motivação no contexto do trabalho de enfermagem. Os objetivos específicos são: descrever a evidência científica disponível sobre o tema em estudo, clarificar os conceitos de motivação e satisfação e sintetizar o processo de tomada de decisão na promoção de estratégias motivacionais no trabalho de enfermagem.

## METODOLOGIA

A RSL tem por finalidade aprofundar conhecimentos sobre uma área temática específica e sintetizar o conhecimento num consenso. Integra dados empíricos de estudos primários com a finalidade de determinar a evidência científica passível de orientar a tomada de decisões clínicas (JBI, 2020).

É uma modalidade de pesquisa científica que segue um protocolo específico, tem objetivos próprios, problemas de pesquisa, metodologia, resultados e conclusão e é passível de ser reproduzida por outros pesquisadores. Neste processo são divulgadas as bases de dados bibliográficos que foram consultadas, as estratégias de procura dos estudos científicos, o processo de seleção, os critérios de inclusão e exclusão e o processo de análise de cada estudo (Galvão & Ricarte, 2020).

Nesta RSL a formulação da pergunta segue a mnemónica PICo: Population -

<b>Crítérios</b>	<b>Questões de partida</b>
População	Enfermeiros e equipa de enfermagem.
Intervenção	Estratégias promotoras da motivação.
Contexto	Trabalho de enfermagem.

**Quadro 1** - Modelo PICo.  
Fonte: adaptado de JBI (2020).

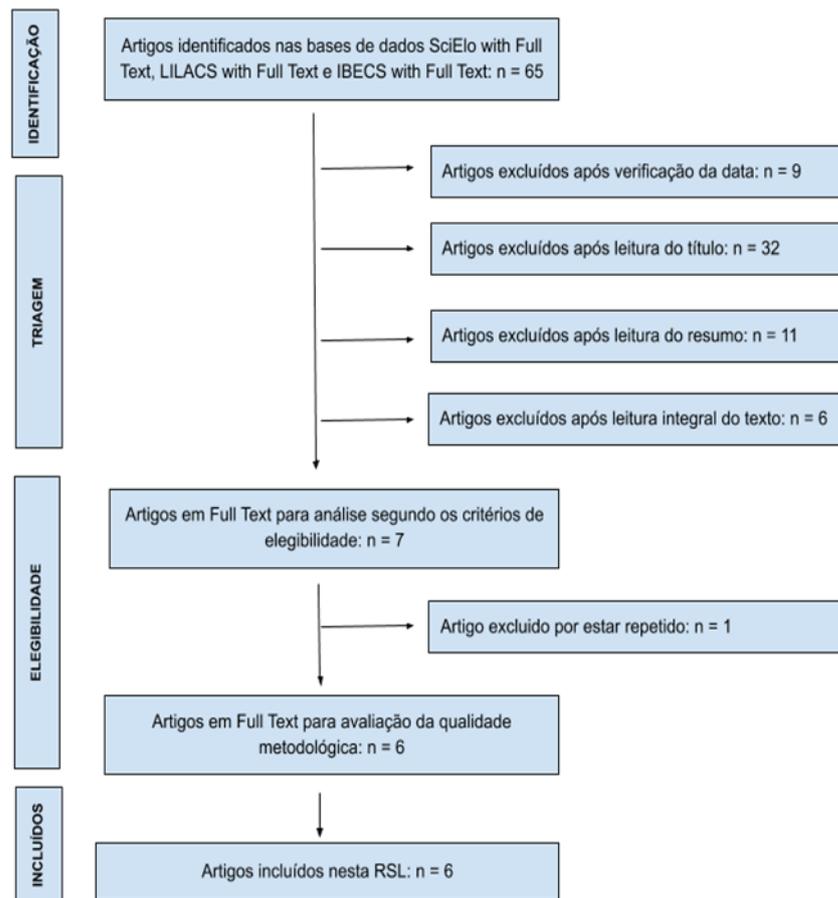
População (P); *Interest Area/Intervention* - Área de interesse/Intervenção (I) e *Context* - Contexto (Co) (JBI, 2020) (Quadro 1).

Através do esquema PICo foi estruturada a questão de investigação: “Quais as estratégias promotoras da motivação (I) no contexto de trabalho (Co) em enfermagem (P)?” e determinadas as palavras-chave utilizadas na pesquisa nas bases de dados: [estratégias, motivação e enfermagem](#), nos idiomas em português, inglês e espanhol, com o operador booleano AND. As palavras-chave foram transcritas de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Seguidamente encontram-se os critérios de inclusão e exclusão dos estudos selecionados (Quadro 2).

<b>Critérios de seleção</b>	<b>Critérios de inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
<b>População</b>	Equipa de enfermagem, enfermeiros prestadores de cuidados, gestores e diretores.	Todas as produções científicas que abordam a temática da motivação não especificamente na equipa de enfermagem, enfermeiros prestadores de cuidados, gestores e diretores.
<b>Intervenção</b>	Todas as produções científicas que abordam a temática das estratégias promotoras da motivação no trabalho de enfermagem.	Todas as produções científicas que não abordam a temática das estratégias promotoras da motivação no trabalho de enfermagem.
<b>Contexto</b>	Trabalho de enfermagem.	Todas as áreas de trabalho que não se relacionam com o trabalho de enfermagem.
<b>Período de publicação</b>	Estudos publicados entre 2010 a 2020.	Todos os estudos publicados com data anterior a 2010.
<b>Disponibilidade dos estudos</b>	Estudos em <i>Full Text</i> .	Estudos apenas com os resumos disponíveis.  Quando identificados estudos repetidos, eliminar um dos estudos.

**Quadro 2 - Critérios de Seleção, Inclusão e Exclusão dos Estudos.**  
Fonte: adaptado de JBI (2020).

A colheita de dados ocorreu em maio de 2020 nas bases de dados: SciELO *with Full Text* da plataforma Open Journal System (OJS), IBICS *with Full Text* e LILACS *with Full Text* da plataforma Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Da pesquisa dos estudos nas bases de dados, a utilização dos descritores definidos resultou na identificação de 65 estudos e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, determinou 6 estudos em *Full Text*, que após avaliação da qualidade metodológica segundo o JBI, foram incluídos nesta RSL. Numa primeira fase e mediante a temática em análise e critérios de seleção dos estudos, foram excluídos: nove estudos após verificação da data (anterior a 2010), 32 estudos após a leitura do título (não faziam referência à temática em estudo), 11 estudos após leitura do resumo (abordavam o tema da motivação em situações de doenças específicas) e seis estudos após leitura integral do texto (não abordavam o tema da motivação especificamente no trabalho em enfermagem). Após a exclusão de 58 artigos, foi feita a análise integral de sete estudos segundo os critérios de elegibilidade, um estudo foi excluído (estava repetido) e a seis estudos foi realizada a avaliação da qualidade metodológica (Figura 2). A avaliação da qualidade metodológica desta RSL foi realizada por duas revisoras independentes, como definido por JBI (2017a,b).



**Figura 2** - Diagrama do Processo de Pesquisa e Seleção dos Estudos.  
Fonte: Adaptado de Moher et al., The PRISMA Group (2009).

A RSL utiliza métodos de pesquisa explícitos, sistemáticos e reprodutíveis com o objetivo de minimizar diferentes tipos de viés, possibilitando resultados fiáveis que sustentem as conclusões e as decisões tomadas (Apóstolo, 2017). A avaliação da validade das conclusões dos estudos selecionados é realizada através da avaliação do risco de viés, numa apresentação sistemática e sintetizada das características e resultados dos estudos incluídos (JBI, 2014d). O objetivo da avaliação crítica é determinar se o risco de potenciais viés nos estudos primários selecionados foram minimizados e se o método e a metodologia foram os adequados, estabelecendo a credibilidade das RSL. Para minimizar os riscos de viés nos estudos selecionados a avaliação crítica e a validade dos estudos são determinadas pelo recurso a instrumentos de avaliação crítica validados (Apóstolo, 2017). Estudos com qualidade baixa devem ser excluídos para reduzir o risco de erros de viés nos resultados da revisão (JBI, 2014a).

Numa segunda fase avaliamos a qualidade metodológica dos estudos selecionados, através da avaliação crítica, graus de recomendação para a prática e níveis de evidência, com recurso a instrumentos validados preconizados pelo JBI (2014a,b; 2017a,b).

Realizamos uma avaliação crítica dos estudos selecionados e mediante o desenho dos estudos, aplicamos a cinco estudos a *Checklist* de Avaliação Crítica para Estudos Qualitativos de JBI (2017 a), composta por dez itens, e a um estudo a *Checklist* de Avaliação Crítica para Estudos de Prevalência de JBI

(2017 b), composta por nove itens. Em ambas as *checklists* as revisoras consideraram quatro opções: sim, não, não claro e não aplicável. (Tabela 1 e 2 respetivamente).

<b>Avaliação crítica</b>											
S (sim); N (não); U (pouco claro); NA (não aplicável)											
<b>Questões (Q)</b>	<b>Q 1</b>	<b>Q 2</b>	<b>Q 3</b>	<b>Q 4</b>	<b>Q 5</b>	<b>Q 6</b>	<b>Q 7</b>	<b>Q 8</b>	<b>Q 9</b>	<b>Q 10</b>	<b>Total "Sim"</b>
<b>Estudos</b>											
<b>Estudo 1 (E1)</b> - Lúcio, Brandão, Aguiar, Silva, Caetano e Barros.	S	S	S	S	S	N	N	S	S	S	8 = 80%
<b>Estudo 3 (E3)</b> - Araújo, Aciolo, Neto, Simões de Melo e Brandão.	S	S	S	S	S	N	N	S	S	S	8 = 80%
<b>Estudo 4 (E4)</b> - Bastos, Lamb, Quintana, Beck e Carnevale.	S	S	S	S	S	N	NA	N	NA	S	6 = 60%
<b>Estudo 5 (E5)</b> - Pol, Zarpellon e Matia.	S	S	S	S	S	N	N	S	N	S	6 = 60%
<b>Estudo 6 (E6)</b> - Bezerra; Andrade; Santos de Andrade, Vieira e Pimentel.	S	S	S	S	S	N	N	S	S	S	8 = 80%

**Tabela 1** - Avaliação Crítica dos Estudos Incluídos Usando a *Checklist* do JBI para Estudos Qualitativos.

Fonte: Adaptado da *Checklist* de Avaliação Crítica para Estudos Qualitativos de JBI (2017a).

<b>Avaliação crítica</b>										
S (sim); N (não); U (pouco claro); NA (não aplicável)										
<b>Questões (Q)</b>	<b>Q 1</b>	<b>Q 2</b>	<b>Q 3</b>	<b>Q 4</b>	<b>Q 5</b>	<b>Q 6</b>	<b>Q 7</b>	<b>Q 8</b>	<b>Q 9</b>	<b>Total "Sim" e %</b>
<b>Estudos</b>										
<b>Estudo 2 (E2)</b> - Poeira, Mamed e Martins.	S	S	S	S	S	S	U	S	S	8 = 89%

**Tabela 2** - Avaliação Crítica dos Estudos Incluídos Usando a *Checklist* do JBI para Estudos de Prevalência.

Fonte: Adaptado da *Checklist* de Avaliação Crítica para Estudos de Prevalência de JBI (2017b).

De acordo com os resultados destas avaliações críticas para estudos qualitativos e de prevalência, foram incluídos nesta RSL os estudos com mais de 50% de respostas afirmativas "SIM", o que correspondeu à inclusão dos 6 estudos previamente selecionados.

Numa RSL as evidências científicas resultam de pesquisas objetivas, que incluem critérios de qualidade, minimizando o risco de viés. As evidências

científicas são diferenciadas em diferentes níveis de evidência e graus de recomendação (JBI, 2014d). A avaliação do nível de evidência e do grau de recomendação desenvolvida pelo JBI é adequada para a pesquisa em enfermagem com recurso a estudos qualitativos e possibilita a avaliação da viabilidade e adequação da intervenção em um determinado contexto (Cardoso et al., 2019). Nesta fase avaliamos ainda a qualidade metodológica dos seis estudos selecionados, através da escala FAME: *Feasibility* (Viabilidade), *Appropriateness* (Adequação), *Meaningfulness* (Significância) e *Effectiveness* (Eficácia) e mediante o Grau de Recomendação JBI: forte, representado pela letra A e fraco, representado pela letra B (2014a). A atribuição do Grau de Recomendação do JBI aos estudos realizados na área da saúde fundamenta a prática dos profissionais de saúde na implementação de intervenções/cuidados baseados na evidência científica (Apóstolo, 2017) (Tabela 3).

Estudo	Avaliação da qualidade metodológica de acordo com a FAME e grau de recomendação				
	F (Viabilidade)	A (Adequação)	M (Significância)	E (Eficácia)	Grau de recomendação da qualidade metodológica
E1	A	A	A	B	Alta
E2	A	A	A	A	Alta
E3	B	A	A	A	Alta
E4	A	A	A	A	Alta
E5	A	A	A	B	Alta
E6	A	A	A	A	Alta

**Tabela 3** - Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos Incluídos, Segundo JBI.

Fonte: Adaptado de *New JBI Grades of Recommendation* (JBI, 2014a; 2014b).

A avaliação da recomendação da qualidade metodológica dos estudos foi realizada de acordo com a escala FAME e os seis estudos selecionados, por apresentarem uma qualidade metodológica com grau de recomendação para a prática "Alta" continuaram incluídos nesta RSL.

Apóstolo (2017) baseando-se no JBI (2014) refere que nos desenhos de estudos qualitativos e opinião de peritos, não é adequada a distinção de níveis de evidência através de uma hierarquia. Nestes desenhos de estudo, com nível de evidência de significado, deve ser usado uma pré-classificação, em que todos os estudos qualitativos são aceites com um nível de evidência alto e os textos de opinião de peritos são aceites com um nível de evidência baixo. Mediante o grau de credibilidade e de fiabilidade dos estudos esta pré-classificação pode ser reduzida. Atendendo aos desenhos dos estudos incluídos nesta RSL cinco estudos têm nível de evidência de significado (NES) e um estudo tem nível de evidência de efetividade (NEE) (JBI, 2014c).

Objetivando sistematizar a análise da informação dos seis estudos selecionados, os dados extraídos foram organizados, sintetizados e descritos. Foi realizada a recolha e organização da informação através da codificação dos estudos, nomeação dos autores, ano de publicação, país de publicação, base

estudos, nomeação dos autores, ano de publicação, país de publicação, base de dados, participantes, objetivos, desenhos do estudo, NES e NEE mediante o JBI (2014c), instrumentos, resultados e conclusões (Quadro 3).

<p><b>Codificação do estudo/Autores/Ano de publicação/País de publicação /Base de dados</b></p> <p><b>Estudo 1</b> - “Fatores motivacionais no desempenho da equipa de enfermagem”.</p> <p>Lúcio, Brandão, Aguiar, Silva, Caetano e Barros./2019/Brasil/IBECS</p>		
<p><b>Participantes:</b></p> <p>21 profissionais da equipa de enfermagem do setor de Pediatria de um hospital de referência de média complexidade.</p> <p><b>Objetivo:</b> Identificar a percepção da equipa de enfermagem sobre os fatores motivacionais no ambiente de trabalho.</p>	<p><b>Desenho do estudo:</b></p> <p>Estudo exploratório com abordagem qualitativa.</p> <p><b>NES:</b>1</p> <p><b>Instrumentos:</b></p> <p>Entrevistas guiadas por instrumento semiestruturado e os dados recolhidos foram analisados de acordo com Bardin.</p>	<p><b>Resultados:</b></p> <p>Os principais fatores que contribuem para a motivação da equipa de enfermagem são: fornecimento suficiente de materiais, reuniões motivacionais, padronização de condutas e elaboração de protocolos de cuidados/intervenções, cursos de formação, aumento da comunicação e <i>feedback</i> entre a equipa sobre as atividades realizadas. Os fatores desmotivadores foram: falta de reconhecimento da profissão, falta de material, má remuneração, carga horária excessiva, número elevado de doentes e críticas não construtivas.</p> <p><b>Conclusão:</b></p> <p>Os resultados identificados podem contribuir para os gestores em enfermagem planearem estratégias que visem aumentar a motivação dos profissionais da equipa.</p>
<p><b>Codificação do estudo/Autores/Ano de publicação/País de publicação/Base de dados</b></p> <p><b>Estudo 2</b> - “Os preditores à mudança de profissão de enfermagem”.</p> <p>Peira, Mamed e Martins. /2019/Portugal/SciELO.</p>		
<p><b>Participantes:</b></p> <p>463 enfermeiros, tendo sido aplicado um questionário online com recurso à ferramenta <i>Google Forms</i>.</p> <p><b>Objetivo:</b></p> <p>Determinar a propensão para o abandono da profissão de enfermagem.</p>	<p><b>Tipo de estudo:</b></p> <p>Estudo descritivo, correlacional, transversal e quantitativo.</p> <p><b>NEE:</b> 4.b</p> <p><b>Instrumentos:</b></p> <p>Amostra do tipo não-probabilístico, mediante a técnica de <i>snowball</i>.</p>	<p><b>Resultados:</b> Os enfermeiros com idade inferior a 40 anos e a desempenhar funções no setor público, são os que apresentam maior vontade de abandonar a profissão de enfermagem. Quanto maior a satisfação com a profissão, maior a autonomia e reconhecimento profissional, menor será a probabilidade de os enfermeiros mudarem de profissão.</p> <p><b>Conclusão:</b> É fundamental que as organizações de saúde valorizem a retenção dos <del>seus</del> enfermeiros, adotando estratégias que os valorizem e modelos organizacionais orientados para a motivação e satisfação.</p>

<p><b>Codificação do estudo/Autores/Ano de publicação/País de publicação/Base de dados</b></p> <p><b>Estudo 3</b> - "Protocolos de enfermagem: motivação e metodologia no processo de construção compartilhada".</p> <p>Araújo, Aciolo, Neto, Simões de Melo e Brandão./2017/Brasil/LILACS</p>		
<p><b>Participantes:</b></p> <p>14 enfermeiros que participaram no processo de construção dos protocolos de enfermagem, arquivados no Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN-RJ).</p> <p><b>Objetivo:</b></p> <p>Entender a motivação e as estratégias metodológicas de construção compartilhada de protocolos de enfermagem.</p>	<p><b>Tipo de estudo</b></p> <p>Estudo descritivo de abordagem qualitativa.</p> <p><b>NES:</b>1</p> <p><b>Instrumentos:</b></p> <p>Análise documental e análise temática de conteúdo de Bardin.</p>	<p><b>Resultados:</b></p> <p>A análise apontou como fator facilitador do processo de construção de protocolos: a motivação dos profissionais envolvidos, as estratégias metodológicas de construção coletiva, a adequação dos protocolos às necessidades e a participação dos enfermeiros da gestão e da prestação de cuidados propiciando a reflexão e contribuindo para uma maior segurança nas intervenções dos enfermeiros.</p> <p><b>Conclusão:</b></p> <p>A construção coletiva de protocolos, a adequação dos protocolos às realidades organizacionais/institucionais e a troca de experiências, foram apontadas pelos entrevistados como fatores motivacionais à reflexão e à incorporação de mudanças às práticas de cuidados.</p>
<p><b>Codificação do estudo/Autores/Ano de publicação/País de publicação/Base de dados</b></p> <p><b>Estudo 4</b> - "Vivências dos enfermeiros frente ao processo de morrer: uma metassíntese qualitativa".</p> <p>Bastos, Lamb, Quintana, Beck e Carnevale./2017/Portugal/SciELO.</p>		
<p><b>Participantes:</b></p> <p>Enfermeiros presentes nos 23 estudos selecionados.</p> <p><b>Objetivo:</b></p> <p>Realizar uma metassíntese sobre as vivências hospitalares do enfermeiro perante a morte e o processo de morrer.</p>	<p><b>Tipo de estudo:</b></p> <p>Metassíntese qualitativa.</p> <p><b>NES:</b> 2</p> <p><b>Instrumentos:</b></p> <p>Pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os descritores: enfermagem, atitude frente à morte e enfermagem de cuidados paliativos na terminalidade da vida.</p>	<p><b>Resultados:</b></p> <p>A maioria das situações stressantes para os enfermeiros advém da intervenção junto aos familiares dos doentes em fim de vida. Os fatores facilitadores são subjetivos e estão relacionados com as práticas religiosas, a resiliência profissional e a comunicação efetiva. Os fatores não facilitadores enumerados foram a tristeza, o fracasso, a angústia, a impotência, a culpa, a dor e o medo, tendo sido referido a necessidade de trabalhar estes sentimentos.</p> <p><b>Conclusão:</b></p> <p>Os fatores facilitadores foram observados como fontes de motivação e suporte para a construção de um processo de trabalho menos desgastante e mais produtivo.</p>

<p><b>Codificação do estudo/Autores/Ano de publicação/País de publicação/Base de dados</b></p> <p><b>Estudo 5</b> - “Fatores de (in)satisfação no trabalho da equipa de enfermagem em UTI Pediátrica”.</p> <p>Pol, Zarpellon e Matia./2014/Brasil/LILACS.</p>		
<p><b>Participantes:</b></p> <p>18 profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Pediátrica.</p> <p><b>Objetivo:</b></p> <p>Investigar os fatores que contribuem para a satisfação e insatisfação no trabalho da equipa de enfermagem na Unidade de Terapia Pediátrica e propor estratégias que favoreçam a satisfação no trabalho, segundo a percepção dos próprios membros da equipa.</p>	<p><b>Tipo de estudo:</b></p> <p>Estudo qualitativo do tipo exploratório/descritivo.</p> <p><b>NES:</b> 1</p> <p><b>Instrumentos:</b></p> <p>Entrevista semiestruturada e análise de conteúdo.</p>	<p><b>Resultados:</b></p> <p>A partir da análise de conteúdo emergiram duas unidades de conteúdo:</p> <p>A) Motivações internas e externas da equipa de enfermagem quanto a (in) satisfação na atuação profissional em UTI Pediátrica:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1: Fatores de (in)satisfação em relação aos motivos externos provenientes do ambiente de trabalho.</li> <li>2: Fatores de (in)satisfação em relação aos motivos internos de cada profissional.</li> <li>3: Sentimentos apreendidos pela equipa referente ao ambiente de trabalho.</li> </ol> <p>B) Estratégias que favoreçam a satisfação no trabalho da equipa de enfermagem:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4: Contribuição individual para que as insatisfações sejam minimizadas no ambiente de trabalho.</li> <li>5: Valorização do profissional em seu ambiente de trabalho.</li> <li>6: Promoção de reuniões para a partilha de informações e da opinião da equipa, com a participação dos enfermeiros colaboradores e superiores.</li> </ol> <p><b>Conclusão:</b></p> <p>Os problemas e dificuldades das condições laborais da equipa de enfermagem de UTI levam a os profissionais a refletirem na relação entre o cuidar e o ser cuidado. Por um lado, o doente necessita dos cuidados da equipa de forma integral, nas suas necessidades bio psico e sócio espirituais, por outro, os profissionais também devem ser considerados na integralidade das suas necessidades e que, o trabalho deve ser percecionado de diferentes perspetivas, considerando que cada profissional tem a sua conceção de mundo, aspirações, tristezas e alegrias.</p> <p>A figura do líder é de grande importância para o desenvolvimento da motivação da equipa de enfermagem, pois é quem deve valorizar a equipa, considerando os enfermeiros como indivíduos competentes, criativos e capazes de desenvolver um trabalho com qualidade. O líder deve proporcionar condições de satisfação no trabalho para os profissionais de enfermagem, promovendo</p>

ESTRATÉGIAS  
MOTIVACIONAIS  
NO TRABALHO  
DE  
ENFERMAGEM:  
REVISÃO  
SISTEMÁTICA DE  
LITERATURA

		<p>do uma melhor qualidade nos cuidados prestado e a saúde do trabalhador. Como proposta, os autores acreditam que as instituições devem proporcionar um ambiente de acolhimento, valorização, motivação e envolver os funcionários nos processos decisórios factíveis, dando autonomia na execução das tarefas relacionadas à sua função.</p>
<p><b>Codificação do estudo/Autores/Ano de publicação/País de publicação/Base de dados</b>  <b>Estudo 6</b> - "Motivação da equipa e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro".          Bezerra; Andrade; Santos de Andrade, Vieira e Pimentel. /2010/Brasil/LILACS e SciELO.</p>		
<p><b>População:</b>          20 enfermeiros: 6 enfermeiros trabalham no setor de Pronto Socorro, 8 no Setor de Internamento (Clínica Médica e Cirúrgica), 1 na Unidade Semi Intensiva, 1 na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ), 1 na UTI Pediátrica, 2 na Pediatria e 1 no Centro Cirúrgico.</p> <p><b>Objetivo:</b>          Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a motivação da equipa de enfermagem, identificar possíveis políticas motivacionais utilizadas e se são coincidentes com as políticas propostas pela teoria de Frederick Herzberg.</p>	<p><b>Tipo de estudo:</b>          Estudo qualitativo.</p> <p><b>NES: 3</b></p> <p><b>Instrumentos:</b>          Análise de conteúdo na modalidade categorial.</p>	<p><b>Resultados:</b>          A maioria dos participantes do estudo percebe a motivação como um conjunto de técnicas possíveis de moldar o comportamento do indivíduo no trabalho, associando-a a fatores extrínsecos. 60% dos participantes não consideraram as suas equipas motivadas. Os tipos de políticas motivacionais que costumam ser aplicadas correspondem aos fatores intrínsecos que visam à autorrealização e autorrealização dos indivíduos nas intervenções que executam.</p> <p><b>Conclusão:</b>          A maioria dos enfermeiros entrevistados referiu a motivação como sendo um conjunto de técnicas que, quando bem articuladas possuem a capacidade de desenvolver a motivação no indivíduo. Para a promoção da motivação é necessário implementar fatores favoráveis: ambiente de trabalho organizado, bons salários, carga horária de trabalho reduzida e cursos de formação. Em relação à motivação das equipas de enfermagem, 60% dos pesquisados consideraram-nas desmotivadas, sendo citados como principais fatores da desmotivação: a sobrecarga de trabalho, a falta de reconhecimento e de um bom relacionamento entre os gestores de enfermagem e a equipa de cuidados. Apesar de considerarem as suas equipas desmotivadas, 65% dos enfermeiros caracterizaram-se como motivadores da sua equipa e apontaram como principais políticas motivacionais utilizadas: a participação de toda a equipa na elaboração de planos de cuidados, o estabelecimento de uma liderança democrática, o cultivo de um bom relacionamento na equipa e o reconhecimento da execução de um bom trabalho.</p>

**Quadro 3** - Análise dos Estudos Seleccionados.

Fonte: adaptado de JBI (2014a).

## RESULTADOS

Considerando os anos em que os estudos foram publicados, constata-se que foram dois em 2019, dois em 2017, um em 2014 e um em 2010. Os países em que foram feitos os estudos foram dois em Portugal e quatro no Brasil. O número de participantes nos estudos situa-se entre os 14 e os 463. Em relação ao tipo de estudos, 5 são de abordagem qualitativa e 1 quantitativa, todos com diferentes instrumentos de avaliação.

Um dos objetivos do E6 foi conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a motivação da equipa de enfermagem, sendo a motivação percebida como um conjunto de técnicas passíveis de moldar o comportamento do indivíduo no trabalho, associando-a a fatores extrínsecos. No entanto, 60% dos participantes não consideram as suas equipas motivadas (E6). Os enfermeiros com idade inferior a 40 anos e a desempenhar funções no setor público, são os que apresentam maior vontade de abandonar a profissão de enfermagem, e que a um sentimento de maior satisfação com a profissão, associa-se a uma maior autonomia e reconhecimento profissional, sendo menor a probabilidade de os enfermeiros mudarem de profissão (E2).

Os principais fatores que contribuem para a motivação da equipa de enfermagem são o fornecimento suficiente de materiais para a prestação de cuidados, a existência de reuniões motivacionais, a padronização de condutas e elaboração de protocolos de cuidados/intervenções, a frequência de cursos de formação, o aumento da comunicação e *feedback* entre a equipa sobre as atividades realizadas (E1). A análise de um dos estudos, apontou a motivação dos profissionais como fator facilitador do processo de construção de protocolos (E3). O ambiente de trabalho, os motivos internos de cada profissional e os sentimentos apreendidos pela equipa influenciam as motivações internas e externas da equipa de enfermagem quanto a (in) satisfação na atuação profissional. A contribuição individual para que as insatisfações sejam minimizadas no ambiente de trabalho, a valorização do profissional e a promoção de reuniões para a partilha de informações e da opinião da equipa, com a participação dos enfermeiros colaboradores e superiores são estratégias que favoreçam a satisfação no trabalho da equipa de enfermagem (E5). As políticas motivacionais aplicadas correspondem aos fatores intrínsecos que visam à autovalorização e autorrealização dos indivíduos nas intervenções que executam (E6).

Os fatores identificados como desmotivadores foram: a falta de reconhecimento da profissão, a falta de material, remuneração inadequada, carga horária excessiva, número elevado de doentes e críticas não construtivas (E1). A maioria das situações stressantes para os enfermeiros, advém da intervenção junto aos familiares dos doentes em fim de vida. Os fatores não facilitadores enumerados foram a tristeza, o fracasso, a angústia, a impotência, a culpa, a dor e o medo tendo sido referido a necessidade de trabalhar estes sentimentos. Os fatores facilitadores são subjetivos e relacionam-se com as práticas religiosas, a resiliência profissional e a comunicação efetiva (E4).

## DISCUSSÃO

Da análise dos estudos incluídos nesta RSL as áreas temáticas promotoras da motivação no trabalho de enfermagem relacionam-se com a organização/instituição de saúde, os enfermeiros gestores, as equipas de enfermagem, a construção de protocolos de enfermagem, a formação, a prestação de cuidados e a autorrealização.

Na **gestão de uma organização/instituição de saúde** o processo comunicativo adequado garante que as atividades ocorram de um modo mais eficiente e eficaz, proporcionando motivação, cooperação e satisfação nos cargos, melhorando os cuidados prestados e o trabalho em equipa (E1). As organizações devem proporcionar um ambiente de acolhimento, valorização, motivação e envolver o funcionário nos processos decisórios factíveis, dando autonomia na execução das tarefas relacionadas à sua função (E5). Os fatores considerados desmotivadores para a equipa de enfermagem relacionados com a gestão da organização são a falta de reconhecimento da profissão, falta de material, má remuneração, carga horária excessiva, número alto de doentes e críticas não construtivas (E1, E2 e E6). As cargas de trabalho elevadas levam a insatisfação, desmotivação e *burnout* dos enfermeiros, colocando em causa a qualidade dos cuidados de enfermagem (E2). Na área de enfermagem os baixos rendimentos auferidos é um dos principais fatores para a mudança de organização, e num estudo sobre rotatividade externa em enfermagem concluiu que o fator “Possibilidade de aumento dos rendimentos” foi um dos mais referidos pelos enfermeiros como principal contributo para a mudança de organização, revelando que os enfermeiros procuram salários compatíveis com a alta complexidade e responsabilidade das funções que desempenham (E2). A organização deve conhecer as expectativas do profissional e o valor que atribui à recompensa em um determinado momento, para que sejam instituídos programas motivacionais voltados para a realidade e as necessidades dos trabalhadores (E6).

Os **enfermeiros gestores** devem compreender que os fatores motivacionais atuam diretamente na qualidade de vida dos enfermeiros da prática de cuidados e impulsionam o adequado desempenho de toda a equipa (E5). A motivação da equipa de enfermagem é dificultada quando o tipo de liderança é diretiva, autocrática, rígida e centralizadora, baseada na fragmentação de atividades, na impessoalidade e na centralização do poder (E6). A liderança instituída deve ser estruturada na delegação de poderes, alianças, equipas, envolvimento, parcerias e negociações, devendo o líder apoiar os colaboradores a desenvolverem as suas potencialidades (E6). É de grande relevância para a enfermagem, os enfermeiros gestores estudarem os fatores de motivação de um determinado grupo de trabalho. As principais ações que devem adotar para contribuir para a motivação da equipa de enfermagem é o fornecimento suficiente de materiais, reuniões motivacionais, padronização de condutas e elaboração de protocolos de cuidados que envolvam a participação da equipa, cursos de formação, reconhecimento do trabalho de cada membro da equipa, aumento da comunicação e *feedback* à equipa das atividades realizadas (E1 e E5). Os enfermeiros gestores devem apoiar os profissionais através do reforço positivo, informação e orientação no desenvolvimento profissional (E5) devendo servir de modelo em relação ao enfermeiro menos motivado (E5). A existência de uma política de avaliação do desempenho do profissional por parte dos gestores é um fator motivador para o profissional de enfermagem, pois fica ciente como está o desempenho no seu trabalho e que aspetos deve melhorar (E5). A valorização e o reconhecimento do trabalho de enfermagem são de grande importância para o estímulo da motivação do enfermeiro com impacto positivo na qualidade do trabalho de enfermagem (E3 e E5).

O trabalho em saúde requer uma boa relação entre os membros da **equipa de enfermagem** e está associado à interação social, pois o relacionamento interpessoal satisfatório é um fator que contribui para a motivação no trabalho em enfermagem. Na equipa a comunicação deve ser clara e verdadeira, existir confiança e respeito elevado, os papéis e os propósitos devem ser claros e entre os elementos deve haver uma relação de parceria e de corresponsabilidade. Estes aspetos são indispensáveis para que seja

atingido o sucesso, a produtividade e a qualidade no trabalho em equipa (E1). O grau de satisfação e motivação de uma pessoa pode afetar a harmonia e a estabilidade psicológica dentro do local de trabalho e para a formação de uma equipa harmoniosa, torna-se essencial conhecer as potencialidades e as fragilidades dos indivíduos que a compõe (E1).

O processo de construção coletiva de **protocolos de enfermagem**, a adequação de protocolos às realidades organizacionais/institucionais e a troca de experiências, foram apontadas pelos entrevistados como fatores motivacionais à reflexão e à incorporação de mudanças e desenvolvimento de práticas de cuidados mais seguras (E1, E3 e E6).

A **formação contínua** é um fator motivador para o trabalho de enfermagem, pois através da aquisição de novos conhecimentos e habilidades favorecem a recuperação, a manutenção e a promoção da saúde dos doentes (E1, E3 e E5). A formação contínua na enfermagem é um estímulo motivador às práticas autónomas de enfermagem, aumento da autoestima e desenvolvimento pessoal e profissional (E5). A elaboração de protocolos constituiu uma estratégia de educação permanente para os enfermeiros, possibilitando que a aquisição de conhecimentos seja adequada à realidade da prática de cuidados e fortaleça os desafios no processo de cuidar (E3). A formação contínua impulsiona o crescimento organizacional e o investimento formativo deve abranger os enfermeiros gestores e os da prática de cuidados, pois o processo de trabalho em enfermagem é estruturado de forma coletiva (E5).

Os fatores motivacionais para os enfermeiros na **prestação de cuidados** são: cuidar e contribuir para a recuperação do doente, o reconhecimento do trabalho realizado e a possibilidade de exercerem atividades satisfatórias e de aprenderem diariamente. A perspectiva de que os cuidados prestados promovem o bem-estar, a recuperação e a alta hospitalar do doente são fatores que motivam o empenho e a dedicação dos profissionais de enfermagem (E1). Na prestação de cuidados a pessoas com doença incurável, nos enfermeiros predominam sentimentos de sofrimento, stresse, tensão, tristeza, fracasso, angústia, impotência, insegurança, culpa, dor, medo e dificuldade em lidar com estes sentimentos (E4). Como fontes de motivação para a construção de um processo de trabalho menos desgastante e mais produtivo, o enfermeiro deve procurar gerir estes sentimentos negativos, adquirir aptidões para cuidar dos doentes com doença incurável e seus familiares e desenvolver maturidade profissional (E4).

Os fatores motivacionais focalizados na **autorrealização** do indivíduo relacionam-se com a liberdade de criar, de inovar, de procurar formas próprias e únicas de atingir os resultados de um objetivo e envolvem sentimentos de crescimento individual e de reconhecimento profissional (E6). Para muitos enfermeiros a remuneração é um fator de motivação no trabalho, não sendo, o principal motivador. Outros fatores motivacionais no trabalho de enfermagem são: gostar do trabalho que desempenha, relacionamento multiprofissional satisfatório e a possibilidade de crescimento profissional (E6).

Após uma análise crítica e minuciosa dos artigos selecionados e para responder à questão inicialmente formulada: Quais as estratégias promotoras da motivação no contexto de trabalho em enfermagem?, foram enumeradas e sintetizadas estratégias que promovem a motivação no trabalho de enfermagem segundo as categorias: políticas das organizações/instituições de saúde, a conduta dos enfermeiros gestores, os relacionamento interpessoais na equipa de enfermagem, a construção de protocolos, a formação contínua

**Categoria 1 - Estratégias promotoras da motivação no contexto de trabalho em enfermagem relacionadas com as políticas das organizações/instituições de saúde:**

- proporcionar um ambiente de acolhimento, valorização e motivação (E5);
- reconhecimento da profissão (E1);
- processo comunicativo adequado (E1);
- envolver os funcionários nos processos decisórios factíveis, favorecendo a autonomia na execução das tarefas relacionadas à sua função (E5);
- integrar modelos organizacionais orientados para a motivação e satisfação dos funcionários (E2 e E5);
- conhecer as expectativas do profissional e o valor que atribui às recompensas (E6);
- adequar a remuneração/remuneração satisfatória (E1 e E6);
- adequar a carga horária de trabalho (E6);
- adequar os *ratios* enfermeiro/doente (E1 e E6).

**Categoria 2 - Estratégias promotoras da motivação no contexto de trabalho em enfermagem relacionadas com as condutas dos enfermeiros gestores e supervisores:**

- conhecer os fatores motivacionais da equipa de enfermagem (E5);
- evitar uma liderança diretiva, autocrática, rígida e centralizadora, baseada na fragmentação de atividades, na impessoalidade e na centralização do poder (E6);
- instituir uma liderança estruturada na delegação de poderes, alianças, equipas, envolvimento, parcerias e negociações (E6);
- ajudar os colaboradores a desenvolverem as suas potencialidades (E6);
- promover um relacionamento satisfatório entre os gestores de enfermagem e a equipa de cuidados (E6);
- realizar reuniões motivacionais (E1);
- efetuar críticas construtivas (E1);
- valorizar a equipa e reconhecer o trabalho de enfermagem (E3, E5);
- considerar os enfermeiros enquanto indivíduos competentes, criativos e capazes de desenvolver um trabalho com qualidade (E5);
- proporcionar condições de satisfação no trabalho (E5);
- proporcionar um ambiente de trabalho organizado (E6);
- suprir a quantidade suficiente de recursos materiais (E1);
- realizar reuniões motivacionais (E6);
- participar com a equipa de enfermagem na padronização das condutas e elaboração de protocolos de cuidados (E1 e E5);
- frequentar cursos de desenvolvimento de competências (E1 e E5);
- reconhecer o trabalho de cada elemento da equipa (E1 e E5);
- comunicar e dar *feedback* à equipa das atividades realizadas (E1 e E5);
- informar e orientar sobre o desenvolvimento profissional através da existência de uma política de avaliação do desempenho (E5).

frequentada, os cuidados prestados e existência de sentimentos de

**atualização (Quadro 4)**  
**Categoria 3 - Estratégias promotoras da motivação no contexto de trabalho em enfermagem relacionadas com os relacionamentos interpessoais na equipa de enfermagem:**

- promover oportunidades de interação social (E1);
- estabelecer uma comunicação clara e verdadeira (E1);
- estabelecer uma relação de confiança, de respeito, de parceria e de corresponsabilidade (E1);
- conhecer as potencialidades e as fragilidades dos elementos da equipa e encontrar um equilíbrio (E1);
- determinar/esclarecer os papéis dos elementos dentro da equipa (E1);
- troca de experiências (E3);
- refletir em equipa (E3);
- incorporar mudanças às práticas de cuidados (E3);
- aumentar a comunicação e *feedback* entre a equipa sobre as atividades realizadas (E1);
- refletir/falar/partilhar sentimentos de tristeza, fracasso, angústia, impotência, culpa, dor e medo (E4);
- estabelecer uma liderança democrática (E6);
- cultivar um bom relacionamento na equipa (E6);
- reconhecer o trabalho bem executado (E6);
- fomentar a autovalorização e a autorrealização nos cuidados prestados (E6).

**Categoria 4 - Estratégias promotoras da motivação no contexto de trabalho em enfermagem relacionadas com a construção de protocolos de enfermagem:**

- elaborar protocolos de cuidados/intervenções de enfermagem (E1);
- estimular a participação de toda a equipa na elaboração de protocolos e planos de cuidados (E3 e E6);
- padronizar condutas (E1);
- adequar os protocolos às realidades dos serviços contribuindo para uma maior segurança nas intervenções dos enfermeiros (E3);
- valorizar experiências anteriores na realização e melhoria de protocolos (E3).

**Categoria 5 - Estratégias promotoras da motivação no contexto de trabalho em enfermagem relacionadas com a formação contínua:**

- frequentar cursos e formações de aquisição de competências (E1 e E6);
- elaborar protocolos enquanto estratégia de formação permanente (E3).

**Categoria 6 - Estratégias promotoras da motivação no contexto de trabalho em enfermagem relacionadas com a prestação de cuidados:**

- valorizar o bem-estar, a recuperação e a alta hospitalar do doente (E1);
- gerir os sentimentos negativos relacionados com as pessoas em fim de vida (E4);
- valorizar o reconhecimento do trabalho realizado (E1);
- desenvolver a resiliência profissional (E4);
- comunicar de forma efetiva (E4);
- praticar crenças religiosas (E4);
- construir um processo de trabalho menos desgastante e mais produtivo (E4).

**Categoria 7 - Estratégias promotoras da motivação no contexto de trabalho em enfermagem relacionadas com sentimentos de autorrealização:**

- liberdade de criar e de inovar (E6);
- procurar formas próprias e únicas de atingir os resultados de um objetivo (E6);
- sentimentos de crescimento individual e de reconhecimento profissional (E6);
- gostar do trabalho desempenhado (E6);
- relacionamento satisfatório com a equipa multiprofissional (E6);
- possibilidade de obter crescimento profissional (E6).

**Quadro 4 - Enumeração e Sintetização das Estratégias Promotoras da Motivação no Contexto de Trabalho em Enfermagem e Respetivos Estudos.**

## IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Esta RSL apresenta implicações para prática de enfermagem. Os estudos incluídos reforçam a necessidade de que sejam incluídas estratégias promotoras da motivação no contexto de trabalho em enfermagem com resultados positivos na melhoria dos relacionamentos interpessoais na equipa e na prestação de cuidados aos utentes e suas famílias com mais qualidade. A implementação de políticas motivacionais nas organizações/instituições de saúde e operacionalizadas pelos enfermeiros gestores, permite que sejam planeadas estratégias e criadas condições que visem o aumento da motivação dos profissionais de enfermagem. Os enfermeiros não desenvolvem o seu trabalho de forma isolada, mas em equipas onde são estabelecidas relações interpessoais e quando existe um ambiente de trabalho satisfatório promove a motivação do enfermeiro. O desenvolvimento pessoal da resiliência profissional na prestação de cuidados a pessoas com situações de doença mais complicadas ou em fim de vida e sua família e a presença de sentimentos de autorrealização no trabalho de enfermagem, potenciam a aquisição de estratégias internas motivacionais e permite que os profissionais de enfermagem desenvolvam as suas potencialidades e melhorem o seu desempenho profissional.

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A responsabilidade das organizações/instituições de saúde e enfermeiros gestores em motivarem as equipas de enfermagem e os enfermeiros desenvolverem estratégias internas de auto motivação é algo complexo, mas que na prática de cuidados, traduz-se em ganhos em saúde com um desempenho profissional mais produtivo e uma prestação de cuidados aos utentes e suas famílias com mais qualidade, justificando-se mais estudos relacionados com a motivação dos enfermeiros em contexto de trabalho. Para estudos futuros que contemplem o conceito de motivação e sejam aplicadas entrevistas ou questionários a enfermeiros, consideramos relevante que previamente seja feita distinção entre o conceito de motivação e de satisfação. Pois a satisfação é o modo como o enfermeiro se sente no seu trabalho e a motivação a vontade que o enfermeiro tem para trabalhar de forma produtiva. Neste âmbito propomos ainda que seja efetuado um estudo sobre o conhecimento dos enfermeiros em relação aos conceitos de motivação e de satisfação no trabalho de enfermagem. Sugerimos ainda a realização de um estudo comparativo, em que as estratégias definidas nesta RSL sejam colocadas em prática e posteriormente avaliada a viabilidade das estratégias

delineadas em promover a motivação dos enfermeiros no trabalho de enfermagem.

## CONCLUSÃO

O conceito de motivação aplicado ao trabalho em enfermagem corresponde à situação em que o enfermeiro sente disposição/vontade para trabalhar de forma mais produtiva, desenvolvendo as suas potencialidades e melhorando o seu desempenho profissional com resultados positivos nos relacionamentos interpessoais e na prestação de cuidados aos utentes e suas famílias com mais qualidade. As estratégias promotoras da motivação no contexto de trabalho em enfermagem relacionam-se com as políticas das organizações/instituições de saúde, a conduta dos enfermeiros gestores, os relacionamentos interpessoais na equipa de enfermagem, a construção de protocolos, a formação contínua frequentada, os cuidados prestados e a existência de sentimentos de autorrealização.

ESTRATÉGIAS  
MOTIVACIONAIS  
NO TRABALHO  
DE  
ENFERMAGEM:  
REVISÃO  
SISTEMÁTICA DE  
LITERATURA

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Araújo, M. C. C., Acioli, S., Neto, M., Mello, A. S., & Brandão, P. S. (2017). Protocolos de enfermagem: motivação e metodologia no processo de construção compartilhada. *Revista enfermagem*, 25, 1-5. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.27339>
- Bastos, R. A., Lamb, F. A., Quintana, A. M., Beck, C. L. C., & Carnevale, F. (2017). Vivências dos enfermeiros frente ao processo de morrer: uma metassíntese qualitativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 17, 58-64. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0184>
- Bezerra, F., Andrade, M., Santos De Andrade, J., Vieira, M., & Pimentel, D. (2010). Motivação da equipe e políticas motivacionais adotadas pelo enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 33-37. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100006>
- Cardoso, V., Trevisan, I., Cicoella, D. A., & Waterkemper, R. (2019). Revisão sistemática de métodos mistos: método de pesquisa para a incorporação de evidências na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem* [Internet], 28, 1-12. <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0279>
- Chiavenato, I. (2010). *Iniciação à Administração de Recursos Humanos*. São Paulo: Atlas.
- Curty de O. J., Barbosa, K. L. C., & Hegedus, E. N. (2017). Um estudo de caso dos fatores motivacionais na Universidade Federal do Espírito Santo - Campus de Alegre. *CONTEXTUS Revista Contemporânea de Economia e Gestão*, 15(2), 59-85. <https://doi.org/10.19094/contextus.v15i2.910>
- Hora, G. P. R., Júnior, R. R., & Souza, M. A. (2018). Estado da arte das medidas em satisfação no trabalho: uma revisão sistemática. *Temas em Psicologia*, 26, 971-986. [10.9788/TP2018.2-16Pt](https://doi.org/10.9788/TP2018.2-16Pt)
- Joanna Briggs Institute. (2014a). JBI Grades of Recommendation Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- Joanna Briggs Institute. (2014b). Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party 2014. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- Joanna Briggs Institute. (2014c). JBI Levels of Evidence Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- Joanna Briggs Institute. (2014d). Joanna Briggs Institute reviewers' manual:

2014 edition. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.

- Joanna Briggs Institute. (2017a). Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews Checklist for Qualitative Research. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- Joanna Briggs Institute. (2017b). Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews Checklist for Prevalence Studies. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- Joanna Briggs Institute. (2020). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Aromataris E, Munn. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- Galvão, M. C. B., & Ricarte, L. M. (2020). Revisão Sistemática de Literatura: Conceituação, Produção e Publicação. *Filosofia da informação*, 6(1). <https://doi.org/10.21728/logeion.2019v6n1.p57-73>
- Herzberg, F. (1987). One more time: how do you motivate employees?. *Harvard Business Review*. *Harvard Business School/Publishing Corporation Soldiers Field*, 5-16.
- Lúcio, K. D. L., Brandão, M. G. S. A., Aguiar, D. V., Silva, L. A., Caetano, J. A., & Barros, L. M. (2019). Factores de motivación en el desempeño de personal de enfermería. *Cultura de los Cuidados - Edição digital*, 23(54), 255-265. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.22>
- Maslow, A. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychology Review*, 50 (4) 370-396. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.318.2317&rep=rep1&type=pdf>
- Menezes, M. H. (2010). Novos modelos de gestão hospitalar: Liderança e satisfação profissional em enfermagem. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D., The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses. *The PRISMA Statement*. *PLoS Med*, 6(7). 10.1371/journal.pmed1000097
- Morais, B. X., Pedro, C. M. P., Dalmolin, G. L., & Silva, A. M. (2017). Satisfação profissional de trabalhadores de enfermagem de um serviço de hamato-oncologia. *Revista Rene*, 1 (3165). <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193165>
- Pilatti, L. A. (2012). Qualidade de vida no trabalho e teoria dos dois fatores de Herzberg: possibilidades-limite das organizações. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida LaQVida*, 4(1), 18-24. 10.3895/S2175-08582012000100003
- Poeira, A. F. S., Mamede, R. N. F. P., & Martins, M. M. F. P. S. (2019). Os preditores à mudança de profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência IV*, (22), 73-84. <https://doi.org/10.12707/RIV19010>
- Pol, P., Zarpellon, L. D., & Matia, G. (2014). Fatores de (in)satisfação no trabalho da equipe de enfermagem em UTI Pediátrica. *Cogitare Enfermagem*, 19(1), 63-70. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i1.35958>
- Silveira, C. D., Stipp, M. A. C., & Zadra de M. V. (2014). Fatores intervenientes na satisfação para trabalhar na enfermagem de um hospital no Rio de Janeiro. *Rev. Eletr. Enf.*, 16(1), 100-108. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.21002>
- Serra, M. A. de L. (2008). Educação médica contínua: motivações e metodologias de ensino-aprendizagem. *Cadernos De Saúde*, 1(2), 103-133. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2008.2775>
- Steffen, A. (2008). Fatores de motivação no trabalho da equipe de enfermagem em um pronto atendimento do vale dos sinos. Novo Hamburgo: Centro Universitário Feevale.

# PUBLICAÇÕES SOBRE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS EM BLOGS PESSOAIS

## Publications on Psychotropic Drugs in Personal Blogs

**BRUNA PAIVA DO CARMO MERCEDES** | Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. <https://orcid.org/0000-00032874-0863> [[bruna.carmo@usp.br](mailto:bruna.carmo@usp.br)]

**GABRIELA DONATO** | Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

**ALINE LIMA COSCRATO** | Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

**KELLY GRAZIANI GIACCHERO VEDANA** | Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

**ADRIANA INOCENTI MIASSO** | Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências

**Introdução:** Os blogs constituem um espaço importante para a expressão de sentimentos, experiências e opiniões, dessa forma, tornou-se relevante investigar o que tem sido publicado relacionado com medicamentos psicotrópicos.

**Objetivo:** Analisar as publicações relacionadas com os medicamentos psicotrópicos em blogs, em língua portuguesa.

**Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Foi escolhida como fonte para colheita de dados uma plataforma de blogs, intitulada *TUMBLR*. Foram elegíveis para o estudo todas as publicações em língua portuguesa, classificadas como “mais populares”, do tipo “texto” ou “citação” identificáveis por meio das palavras “Antidepressivos”; “Ansiolíticos” e “Antipsicóticos” utilizando o ícone de busca do próprio site.

**Resultados:** Os principais temas abordados nas publicações e que foram incluídas neste estudo são: “Percepções negativas sobre os psicotrópicos”; “Percepções positivas dos psicotrópicos e redes de apoio”; “Impactos do adoecer mental e do uso de psicotrópicos” e “Comportamento destrutivo e os psicotrópicos”.

**Conclusões:** As percepções negativas sobre os psicotrópicos foi o tema de maior destaque, seguido das percepções positivas que alguns sujeitos atribuem a esses medicamentos. Destaca-se a relevância das redes de apoio no enfrentamento do processo de adoecer e sofrimento mental, sendo o *Tumblr* mencionado como rede de apoio. Salientaram alguns comportamentos destrutivos e de ideação suicida que poderiam ou não estar relacionados com o uso dos psicotrópicos.

**Palavras-chave:** Psicotrópicos; Blog; Transtornos mentais; Comportamento autodestrutivo; Apoio social.

**Background:** Blogs constitute an important space for the expression of feelings, experiences and opinions; thus, it became relevant to investigate what has been published related to psychotropic drugs.

**Objective:** To analyze publications related to psychotropic drugs in blogs, in Portuguese.

**Methods:** This is a descriptive study with a qualitative approach. A blog platform called *TUMBLR* was chosen as a source for data collection. The publications eligible for the study were all those in the Portuguese language classified as “most popular”, of the “text” or “quotation” type, and identifiable by means of the words “Antidepressivos” (Antidepressants); “Ansiolíticos” (Anxiolytics), and “Antipsicóticos” (Antipsychotics) using the search icon of the site.

**Results:** The themes that represent the main topics addressed in the publications and that were included in this study are the following: “Negative perceptions on psychotropic drugs”; “Positive perceptions on psychotropic drugs and on support networks”; “Impacts of mental illness and psychotropic drugs use”, and “Destructive behavior and psychotropic drugs”.

**Conclusions:** The negative perceptions on psychotropic drugs was the most prominent theme, followed by the positive perceptions that some individuals attribute to these medications. Has relevance the support networks in facing up the process of mental illness and distress, with *Tumblr* being mentioned as a support network. Highlighted some reports of destructive behaviors and of suicidal ideation that might or might not be linked to the use of psychotropic drugs.

**Keywords:** Psychotropic Drugs; Blog; Mental Disorders; Self-Injurious Behavior; Social Support.

## INTRODUÇÃO

O uso racional de medicamentos (URM) é um tema amplo e foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1985, como recebimento pelos pacientes de medicamentos adequados as suas necessidades clínicas, em doses que atendam as suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para eles e a comunidade. Estima-se que, mais da metade dos medicamentos sejam inadequadamente prescritos, dispensados e/ou vendidos, e que metade dos pacientes os utilizam incorretamente (World Health Organization [WHO], 2017a).

Os psicotrpicos são substâncias que alteram a atividade psíquica, aliviando sintomas de transtornos psiquiátricos ou promovendo alterações na percepção e no pensamento (Rang et al., 2016). Vale ressaltar que vários fatores podem interferir no efeito de um psicotrópico, como as características individuais relacionadas com o sexo, idade, peso, alimentação, fatores genéticos, estados patológicos pré-existentes ou atuais, (exemplo um quadro infeccioso); os padrões de uso, a via de administração, a dose, o ambiente em que o fármaco é usado, a interação medicamentosa, adesão ao regime terapêutico prescrito, o uso de álcool ou tabaco, entre outros (Sadock *et al.*, 2013).

Dados do Ministério da Saúde revelam que o Brasil é o terceiro maior consumidor de fármacos da classe dos ansiolíticos e benzodiazepínicos, ficando atrás dos Estados Unidos e Índia. Ressaltam, ainda, que o Brasil é o maior consumidor de clonazepam do mundo e terceiro maior consumidor de alprazolam (Brasil, 2018).

Outro aspeto relevante consiste no crescimento de 87% na dispensa de medicamentos registados no HÓRUS - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, e no sistema informatizado do Programa Farmácia Popular do Brasil - Rede Própria. Destaca-se o aumento de 61% de consumo no mercado total de antidepressivos, sendo 3% de antidepressivos que constavam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) (Brasil, 2017).

Na atualidade, em que o produtivismo ganha destaque, o medicamento pode ser visto, muitas vezes, como meio rápido para a resolução de problemas de diversas origens (Brasil, 2019). O cenário descrito é agravado pelo estímulo na resolução de problemas sociais dos indivíduos com o recurso medicamentoso (Bezerra *et al.*, 2014) e, conseqüentemente, levando ao incentivo ao uso de medicamentos pelos meios de comunicação social e redes sociais.

Com o advento do uso da internet, das redes sociais e o conseqüente distanciamento do convívio entre as pessoas, os blogs são frequentemente usados como forma de comunicação ou diário virtual por permitir expressar

opiniões, sentimentos, pensamentos ou experiências. Eles podem alcançar vasto número de pessoas, além de influenciar o comportamento destas, sendo cada vez mais utilizados pela população incluindo crianças, jovens e adultos (Khan *et al.*, 2015). Considerando os aspectos descritos e o facto de os blogs constituírem um importante espaço para a expressão de sentimentos, experiências e opiniões, torna-se relevante investigar a abordagem de temas relacionados com o uso de medicamentos nas publicações de blogs, como meio de auxiliar a resolução de conflitos pessoais e sociais, com enfoque nos psicotrópicos, por seu potencial de intoxicação e riscos na utilização de forma indevida. Vale ressaltar que, os psicotrópicos são medicamentos benéficos quando prescritos por profissionais habilitados e, utilizados no tratamento de diversas patologias de ordem psíquica ou não.

Nessa direção, esta pesquisa procurou responder a seguinte questão: Quais os temas relacionados com os psicotrópicos que mais têm sido publicados em blogs?

## OBJETIVO

Analisar as publicações relacionadas com os medicamentos psicotrópicos em blogs, em língua portuguesa.

## MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Foi escolhida como fonte para a colheita de dados uma plataforma de blogs, intitulada *TUMBLR*, fundada em fevereiro de 2007, com sede na cidade de Nova Iorque, Estados Unidos. Segundo informações do site, o *Tumblr* é uma plataforma composta por em média 504 milhões de blogs. A página principal do site expõe o intuito dessa rede “Nós deixamos a coisa muito, muito fácil para que as pessoas possam criar um blog e publicar o que elas bem entenderem” (Disponível em < <https://www.tumblr.com> > acessado em 27 de julho de 2020. O Tumblr oferece, ainda, flexibilidade na construção dos blogs e a opção de anonimato na configuração da conta dos usuários.

Foram utilizados como estratégia de busca das publicações na referida plataforma, os termos “Antidepressivos”, “Ansiolíticos” e “Antipsicóticos”, que foram digitados, de modo individualizado, no ícone de busca da página principal do site. Em seguida, as publicações foram ordenadas pela ferramenta “mais populares” que classifica as publicações e as dispõe em ordem decrescente de popularidade, permitindo selecionar todas as publicações classificadas como mais populares que atenderam aos critérios de seleção do presente estudo.

Foram elegíveis para o estudo todas as publicações em língua portuguesa, classificadas como “mais populares”, do tipo “texto” ou “citação” identificáveis por meio das palavras “Antidepressivos”; “Ansiolíticos” e “Antipsicóticos” utilizando o ícone de busca do próprio site em questão. Foram excluídas publicações relacionadas com vídeos, links, áudios, chats ou imagens. As publicações que atenderam aos critérios de seleção do estudo foram salvas por meio de captura de tela e identificadas por um número correspondente a ordem em que foram encontradas. Cada publicação foi transcrita em documento editável e as transcrições passaram por um processo de revisão para a correção de possíveis erros. Para a análise, as publicações selecionadas foram representadas pela letra “P” (publicação), seguida de um número correspondente a ordem que foram compiladas da plataforma de blogs, totalizando 61 publicações.

Vale ressaltar que ao utilizar a estratégia de busca com as palavras supracitadas, surgiram publicações remetendo ao sofrimento mental e as dificuldades para lidar com os sentimentos diante das circunstâncias

cotidianas, que podem estar relacionadas ou não ao uso dos psicotrópicos, por se tratar de uma plataforma de blogs, não foi possível usar termos controlados em saúde para a busca.

Para a análise dos dados, foi utilizada a análise temática na versão proposta por Braun e Clarke (2006). A análise temática consiste num método para identificar, analisar e relatar padrões e temas contidos nos dados, tratando-se de um método sistematizado para codificar dados qualitativos e identificar padrões num conjunto de dados (Braun & Clarke, 2006, 2014, 2017). Procedendo-se à análise, as quatro etapas iniciais (familiarização com os dados, construção de códigos iniciais, busca por temas, revisão dos temas) foram realizadas por dois pesquisadores e, posteriormente, comparadas, conferidas e julgadas por outros dois. Em seguida, os quatro pesquisadores deram continuidade as fases finais da análise (definição e atribuição de nomes aos temas e produção do relatório) (Braun & Clarke, 2006, 2014, 2017). Finalmente, foram realizadas discussões para o estabelecimento de consenso entre os pesquisadores.

As publicações do *Tumblr* são dados públicos e de livre acesso, o anonimato dos bloggers foi mantido e o estudo cumpriu todas as recomendações e questões éticas relativas à pesquisa envolvendo seres humanos, conforme proposto pelas legislações brasileiras.

## RESULTADOS

Após a análise dos dados, foram identificadas quatro temas principais acerca das publicações, sendo elas: *“Percepções negativas sobre os psicotrópicos”*, *“Percepções positivas dos psicotrópicos e redes de apoio”*, *“Impactos do adoecer mental e do uso de psicotrópicos”* e *“Comportamento destrutivo e os psicotrópicos”*. Os resumos dos principais temas estão demonstrados nos seguintes quadros.

### Percepções negativas sobre os psicotrópicos

“Percepções negativas sobre os psicotrópicos” foi o principal tema abordado nas publicações. As percepções negativas do uso destes medicamentos estavam relacionadas com as dúvidas e com o efeito terapêutico do psicotrópico, e ainda uma crítica negativa sobre o emprego dos psicotrópicos e uso destes como válvula de escape (Quadro 1).

Códigos principais	Exemplos de depoimentos
<b>Medicamento sem efeito terapêutico</b>	<p><i>“... tomar antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos, estabilizadores de humor, mas nada parecia resolver”. (P21)</i></p> <p><i>“... aqueles antidepressivos que já não fazem mais efeito, para dizer a verdade nunca fizeram”. (P18)</i></p> <p><i>“... eu voltei a tomar antidepressivos, a ir ao psiquiatra. E eu me sinto como se nenhum dos remédios, nenhuma das pessoas pudessem ajudar”. (P27)</i></p> <p><i>“Os antidepressivos já não fazem tanto efeito”. (P31)</i></p> <p><i>“Eu sinto falta da anestesia que os remédios me causavam . . .”. (P34)</i></p>

<p><b>Crítica negativa sobre uso do medicamento</b></p>	<p><i>“A indústria farmacêutica obriga os médicos a darem nomes para todas as nossas características, para que virem doenças, e estamos tomando remédios para transformar nosso cérebro em queijo suíço enquanto nos fazem doces . . .”. (P15)</i></p> <p><i>“Os antidepressivos tratam a depressão, mas não produzem o prazer. Os ansiolíticos tratam a ansiedade, mas não trazem a serenidade. Não sabemos como produzir uma pessoa alegre e tranquila”. (P25)</i></p> <p><i>“A fábrica da sã ilusão quando sabe quer logo dar remédio . . . Obediência de antidepressivo”. (P39)</i></p> <p><i>“. . . não quero ser refém de antidepressivos”. (P11)</i></p>
<p><b>Medicamento como válvula de escape</b></p>	<p><i>“. . . Desespero também precisa de remédio. Nessa hora, o rivotril é ótimo para aliviar vontades iminentes de surto e ocasionais choros no banheiro da firma”. (P7)</i></p> <p><i>“Tome essa overdose. Você não pode morrer ainda”. (P43)</i></p> <p><i>“. . . fiz uso de ansiolíticos e antidepressivos . . . a medicação até consegue fazer com que os sintomas amenizem, mas eles não curam e deixam a gente em um estado dependente. Eu já não me sentia eu mesma e era como se o medicamento fizesse eu ir desaparecendo aos poucos”. (P8)</i></p>

**Quadro 1** - “Percepções negativas sobre os psicotrópicos”.

**Percepções positivas dos psicotrópicos e redes de apoio**

As “Percepções positivas dos psicotrópicos e redes de apoio”, mostram a percepção positiva e esperançosa, relacionada com o uso de psicotrópicos. O medicamento com efeito terapêutico mostrou a possibilidade de ajuda e melhor satisfação com a adesão ao tratamento medicamentoso. Além do efeito positivo produzido pelos fármacos, as publicações também destacaram a importância de redes de apoio. Foram identificadas como redes de apoio a família, amigos e as redes sociais, nesse caso, em especial, a plataforma *Tumblr*. A religiosidade e espiritualidade também foram atribuídas a melhoria do estado de saúde e como forma de ter esperança diante do sofrimento (Quadro 2).

Códigos Principais	Exemplos de depoimentos
<p><b>Medicamento com efeito terapêutico</b></p>	<p><i>“Helena precisa de antidepressivos para ir trabalhar . . . Precisa de remédios porque não podia suportar esse torpor estranho . . . Sentiu-se disposta a enfrentar a rotina, talvez até mais alegre. Definitivamente bonita”. (P7)</i></p> <p><i>“Aos 15 anos eu me recusava a tomar antidepressivos, porque eu achava que eles iam mudar minha mentalidade e essência e me transformar em uma pessoa diferente. Depois de eu tomar eu percebi que não é nenhum pouco verdade. Na verdade, eles revelaram quem eu era e quem eu poderia ser”. (P16)</i></p> <p><i>“Ansiolíticos e antidepressivos podem ser associados ao metilfenidato afim de aliviar esses sintomas. Psicoterapia também pode estar indicado para melhorar a autoestima”. (P56)</i></p>

<p><b>Redes de apoio</b></p>	<p><i>"Apesar de estar em um momento difícil, você não está sozinho, você vai encontrar a causa e raiz do que te levam a adoecer". (P8)</i></p> <p><i>"... o apoio que eu recebi de uma amiga e das minhas duas irmãs e a paciência e compreensão do namorado, eu realmente já teria colocado um fim na minha vida...". (P8)</i></p> <p><i>"... em dias que eu estou muito mal eu corro pro tumblr pra tentar por pra fora escrevendo e isso tem me ajudado muito...". (P8)</i></p> <p><i>"... percebi uma coisa muito importante só conversando com algumas pessoas do tumblr, a maior parte das pessoas com quem tive contato que tem depressão ou sofrem de ansiedade a causa está ligada a dois pontos: Abusos sexuais e/ou psicológicos e Abandono...". (P47)</i></p>
<p><b>Religiosidade e espiritualidade</b></p>	<p><i>"Jesus atinge um estágio na vida das pessoas onde os tranquilizantes e antidepressivos mais modernos e desenvolvidos não podem atuar, só ele!". (P1)</i></p> <p><i>"Mas há dois milênios apareceu um homem que propôs que os seres humanos viessem a ele e aprendessem o que nenhuma escola ensina: tranquilidade, descanso emocional, pensamento desacelerado e lucido, prazer existencial estável". (P25)</i></p> <p><i>"... sofri abusos sexuais e psicológicos e acabei adoecendo, sinceramente eu acredito que se não fosse a fé que de algum modo eu consegui por em mim mesma...". (P47)</i></p>

**Quadro 2** - "Percepções positivas dos psicotrópicos e redes de apoio".

### Impactos do adoecer mental e do uso de psicotrópicos

Os "Impactos do adoecer mental e do uso de psicotrópicos" retrata os desdobramentos do adoecer mentalmente e a utilização de psicotrópicos no cotidiano dos indivíduos. Esses impactos traduzem-se em sofrimento psíquico, em experiências de sintomas ansiosos e depressivos, cansaço, raiva e estigma, tanto em relação ao adoecer mental, como o consequente uso das medicações. Este tema revela, ainda, culpabilização excessiva diante das situações vivenciadas (Quadro 3).

Códigos principais	Exemplos de depoimentos
<p><b>Sofrimento</b></p>	<p><i>"... eu sempre jurei que era forte até ter de me drogar de ansiolítico pra amenizar o viver, teve uma época crua da vida que eu tinha de ser menos, muito menos, porque era muita dor e a loucura era uma cafetina que me pegaria se eu avançasse o sinal". (P56)</i></p> <p><i>"Por dentro o buraco gigante preenchido por antidepressivos, ansiolíticos, calmantes". (P42)</i></p> <p><i>"O coração acelera, as mãos suam frio, o ar parece pesado. Medo e irritação se misturam numa fórmula explosiva e, depois de vários ataques de raiva, a sensação de derrota dá lugar à tristeza e desânimo, cumulando em depressão". (P56)</i></p>
<p><b>Estigma</b></p>	<p><i>"... Sabe que a depressão não é charmosa de forma alguma, então não menciona isso em seu perfil no tinder...". (P7)</i></p>

	<p><i>"Diferentes diagnósticos foram determinados, como se fossem um rótulo para um frasco . . .". (P21)</i></p> <p><i>"Ninguém sabia da parte dos remédios e psiquiatra, entendia que o assunto caía indigesto nas conversas". (P7)</i></p> <p><i>"Seus colegas de trabalho pareciam conformados, já ela, um buraco negro ambulante". (P7)</i></p>
<b>Culpabilização</b>	<p><i>"É triste e vergonhoso ter me tornado um peso para as pessoas, um desperdício enorme, um ser humano inválido, um erro brutal". (P21)</i></p> <p><i>"Como eu odeio minha vida, como eu odeio esses remédios, como eu odeio meus erros". (P44)</i></p> <p><i>"E a única coisa que passa na minha cabeça, é o quão incapaz eu sou de manter as pessoas perto de mim". (P38)</i></p> <p><i>"Estava debruçado à cama tentando buscar forças para levantar-se e fazer algo útil em sua vida". (P36)</i></p>

**Quadro 3** - "Impactos do adoecer mental e do uso de psicofármaco".

### Comportamento destrutivo e os psicotrópicos

O último tema é representado pelo "Comportamento destrutivo e os psicotrópicos". Neste tema tiveram destaque a ideação suicida e a automutilação. Os comportamentos autodestrutivos estavam relacionados ao uso de psicotrópicos e a outras substâncias, como o álcool (Quadro 4).

<b>Códigos principais</b>	<b>Exemplos de depoimentos</b>
<b>Ideação suicida</b>	<p><i>"Droga, os antidepressivos servem para quê, se eu continuo pensando em me matar?". (P14)</i></p> <p><i>"O auge da minha vida é evitar o suicídio de vocês e planejar o meu". (P22)</i></p> <p><i>"Encontrou atrás de um velho livro empoeirado, sua caixa de antidepressivos. Estava ali a solução para os seus problemas.</i></p> <p><i>"Engoliu os comprimidos todos de uma só vez, bebendo whisky barato para ajudar a engolir . . . Em seguida saltou pela janela do vigésimo segundo andar". (P36)</i></p>
<b>Automutilação</b>	<p><i>"Aquele garoto tem cortes escondidos por baixo de seu moleton jamais revelados". (P18)</i></p> <p><i>"Porque eu tentei me manter de pé com cola, amores falsos, sorrisos, antidepressivos e cortes nos pulsos". (P30)</i></p> <p><i>"Pra que serve os antidepressivos mesmo? . . . Porque ajudar eu para de me corta que é bom nada". (P41)</i></p> <p><i>". . . levaram aos inúmeros cigarros, litros de álcool, acessos de raiva, socos na parede durante a madrugada, automutilação no chão da sala . . .". (P21)</i></p>

**Quadro 4** - "Comportamento destrutivo e os psicotrópicos".

## DISCUSSÃO

As “Percepções negativas sobre os psicotrópicos” foi o principal tema encontrado nas publicações, com enfoque para as dúvidas, em especial aos reais efeitos desses medicamentos.

Nos serviços de saúde, observa-se a crescente prescrição de medicamentos para o sofrimento psíquico que, muitas vezes, pode estar relacionado com problemas sociais e económicos, e não diretamente com uma patologia que necessite do uso de fármacos. O que reflete uma terapêutica reduzida com a prescrição de psicotrópicos, com frágil comunicação entre profissionais e utentes e pouco uso de tecnologias leves, como as redes de apoio comunitária e a psicoterapia (Bezerra *et al.*, 2016).

O tratamento dos transtornos mentais com psicotrópicos é sintomático e o seu uso precisa limitar-se ao imprescindível, devendo sempre ponderar se a relação risco-benefício potencial do fármaco justifica o seu emprego, e se outros recursos foram devidamente explorados (Bezerra *et al.*, 2016). Por vezes, o medicamento passa a ser utilizado como uma válvula de escape ou junto com as bebidas alcoólicas, fatores estes que podem alterar a sua ação. Os medicamentos, se utilizados indevidamente, podem ainda causar danos à saúde e levar a morte da pessoa (Brasil, 2019).

Além disso, o facto do medicamento, em alguns casos, não cessar a presença de angústias e sofrimentos, com consequência no adoecer mental, gera uma visão negativa do seu uso. A dualidade existente na utilização de psicotrópicos leva o indivíduo a ambivalência do uso (Ferreira *et al.*, 2017). Tal aspeto foi expresso nos relatos, nos quais os indivíduos, por vezes, mencionam que os psicotrópicos aliviam os sintomas, porém, não têm a capacidade de os curar.

Cuevas *et al.* (2017) ressaltam que a percepção de controlo de sua saúde pode influenciar diretamente a adesão medicamentosa aos psicotrópicos. A confiança depositada no médico pode favorecer o tratamento com os psicotrópicos, entretanto, quando os indivíduos sentem que sua saúde mental depende exclusivamente das suas ações, tendem a ser menos propensos ao tratamento medicamentoso. Além disso, os indivíduos que usam psicotrópicos relatam efeitos adversos, como letargia e desmotivação, que podem influenciar a adesão a medicação, como também a percepção negativa do medicamento (Morant *et al.*, 2018).

Nesse contexto, a existência de redes de apoio durante esse processo, que podem ser constituídas tanto pelo tratamento adequado com os psicotrópicos como pelo apoio familiar ou por meio das redes sociais, mostraram-se essenciais e relevantes nas publicações dos indivíduos. Na presente pesquisa, o efeito terapêutico dos psicotrópicos e controlo de sintomas, foram apontados como positivos para a parcela dos indivíduos, proporcionando motivação e perspectiva esperançosa. O estudo mensurou o afeto, o comportamento interpessoal e a percepção durante o tratamento com psicotrópicos, revelou que o seu uso diminui a ansiedade e depressão, proporcionando maior bem-estar aos indivíduos e diminuição de comportamentos conflituosos (Rappaport *et al.*, 2018).

O ambiente online contido por meio das redes sociais pode ser benéfico para aqueles que usam esse espaço para comunicar os seus sentimentos e angústias (Marchant *et al.*, 2018). O estudo sobre jovens, internet e saúde mental, evidenciou que as redes sociais englobam aspetos positivos para os indivíduos, destacando que o seu uso contribui para que os indivíduos lidem melhor com os problemas quotidianos (Chambers *et al.*, 2018). Os achados deste estudo vão ao encontro da literatura disponível sobre o assunto, uma vez que os depoimentos supracitados revelam que os blogs podem servir como uma rede de apoio, além de ser um espaço no qual os sujeitos se sentem livres e a vontade para exporem suas angústias e aliviarem o pesar do sofrimento.

A importância de se ter redes de apoio que vão além do ambiente online também foi evidenciada, mostrando que os familiares e amigos desempenham um papel benéfico para indivíduos em sofrimento psíquico. Os laços familiares e de amizade constituem-se como redes de apoio, ajudando a diminuir o isolamento e a solidão. Quanto mais sólidas estas redes, maiores são as chances de percepção positiva em relação a saúde mental (Ramage-Morin & Bougie, 2017).

A espiritualidade e religiosidade também apareceram como redes de apoio ao sofrimento mental, por vezes com destaque para os aspectos religiosos e a fé como fatores que sobressaem no efeito terapêutico do fármaco. A literatura tem mostrado que ambas podem beneficiar os indivíduos em sofrimento (Milner et al., 2019). A religiosidade pode, ainda, contribuir na busca por serviços de saúde, como revelou o estudo de Turner *et al.* (2019), no qual a busca por tais serviços foi maior entre indivíduos com crenças religiosas mais fortes.

O indivíduo que é submetido ao tratamento farmacológico com psicotrópicos é aquele que por algum motivo ou sintoma apresentado no momento da consulta médica, evidenciou estar em sofrimento psíquico. Entretanto, deve-se considerar que na atualidade ter acesso a esses medicamentos, mesmo sem a prescrição, é possível como já pode ser observado em estudos recentes quanto às práticas inadequadas de prescrição e dispensa dos fármacos de controlo especial, assim como problemas relacionados ao desvio desses medicamentos para fins de uso como drogas de abuso (Freeman *et al.*, 2019)

Além do sofrimento que vivenciam em consequência de estarem doentes mentalmente, os indivíduos nesse contexto ainda experimentam diversos sentimentos negativos, como discriminação no local de trabalho, evitação por familiares e amigos, além de estarem vulneráveis à violência. Por vezes, são retratados de forma pejorativa nos veículos de comunicação social, como o cinema, ou a televisão, podendo, ainda, serem retratados em ações policiais inadequadas. Dessa forma o sujeito sofre não só pela doença em si, mas também pelo estigma social que segrega e nega oportunidades para o trabalho e para ter uma vida independente (Rocha *et al.*, 2015).

Como observado nos relatos, os indivíduos sentem-se rotulados e excluídos, sendo um dos aspectos que também os pode levar na procura das redes sociais para exteriorizar os sentimentos, como identificado no estudo de Vermeulen *et al.* (2018), que embora tenha destacado o maior uso desses recursos pelos adolescentes, ressaltam que a prática entre os adultos tem aumentado na atualidade.

O fenómeno do estigma aliado ao sofrimento mental pode resultar em momentos em que o sujeito não encontra soluções para os problemas vivenciados, experimentando um sentimento de desesperança, sofrimento, o que pode levá-lo a comportamentos auto lesivos e desejo de morte, conforme explicitado nos depoimentos. O suicídio representa 1,4% de todas as mortes em todo o mundo, tornando-se, em 2012, a 15ª causa de mortalidade na população geral; entre os jovens de 15 a 29 anos, é a segunda principal causa de morte (World Health Organization [WHO], 2017b).

Nessa direção, a relação entre a ideação suicida e o uso de psicotrópicos, encontrado no presente estudo, merece atenção. A literatura evidencia altas taxas registadas de tentativa de suicídio por autointoxicação, com destaque para o uso de psicotrópicos nessas tentativas (Carvalho *et al.*, 2017; Queiros *et al.*, 2020). Os psicotrópicos são frequentemente usados para autointoxicação intencional (Pfeifer *et al.*, 2020). As substâncias mais utilizadas são os medicamentos e o álcool (Santos *et al.*, 2013). Isso pode ser evidenciado nos depoimentos, que mencionam o uso de psicotrópicos, juntamente com o álcool, com propósito de colocar fim a própria vida.

Um estudo norueguês examinou os padrões de dispensa de fármacos antes do suicídio, traz dados relevantes, como a dispensa de psicotrópicos trinta dias antes do suicídio, além disso, as categorias de medicamentos

psicotrópicos mais comumente dispensadas foram os hipnóticos, sedativos e os antidepressivos (Reneflot *et al.*, 2019). Desse modo, é preciso atenção para os indivíduos que usam psicotrópicos, mesmo com a prescrição médica, pois pode ocorrer ideação suicida em pacientes que, anterior ao uso da medicação, tiveram uma ou mais tentativas de suicídio, e comportamentos de autolesão, sendo os referidos comportamentos também identificados nas publicações do presente estudo.

O estudo realizado por Vedana *et al.* (2018), sobre publicações em blogs a respeito do suicídio, ressaltou o crescente uso do ambiente virtual para disseminação do assunto, com conteúdo ambíguo em relação ao comportamento suicida, sendo necessário maior rastreamento pelos profissionais de saúde nos meios online, para que medidas preventivas eficazes possam ser implementadas.

## CONCLUSÕES

O presente estudo identificou e analisou as publicações relacionadas com psicotrópicos em blogs da plataforma *Tumblr*. Constatou-se que as percepções negativas sobre os psicotrópicos foi o tema de maior destaque, seguido das percepções positivas que alguns sujeitos atribuem a esses medicamentos, da relevância de redes de apoio no enfrentamento do processo de adoecer e sofrimento mental, sendo o *Tumblr* mencionado como rede de apoio. Destacaram que os relatos de comportamentos destrutivos e de ideação suicida poderiam ou não estar relacionados com uso dos psicotrópicos.

Os achados desse estudo mostram que é necessária uma maior atenção as redes sociais por parte de técnicos e outros investigadores, pois tais meios revelam-se fontes importantes de comunicação de diversos assuntos, por vezes podendo circular informações inadequadas a respeito de determinada temática, como também se constituindo como redes de suporte e com grande potencial para divulgação de informações corretas e adequadas a população. Nessa direção, as redes sociais constituem um importante espaço para profissionais da saúde implementarem medidas de promoção a saúde e prevenção de danos, incluindo aqueles relacionados ao uso irracional de medicamentos, com potencial para influenciar no prognóstico e na qualidade dos indivíduos.

## REFERÊNCIAS

- Bezerra, I. C., Jorge, M. S. B., Gondim, A. P. S., Lima, L. L., & Vasconcelos, M. G. F. (2014). "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(48) 61-74. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0650>.
- Bezerra, I. C., Morais, J. B., Paula, M. L., Silva, T. M. R. & Jorge, M.S.B. (2016). Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão docuidado. *Saúde Debate*, 40(110), 148-161. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611011>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Cuidado para depressão e tratamento medicamentoso no SUS: características da disponibilidade e do acesso. 2018. ISBN 978-85-334-2585-9. Recuperado em: 17 de junho de 2020. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2018\\_analise\\_situacao\\_saude\\_doencas\\_agravos\\_cronicos\\_d\\_esafios\\_perspectivas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_d_esafios_perspectivas.pdf).

- Brasil. Ministério da Saúde. Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias. [recurso eletrônico] Brasília, 2018. Recuperado em: 17 de junho de 2020. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/14/ERRATA-Livro-USO-DE-MEDICAMENTOS-E-MEDICALIZACAO-DA-VIDA.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias. Brasília, 2019. Recuperado em: 26 de junho de 2020. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos\\_medicalizacao\\_recomendacoes\\_estrategia\\_1ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/medicamentos_medicalizacao_recomendacoes_estrategia_1ed.pdf). ISBN 978-85-334-2688-7.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
- Braun, V., & Clarke, V. (2014). What can "thematic analysis" offer health and wellbeing researchers? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing*, 9(1), 1-2. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152>.
- Braun, V., & Clarke, V. (2017). *Evaluating and reviewing TA research: A checklist for editors and reviewers*. Auckland: The University of Auckland.
- Carvalho, I., L., N., Lôbo, A., P., A., Aguiar, C., A., A., & Campos, A., R. (2017). Suicidally motivated intoxication by psychoactive drugs: characterization among the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(1), 129-137. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160064>.
- Chambers, D., Cairns, K., & Ivancic, L. (2018). Young people, the internet and mental health. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 35(1), 1-4. <https://doi.org/10.1017/ipm.2017.76>.
- Cuevas, C., Leon, J., Peñate, W., & Betancort, M. (2017). Factors influencing adherence to psychopharmacological medications in psychiatric patients: a structural equation modeling approach. *Patient Preference and Adherence*, 11, 681-690. <https://doi.org/10.2147/PPA.S133513>.
- Ferreira, A. C. Z., Brusamarello, T., Capistrano, F. C., Marin, M. J. S., & Maftum, M. A. (2017). A vivência do portador de transtorno mental no uso de psicofármacos na perspectiva do pensamento complexo. *Texto contexto - enfermagem*, 26 (3), e1000016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001000016>.
- Freeman, P. R., Curran, G. M., Drummond, K. L., Martin, B. C., Teeter, B. S., Bradley, K., Schoenberg, N., & Edlund, M. J. (2019). Utilization of prescription drug monitoring programs for prescribing and dispensing decisions: Results from a multi-site qualitative study. *Research in social & administrative pharmacy: RSAP*, 15(6), 754-760. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.09.007>.
- Khan, H. U., Daud, A., & Malik, T. A. (2015). MIIB: A Metric to Identify Top Influential Bloggers in a Community. *Plos One*, 10(9), e0138359. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138359>.
- Marchant, A., Hawton, K., Stewart, A., Montgomery, P., Singaravelu, V., Lloyd, K., Purdy, N., Daine, K., & John, A. (2018). Correction: A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *Plos One*, 13(3) e0193937. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193937>.
- Milner, K., Crawford, P., Edgley, A., Hare-Duke, L., & Slade, M. (2019). The experiences of spirituality among adults with mental health difficulties: a qualitative systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e34. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000234>.
- Morant, N., Azam, K., Johnson, S., & Moncrieff, J. (2018). The least worst option: user experiences of antipsychotic medication and lack of involvement in medication decisions in a UK community sample. *Journal of mental health*, 27(4), 322-328. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1370637>.

- Pfeifer, P., Greusing, S., Kupferschmidt, H., Bartsch, C., & Reisch, T. (2020). A comprehensive analysis of attempted and fatal suicide cases involving frequently used psychotropic medications. *General hospital psychiatry*, 63, 16–20. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.07.011>.
- Queiros, A., Leite, R., Yoshida, E., Estanagel, T., Pereira, M., & dos Santos, N. (2020). Perfil de suicídio por sobredose intencional de medicamentos. *Revista InterSaúde*, 1(2), 79-88. [http://revista.fundacaojau.edu.br:8078/journal/index.php/revista\\_intersaude/article/view/130](http://revista.fundacaojau.edu.br:8078/journal/index.php/revista_intersaude/article/view/130).
- Ramage-Morin, P. L., & Bougie, E. (2017). Family networks and health among Métis aged 45 or older. *Health reports*, 28(12), 12–20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29261223/>.
- Rang, H.P; Dale, M.M. (2016). *Rang & Dale: Farmacologia*. Elsevier.
- Rappaport, L. M., Russell, J. J., Hedeker, H., Pinard, G., Bleau, P., & Moskowitz, D. S. (2018). Affect, interpersonal behaviour and interpersonal perception during open-label, uncontrolled paroxetine treatment of people with social anxiety disorder: a pilot study. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, 43(6), 407–415. <https://doi.org/10.1503/jpn.170141>
- Reneflot, A., Kaspersen, S. L., Hauge, L. J., & Kalseth, J. (2019). Use of prescription medication prior to suicide in Norway. *BMC Health Serv Res*, 19(215). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4009-1>.
- Rocha, F. L.; Hara, C.; Paprocki, J. (2015). Doença mental e estigma. *Revista Médica de Minas Gerais*, 25(4), 590-596. <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150127>.
- Sadock, B. J.; Sadock, V. A.; Sussman, N. (2013). *Manual de Farmacologia Psiquiátrica de Kaplan & Sadock*. Artmed.
- Santos, S. A., Legay, L.F., & Lovisi, G. M. (2013). Substâncias tóxicas e tentativas e suicídios: considerações sobre acesso e medidas restritivas. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(1), 53-61.
- Turner, N., Hastings, J. F., & Neighbors, H. W. (2019). Mental health care treatment seeking among African Americans and Caribbean Blacks: what is the role of religiosity/spirituality?. *Aging & mental health*, 23(7), 905–911. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1453484>.
- Vedana, K. G. G., Di Donato, G., Silva, A. F., Pereira, C. C. M., Miasso, A. I., Zantti, A. C. G., & Borges, T. L. (2018). Most popular posts about suicide in blogs. *Pensar Enfermagem*, 22(1), 61-73.
- Vermeulen, A., Vandebosch, H., & Heirman, W. (2018). #Smiling, #venting, or both? Adolescents' social sharing of emotions on social media. *Computers in human behavior*, Elmsford, N.Y, 84, 211-219. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.02.022>.
- World Health Organization. Expert Conference, 1985, Nairobi. Rational Use of Medicines. Report of the Expert Conference, Nairobi, 25-29 November 1985. Geneva: World Health Organization. 1986. 304 p. Recuperado em 13 de junho de 2020. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf>.
- World Health Organization. Mental health. Suicide data [Internet]. 2017. Recuperado em: 07 de julho de 2020. [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/).
- World Health Organization. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Recuperado em: 10 de julho de 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1>.

# ALTA CONTRA PARECER MÉDICO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

## Discharge against medical advice from emergency department

**PAULA BERNARDETE** | MSc, Enfermeira especialista no Centro Hospitalar Tondela Viseu, Viseu, Portugal.

**MADALENA CUNHA** | PhD, Professora coordenadora na Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal. <https://orcid.org/0000-0003-0710-9220>

**ANA RITA VICENTE** | BSc, Estudante Curso de Enfermagem & INVEST na Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal.

**MAURO MOTA** | PhD, Professor adjunto convidado na Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal. <https://orcid.org/0000-0001-8188-6533> [[maurolopesmota@gmail.com](mailto:maurolopesmota@gmail.com)]

**Introdução:** A prevalência de abandono do serviço de urgência constitui um indicador clínico de gestão da qualidade, pelo que o seu estudo se assume como pertinente. O objetivo da presente investigação foi avaliar o perfil dos clientes que abandonam o serviço de urgência.

**Métodos:** Estudo de análise quantitativa e de coorte retrospectivo. Foram incluídos todos os clientes que que abandonaram o serviço de urgência de um hospital central no centro de Portugal em 2018. Os dados foram recolhidos com base na informação administrativa, com registo numa grelha clínica ad hoc para recolha de dados.

**Resultados:** No ano de 2018 acorreram ao serviço de urgência objeto do presente estudo, 85596 clientes, tendo-se verificado uma taxa de abandono de 3,04% (n=2599). Do total da amostra, observou-se que 1315 clientes (50,6%) são do género masculino e 1284 (49,4%) são do género feminino. A idade média dos clientes é 48,21 anos e 46,4% encontra-se na faixa etária dos 36-65 anos. Os meses em que houve mais registos de abandono do serviço de urgência foram agosto (n=11,6%) e fevereiro (n=10,4%), e foi durante o período da manhã que se registaram mais episódios de abandono (51,3%). Os clientes com a prioridade clínica classificada de urgente foram os que apresentam uma maior prevalência de abandono (39,6%). A prioridade clínica de pouco urgente apresenta 37,9% de abandonos. A maioria dos clientes que abandonou o serviço de urgência após ser avaliado pela triagem médica (78,7%).

**Conclusão:** O perfil do cliente que abandona o Serviço de urgência é predominantemente do sexo feminino, na faixa etária dos 35-65 anos (com uma média de idades de 48,21 anos), na sua maioria já com prioridade clínica definida e classificada como urgente (amarela). A resolução desta problemática deve ser assumida como uma prioridade pelas entidades reguladoras, para otimizar a qualidade dos cuidados e diminuir o impacto direto e indireto nos clientes que abandonam os serviços.

**Palavras-chave:** : Alta do Paciente; Serviço Hospitalar de Emergência; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde.

**Introduction:** The prevalence of discharge against medical advice from the emergency department is a clinical indicator of quality management and its study is therefore relevant. The aim of this research was to assess the profile of clients leaving the emergency department.

**Methods:** Quantitative Analysis and retrospective cohort study. All clients who left the emergency department of a central hospital in central Portugal in 2018 were included. The data was collected on the basis of administrative information, with registration on a specific clinical data collection table.

**Results:** In 2018, 85596 patients came to the emergency service, with a abandonment rate of 3.04% (n=2599). Of the total sample, 1315 patients (50.6%) were male and 1284 (49.4%) female. The average age of customers is 48.21 years old and 46.4% are in the 36-65 age group. The months in which there were the most abandonment records were August (n=11.6%) and February (n=10.4%), and it was during the morning that there were the most abandonment episodes (51.3%). The patients with the clinical priority classified as urgent were those with the highest prevalence of abandonment (39.6%). The clinical priority of non-urgent patients shows 37.9% of abandonments. The majority of patients who left the emergency service after being evaluated by medical screening (78.7%).

**Conclusion:** The profile of the patients leaving the emergency service is predominantly female, aged 35-65 (with an average age of 48.21), most of whom already have a defined clinical priority and are classified as urgent (yellow). The resolution of this problem should be assumed as a priority by the regulatory authorities, in order to optimize the quality of care and reduce the direct and indirect impact on patients who leave the services.

**Keywords:** Patient Discharge; Emergency Service, Hospital; Quality Indicators, Health Care

## INTRODUÇÃO

Urgência pode ser definida como qualquer situação clínica que se instale de forma súbita e implique risco de compromisso das funções vitais (Despacho Normativo nº18459/2006, 2006). Os serviços de urgência têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde a todas as situações que se enquadram na definição acima descrita (Despacho Normativo nº 11/2002, 2002).

Em Portugal determinou-se que a rede de serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde integra três níveis de resposta que se diferenciam pela capacidade técnica (Despacho Normativo nº18 459/2006, 2006): Serviço de Urgência Básica (SUB), o primeiro nível de acolhimento do cliente e será para a abordagem e solução de situações mais simples e comuns de saúde; Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), segundo nível de situações de urgência, dispondo de várias valências médicas obrigatórias e com apoio de especialidades; Serviço de Urgência Polivalente (SUP), o serviço mais diferenciado de urgência e emergência, agrega as valências e recursos das SUB E SUMC tendo disponível mais valências específicas.

Segundo os dados de 2018, disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), 82,4% dos atendimentos nos serviços de urgência foram motivados por doença e 10,4% por lesões provocadas por acidentes, perfazendo um total de 7,8 milhões de atendimentos nos serviços de urgência hospitalares, 74,3% em hospitais públicos (Instituto Nacional de Estatística, 2018). Assim, no sentido de otimizar o atendimento e minimizar os danos causados pela sobrelotação, através da identificação dos doentes que necessitam de cuidados imediatos surgiu a necessidade de se introduzirem mecanismos de triagem nos serviços de urgência, nomeadamente, o Sistema de Triagem de Manchester (Azeredo et al., 2015). O Sistema de Triagem de Manchester foi criado em 1994 em Manchester, Reino Unido, sendo utilizado como um protocolo válido, seguro e confiável em unidades de emergência (Franco, et al., 2018). Este método permite ao profissional de saúde definir uma prioridade clínica de um cliente com base na queixa que este apresenta, ou seja, com base no principal sinal ou sintoma que o profissional de saúde ou o cliente identifica e que o levou ao serviço de urgência (Grupo Português de Triagem, 2009).

Para a definição da prioridade clínica de cada cliente existe uma lista de 50 fluxogramas baseados nas queixas de apresentação mais comuns e que abrangem quase todas as situações apresentadas nos serviços de urgência. Assim, o profissional de saúde seleciona o fluxograma que seja o mais

específico possível em relação à situação, e percorre a lista de discriminadores até encontrar um que seja positivo ou não se consiga negar. A escolha dos discriminadores permitem ao profissional de saúde incluir cada cliente numa das 5 prioridades clínicas seguintes, cada uma com uma cor correspondente (Grupo Português de Triagem, 2009): Emergente, definido com a cor vermelho, correspondente a 0 minutos de espera; Muito urgente, definido com a cor laranja, com um tempo de espera até 10 minutos; Urgente, apresentado como amarelo, sendo os 10 minutos, o tempo limite de espera; Pouco urgente, verde e até 120 minutos de espera; Não urgente, definido com a cor azul e com recomendação para 240 de tempo limite de espera. A correta operacionalização desta metodologia de triagem contribui para evitar a sobrelotação dos serviços de urgência, que muitas vezes têm outros problemas organizacionais, tais como a assistência aos clientes com base na ordem de chegada, por oposição à gravidade da sua condição médica (Azeredo et al., 2015). Por outro lado, a prevalência de abandono do serviço de urgência constitui um indicador clínico de gestão da qualidade, pelo que o seu estudo se assume como pertinente (Male et al., 2018).

No âmbito da investigação foram definidos como objetivos avaliar o perfil dos clientes que abandonam o serviço de urgência e verificar a associação entre as diferentes variáveis e as altas contra parecer médico no Serviço de Urgência

## METODOLOGIA

Estudo de análise quantitativa, descrito e de coorte retrospectivo. A amostra foi constituída por 2599 clientes que abandonaram o Serviço de Urgência de um hospital central da zona centro de Portugal em 2018. Os dados foram recolhidos com base na informação administrativa, com registo numa grelha clínica ad hoc para recolha de dados.

Para compreender o perfil dos clientes que abandonam o serviço de urgência foram definidos três tipos de variáveis independentes: variáveis sociodemográficas; variáveis de contexto; e variáveis clínicas. Foram consideradas como variáveis sociodemográficas, a idade, o género, o sistema de saúde e o distrito. Por outro lado, como variáveis de contexto, foram tidas em conta o mês, período do dia da admissão, origem do episódio de admissão no Serviço de Urgência, tempo decorrido desde a admissão até à triagem, tempo decorrido entre a triagem e a 1ª observação médica, tempo decorrido entre a triagem e o abandono e tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono. Por último, as variáveis clínicas incluídas foram a prioridade e a especificidade da primeira avaliação.

Para a realização da estatística inferencial recorreu-se a testes paramétricos e não paramétricos. A estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as suas condições de aplicação não se verificaram, nomeadamente os testes de normalidade (Marôco, 2018). Recorremos ainda a estes testes quando os grupos em estudo não são homogéneos, ou dito de outra forma, quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor for superior a 1.5 (Pestana & Gagueiro, 2014). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar H<sub>0</sub> é muito menor.

Assim, o Teste t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW) foi utilizado para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais; a Análise de variância a um fator (ANOVA) para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa). Quando

não foi possível aplicar o teste ANOVA, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. O tratamento de dados, foi realizado com recurso ao software SPSS®, v. 23 (IBM, Armonk NY, USA). Os dados foram explorados através de estatística descritiva (medidas de tendência central) e inferencial.

A presente investigação teve parecer favorável pelo Conselho de Administração do respetivo Centro Hospitalar e foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde correspondente. Este estudo respeitou e preservou a confidencialidade de todos os dados e informações recolhidos. Todas as informações relativas aos indivíduos incluídos na investigação foram codificadas, tornado impossível a identificação dos mesmos. A isenção da obrigação para obter o consentimento dos doentes foi concedido.

## RESULTADOS

No ano de 2018, ano de estudo, acorreram ao serviço de urgência 85596 clientes, tendo-se verificado uma taxa de abandono de 3,04% (n=2599). Do total da amostra, observou-se que 1315 clientes (50,6%) são do género masculino e 1284 (49,4%) são do género feminino. A média de idade dos clientes é 48,21 anos e 46,4% encontra-se na faixa etária dos 36-65 anos. Importa frisar que 91,2% dos clientes pertencem ao distrito afeto ao serviço de urgência e 80,2% são afetos ao Sistema Nacional de Saúde. Os meses em que houve mais registos de abandono do serviço de urgência foram agosto (n=11,6%) e fevereiro (n=10,4%), e foi durante o período da manhã que se registaram mais episódios de abandono (51,3%). Do total dos clientes que abandonaram o serviço de urgência, 72,9% vinham do exterior. Os clientes com a prioridade clínica classificada de urgente foram os que apresentam uma maior prevalência de abandono (39,6%), correspondendo a 41,0% dos homens e 38,1% nas mulheres. A prioridade clínica de pouco urgente apresenta 37,9% de abandonos. A maioria dos clientes que abandonou o serviço de urgência após ser avaliado pela triagem médica (78,7%). Na tabela 1 verificamos que o tempo mínimo de admissão na triagem foi de zero minutos e o máximo de 9:28 minutos. Verificamos também que em média as mulheres têm um tempo de admissão na triagem maior (M=0:16±30minutos) do que os homens (M=0:13±23minutos).

Género	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	1315	0:00	9:28	0:13	0:23	176,92%	2128,71	23,56
Feminino	1284	0:00	9:16	0:16	0:30	187,5	191,76	1622,41
Total	2599	0:00	9:28	0:15	0:26	173,33	288,48	2758,25

**Tabela 1** - Tempos de admissão na triagem

Os dados recolhidos relativos ao tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação indicam que em média as mulheres têm um tempo de espera superior (M=3:25±2,16) ao dos homens (M=2:59±2:21). Verifica-se também que o tempo mínimo decorrido foi de zero minutos e o tempo máximo de 17:55 minutos, com uma média de 3:11±2:19 (Tabela 2).

Género	n	Min	Max	M	DP	CV(%)	Sk/erro	K/erro
Masculino	1315	0:00	17:55	2:59	2:21	85,32	19,03	16,91
Feminino	1284	0:00	13:16	3:25	2:16	66,46	6,89	11,74
Total	2599	0:00	17:55	3:11	2:19	70,41	18,04	19,86

**Tabela 2** - Tempo decorrido entre a triagem e a primeira avaliação

O tempo mínimo decorrido entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência é de zero minutos e o tempo máximo é de 59:04 minutos, enquanto que a média se situa nos 5:55 ( $\pm 4:38$ ). Os homens apresentam um tempo médio entre a triagem e o abandono do serviço de urgência superior ( $M=5:59\pm 4:54$ ) do que as mulheres ( $M=5:52\pm 4:20$ ) (Tabela 3).

<b>Género</b>	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
<b>Masculino</b>	1315	0:06	59:04	5:59	4:54	81,21	223,83	0,03
<b>Feminino</b>	1284	0:00	47:01	5:52	4:20	76,08	170,72	0,03
<b>Total</b>	2599	0:00	59:04	5:55	4:38	78,91	291,13	0,02

**Tabela 3** – Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência

As mulheres permaneceram mais tempo entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência ( $OM=1221,80$ ), já os homens apresentam um tempo entre a primeira observação médica e o abandono superior ( $OM=1300,11$ ). Existe diferença estatisticamente significativa no tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência ( $p=0,001$ ) (Tabela 4).

<b>Género</b>	Masculino	Feminino	p
	<b>Ordenação Média</b>	<b>Ordenação Média</b>	
<b>Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência</b>	1218,33	1221,8	0,903
<b>Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência</b>	1300,11	1202,68	0,001

**Tabela 4** – Relação entre o tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência, tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência e o género (Teste de U de Mann-Whitney)

Os clientes com idade superior a 80 anos permanecem mais tempo desde a triagem até ao abandono do Serviço de Urgência ( $OM=1439,30$ ). É na faixa etária dos 36-65 anos que se encontra o maior tempo entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência ( $OM=1272,57$ ), com diferenças estatisticamente significativas no tempo entre a triagem e o abandono do serviço de Urgência ( $p=0,000$ ) (Tabela 5).

<b>Idade</b>	18-35 anos	36-65 anos	68-80 anos	> 80 anos	p
	<b>Ordenação Média</b>	<b>Ordenação Média</b>	<b>Ordenação Média</b>	<b>Ordenação Média</b>	
<b>Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência</b>	1104,25	1228,62	1325,02	1439,30	0,000
<b>Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência</b>	1220,76	1272,57	1249,40	1260,98	0,490

**Tabela 5** - Relação entre o tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência, tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência e a idade (Teste de Kruskal-Wallis)

Os clientes provenientes da ARS/Centro de Saúde são os que aguardam mais tempo após a primeira observação e o abandono do serviço de urgência (OM=1602,23). Os clientes provenientes da Saúde 24, têm um menor tempo entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência (OM=935,20), e também um menor tempo entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência (OM=1073,88), com diferenças estatisticamente significativas nas duas situações ( $p=0,000$ ) (Tabela 6).

Origem do episódio de admissão no Serviço de urgência	ARS/ Centro de Saú- de	Exterior	INEM	Saúde 24	Outra	p
	Ordena- ção Mé- dia	Ordena- ção Mé- dia	Ordena- ção Mé- dia	Ordena- ção Mé- dia	Ordena- ção Mé- dia	
Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência	1486,60	1193,85	1263,54	935,20	1604,96	0,000
Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência	1602,23	1177,06	1465,55	1073,88	1396,48	0,000

**Tabela 6** - Relação entre o tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência, tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência e o sistema de saúde e a origem do episódio de admissão no Serviço de Urgência (Teste de Kruskal-Wallis)

Durante o período da manhã verifica-se um aumento do tempo entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência (OM=1330,51) em relação ao turno da noite que apresentam menor tempo (OM=1092,73), com diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,000$ ). Já no tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência, verifica-se um tempo maior no turno da noite (OM=1406,68) e um tempo menor no período da tarde (OM=1203,73), com relevância estatística ( $p=0,000$ ) (Tabela 7).

Período do dia da admissão no Serviço de Urgência	Noite	Manhã	Tarde	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	
Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência	1092,73	1330,51	1110,60	0,000
Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência	1406,68	1251,38	1203,73	0,000

**Tabela 7** - Relação entre o tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência, tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência e o período do dia da admissão no Serviço de Urgência (Teste de Kruskal-Wallis)

Os clientes que permanecem mais tempo quer após a triagem (OM=1570,00), quer após a primeira observação médica (OM=2252,00), são os que têm uma prioridade clínica classificada como emergente. Os clientes com a prioridade clínica não urgente ou com atividade “programada” esperam menos tempo entre a primeira observação médica e o abandono do Serviço de Urgência (OM=911,12), com diferenças estatisticamente significativas para os dois tempos em análise ( $p=0,000$ , respetivamente) (Tabela 8).

Prioridade Clínica	Atividade "programada" ou não urgente (branca)	Não Urgente (azul)	Pouco urgente (verde)	Urgente (amarela)	Muito urgente (laranja)	Emergente (vermelho)	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	
<b>Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de Urgência</b>	660,22	1581,43	1211,29	1151,13	1229,05	1570,00	0,000
<b>Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de Urgência</b>	911,02	1027,57	1142,15	1404,56	1807,78	2252,00	0,000

**Tabela 8** - Relação entre o tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência, o abandono do serviço de urgência e a prioridade clínica (Teste de Kruskal-Wallis)

Os clientes cuja primeira avaliação médica é feita pela ginecologia têm mais tempo entre a triagem e o abandono do serviço de urgência (OM=2136,00), e menor tempo entre a primeira avaliação médica e o abandono (OM=1507,58). A especialidade de Medicina Geral e Familiar aquando da primeira avaliação tem os menores tempos até ao abandono (OM=933,32; OM=953,65), com diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,000$ ) (Tabela 9).

Especialidade de primeira observação	Ginecologia	MGF	Obstetrícia	Triagem Médica	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	
<b>Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência</b>	2136,00	933,31	2044,00	1289,97	0,000
<b>Tempo decorrido entre a primeira avaliação médica e o abandono do serviço de urgência</b>	1507,58	953,65	14400,43	1319,96	0,000

**Tabela 9** - Relação entre o tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência, tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência e a especialidade de primeira avaliação (Teste de Kruskal-Wallis)

Os resultados da presente investigação mostram que a maioria (68,8%) dos clientes teve um tempo de admissão inferior a 15 minutos, sendo 71,7% homens e 65,6% mulheres. Já em relação ao tempo decorrido entre a triagem e a primeira observação médica, em mais de metade da amostra (80,0%) regista-se um tempo superior aos 60 minutos (homens 75,2% vs. mulheres 85,2%). Consta-se que em 97,3% dos clientes decorreu mais de 60 minutos entre a triagem e o abandono do serviço de urgência (homens 97,2% vs. mulheres 97,4%). Observa-se ainda que em 57,8% dos clientes decorreram mais de 60 minutos entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência (homens 59,7% vs. mulheres 55,8%), sendo de referir que 22,2% dos clientes esperam menos de 15 minutos entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência (Tabela 10).

Tempos	Masculino (n=1315)		Feminino (n=1284)		Total (n=2599)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Tempo de admissão na triagem</b>						
<15 min.	907	71,7	770	65,6	1677	68,8
16-30 min.	235	18,6	257	21,9	492	20,2
31-60 min.	105	8,3	124	10,6	229	9,4
>60 min.	<b>18</b>	<b>1,4</b>	<b>23</b>	<b>2,0</b>	<b>41</b>	<b>1,7</b>
<b>Tempo decorrido entre a triagem e a primeira observação médica</b>						
<15 min.	113	8,9	53	4,5	166	6,8
16-30 min.	79	6,2	55	4,7	134	5,5
31-60 min.	122	9,7	66	5,6	188	7,7
>60 min.	<b>950</b>	<b>75,2</b>	<b>1000</b>	<b>85,2</b>	<b>1950</b>	<b>80,0</b>
<b>Tempo decorrido entre a triagem e o abandono do serviço de urgência</b>						
<15 min.	7	0,6	8	0,7	15	0,6
16-30 min.	10	0,8	10	0,9	20	0,8
31-60 min.	18	1,4	13	1,1	31	1,3
>60 min.	<b>1230</b>	<b>97,2</b>	<b>1143</b>	<b>97,4</b>	<b>2373</b>	<b>97,3</b>
<b>Tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência</b>						
<15 min.	258	20,4	297	24,0	555	22,2
16-30 min.	101	8,0	101	8,2	202	8,1
31-60 min.	151	11,9	148	12,0	299	11,9
>60 min.	<b>757</b>	<b>59,7</b>	<b>690</b>	<b>55,8</b>	<b>1447</b>	<b>57,8</b>

**Tabela 10** - Distribuição dos clientes segundo os tempos observados em função do género

## DISCUSSÃO

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), a alta clínica consiste no fim da permanência de um cliente no estabelecimento, podendo esta decorrer da decisão do cliente e contra a decisão do profissional de saúde responsável (Direção Geral da Saúde, 2017). Em Portugal, no ano de 2019, na ARS Centro, foram registados 1 124 496 episódios de urgência e destes houve 19 mil (1,7%) episódios de alta por abandono. Este percentual representa

aproximadamente metade daqueles que foram observados na presente investigação, cuja taxa de abandono se situa nos 3,04%. Assim, na globalidade da nossa amostra, 2599 clientes que abandonaram o Serviço de Urgência de um Hospital central da zona centro de Portugal no ano de 2018, a média de idades foi de 48,21 anos, sendo 50,60% mulheres. Do total de episódios de urgência verificados no ano de 2019 em todo o território português, 337860 (30,0%) foram triados como episódios não urgentes (cor azul). A triagem é uma breve avaliação que deve ocorrer idealmente em 15 minutos após a chegada do doente ao SU (Jarvis, 2016). A DGS reporta também que o tempo médio decorrido entre a admissão e a realização da triagem de Manchester é de 7 minutos, contudo, na presente investigação verificou-se que, em média, cada cliente esperou cerca de 36 minutos até à primeira observação médica. Isto permite-nos verificar que o tempo médio de espera até à triagem no centro hospitalar referente ao estudo é maior do que o valor nacional de referência, mas não superior ao referidos por Jarvis (2016).

Importa frisar que a maioria dos clientes que abandona o serviço de urgência são aqueles triados como sendo urgentes, assumindo uma dimensão amostral de 78,7%. Estes valores são preocupantes na medida em que o não atendimento pode implicar o atraso no início do tratamento e/ou diagnóstico de patologias, que podem carecer de intervenção ou monitorização imediata. A ausência de informação sobre estes clientes quanto ao seu destino após o abandono não nos permite inferir sobre o impacto que esta decisão pode ter tido na sua saúde. De notar que o tempo médio da 1ª observação médica após a triagem foi de 3 minutos e 11 segundos, sendo que, o tempo médio que levou ao abandono após a triagem foi de 5 minutos e 55 segundos. A prioridade urgente, classificada com a cor amarela contempla um tempo máximo de espera de 60 minutos, podendo, contudo, o cliente ter necessidade de ser re-triado. Acreditamos que, na impossibilidade de existir uma primeira observação médica, a implementação de pequenas medidas e/ou abordagens por parte dos enfermeiros, poderá reduzir a taxa de abandono observada, monitorizar o agravamento ou não da sintomatologia apresentada e com isso reduzir as taxas observadas, superiores ao observado em 2019 a nível nacional. Ainda assim, foi possível observar também que o tempo médio decorrido entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência, para o total da amostra, revelou uma média de 5 minutos e 55 segundos.

Na Administração Regional de Saúde do Centro, os meses em que se registaram mais atendimentos nos serviços de urgência reportam para os meses de janeiro e maio de 2019, com cerca de 102 mil episódios, tendo-se registado o maior aumento da variação mensal de atendimentos em valor absoluto no mês de maio (Direção Geral da Saúde, s.d.). Apesar do maior número de atendimentos se verificar nos meses de janeiro e maio, no centro hospitalar em questão, isso não se verifica para o número de abandonos, que registaram números mais altos nos meses de fevereiro e agosto. Uma das consequências do uso inapropriado do Serviço de Urgência é o seu abandono por parte dos clientes, sendo este um problema cujas causas e soluções se tornam específicas face a cada país e região. As circunstâncias socioeconómicas criam motivações específicas suscetíveis de influenciar o acesso adequado ao Serviço de Urgência (Read, Varughese, & Cameron, 2019). De salientar que os clientes que abandonaram o Serviço de Urgência em fevereiro foram aqueles que esperaram mais tempo após a triagem (OM=1436,70;  $p=0,000$ ), sendo os clientes admitidos no Serviço de Urgência em novembro aqueles que esperaram menos tempo após a triagem e o abandono do Serviço de Urgência (OM=1095,19). Os clientes que esperaram mais tempo desde a primeira observação médica até abandonarem o Serviço de Urgência foram admitidos no mês de dezembro (OM=1340,00) e os admitidos em outubro permaneceram menos tempo (OM=1196,51) desde a primeira observação médica até abandonarem o Serviço de Urgência. O aumento dos tempos de espera contribuem para uma sobrelotação dos

serviços de emergência, fazendo com que os clientes sejam submetidos a um ambiente de elevado stress. (Bittencourt & Hortale, 2009). Os efeitos comuns da sobrelotação é, entre outros, o aumento do abandono do serviço de urgência antes ou após o processo de triagem (Silva, 2017).

O estudo, desenvolvimento e implementação de novas estratégias/intervenções dos enfermeiros e outros profissionais poderão assumir-se como importantes na diminuição da taxa de abandono hospitalar. Os serviços de urgência são, em grande parte, a primeira e última resposta do Serviço Nacional de Saúde, e a otimização da resposta das diferentes estruturas existentes em Portugal, poderão ter influência direta na gestão clínica dos doentes dos serviços de urgência. A diminuição da taxa de abandono destes serviços poderá estar dependente do desenvolvimento da resposta de todo o Serviço Nacional de Saúde, e não com uma gestão pontual e isolada para cada um dos seus constituintes.

## LIMITAÇÕES

A presente investigação não está isenta de limitações. Uma limitação do presente estudo prende-se com o facto da amostra ser não probabilística e de conveniência, e por outro lado, estar circunscrita a uma região específica de Portugal. A escassez de bibliografia sobre o abandonam o Serviço de Urgência não permitiu uma análise mais criteriosa do tema. De salientar ainda, que a análise do perfil dos clientes que abandona o Serviço de Urgência assume-se tão importante quanto a capacidade se estudarmos o impacto que esse abandono teve no diagnóstico e tratamento dos clientes. Não foi, todavia, objetivo deste estudo investigar esta matéria, ficando como sugestão para investigações futuras o estudo destes clientes.

Sugere-se, também, que se replique este estudo numa perspetiva temporal e espacial mais alargada, o que contribuiria para o aprofundamento do tema em análise.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação incluiu uma amostra de 2599 clientes que abandonaram o serviço de urgência de um Hospital Central da Zona centro de Portugal, em 2018, cujo perfil patenteia mais mulheres, com uma média de idades de 48,21 anos, predomínio dos pertencentes à faixa etária dos 36-65 anos. O distrito de pertença é maioritariamente o de Viseu, com uma grande parte afeta ao Sistema Nacional de Saúde. A origem da maioria dos clientes foi o exterior, tendo-se registado, em maior percentagem, os clientes classificados com a prioridade clínica de urgente (amarela), seguindo-se a prioridade pouco urgente (verde) e, maioritariamente, foram avaliados pela triagem médica.

A idade, o género e a origem do episódio de admissão no Serviço de Urgência são variáveis sociodemográficas com interferência estatisticamente significativa no tempo entre a triagem e o abandono do Serviço de Urgência, o tempo decorrido entre a primeira observação médica e o abandono do serviço de urgência. O mês e o dia de admissão no Serviço de Urgência revelaram-se como variáveis de contexto com relevância estatística no abandono do serviço de urgência por parte dos clientes nele admitidos. Registou-se também influência das variáveis clínicas no abandono do Serviço de Urgência, nomeadamente a prioridade clínica e a especialidade de primeira avaliação.

O conhecimento criterioso do perfil do cliente que abandona o Serviço de Urgência assume-se como o primeiro elemento basilar para a correção deste fenómeno, pelo que consideramos que futuras investigações deverão consolidar os dados apresentados e potenciar as respostas para a sua gestão.

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia do Governo Português, instituição pública que se constitui como fonte de financiamento do Projeto de INVEST (código de identificação: Ref<sup>a</sup>: fab8899e-5c94-4c33-9807-f54cdc93b053), onde este trabalho se integra.

ALTA CONTRA  
PARECER  
MÉDICO NO  
SERVIÇO DE  
URGÊNCIA

## BIBLIOGRAFIA

- Azeredo, T. R. M., Guedes, H. M., Rebelo de Almeida, R. A., Chianca, T. C. M., & Martins, J. C. A. (2015). Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. *International Emergency Nursing*, 23(2), 47–52. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.06.001>
- Bittencourt, R. J., & Hortale, V. A. (2009). Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7), 1439–1454. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700002>
- Franco, B., Busin, L., Chianca, T. C. M., Moraes, V. M., Pires, A. U. B., & Lucena, A. de F. (2018). Associações entre discriminadores do Sistema de Triagem de Manchester e diagnósticos de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39(0). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0131>
- Grupo Português de Triagem. (2009). Triagem no Serviço de Urgência - Manual do Formando (2<sup>a</sup> ed.). (G. P. Triagem, Ed.) Amadora, Portugal. Obtido em Agosto de 2020.
- Grupo Português de Triagem. (2015). Sistema de Triagem de Manchester. Obtido em Agosto de 2020, de Grupo Português de Triagem: [http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4&Itemid=110](http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110)
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). Estatísticas da Saúde . Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Obtido em Agosto de 2020.
- Jarvis, P. R. E. (2016). Improving emergency department patient flow. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 3(2), 63–68. <https://doi.org/10.15441/ceem.16.127>
- Male, L. R., Noble, A., Snape, D. A., Dixon, P., & Marson, T. (2018). Perceptions of emergency care using a seizure care pathway for patients presenting to emergency departments in the North West of England following a seizure: a qualitative study. *BMJ Open*, 8(9), e021246. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021246>
- Marôco, J. (2018). Análise Estatística com o SPSS Statistics.: 7<sup>a</sup> edição. In *Google Books*. ReportNumber, Lda. <https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=Ki5gDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Mar%C3%B4co>
- Martins, J., & Nogueira, P. (2017, December 1). *Semântica da Informação em Saúde 2017*. Comum.rcaap.pt. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/22501>
- Ministério da Saúde. (12 de Setembro de 2006). DR n.º 176/2006, Série II de 2006-09-12. Diário da República (18459/2006), pp. 18611 - 18612. Obtido em Setembro de 2020, de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/1518280/details/normal?q=despacho+18459%2F2006>.
- Ministério da Saúde. (31 de Janeiro de 2002). DR n.º 55/2002, Série I-B de 2002-03-06. Diário da República (11/2002), 1865-1866. Portugal. Obtido em Agosto de 2020, de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/252420/details/maximized>.
- Pestana, M., & Gagueiro, J. N. (2014). Análise de Ddos para Ciências Sociais (6<sup>a</sup> edição ed.). Edições Sílabo. Obtido em Setembro de 2020.

Silva, M. (2017). Comparação de modelos de previsão da chegada de utentes ao Serviço de Urgência. *Uminho.pt*. <https://doi.org/http://hdl.handle.net/1822/46536>.

ALTA CONTRA  
PARECER  
MÉDICO NO  
SERVIÇO DE  
URGÊNCIA

# ENFERMAGEM FAMILIAR EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: PERCEÇÃO DOS CIDADÃOS SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

## Family Nursing in Primary Health Care: Citizens' perception of nursing care

**MARIA MANUELA HENRIQUES PEREIRA FERREIRA** | PhD, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa; Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Vouga; Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. [manuela.ferreira@essnortecvp.pt](mailto:manuela.ferreira@essnortecvp.pt)

**MARIA HENRIQUETA FIGUEIREDO** | PhD, Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde.

**VIRGÍNIA MARIA SOUSA GUEDES** | MSc, Enfermeira no Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Tâmega, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde.

**ANA FILIPA PINHO MARQUES** | BSc, Enfermeira no Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE.

**ANA RITA RODRIGUES LOPES** | BSc, Enfermeira no UNILABS.

**ANA RITA DE SÁ MOREIRA** | BSc, Enfermeira no Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE.

**MELANY CAMPOS DOS SANTOS** | BSc, Enfermeira no Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE.

**MARIBEL VIOQUE LOPES** | BSc, Enfermeira, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

**TATIANA VANESSA GOMES** | BSc, Enfermeira no Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE.

**MARIA JOSÉ PEIXOTO** | PhD, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde .

O enfermeiro de família, pelos seus saberes e sua ação apresenta-se como um recurso importante para as famílias portuguesas. Constituiu objetivo do presente estudo descrever a perceção dos cidadãos sobre os cuidados de enfermagem prestados pelo enfermeiro de família no âmbito da enfermagem familiar. Métodos: Estudo de natureza qualitativa, junto de doze participantes, utentes de uma unidade de saúde familiar do norte de Portugal, recorrendo-se à entrevista semiestruturada, no último trimestre de 2018. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo com procedimentos indutivos, considerando as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar (EECAESF) e procedimentos dedutivos, definindo-se categorias à posteriori. Resultados: Na perspetiva do cidadão o enfermeiro de família conhece o sistema familiar, alicerçando os seus cuidados numa abordagem colaborativa, embora não tenham como foco a família como um todo. Destacam-se como pontos fortes o profissionalismo, os comportamentos afetivos, de respeito, empatia e as interações focadas na pessoa e na compreensão dos seus problemas e como constrangimentos o respeito pelas dotações seguras e organizacionais. Considerações Finais: as perceções integram alguns dos aspetos relativos às competências requeridas para o enfermeiro de família. Evidencia-se a necessidade de um maior investimento por parte dos enfermeiros na melhoria da perceção sobre os enfermeiros de família junto dos cidadãos.

**Palavras-chave:** Enfermagem familiar; Cuidados de Enfermagem; Cuidados de Saúde Primários; Competência Clínica; Comportamento do Consumidor

ENFERMAGEM  
FAMILIAR EM  
CUIDADOS DE  
SAÚDE  
PRIMÁRIOS:  
PERCEÇÃO DOS  
CIDADÃOS  
SOBRE OS  
CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM

The family nurse, through their knowledge and action, is an important resource for Portuguese families. The objective of the present study was to describe the perception of citizens about the nursing care provided by family nurses in the context of family nursing. Methods: A qualitative study, with twelve participants, users of a family health unit in the north of Portugal, using a semi-structured interview, in the last quarter of 2018. The content analysis technique was used with inductive procedures, considering the specific competences of the Nurse Specialist in Community Nursing in the area of Family Health Nursing (EEECAESF) and deductive procedures, defining categories a posteriori. Results: From the citizen's perspective, family nurses know the family system, basing their care on a collaborative approach, although they do not focus on the family as a whole. Professionalism, affective behaviors, respect, empathy and interactions focused on the person and the understanding of their problems stand out as strengths, and respect for safe staffing as threats. Final Considerations: the perceptions integrate some of the aspects related to the competences required for the family nurse. The need for greater investment on the part of nurses to improve the perception of family nurses among citizens is evident.

**Keywords:** Family nursing; Nursing care; Primary Health Care; Clinical Competence; Consumer behavior

## INTRODUÇÃO

O enfermeiro é o profissional que está melhor posicionado para avaliar globalmente as necessidades em cuidados de saúde das pessoas e mobilizar recursos, face às necessidades e expectativas das pessoas e das famílias (Barbiani et al., 2016).

O EEECAESF deverá cuidar da família como unidade de cuidados, reconhecendo a complexidade do sistema familiar e tendo em conta que este se encontra em transformação. Para além disso, deve também prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, optando por realizar uma avaliação das intervenções de modo a promover o funcionamento familiar (Regulamento n.º 428, de 16 de julho, 2018). Ainda deverá ser capaz de promover as capacidades da família de acordo com as suas exigências de forma individual ou em grupo, criando um elo de ligação tanto com a família como com outros profissionais. A família, como um todo e os seus membros individualmente, enquanto clientes dos cuidados de enfermagem, são o pilar fundamental de qualquer sistema de saúde e os atores principais na evolução do mesmo.

Nos cuidados de saúde primários, o papel do enfermeiro de família, na equipa multidisciplinar, parece ser pouco explícito, com tendência a uma percepção estereotipada pelos outros profissionais (Souza et al., 2013; Martins & Dias, 2010), apesar do reconhecimento legal de que o enfermeiro cuida da família como unidade de cuidados, presta cuidados nas diferentes etapas do ciclo vital do indivíduo e da família, nos diversos níveis de prevenção (Decreto-Lei n.º 118 de 5 de agosto, 2014). Foi ainda reconhecido no Decreto-Lei n.º 73 de 21 de junho (2017) que os enfermeiros que constituem a Unidade de Saúde Familiar (USF) têm de deter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar. Neste enquadramento parece crucial o desenvolvimento de competências especializadas por parte do enfermeiro para cuidar a família, visando melhores resultados, traduzidos em maiores ganhos em saúde familiar. Tosin et al. (2015) e Östlund & Persson (2014) reconheceram que a intervenção de enfermagem junto das famílias está aquém do desejável, realçando a escassa formação e reduzida capacitação dos enfermeiros nesta área, aliada ao facto de não

fundamentarem as suas práticas em modelos teóricos centrados na família como cliente e em modelos participativos e colaborativos.

O desenvolvimento de competências para cuidar a família permitirá que o enfermeiro de família, através do seu conhecimento, possa contribuir para o aumento da literacia familiar, maior preocupação com a família no seu todo e com os seus membros, melhorando o funcionamento da família e da pessoa. Ainda, contribuir para a melhoria das interações dentro e fora da família, promovendo um comportamento familiar e individual mais saudável e participativo (Santos et al., 2016).

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Figueiredo, 2013) enquanto modelo teórico e operativo pretende também dar resposta às necessidades dos enfermeiros para o desenvolvimento de práticas direcionadas à família, enquanto alvo de cuidados a partir da compreensão dessas mesmas práticas no contexto dos cuidados de saúde primários. Alicerça-se no pensamento sistémico enquanto referencial epistemológico, definindo os conceitos: família, saúde familiar; ambiente familiar e cuidados de enfermagem à família. A família emerge como unidade de cuidados, em que o foco é tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente, numa perspetiva colaborativa. Os seus pressupostos e postulados, enquanto definições teóricas e operacionais sustentam a matriz operativa, que confere elementos de testabilidade na avaliação e intervenção familiar sistémica. O MDAIF permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, constituindo-se como um instrumento orientador e sistematizador das práticas de enfermagem de saúde familiar (Figueiredo, 2013; Charepe et al., 2018).

A adoção do MDAIF, pela Ordem dos Enfermeiros, em 2011, como referencial em enfermagem de saúde familiar consubstanciou, na dimensão teórica e operativa, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (Regulamento nº 428, de 16 de julho; 2018). Os componentes do MDAIF, assim como a metodologia do processo de enfermagem que norteia a sua matriz operativa, constituíram-se elementos fundamentais para uma visão multiversa das representações dos cidadãos face à complexidade da intervenção familiar e às competências, requeridas aos enfermeiros, para a sua efetividade.

Por outro lado, segundo Ramos et al. (2018) as opiniões dos cidadãos face aos cuidados prestados pelos enfermeiros, numa perspetiva de educação para a saúde às suas famílias, são um veículo propulsor para a melhoria dos cuidados e da qualidade em saúde, considerando os constrangimentos no âmbito da dotação (número) de enfermeiros, condições ambientais e organizacionais.

Efetivamente o conhecimento acerca das perspetivas dos cidadãos sobre a atuação dos enfermeiros de família poderá contribuir para a reflexão das suas práticas. A apreciação da consonância, ou não, entre estas visões e as competências requeridas para o enfermeiro de família, possibilitará a reestruturação ativa dos saberes e competências em enfermagem de saúde familiar para uma aproximação entre a perceção dos cidadãos e a representação interna à profissão. Nesta perspetiva a questão de partida "Qual a perceção dos cidadãos sobre os cuidados de enfermagem prestados pelo enfermeiro de família no âmbito da enfermagem familiar?" constituiu-se como norteadora do presente estudo.

Para a concretização da resposta à questão de partida baseamo-nos na Teoria das Representações Sociais, que permite aprofundar a dimensão interpretativa dos relatos dos participantes, considerando que as relações entre o enfermeiro e os seus clientes são co evolutivas e transformativas, implicando sempre, de acordo com os conceitos do MDAIF (Figueiredo, 2013), o estabelecimento de processos interacionais significativos. As representações sociais são

definidas como um conjunto de expressões simbólicas que ocorrem nas interações entre os indivíduos e o seus contextos sociais (Kodato, 2016), geradoras de percepções que influenciam os comportamentos dos indivíduos em relação, com subsequente ordenação dos processos simbólicos, que sustentam essas mesmas percepções.

O presente estudo tem como objetivo: conhecer a percepção dos cidadãos sobre os cuidados de enfermagem prestados pelo enfermeiro de família no âmbito da enfermagem familiar.

## METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa descritivo e exploratório (Polit & Beck, 2019), realizado no âmbito dos cuidados de saúde primários, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da região norte de Portugal.

Neste estudo foram considerados os seguintes critérios de inclusão da amostra: cidadão/utente com 18 ou mais anos de idade, inscrito com a família na USF, com atribuição de enfermeiro de família e um ou mais membros da família terem efetuado pelo menos uma consulta, com este profissional, no último ano. Os participantes foram 12 cidadãos/utentes, considerando a saturação dos dados, como critério para determinar o tamanho da amostra. Para a colheita de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, com um guião organizado em três partes, tendo como propósito de colher dados sobre a percepção dos cidadãos sobre os cuidados de enfermagem prestados pelo enfermeiro de família. A primeira parte integrou questões de caracterização sociodemográfica e de utilização dos serviços de saúde. A segunda, questões relativas à percepção dos cidadãos sobre as competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem saúde familiar relacionadas com o cuidar da família como unidade de cuidados ao longo do ciclo de vida familiar, nos diversos níveis de prevenção (Regulamento nº 428, de 16 de julho, 2018). A terceira parte incluiu uma questão sobre a percepção do cidadão acerca da atuação do enfermeiro de família, que se diferenciou em: pontos fortes, pontos fracos, constrangimentos e oportunidades (Tabela 1). Para a análise de conteúdo dos dados referentes à percepção sobre a atuação do enfermeiro de família, consideraram-se os referenciais do pensamento estratégico (Barbosa et al., 2017). Estes traduzem a relação de fatores do ambiente interno, pontos fortes e pontos fracos, com o ambiente externo, as oportunidades que podem proporcionar resultados eficientes, e os constrangimentos que podem impedir que a organização evolua positivamente face às suas metas e finalidades. Assim, os pontos fortes e oportunidades funcionam como elementos positivos do sistema, enquanto os pontos fracos e constrangimentos como fatores de vulnerabilidade.

Partes da entrevista	Questões	Subquestões	Componentes das subquestões
1ª parte	Idade	-	-
	Sexo	-	-
	Número de contactos com o enfermeiro de Família	-	-
2ª parte	O que pensa do enfermeiro de família	O que é o enfermeiro de família	-
		Cuida da família como um todo	Conhece o sistema familiar
			Concebe a família como uma unidade de transformação
	Presta cuidados colaborativos		

	Prestação de cuidados aos três níveis de prevenção	Avaliação familiar	Estrutural
			Desenvolvimento
			Funcionamento
		Atua em situações de especial comple-	-
		Promove e facilita mudanças no funci-	-
3ª parte	Como considera a atuação do enfermeiro de família	Pontos fortes	-
		Pontos fracos	-
		Constrangimentos	-
		Oportunidades	-

**Tabela 1** - Guião da entrevista semiestruturada dirigida aos participantes.

O contato com os participantes (cidadãos/utentes inscritos na USF) foi efetuado pelos enfermeiros de família, que explicando os objetivos do estudo, nesses mesmos dias, encaminharam-no para os investigadores. A colheita de dados foi efetuada de outubro a dezembro de 2018, tendo sido efetuada a gravação em áudio, com a duração de 30 minutos, em média. Após a informação e esclarecimento aos cidadãos/utentes, sobre a finalidade e objetivos deste estudo, estes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, manifestando a sua concordância em participarem. O conteúdo informacional das entrevistas foi integralmente transcrito para o programa informático Microsoft Word®. A análise foi efetuada de acordo com a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2009), considerando as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento.

O processo exploratório sobre o corpus permitiu o agrupamento e desagrupamento das unidades de significação. A análise interpretativa dos dados requereu a conexão com o referencial teórico, de forma a efetuar a descrição sistemática dos conteúdos das mensagens e análise das suas condições de produção sendo possível fazer inferências dos dados para os seus contextos (Santos et al., 2016).

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha de Oliveira de Azeméis (Parecer nº 01/2018) e pelo Conselho Executivo do ACES, sendo salvaguardado o anonimato e a confidencialidade dos dados e a sua posterior destruição, de acordo com a legislação em vigor.

## RESULTADOS

Dos 12 cidadãos participantes, 3 eram do sexo masculino e 9 do sexo feminino. A idade média foi de 56,16 anos ( $\pm 12,59$ ), variando entre 38 e 77 anos.

Seguidamente apresentam-se os resultados de acordo com as categorias, subcategorias (SC) e unidades de significação (US).

Após a exploração e tratamento do material resultaram as seguintes Categorias e subcategorias: Categoria 1 - percepção sobre as competências dos enfermeiros de família (SC1- Cuida da família como unidade de cuidados; SC2- Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família); Categoria 2 - percepção sobre a atuação dos enfermeiros de família, (SC1- pontos fortes; SC2- pontos fracos; SC3- Constrangimentos; SC4 - Oportunidades) (Tabela 2).

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
perceção sobre as competências dos enfermeiros de família	Cuida da família como unidade de cuidados
	Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família
Perceção sobre a atuação do enfermeiro de família	Pontos fortes
	Pontos fracos
	Constrangimentos
	Oportunidades

**Tabela 2** - Categorias e subcategorias emergentes da análise de conteúdo

### **Categoria 1 - Perceção sobre as competências dos enfermeiros de família**

Nesta categoria, foi possível compreender as perceções dos participantes sobre os enfermeiros de família, elencando-se as US relevantes para a descrição dos temas presentes, dos conteúdos dos discursos e do sistema de valores implícito nos mesmos.

#### **SC1- Cuida da família como unidade de cuidados**

Os relatos dos participantes sugerem significações associadas ao reconhecimento pelos enfermeiros da composição familiar, e eventos de vida da família. Referem que o enfermeiro tem conhecimento quer da constituição do sistema familiar, como conhecimento individualizado de cada membro da família.

*Sim, sim teve conhecimento do agregado familiar ... a minha esposa tomou uma prótese do joelho, foi ela que a tratou e tal ... e fala com a gente (E6)*

*Pergunta sempre por todos [...] conhece-nos muito bem, ela é da terra (E7)*

*Ela conhece as minhas filhas, até me pergunta por elas e tudo e é também enfermeira dos meus netos (E12)*

*Na hora de cuidados de saúde é o elemento que está mais familiarizado com a nossa família (E1)*

Destacam-se, no entanto, as representações associadas a outros profissionais, que, na opinião dos participantes, dominam melhor este conhecimento do coletivo das famílias.

*[...] não conhece porque ... por exemplo, o meu médico de família sim, conhece a minha família, mas a senhora enfermeira não [...]. (E2)*

*Sinceramente acho mais que o médico de família conhece a minha família que o enfermeiro de família. (E4).*

Sobre o desenvolvimento de cuidados de enfermagem centrados num paradigma colaborativo, salienta-se o trabalho em parceria como o respeito pela competência das pessoas em tomarem decisões e a estimulação da participação dos diversos membros da família.

*Tratamos de enquadrar as coisas à maneira de convier aos dois (...) podemos dizer que trabalhamos em parceria. (E1)*

*Elucida as pessoas bem, à melhor maneira (...) e compreendendo sempre a gente (E5)*

*Ela às vezes dá soluções e eu escolho, não impõe nada (E11).*

*De maneira que ela diz-me e diz pronto para eu comer várias vezes ao dia, ela expõe e explica, deixa liberdade para escolher, nós é que temos de ter consciência daquilo que estamos a fazer (E12)*

*Por exemplo, para a semana a minha filha vem comigo ... ela pediu para a minha filha vir comigo para falar com as duas (E2)*

*E fala com a gente, comigo e com a minha mulher. (E6)*

ENFERMAGEM  
FAMILIAR EM  
CUIDADOS DE  
SAÚDE  
PRIMÁRIOS:  
PERCEÇÃO DOS  
CIDADÃOS  
SOBRE OS  
CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM

### **SC2- Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família**

Sobre a avaliação familiar os relatos dos cidadãos integram aspetos das dimensões de desenvolvimento e funcional do MDAIF. A primeira reporta-se aos fenómenos associados ao desenvolvimento do sistema familiar, como a integração de novo elemento na família. Na dimensão funcional enquadra-se a avaliação do funcionamento familiar em situações de mudanças, como é o caso da ida de um filho para a universidade.

*Já me pediu que não conhece o meu filho, que queria que ele viesse [...] (E3)*

*Está sempre preocupada se os bebés estão bem (E11)*

*Pergunta-me como os miúdos estão e assim [...] (E12)*

*Quando se tem alguma doença ... mas quando as pessoas são saudáveis, não é tão necessário. Apenas verificar a evolução das crianças (E9)*

*Preocupa-se com a nossa família [...] a minha filha foi para a universidade (E10)*

Evidenciam-se nos discursos dos participantes a intervenção dos enfermeiros em situações de complexidade associadas a processos de alteração do estado de saúde de um dos membros da família, como a situação de dependência. Também alterações do funcionamento do sistema familiar, no âmbito do luto e seu impacto nos processos adaptativos globais e individuais. Realça-se as significações associadas ao perfil de outros profissionais, que não enfermeiros, no que diz respeito à formulação de respostas adequadas em situações de maior complexidade.

*Da experiência que tive com o meu sogro que esteve acamado... a gente...funcionava bem as coisas. Resolveram-se as coisas portanto sem dúvida. (E1)*

*Tenho um tio que tem um problema oncológico ... a enfermeira deles vai lá fazer o curativo quando é preciso ... e dá apoio. (E7)*

*Recentemente o meu marido faleceu em fevereiro e vejo preocupação na parte dela, como estou e como estão as coisas [...]. (E3)*

*Se chegasse ali e dissesse que tínhamos isto ou aquilo grave eu acho que ela que nos ajudava .... Eu precisei, que ela fosse a casa que eu não podia vir e ela disse eu vou dar um jeito. (E12)*

*Problemas graves ... Isso é mais por um psicólogo ou o médico de família. (E8)*

### **Categoria 2 - Perceção sobre a atuação dos enfermeiros de família**

Esta categoria enfatiza as temáticas e conteúdos decorrentes da análise das narrativas dos participantes perante as questões sobre os pontos fortes, pontos fracos, constrangimentos e oportunidades na atuação dos enfermeiros de família e do contexto onde estes interagem.

Evidenciaram-se os aspetos que traduzem atributos positivos face à atuação do enfermeiro.

Pontos fracos e constrangimentos, como condições desfavoráveis às transformações evolutivas dos sistemas, neste caso, da atuação do enfermeiro de família no contexto de interação com as famílias, não foram identificadas nas US que emergiram da análise dos relatos.

#### **SC1- Forças**

As forças centram-se em características gerais esperadas em todas as profissões, assim como em atributos específicos relacionados com competências sociais. Neste caso, realçam-se as perceções sobre a eficiente mobilização de competências relacionais por parte dos enfermeiros de família. Destacam-se os comportamentos afetivos, de respeito e empatia e as interações focadas na pessoa e na compreensão dos seus problemas e ainda na competência e profissionalismo.

*[...] a assiduidade [...] boa profissional. (E1)*

*[...] atende mesmo à hora, nunca saiu fora do horário. (E8)*

*A preocupação [...] o conversar, um bocadinho de amizade, de psicóloga. (E3)*

*A enfermeira quer-me ajudar ... tem muita vontade de me ajudar. (E2)*

*Meiguinha [...] muito boazinha, simpática e preocupada connosco. (E7)*

*Simpatia, competência, profissionalismo [...] não se pode exigir mais. (E10)*

*Quando precisei dela estava sempre pronta. (E12)*

#### **SC2- Oportunidades**

Os fatores elencados pelos participantes como possibilidades de melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros de família situam-se essencialmente nas dimensões da dotação segura (número) destes profissionais, assim como na própria organização dos cuidados de saúde primários em Portugal. O número adequado de enfermeiros permitiria oportunidades de formulação de diagnósticos e intervenções a partir dos problemas expostos pelos membros da família com vista à resposta às necessidades da família como um todo e dos seus membros individualmente.

*É foi por, segundo sei, foi por questões de não ter tempo de atender os doentes todos. A logística não era a melhor nesses*

*dias [...] (E1)*

*Não há aquela abertura de falar, não tem tempo [...] o facto de tentar despachar mais [...]. (E3)*

*Deviam de haver mais enfermeiros, estarem mais em contato com as famílias, para nos conhecer melhor e ajudar-nos. (E4).*

ENFERMAGEM  
FAMILIAR EM  
CUIDADOS DE  
SAÚDE  
PRIMÁRIOS:  
PERCEÇÃO DOS  
CIDADÃOS  
SOBRE OS  
CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM

## DISCUSSÃO

Foi possível descrever a percepção dos cidadãos sobre os cuidados de enfermagem prestados pelo enfermeiro de família no âmbito da enfermagem familiar, através das entrevistas efetuadas.

Percebeu-se que as representações são focadas em aspetos das competências dos enfermeiros de forma geral, independentemente do contexto de cuidados, o que parece contradizer a regulamentação sobre o perfil de competências específicas do EEECAESF (Regulamento nº 428, de 16 de julho; 2018). Este perfil pretende munir os cidadãos de conhecimento sobre o que poderão esperar da atuação dos enfermeiros de família, designadamente o cuidar da família como unidade de cuidados e a prestação de cuidados ao longo do ciclo vital. Os resultados mostram que as percepções dos cidadãos não abrangem todos os conteúdos funcionais inerentes às mesmas competências. Ainda que os participantes percebam que o enfermeiro possa reconhecer a família na sua unicidade, pelo questionamento sobre o estado de saúde dos seus membros, não são integrados elementos inerentes ao sistema familiar, nomeadamente o reconhecimento da relação entre os níveis de saúde individual e familiar. Afigura-se que apesar dos enfermeiros terem contacto frequente com as situações vivenciadas pelas famílias, as famílias não os percebem como estando sensibilizados para a complexidade inerente à dinâmica familiar e para a importância de considerar a família como unidade de cuidados (Figueiredo, 2013).

Outro aspeto parece ser a comparação efetuada com outros profissionais de saúde, que, por um lado, releva a importância da interdisciplinaridade, mas por outro poderá reproduzir sistemas de crenças onde poderão estar implícitas convicções sobre saberes de diferentes profissionais de saúde (Souza et al., 2013; Martins & Dias, 2010).

Noutros estudos (Silva et al., 2016; Albuquerque et al., 2016), o enfermeiro é percebido com funções predominantemente de reencaminhamento para o médico, oferecendo-lhe colaboração. Embora nos cuidados de saúde primários se tenha alterado face à evolução social, política e técnico-científica, tendo como eixo central a participação do cidadão e a qualidade dos cuidados prestados, é crucial que os enfermeiros sejam percebidos como agentes de mudança na construção de novas realidades individuais e familiares. Por outro lado, os relatos dos cidadãos no que se refere ao conhecimento que o médico tem da realidade familiar, sem os mesmos serem questionados sobre outros profissionais que não enfermeiros, poderão sugerir representações de graus de poder, que eventualmente traduzam menor autonomia do enfermeiro na tomada de decisão relativa ao estado de saúde das pessoas e das famílias (Ramos et al., 2018).

No presente estudo os participantes valorizaram a colaboração entre o enfermeiro e a pessoa na tomada de decisão acerca dos processos de gestão da saúde e da doença. No entanto, na dimensão colaborativa do cuidar, regista-se uma escassa profundidade de conteúdos no que se refere a este conceito tão amplo e importante em enfermagem familiar. Os cuidados de enfermagem centrados na família, numa perspetiva sistémica, são cuidados colaborativos que visam a potenciação das forças e competências da família, em que o enfermeiro é um observador-participante, numa atividade dialógica e polivocal, co-construída para estadios de maior complexidade face às novas

exigências inerentes ao ciclo vital da família ou face a situações de transições não normativas (Figueiredo, 2013). Embora da interpretação dos discursos desponte aspetos que pareçam enquadrar-se no respeito pela competência da família em tomar decisões, não se afiguram elementos relacionados com a utilização de modelos conceptuais orientadores da ação colaborativa.

Por sua vez salienta-se, neste estudo, o papel de educador do enfermeiro, em concordância com outros estudos que concluíram que as práticas educativas são as mais associadas às intervenções dos enfermeiros (Ferraccioli & Acioli, 2017). Estas práticas deverão visar a capacidade de participação das pessoas tanto ao nível dos seus projetos de saúde como da colaboração na definição de políticas públicas relativas aos sistemas de saúde, designadamente no que se refere à saúde individual e saúde coletiva.

Outro aspeto importante dos relatos, são as representações que traduzem as intervenções autónomas do enfermeiro, em oposição a outro estudo em que os enfermeiros parecem focar-se muito nas atividades interdependentes em detrimento das intervenções autónomas, cruciais para uma maior valorização do papel social do enfermeiro (Silva et al., 2016).

No que diz respeito à prestação de cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo vital da família salientam-se as representações associadas aos processos de doença, as quais podem ser integradas no modelo biomédico. Este modelo não é integrador da complexidade do sistema familiar, na perspetiva de que os seus constituintes são indivisíveis, num paradigma de saúde multiverso e transformativo. A manutenção deste modelo de cuidados implica ações preferencialmente prescritivas e centradas nos aspetos biológicos (Santos et al., 2016) e não conducentes a ações centradas nas necessidades das famílias, numa visão sistémica e globalizante (Wakiuchi et al., 2016).

Os contextos de interação onde decorrem as práticas de cuidados de enfermagem incorporam processos de intersubjetividade e instabilidade decorrentes das relações causais recursivas, estabelecidas entre os vários agentes comunicacionais. O conhecimento social resultante desta interação é influenciado pelas normas e valores dos grupos, que por sua vez implicam perceções categorizadas acerca da realidade social. De forma geral, salientaram-se elementos que traduzem os domínios positivos, quer do ambiente interno, quer do externo, realçando os atributos relacionais. Estes resultados estão em consonância com um estudo recente (Huy et al., 2018), em que a relação terapêutica é perspetivada pelos clientes como inerente à prática de enfermagem, realçando-se como aspeto positivo a capacidade do enfermeiro em dar resposta às necessidades expressas pelos cidadãos. Os relatos sobre as atitudes afetivas e relacionais dos enfermeiros como participantes ativos dos processos de saúde das pessoas e das famílias são enfatizados, assim como a competência e o seu profissionalismo. Se estas atitudes podem ser percecionadas como transversais aos profissionais de saúde, por outro lado, a sua valorização pode ser interpretada como diferenciadora da natureza dos cuidados de enfermagem, sugerindo satisfação com o acolhimento dado pelo enfermeiro (Silva & Assis, 2015), e a sua preocupação em promover respostas eficazes. Ou seja, mesmo que as situações de maior complexidade sejam descritas tendo como base alterações do estado de saúde de um dos membros da família, como a doença oncológica, as competências sócio profissionais associadas à interação sobressaem nos relatos dos participantes.

No que diz respeito às variáveis externas que poderão constituir-se como possibilidades de melhoria, os participantes evidenciam questões organizativas, de dotação (número) dos enfermeiros associadas à sobrecarga de trabalho e número de enfermeiros insuficiente face às necessidades coletivas, corroborando outros estudos (Ramos et al., 2018).

Este estudo evidencia a multidiversidade das perceções dos cidadãos sobre a atuação dos enfermeiros de família, realçando tanto a importância da família

se constituir como unidade de cuidados, como a necessidade de capacitar os enfermeiros para compreender e agir com as famílias. Efetivamente as expectativas dos cidadãos são um dos constrangimentos referidos pelas equipas de saúde familiar em Portugal, no que se refere à consolidação e ampliação do exercício de enfermagem (Temido et al., 2015), ainda que outros estudos confirmem que os enfermeiros que trabalham em cuidados de saúde primários, demonstrem atitudes consonantes à importância da família nos cuidados de enfermagem (Silva et al., 2013; Oliveira et al., 2011).

A melhoria da competência potencializa o controlo das práticas dos enfermeiros (Svavarsdottir et al., 2018) contribuindo para uma decisão clínica sustentada em paradigmas sistémicos e na valorização social através da visibilidade dessas mesmas práticas, transformativas e inovadoras (Lowen et al., 2017). Este estudo apresenta como limitações não ter incluído cidadãos/utentes de unidades de saúde de outros contextos geográficos, para além da USF onde foram realizadas as entrevistas com os cidadãos/utentes dos cuidados de saúde.

De salientar que, a interpretação dos resultados, relativa à segunda parte da entrevista, merecerá cautelas, pelo facto das questões e sub-questões formuladas terem por base o referencial das competências da Ordem dos Enfermeiros para o EEECAESF (Regulamento nº 428, de 16 de julho, 2018) apesar da inexistência de EEECAESF à data da colheita de dados. No entanto salienta-se a existência de enfermeiros de família com formação pós-graduada em enfermagem de saúde familiar.

As contribuições para a enfermagem decorrentes deste estudo, na área da enfermagem familiar e enfermagem comunitária, manifestam-se pela diversidade da ação dos enfermeiros de família que traduzem, na perspetiva do cidadão a dimensão individual, relativa às perceções sobre o seu enfermeiro de família, e a dimensão coletiva no âmbito das representações sociais do ser enfermeiro. Destas representações decorrem referenciais e sistemas de validação sobre a profissão de enfermagem que podem traduzir diversos sistemas de valores, diferentes as competências requeridas e, assim a elaboração do conhecimento social a partir das opiniões dos cidadãos. Demonstra a necessidade da integração de referenciais de enfermagem norteadores da prática de cuidados com as famílias, que sejam potencializadores de fortalecimento, pela oportunidade de construção de novas histórias e novas interações. A valorização dos aspetos reconhecidos como forças e oportunidades, na atuação dos enfermeiros, constitui-se como recurso para a consolidação de políticas públicas alinhadas tanto à melhoria dos sistemas de saúde como à otimização dos ganhos em saúde dos cidadãos, famílias e comunidades.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou a aparente dicotomia entre as competências requeridas para o enfermeiro de família com base no referencial do EEECAESF e a perceção dos cidadãos sobre os cuidados prestados por este. Estes resultados podem refletir um viés, na medida em que foi considerado como referencial para análise dos discursos, as competências enunciadas pela Ordem dos Enfermeiros para o EEECAESF. Estas competências não fazem parte do perfil de competências da maioria dos enfermeiros que prestam cuidados nos Cuidados de Saúde Primários, dado que a sua maioria não são especialistas nesta área. Pese embora este facto, neste estudo foram reconhecidos aspetos das ações dos enfermeiros relacionados com alguns conteúdos das competências do EEECAESF. Foi possível destacar a relação colaborativa estabelecida, percecionada como positiva no saber agir do enfermeiro. Contudo não são explícitos níveis complexos de abordagem familiar que possam impelir para a tomada de decisão face a mudanças necessárias do funcionamento familiar, decorrentes de transições normativas ou acidentais.

Num contexto social em que a escassez de enfermeiros é reconhecida pelos cidadãos, verificou-se uma percepção muito positiva da sua atuação, com o realce dos seus pontos fortes, focados nas relações sociais e profissionalismo. Por um lado, salienta-se a convergência entre o quadro de referência da profissão e o sistema de pensamento dos cidadãos, por outro, a divergência entre esta identificação e o perfil comportamental associado ao modelo biomédico. De certa forma, estas contradições permitem explicar as tomadas de decisão dos atores sociais, nesta conjuntura de interações entre o enfermeiro e os cidadãos. Deste modo, pondera-se a necessidade da reestruturação dos saberes dos enfermeiros de família, pela via da formação especializada para a aquisição de competências de EEECAESF, enquanto processo de construção de significados e práticas clínicas que permite a internalização da informação baseada em modelos teóricos específicos e a capacidade de a utilizar em novas situações. Recomenda-se ainda mais estudos de investigação que possam aprofundar o conhecimento produzido e criar novo conhecimento numa área que se prevê de grande desenvolvimento, É neste enquadramento que a problematização das questões investigáveis que despontam da análise reflexiva das práticas com as famílias e das estruturas representacionais dessas mesmas práticas, reiteram a ação e inovação como elementos fulcrais da produção de conhecimento, integrado nas condições sociais do saber agir e do saber transferir.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, M., Oliveira, A., Alves, M., Almeida, J., Menezes, R., Ferreira, D., Chaves, A., Sousa, Y., & Medeiros, S. (2016). Health Education in Family Health Strategy Under. User's Perspective. *Int Arch Med section Primary Care*. [Internet]. 2016 [cited 2018 Out 3]; 9(173). p1-9. Available from: <https://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1652/1326>
- Barbiani, R., Dalla, C.R., & Schaefer, R. (2016). Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ag 29; 24, p.2721. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>
- Barbosa, N., Cordeiro, B., Abrahão, A., Xavier, M., Carvalho, R., Silva, R., & Vieira, M. (2017). Health Education: the use of swot matrix for project analysis. *Journal Nursing UFPE online*. 11(11), pp.4298-304. <https://doi.10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201704>
- Bardin L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; p.281
- Charepe, Z., Resende, A., Oliveira, P., & Querido, A. (2018). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Abordagem Colaborativa em Enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE*. 2018; 12, 12, pp. 3535-36. <https://doi:10.5205/1981-8963-v12i12a234720p3535-3536-2018>
- Decreto-Lei nº 118 de 5 de agosto (2014). Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. *Diário da República*. 2014 ago 5; I série (149), pp. 4069-4071
- Decreto-Lei n.º 73 de 21 de junho (2017). Estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integram as USF de modelo B. *Diário da República*. 2017 junho 21; I série (149), pp. 3128-3140.
- Ferraccioli, P., & Acioli, S. (2017). The different dimensions of care in practice held by nurses in primary care. *Cuidado é Fundamental Online*. 9(1), pp.28-36. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.28-36>
- Figueiredo, M. (2013). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar:

- uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. Loures: Lusociência; p.205
- Huy, N., Bang, K., Xuan, H., Thang, C., Thanh, N., Hoan, L., Tak, S., Yu, S., Yi, J., Son, D., Minh, H., & Hoat, L. (2018). The roles of, activities of, and competencies for, community nursing services in rural Vietnam: Implications for policy decisions. *Int Journal Health Plann Manage*. 33 (4), pp.1147-59. doi: 10.1002/hpm.2600
- Kodato, S. (2016). Psicologia Social e Representações Sociais: Uma Aproximação Histórica. *Revista de Psicologia da IMED*. 8(2), pp. 200-7. <https://doi.10.18256/2175-5027>
- Lowen, V., Peres, M., Ros, D., Poli, N., & Faoro, T. (2017). Innovation in nursing health care practice: expansion of access in primary health care. *Revista Brasileira de Enfermagem* 70(5), pp. 898-903. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0131>
- Martins, M., & Dias, M. (2010). Representação socioprofissional dos enfermeiros-percepção dos utentes. *Millenium-Journal of Education, Technologies and Health* [Internet]. 2010 [cited 2018 sep 5]; (38), pp. 253-269. Available from: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/307/1/Representa%C3%A7%C3%A3o%20socioprofissional%20dos%20enfermeiros%20-%20percep%C3%A7%C3%A3o%20dos%20utes.pdf>
- Oliveira, P., Fernandes, I., Vilar, A., Figueiredo, M., Ferreira, M., Martinho, M., Figueiredo, M., Andrade, L., Carvalho, J., & Martins, M. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 45, 6. pp. 1331 - 1337. <https://doi:10.1590/S0080-62342011000600008>
- Östlund, U., & Persson, C. (2014). Examining Family Responses to Family Systems Nursing Interventions: An Integrative Review. *Journal of Family Nursing*. 20(3), p. 259-286
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem* (9a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Ramos, C., Araruna, R., Lima, C., Santana, C., & Tanaka L. (2018). Education practices: research-action with nurses of Family Health Strategy. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71(3), pp. 1211-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0284>
- Regulamento nº 428, de 16 de julho (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*. jul 16; II série (135), pp. 19354-19359
- Santos, F., Acioli, S., Rodrigues, V., Machado, J., Sauza, M., & Couto, T. (2016). Nurse care practices in the family health strategy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), p. 1060-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0273>
- Silva, M., Costa, A., & Silva, M.A. (2013). Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. 11, pp. 19-28. <https://doi.org/10.12707/R1113105>
- Silva, M., Fernandes, L., Leite, S., Nogueira, M., Lima, W., & Silva, M. (2016). Convoy model to family support by nurses in primary health care: the descriptive study. *Online Braz. Journal Nursing*. 15(1), p. 52-60. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165160>
- Silva, S., & Assis, M. (2015). Family health nursing care: weaknesses and strengths in the Unified Health System *Revista Escola Enfermagem USP*. 49(4). <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000400010>

ENFERMAGEM  
FAMILIAR EM  
CUIDADOS DE  
SAÚDE  
PRIMÁRIOS:  
PERCEÇÃO DOS  
CIDADÃOS  
SOBRE OS  
CUIDADOS DE  
ENFERMAGEM

- Souza, P., Batista, R., Lisboa, S., Costa, V., & Moreira, L. (2013). Primary care user's perception of the nursing consultation. *Revista Mineira de Enfermagem*, 17 (1), pp.11-17. <https://doi:10.5935/1415-2762.20130002>
- Svavarsdottir, E., Sigurdardottir, A., Konradsdottir, E., & Truggvadottir, G. (2018). The impact of nursing education and job characteristics on nurse's perceptions of their family nursing practice skills. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(4), pp. 1297-1307. <https://doi.org/10.1111/scs.12573>
- Temido, M., Craveiro, I., & Dussault, G. (2015). Percepções de equipas de saúde familiar portuguesas sobre o alargamento do campo de exercício da enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, V (6), pp. 75-85. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14076>
- Tosin, C., Theodoro, M., Oliveira, V., & Visentin, A. (2015). A transição do modelo tradicional para estratégia saúde da família: a percepção do usuário. *Cadernos da Escola de Saúde*, 1(13), pp.146-166
- Wakiuchi, J., Marchi, J.A., Marcon, S.S., & Sales, C.A. (2016). Performance of the Family Health Strategy from the perspective of users with cancer. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 18 p.1184. <https://doi.org/10.5216/ree.v18.38612>

# PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ADOLESCENTES NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO SEXUAL: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

## Adolescents health promotion in the context of sex education: community intervention project

**VANESSA ERMITÃO** | Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, Enfermeira no Hospital Garcia de Orta. <https://orcid.org/0000-0001-9809-9237> [vanessa.ermitao@gmail.com]

**MARIA DO CÉU GONÇALVES** | Mestrado em Saúde Comunitária e Saúde, Enfermeira Gestora no ACES Almada/Seixal.

**ANDREIA COSTA** | Doutoramento, Coordenadora do Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://orcid.org/0000-0002-2727-4402>

**Introdução:** A adolescência é uma fase da vida marcada por rápidas mudanças desenvolvimentais e, por isso, um período crucial para aumentar as capacidades para comportamentos de promoção de saúde.

No âmbito da educação sexual e afetiva, o enfermeiro pode desempenhar um papel relevante na promoção da saúde dos adolescentes, contribuindo para os conhecimentos e atitudes dos mesmos, acerca da sexualidade.

**Objetivo:** O objetivo geral do projeto foi contribuir para o aumento do conhecimento sobre sexualidade, de adolescentes do 9º ano de escolaridade de uma escola da área de intervenção de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Almada/Seixal.

**Método:** O projeto foi desenvolvido seguindo as fases da Metodologia do Planeamento em Saúde. O diagnóstico de situação foi realizado com recurso ao Questionário Perceção dos Alunos acerca da Educação Sexual. A amostra, obtida de forma não probabilística por conveniência, foi constituída por 16 adolescentes. O projeto foi sustentado pelo referencial teórico do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

**Resultados e discussão:** O diagnóstico de situação revelou conhecimento sobre a saúde comprometido e comportamento de procura de saúde comprometido. De modo a resolver os problemas de saúde prioritários, recorreu-se à educação para a saúde, como estratégia. Após a intervenção, mais de 80% dos estudantes responderam corretamente às questões sobre a temática, cerca de 72% dos estudantes identificaram dois comportamentos sexuais de risco, e 53% dos estudantes privilegiaram os profissionais de saúde como fontes de informação em assuntos relacionados com a sexualidade.

**Conclusões:** Este projeto, alicerçado na Metodologia do Planeamento em Saúde e no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, permitiu contribuir para o conhecimento dos adolescentes, no âmbito da educação sexual, através da intervenção de enfermagem em contexto comunitário.

**Palavras-chave:** : Promoção da Saúde; Adolescente; Enfermagem em Saúde Comunitária; Educação Sexual; Escola

**Introduction:** The adolescence is a stage of life marked by quick developmental changes and, therefore, a crucial period to increase the capacities for health-promoting behaviors.

In the context of sexual and affective education, nurses can have a relevant role in promoting adolescents health, contributing to their knowledge and attitudes about sexuality.

**Objective:** The project's main goal was to contribute to the increase of the knowledge about sexuality in adolescents from the 9th school grade, from a school in the intervention area of a Community Care Unit of the Almada/Seixal Health Centers Group.

**Method:** The project was developed following the stages of the Health Planning Methodology. The situation diagnosis was performed using the Questionnaire on Student Perceptions of Sex Education. A non-probability and convenience sample was made up of 16 adolescents. The project was supported by the theoretical framework of Nola Pender's Health Promotion Model.

**Results and Discussion:** The situation diagnosis revealed deficient knowledge about health and also a deficient health seeking behaviour. To solve top priority health problems, health education was the strategy used. After the intervention, more than 80% of students correctly answered questions about the theme, about 72% of students identified two risky sexual behaviours and 53% of students privilege health professionals as the main source of information for sexuality related issues.

**Conclusions:** This project, based in the Health Planning Methodology and in the Nola Pender's Health Promotion Model, increased knowledge to adolescents, in the context of sex education, through nursing intervention in a community context.

**Keywords:** Health Promotion; Adolescent; Community Health Nursing; Sex Education; Schools

## INTRODUÇÃO

Atualmente, é reconhecida a importância de investir na promoção da saúde, que foi definida como o "processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar" (World Health Organization [WHO], 1986, p.5).

Associado ao conceito de promoção de saúde, o conhecimento científico sobre os determinantes de saúde, e, conseqüentemente, dos fatores de risco associados, tem permitido desenvolver diversas abordagens e estratégias no âmbito da promoção da saúde (Lucas et al., 2017). A educação para a saúde é uma estratégia de promoção da saúde, podendo atuar sobre os determinantes da saúde de modo a favorecer e reforçar os estilos de vida saudáveis.

A escola assume-se como um local privilegiado para a promoção da saúde, em que os programas de saúde escolar, operacionalizados numa estreita articulação entre a saúde e a educação, devem contribuir para a capacitação das crianças e jovens, para a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2015, p. 21).

Sendo a adolescência uma fase crítica da vida, marcada por rápidas mudanças desenvolvimentais e, estando os adolescentes vulneráveis a diversos riscos de saúde, uma das áreas de intervenção da saúde escolar a investir, é a educação para os afetos e sexualidade.

Os jovens sexualmente ativos entre os 15 e os 19 anos têm um alto risco de adquirir Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), devido à combinação de fatores comportamentais, biológicos e culturais (Centers for Disease Control and Prevention, 2018). Por sua vez, os adolescentes que adquirem alguma IST, têm o dobro do risco de serem infetados pelo VIH (Newbern et al., 2013). Matos e Equipa Aventura Social (2018), autores do estudo *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), em Portugal, salientam a importância de "ações de promoção e educação para a saúde, com crianças e adolescentes, que facilite a adoção de estilos de vida saudáveis, prevenindo comportamentos sexuais de risco" (p. 51), onde se incluem a gravidez não planeada, infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e outras IST, e ainda a

violência ou discriminação nas, e relativamente, às relações amorosas. No âmbito da educação sexual e afetiva, o enfermeiro pode desempenhar um papel relevante na promoção da saúde dos adolescentes, contribuindo para os conhecimentos e atitudes dos mesmos, acerca da sexualidade (Borawski et al., 2015). A revisão da literatura efetuada demonstrou que os enfermeiros devem assumir a liderança no desenho de programas de educação sexual em contexto escolar, estabelecer parcerias, integrar diversas estratégias de educação para a saúde e os programas devem envolver toda a comunidade escolar.

O presente artigo pretende expor, de forma sucinta, o projeto de intervenção comunitária desenvolvido ao longo do estágio, realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária.

O projeto foi ancorado no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender que oferece “uma estrutura que integra a enfermagem e as perspetivas das ciências sociais com os fatores que influenciam os comportamentos de saúde” (Pender et al., 2015, p. 34).

## OBJETIVOS

O objetivo geral do projeto foi contribuir para aumentar o conhecimento sobre sexualidade, de adolescentes do 9º ano de escolaridade de uma escola da área de intervenção de uma UCC do ACES Almada/Seixal.

## MÉTODO

O projeto de intervenção foi desenvolvido seguindo as fases da Metodologia do Planeamento em Saúde. Imperatori e Giraldes (1993) definiram o planeamento em saúde “como a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários e, implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores sócio-económicos” (p. 23).

O processo de planeamento em saúde deverá ser entendido como um processo contínuo e dinâmico, e é constituído por diversas etapas: o diagnóstico de situação, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação da execução e a avaliação.

O projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido em articulação com a escola sede de um Agrupamento de Escolas da área de intervenção da UCC.

### ***População-alvo e amostra***

A população-alvo do projeto foi constituída pelos estudantes que frequentavam o 9º ano, do ensino regular, no ano letivo 2019/2020, na referida escola, num total de 34 estudantes (divididos por duas turmas, A e B). Desses, um total de 16 estudantes integraram a amostra. O tipo de amostragem utilizado foi a amostragem não probabilística, por conveniência. Todos os estudantes que integraram a amostra cumpriram os seguintes critérios de inclusão: estudantes que frequentavam o 9º ano de escolaridade no ano letivo 2019/2020, na respetiva escola; consentimento livre e esclarecido autorizado e assinado, por parte dos Encarregados de Educação; consentimento livre e esclarecido autorizado e assinado pelos estudantes, no caso de terem idade superior a 16 anos. Nos estudantes com idades inferiores a 16 anos foi obtido o assentimento informado.

### ***Instrumento de recolha de dados***

O diagnóstico de situação, que se constitui como a primeira etapa da

Metodologia do Planeamento em Saúde, foi realizado com recurso a um questionário. Este foi formado por duas partes: da parte I constam os dados sociodemográficos, e a parte II é constituída pelo *Questionário de Percepções dos Alunos acerca da Educação Sexual (QPAES)*, da autoria da Professora Doutora Ermelinda Caldeira, a quem foi pedida a autorização da utilização do referido questionário (Caldeira, 2015). Duas questões do questionário original foram removidas: uma das questões, por não estar adequada ao contexto atual em que se desenvolveu o projeto; a outra questão, após a análise do comentário na sequência da submissão do pedido na plataforma MIME da Direção-Geral da Educação. As alterações foram efetuadas com conhecimento da autora do QPAES.

### **Procedimentos Éticos**

Os direitos das pessoas que participam em investigação deverão ser absolutamente protegidos, pelo que foram tomadas todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades dos adolescentes envolvidos neste projeto de intervenção.

A realização do projeto foi autorizada pela Diretora do Agrupamento de Escolas, pelo Conselho Pedagógico e Conselho Geral da respetiva escola; pelo Diretor Executivo e pelo Núcleo de Investigação e Formação do ACES Almada-Seixal; e pela Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT.

Os questionários foram aplicados após obtenção da autorização do consentimento livre e esclarecido dos Encarregados de Educação e dos estudantes.

O preenchimento dos questionários foi realizado em sala de aula, e supervisionado pela mestrande, pela enfermeira da UCC e pelo professor responsável pelos projetos PES (Promoção e Educação para a Saúde) da escola. De forma a manter o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos, procedeu-se à codificação dos questionários.

### **Análise de dados**

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao software IBM SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 22, para Windows.

### **Diagnóstico de situação**

O diagnóstico de situação é a primeira etapa da Metodologia do Planeamento em Saúde, e deve corresponder às necessidades e identificar os problemas da população.

Neste projeto, o diagnóstico de situação foi realizado com recurso a um questionário, já especificado no ponto anterior.

A amostra foi constituída pelo total de 16 estudantes que responderam ao questionário, num total de 7 estudantes da turma A e 9 estudantes da turma B.

A idade dos estudantes da amostra varia entre 13 e 17 anos, sendo a média de idades de 15,0 na turma A, e de 14,2 na turma B, com um desvio-padrão de  $\pm 1,41$  e  $\pm 0,44$ , na turma A e B, respetivamente.

Quanto à caracterização por sexo, responderam ao questionário: 85,7% (6) de estudantes do sexo feminino e 14,3% (1) do sexo masculino, na turma A; e 66,7% (6) de estudantes do sexo feminino e 33,3% (3) de estudantes do sexo masculino na turma B.

No que respeita ao agregado familiar, e à constituição do mesmo, a maioria dos estudantes de ambas as turmas vivem com pai e mãe (71,4% (5) dos estudantes na turma A, e 66,7% (6) dos estudantes na turma B) e todos os estudantes inquiridos têm irmãos.

Relativamente à questão "Na tua opinião, a Educação Sexual serve para te ajudar a:" 100% (16) dos estudantes inquiridos consideraram que a educação sexual serve para ter mais informação e para tirar dúvidas. A maioria dos estudantes também considera que a educação sexual serve para não ter IST

(em 85,7% (6) dos estudantes da turma A, e em 77,8% (7) dos estudantes da turma B) e para não engravidar (em 85,7% (6) dos estudantes da turma A, e em 55,6% (5) dos estudantes da turma B). Quanto à opção “saberes relacionar-te com outra pessoa”, 42,9% (3) dos estudantes da turma A, e 66,7% (2) dos estudantes da turma B, responderam afirmativamente. Apenas 28,6% (2) dos estudantes da turma A e 33,3% (3) dos estudantes da turma B referiram que a educação sexual serve para retardar o início das relações sexuais.

Quanto à questão sobre como se sentem a falar de sexualidade, apenas 28,6% (2) dos estudantes da turma A, e 11,1% (1) dos estudantes da turma B revelaram que se sentem à vontade a abordar esse assunto com enfermeiros. 85,7% (6) dos estudantes da turma A sentem-se mais à vontade a falar de sexualidade com os amigos, e 88,9% (8) dos estudantes da turma B, com os pais.

Os estudantes da turma A referiram que obtiveram mais informação sobre sexualidade com os professores (28,6% (2) dos estudantes) e na internet (28,6% (2) dos estudantes), e os estudantes da turma B apontaram os pais (33,3% (3) estudantes), os amigos (22,2% (2) dos estudantes) e a internet (22,2% (2) dos estudantes), como fontes de informação.

A grande maioria dos estudantes de ambas as turmas consideram que a educação sexual nas escolas é importante (28,6% (2) dos estudantes na turma A e 22,2% (2) dos estudantes na turma B) ou muito importante (57,1% (4) estudantes na turma A e 55,6% (5) dos estudantes na turma B).

De acordo com os resultados obtidos na etapa do diagnóstico de situação, procedeu-se à identificação e formulação dos diagnósticos de enfermagem, de acordo com a taxonomia CIPE, versão 2015: conhecimento sobre a saúde comprometido, comportamento de procura de saúde comprometido e crença de saúde dificultadora.

#### ***Do diagnóstico de situação à execução***

Após a identificação dos problemas de saúde e a formulação dos diagnósticos de enfermagem, procedeu-se à hierarquização dos mesmos. A definição de prioridades – a segunda etapa da Metodologia do Planeamento em Saúde – foi realizada com recurso a um conjunto de peritos e concretizada através do método de Hanlon (Imperatori & Giraldes, 1993). De acordo com os resultados obtidos, o objetivo e o limite temporal do projeto, decidiu-se intervir nos dois problemas mais pontuados, nomeadamente, comportamento de procura de saúde comprometido e conhecimento sobre a saúde comprometido.

Na etapa seguinte – fixação de objetivos – foram formulados o objetivo geral, os objetivos específicos, os objetivos operacionais e os indicadores de resultado. Segundo Giraldes, esta etapa é fundamental, “na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 77).

Assim, o objetivo geral estabelecido foi: contribuir para aumentar o conhecimento de adolescentes do 9º ano de escolaridade da Escola C, no âmbito da educação sexual, no período de novembro de 2019 a janeiro de 2020. Para a mesma população-alvo e o mesmo período temporal, os objetivos específicos delineados foram: contribuir para a aquisição de conhecimentos sobre dimensões da sexualidade, relações afetivo-sexuais, métodos contraceptivos e IST, em pelo menos 80% dos estudantes; contribuir para que pelo menos 50% dos estudantes identificassem dois comportamentos sexuais de risco; e contribuir para que pelo menos 50% dos estudantes identificassem os profissionais de saúde como um recurso para abordarem temas relacionados com a sexualidade.

De forma a quantificar e qualificar as atividades a desenvolver definiram-se ainda indicadores de atividade, adesão e qualidade.

Definidos os objetivos, o projeto prosseguiu, com a quarta etapa da Metodologia do Planeamento em Saúde – a seleção de estratégias. Segundo

Tavares (1990), a estratégia selecionada e a sua adequada operacionalização requerem um conhecimento profundo do problema e criatividade.

Neste projeto, e de modo a resolver os problemas de saúde prioritários, a educação para a saúde foi a estratégia selecionada.

A educação para a saúde tem como objetivo a promoção da saúde (Carvalho & Carvalho, 2006) e é um processo que ultrapassa a transmissão de conhecimentos e informação (Amorim, 2009, cit. Lucas et al., 2017). O enfermeiro, nas atividades de promoção de saúde, tem recorrido à dinamização de atividades pedagógicas, capacitando o jovem a adotar comportamentos e estilos de vida saudáveis. Para além disso, a educação para a saúde “deve ser encarada como uma atividade interativa (...) em que os serviços de saúde e da educação se conjuguem com outros recursos comunitários e partilhem destes princípios” (Carvalho, 2015, p.15).

A revisão da literatura realizada permitiu identificar que as sessões de educação para a saúde foram uma estratégia adotada por diversos autores (Hogan, 2018; Aranda et al., 2018; Borawski et al., 2014; Ogunfowokan & Fajemilehin, 2012; Zang et al., 2011; Akpabio et al., 2009), na promoção da saúde, no âmbito da educação sexual nos adolescentes, variando nos temas e duração das mesmas.

Sendo assim, na etapa seguinte – a preparação da execução, e de forma a contribuir para a consecução dos objetivos propostos, previu-se a realização de oito sessões de educação para a saúde (quatro em cada turma), para um total de 34 estudantes (16 estudantes na turma A e 18 estudantes na turma B), e com a duração de 50 minutos cada sessão.

Os temas abordados nas sessões englobaram os afetos e as relações interpessoais, o conceito de sexualidade, as dimensões da sexualidade, a identidade de género e a orientação sexual, os métodos contraceptivos e as IST. Estes temas surgem no seguimento das perceções dos estudantes, identificadas no diagnóstico de situação, e estão alinhados com os conteúdos previstos pela Portaria no 196-A/2010 de 9 de abril (que regulamenta a Lei no 60/2009, de 6 de agosto, que estabelece a educação sexual nos estabelecimentos de ensino básico e secundário), pelo Referencial de Educação para a Saúde, e pelo *International technical guidance on sexuality education* (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura [UNESCO], 2018).

As sessões de educação para a saúde envolveram diversas atividades e jogos lúdico-pedagógicos, e a informação transmitida foi complementada com a distribuição de brochura e agenda da Associação para o Planeamento da Família (2017).

### **Avaliação**

Após a execução, tornou-se imperativo avaliar o projeto, e de que forma foram atingidas as metas anteriormente estabelecidas. As metas foram definidas tendo por base os resultados do diagnóstico de situação e a opinião dos peritos envolvidos no projeto. No final de cada sessão de educação para a saúde, foi solicitado aos estudantes que preenchessem um questionário de avaliação da sessão. Desta forma, foram avaliados os conhecimentos dos adolescentes quanto aos temas abordados em cada sessão, coadunando-se aos objetivos e indicadores de resultado definidos para este projeto, como exposto no quadro 1.

Diagnóstico de enfermagem: Conhecimento sobre a saúde comprometido		
Indicador de resultado	Meta	Resultado
Percentagem de estudantes que responde corretamente às questões sobre sexualidade, presentes nos questionários de avaliação das sessões 1, 2 e 3.	80%	<b>80% a 100%</b> respostas corretas em ambas as turmas
Percentagem de estudantes que identifica 2 comportamentos sexuais de risco	50%	<b>73%</b> dos estudantes da turma A e <b>71%</b> dos estudantes da turma B
Diagnóstico de enfermagem: Comportamento de procura de saúde comprometido		
Indicador de resultado	Meta	Resultado
Percentagem de estudantes que identifica a possibilidade de recorrer ao profissional de saúde para esclarecer dúvidas relacionadas com a sexualidade.	80%	<b>100%</b> dos estudantes de ambas as turmas
Percentagem de estudantes que identificam a importância de recorrer ao profissional de saúde no caso de surgirem sinais ou sintomas de IST.	80%	<b>100%</b> dos estudantes de ambas as turmas
Percentagem de estudantes que privilegia os profissionais de saúde como fontes de informação em assuntos relacionados com a sexualidade.	50%	<b>53%</b> dos estudantes de ambas as turmas.

**Quadro 1** - Avaliação referente ao diagnóstico de enfermagem “conhecimento sobre a saúde comprometido” e “comportamento de procura de saúde comprometido”

O quadro 1 demonstra que todas as metas fixadas foram atingidas, em ambas as turmas.

Foram igualmente atingidas as metas estabelecidas, relativamente aos indicadores de atividade, adesão e qualidade, na medida em que: foram realizadas as oito sessões de educação para a saúde programadas; todas as sessões tiveram uma adesão superior a 80%; e a taxa de estudantes que avaliaram satisfatoriamente cada sessão, foi superior a 80%.

## DISCUSSÃO

O questionário utilizado na etapa do diagnóstico de situação (QPAES) foi aplicado anteriormente por duas autoras: Caldeira (2015) e Pereira (2016), em grupos de adolescentes, pelo que se considerou interessante e pertinente verificar a semelhança ou discrepância entre os resultados do presente projeto e os resultados de estudos anteriores.

Caldeira (2015) desenvolveu um projeto de investigação no qual construiu, implementou e avaliou um programa de educação sexual dirigido aos alunos do 2º ciclo do ensino básico. Na fase do diagnóstico de situação construiu e validou o QPAES e aplicou-o a 81 estudantes do 2º ciclo do ensino básico. Pereira (2016) desenvolveu um projeto de intervenção com a finalidade de “contribuir para a vivência saudável da sexualidade num grupo de adolescentes de uma escola básica” (p. 5), onde aplicou o QPAES a 67 estudantes do 8º ano de escolaridade, na fase de diagnóstico de situação. No presente projeto, os resultados decorrentes da aplicação do QPAES demonstraram que os estudantes inquiridos consideram, com maior importância, que as finalidades da educação sexual são: ter mais informação, tirar dúvidas e evitar IST. Os resultados obtidos nesta questão são semelhantes aos resultados da aplicação do QPAES por Caldeira (2015) e Pereira (2016). No estudo de Caldeira (2015), quando questionados acerca das finalidades da educação sexual, os estudantes atribuíram maior importância a ter mais informação (95,1%), tirar dúvidas (92,6%) e proteger-se das IST (75,3%). Segundo Pereira (2016), os resultados demonstraram que os estudantes atribuíram maior importância a tirar dúvidas (95,5%), ter mais informação (91,1%) e não ter IST (81%).

Quanto à questão sobre como se sentem a falar de sexualidade, os estudantes revelaram menos à vontade para abordar o assunto com enfermeiros. Os estudantes sentem-se mais à vontade a falar de sexualidade com os amigos e com os pais. Nos estudos de Caldeira (2015) e Pereira (2016), os adolescentes também manifestaram mais à vontade em falar sobre sexualidade com os amigos e os pais, e menos à vontade a abordar este tema com os enfermeiros.

Da análise dos resultados da questão acerca de quem consideram mais adequado para abordar a educação sexual, verificou-se que uma das turmas privilegia o médico, e a outra turma privilegia a abordagem conjunta pelo professor, médico, enfermeira e família. No estudo de Caldeira (2015), também se verificou que a maioria dos adolescentes considera que a abordagem destes temas deverá ser realizada conjuntamente por professor, médico, enfermeiro e família. No presente projeto, a abordagem pela família não foi referida por nenhum adolescente, o que não se verificou em outros estudos que aplicaram o mesmo questionário, nomeadamente 29,6% dos estudantes no estudo de Caldeira (2015) e 30,3% dos estudantes no estudo de Pereira (2016).

A educação sexual nas escolas é considerada importante ou muito importante pela grande maioria dos estudantes. Este resultado assemelha-se aos resultados obtidos por Pereira (2016) e Caldeira (2015), na aplicação do QPAES. No estudo de Caldeira (2015), 56,8% dos estudantes consideraram a educação sexual muito importante e 39,5% dos estudantes consideraram importante. No projeto de Pereira (2016), 48,5% dos estudantes consideraram a educação sexual muito importante e 45,4% dos estudantes consideraram importante.

Os resultados obtidos após a intervenção adequam-se à literatura consultada, em que diversos estudos demonstraram que os enfermeiros podem desempenhar um papel essencial na promoção da saúde, no âmbito da educação sexual, nos adolescentes, contribuindo para os conhecimentos dos mesmos, acerca da sexualidade (Borawski et al., 2015; Ogunfowokan e Fajemilehin, 2012). Borawski et al. (2015) revelaram melhoria significativa nos conhecimentos sobre HIV/IST/preservativo, após a intervenção; esta última consistiu em seis sessões de 50 minutos, e onde foram incluídas várias técnicas como discussões de grupo, debate sobre histórias modelo retratadas em vídeos, exercícios interativos e role-play. Ogunfowokan & Fajemilehin (2012) demonstraram melhoria dos conhecimentos acerca da prevenção de abuso sexual, imediatamente, e ao terceiro e sétimo mês após a intervenção; esta última compreendeu intervenção educacional de 30 minutos/dia durante

o intervalo, durante 10 dias, e distribuição do material educacional às adolescentes.

O conhecimento assume um lugar de relevo, pois este, “enquanto fator capaz de exercer influência sobre as atitudes, é um pré-requisito fundamental nos programas de prevenção dos comportamentos sexuais de risco” (Carvalho et al., 2017, p. 249). Segundo os mesmos autores, as atitudes dos adolescentes relativamente ao preservativo indicaram estar associadas ao conhecimento. Maiores níveis de informação e conhecimento acerca da sexualidade contribuem para menos atitudes negativas e crenças limitantes em relação à violência no namoro e comportamento sexual (Carvalho et al., 2016).

## CONCLUSÕES

A realização deste projeto evidenciou a intervenção do enfermeiro na comunidade escolar pois, ao ter associado a evidência científica, a experiência profissional dos elementos da equipa envolvida e a estreita articulação com os parceiros da comunidade, possibilitou que se atingissem os objetivos propostos.

O número de enfermeiros que intervêm na comunidade escolar é, muitas vezes, diminuto face ao número de estudantes do parque escolar, pelo que se torna difícil demonstrar a efetividade das intervenções do enfermeiro neste contexto.

O projeto desenvolvido, ancorado na Metodologia do Planeamento em Saúde e no referencial teórico de Nola Pender, contribuiu para o aumento do conhecimento de adolescentes do 9º ano de escolaridade de uma escola da área de intervenção de uma UCC do ACES Almada/Seixal, no âmbito da educação sexual, através da intervenção de enfermagem em contexto comunitário. A maioria dos adolescentes envolvidos no projeto identificaram os profissionais de saúde como um recurso para abordarem temas relacionados com a sexualidade.

O modelo conceptual que norteou o projeto – Modelo de Promoção de Saúde Nola Pender, revelou-se adequado e essencial em todas as etapas, tendo sido mobilizado no diagnóstico de situação, no planeamento, na execução e na avaliação das intervenções de enfermagem.

O modelo fortaleceu o papel da escola na implementação de programas de promoção de saúde, devido à possibilidade de alcançar muitas crianças e adolescentes, e pelos recursos humanos disponíveis nas escolas para a implementação dos programas. O ambiente assume lugar de destaque neste modelo, assim como os conceitos de pessoa, saúde e enfermagem adequando-se ao objetivo de estudo, em particular ao ambiente escolar, enquanto ambiente facilitador às intervenções de educação para saúde nos adolescentes.

O ambiente escolar pode potenciar o sucesso das intervenções educacionais, aspeto este que foi considerado no projeto desenvolvido, como por exemplo na escolha da sala, na disposição das cadeiras da sala ou na distribuição dos elementos por grupos. A entrega de materiais informativos aos estudantes envolvidos no projeto também assentou no referencial teórico de Nola Pender pois, segundo a autora, possibilita o reforço do conhecimento e das habilidades obtidas durante as sessões de educação para a saúde (Pender et al., 2015).

Os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária desempenham um papel relevante no desenho de programas de educação sexual em contexto escolar, através do estabelecimento de parcerias, podendo integrar diversas estratégias de educação para a saúde, e se possível, envolver toda a comunidade escolar. Aliado à evidência da importância da intervenção do enfermeiro na comunidade, os resultados da avaliação das sessões de educação para a saúde foram partilhados com a UCC e a escola, possibilitando a continuidade dos conteúdos a abordar, no 2º semestre apoiando as

implicações para a prática de enfermagem. Os materiais pedagógicos desenvolvidos durante o projeto, foram cedidos à equipa de enfermagem da UCC, podendo ser utilizados em projetos futuros.

A intervenção de enfermagem pode assumir-se como essencial na promoção da saúde dos adolescentes, contribuindo para os conhecimentos e atitudes dos mesmos, nomeadamente acerca da sexualidade. O projeto desenvolvido demonstrou a importância da intervenção de enfermagem na comunidade, contribuindo para o conhecimento sobre sexualidade dos adolescentes envolvidos no projeto suportando a recomendação da proximidade com o contexto escolar na promoção da saúde, bem como da articulação com parceiros que garantam a sustentabilidade dos projetos.

## LIMITAÇÕES

No estudo realizado identificam-se algumas limitações, limitações ao desenvolvimento do mesmo, a demora nos procedimentos éticos, que envolveu diversos pedidos de autorização e que condicionou a aplicação do instrumento de recolha de dados, e todas as etapas subsequentes. O reduzido número de autorizações dos encarregados de educação para a aplicação do instrumento de recolha de dados, e que foram entregues no tempo disponibilizado (uma semana), condicionou o tamanho da amostra. Em projetos futuros similares, recomenda-se que seja disponibilizado mais tempo para reunir as autorizações dos encarregados de educação, ou incluir, por exemplo, a possibilidade de assinatura digital. Ainda assim, é reconhecida a importância do conhecimento relativo às necessidades reais da população pelo seu contributo para a adequação da intervenção através de estratégias de promoção e educação em saúde que é favorecida pelo conhecimento pertinente resultante de investigação (Rodrigues et al., 2005).

Outra limitação à execução do projeto deveu-se à limitação temporal do período do estágio, adicionada às interrupções letivas do calendário escolar, que foi ultrapassada pela atenta calendarização das atividades e pela estreita articulação entre todos os intervenientes.

O projeto poderá ter contribuído para potenciais ganhos em saúde nos adolescentes alvo da intervenção. No entanto, o impacto do projeto no comportamento de saúde dos adolescentes envolvidos não foi possível avaliar, pois tal só é possível a médio prazo, ou seja, entre cinco a seis anos após a intervenção, o que constitui uma limitação do projeto (Imperatori & Giraldes, 1993).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akpabio, I., Asuzu, M., Fajemilehin, B., & Ofi, A. (2009). Effects of School Health Nursing Education Interventions on HIV/AIDS-Related Attitudes of Students in Akwa Ibom State, Nigeria. *Journal of Adolescent Health, 44*(2), 118-123. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.05.005>
- Aranda, K., Coleman, L., Sherriff, N., Cocking, C., Zeeman, L., & Cunningham, L. (2018). Listening for commissioning: A participatory study exploring young people's experiences, views and preferences of school-based sexual health and school nursing. *Journal of Clinical Nursing, 27*(1-2), 375-385. <https://doi.org/10.1111/jocn.13936>
- Associação para o Planeamento da Família (2017). *Métodos Contraceptivos: uma escolha tua!* (2ª edição). Associação para o Planeamento da Família.
- Borawsky, E., Tufts, K., Trapl, E., Hayman, L., Yoder, L & Lovegreen, L (2015). Effectiveness of health education teachers and school nurses teaching sexually transmitted infections/VIH knowledge and skills in High School. *J Sch Salud, 85*(3), 189-196.
- Caldeira, E. C. (2015). *Promoção da saúde e desenvolvimento dos adolescentes: a educação sexual em contexto escolar* [Tese de Doutoramento, Universidade

de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/20228>

Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lusociência.

Carvalho, C. P., Pinheiro, M. R., Gouveia, J. A. & Vilar, D. G. (2016). Questionário de atitudes e crenças sobre sexualidade e educação sexual (QACSES) para adolescentes: estudos de validação psicométrica. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*. 7 (1-2), 354-363. <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/2420>

Carvalho, C. P., Pinheiro, M. R., Gouveia, J. A. & Vilar, D. G. (2017). Conhecimentos sobre sexualidade: Construção e validação de um instrumento de avaliação para adolescentes em contexto escolar. *Revista Portuguesa de Educação*. 30 (2), 249-274. <https://doi.org/10.21814/rpe.9032>

Carvalho, N. (2015). *Promoção da saúde: Da investigação à prática*. SPSS, Editora, LDA.

Centers for Disease Control and Prevention (2018). *STDs in Adolescents and Young Adults*. Recuperado em 24 de junho, 2019, de <https://www.cdc.gov/std/stats17/adolescents.htm>

Direção-Geral de Saúde (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015.aspx>

Hogan, J. (2018). Condom Access for High School Students: The Journey From Data to Policy. *NASN School Nurse (Print)*, 33(5), 284-287. <https://doi.org/10.1177/1942602X18768075>

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde – manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ª ed.). Obras Avulsas

Lucas, I., Vilelas, J., Xavier, S., Diogo, P., Almeida, T., Caeiro, M. & Fonseca, R. (2017). Gestão emocional e comportamentos de risco no adolescente: Intervenção do enfermeiro em educação para a saúde. In P. Diogo (Coord.), *Investigar os fenómenos emocionais da prática e da formação em enfermagem* (pp. 105-147). Lusodidacta.

Matos, M. & Equipa Aventura Social (2018). *Relatório do estudo HBSC 2018: A saúde dos adolescentes portugueses após recessão – dados nacionais do estudo HBSC de 2018*. [http://aventurasocial.com/publicacoes/publicacao\\_1545534554.pdf](http://aventurasocial.com/publicacoes/publicacao_1545534554.pdf)

Newbern, E., Anschuetz, G. L., Eberhart, M. G., Salmon, M. E., Brady, K. A., De Los Reyes, A., Baker, J. M., Asbel, L. E., Jonhson, C. C., & Schwarz, D. F. (2013). Adolescent sexually transmitted infections and risk for subsequent HIV. *American Journal of Public Health*. 103(10), 1874-1881. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301463>

Ogunfowokan, A., & Fajemilehin, R. (2012). Impact of a School-Based Sexual Abuse Prevention Education Program on the Knowledge and Attitude of High School Girls. *Journal of School Nursing*, 28(6), 459-468. <https://doi.org/10.1177/1059840512446949>

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (2018). *International Technical Guidance on Sexuality Education: An evidence-informed approach*. <https://www.unfpa.org/publications/international-technical-guidance-sexuality-education>

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2015). *Health promotion in nursing practice*. (7ª ed.). Pearson Education.

Pereira, I. (2016). *Sexualidade saudável na adolescência: Um projeto de enfermagem comunitária* [Dissertação de mestrado]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18382>

Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde- formação*

PROMOÇÃO DA  
SAÚDE DOS  
ADOLESCENTES  
NO ÂMBITO DA  
EDUCAÇÃO  
SEXUAL: UM  
PROJETO DE  
INTERVENÇÃO  
COMUNITÁRIA

*pedagógica de educadores de saúde*. Formasau.

Tavares, A. (1990). Métodos e técnicas de planeamento em saúde. Ministério da Saúde.

World Health Organization (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx>

Zang, Y., Zhao, Y., Yang, Q., Pan, Y., Li, N., & Liu, T. (2011). A randomised trial on pubertal development and health in China. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (21-22), 3081-3091. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03831.x>

# O ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA HÉRNIA NA PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

The nurse in the hernia prevention in the person with intestinal elimination ostomy: Integrative literature review

**RICARDO FILIPE DE SOUSA CORREIA** | Enfermeiro especialista e mestre, pós-graduado em estomaterapia, Centro Hospitalar Universitário do Algarve. <https://orcid.org/0000-0001-8205-6347> [[ricardo.fds.correia@gmail.com](mailto:ricardo.fds.correia@gmail.com)]

**ANA RITA MACEDO TEIXEIRA** | Enfermeira licenciada, pós-graduada em estomaterapia, Hospital Cuf Descobertas. <https://orcid.org/0000-0001-7663-0816>

**CLÁUDIA ISABEL DOMINGOS DA SILVA** | Enfermeira licenciada, pós-graduada em estomaterapia, Centro Hospitalar Universitário do Algarve. <https://orcid.org/0000-0001-7495-207X>

**JOANA MARGARIDA BARATA RIBEIRO** | Enfermeira licenciada, pós-graduada em estomaterapia, Hospital Cuf Descobertas. <https://orcid.org/0000-0001-8617-9256>

**CÉLIA SAMARINA VILAÇA DE BRITO SANTOS** | Professora coordenadora, Doutora em psicologia, Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://orcid.org/0000-0001-9198-2668>

**Enquadramento:** Na pessoa com ostomia de eliminação intestinal, a hérnia paraestomal é uma complicação tardia frequente com implicações na qualidade de vida. **Objetivos:** Descrever as intervenções de enfermagem que reduzem o risco de desenvolver hérnia paraestomal na pessoa com ostomia de eliminação intestinal. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura entre janeiro de 2015 e dezembro de 2020, de acordo com a metodologia PICO, nas bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)* e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, acessíveis através do agregador de conteúdos científicos *EBSCOhost web*, dos quais cinco atenderam aos critérios de inclusão. **Principais tópicos em análise:** Os temas que emergiram na busca do conhecimento foram a importância da identificação dos fatores de risco, marcação do local do estoma, exercício físico, vestuário de suporte, e educação para a saúde. **Conclusão:** Cabe ao enfermeiro em estomaterapia advertir a pessoa com ostomia para os fatores de risco modificáveis, consciencializando-a e tornando-a parte do processo. Considera-se necessária investigação adicional quanto às estratégias que reduzem a incidência de hérnia paraestomal.

**Palavras-chave:** Ostomia; Hérnia; Cuidados de enfermagem; Literatura de revisão.

**Background:** In a person with an intestinal elimination ostomy, parastomal hernia is a frequent late complication with quality of life implications. **Objectives:** To describe nursing interventions that reduce the risk of developing paraestomal hernia in people with intestinal elimination ostomy. **Methodology:** The research is an integrative literature review of scientific articles published between January 2015 and December 2020, according to the PICO methodology, in the *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)* and *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)* databases, accessible through the scientific content aggregator *EBSCOhost web*, of which five met the inclusion criteria. **Main topics under analysis:** The themes that emerged in the search for knowledge were the importance of identifying risk factors, marking the stoma location, physical exercise, supportive clothing, and health education. **Conclusion:** The stoma care nurse should advise the person with an ostomy for modifiable risk factors, making them aware and part of the process. Additional research is considered necessary for strategies to reduce the incidence of parastomal hernia.

**Keywords:** Ostomy; Hernia; Nursing care; Review literature.

## INTRODUÇÃO

Na pessoa com ostomia de eliminação intestinal, a hérnia paraestomal é uma complicação tardia frequente. Apesar de não existirem dados de Portugal agregados (Direção-Geral da Saúde, 2016), a nível europeu é conhecida uma prevalência aproximada de 30% aos 12 meses, 40% aos 2 anos e 50% ou mais em *follow-up* (Antonίου et al., 2017).

Caracterizada pela protusão de vísceras abdominais para o tecido subcutâneo, a hérnia paraestomal resulta numa proeminência a nível da parede periestomal (Morais et al., 2012). A alteração da imagem corporal causada por esta protusão, assim como o aumento das complicações da pele periestomal associadas a problemas com o dispositivo, e consequente aumento do isolamento social da pessoa com hérnia paraestomal, tem um impacto negativo na sua qualidade de vida e na qualidade de vida daqueles que lhe são próximos (Hubbard et al., 2020).

De salientar que a presença de uma ostomia por si só, na pessoa que a possui, já ocasiona perda da sua integridade física e fragmentação do seu "eu", causando sentimentos como a raiva ou repulsa face à nova situação (Santos, 2012). Como é referido pela *Wound Ostomy Continence Nurse Society* (2010), as pessoas submetidas a cirurgia de ostomia, quer temporária ou permanente, necessitam de cuidados físicos e emocionais, intensivos e contínuos para poderem retornar a sua vida diária.

A prevenção da hérnia paraestomal ganha um papel de extrema importância não só pelo impacto emocional da autoimagem como os impactos físicos onde acresce o risco de complicações emergentes como a dor abdominal, estrangulamento da hérnia e obstrução (*Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 2018). Esta complicação incrementa um acréscimo aos custos financeiros associados, pelo aumento da necessidade de cuidados de saúde e de consumo de material.

A somar a todos estes pontos, é de salientar ainda que a resolução da hérnia paraestomal, que apenas pode ser cirúrgica, tem baixos resultados e um alto risco de reincidência (Jones et al., 2018).

Na literatura são referidas várias intervenções de enfermagem passíveis de serem usadas na prevenção da hérnia paraestomal, como a marcação do local do estoma no músculo reto, uso de faixas/cintas de contenção abdominal nos casos em que é conhecida, na pessoa com ostomia de eliminação intestinal, fragilidade do tónus muscular abdominal, ou atitudes como o incentivo ao controlo do peso corporal e prevenção de obstipação (Morais et al., 2012).

O enfermeiro detentor de competências e conhecimentos avançados ganha assim um papel importante na formação e treino da pessoa com ostomia, para o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado integrados numa vivência saudável.

A ação do enfermeiro em estomaterapia é essencial no apoio integral à pessoa com ostomia, de modo a garantir uma intervenção no processo de transição de saúde visando a capacitação desta para a sua autonomia e integração social (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O exercício da enfermagem em estomaterapia constitui-se como uma componente efetiva para a promoção da segurança e qualidade dos cuidados prestados, preconizando a obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente, na capacitação para o autocuidado, gestão da autonomia, adaptação à vida com ostomia, prevenção de complicações do estoma e pele periestomal, visando a melhoria da qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A necessidade, na nossa prática, de fazer face ao número importante de pessoas que desenvolvem esta complicação e ao impacto desta nas suas vidas, aliada à necessidade de uma prática baseada na melhor evidência atual, culminou numa pesquisa detalhada sobre as intervenções de

enfermagem, que têm evidência na redução do risco de hérnia paraestomal na pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

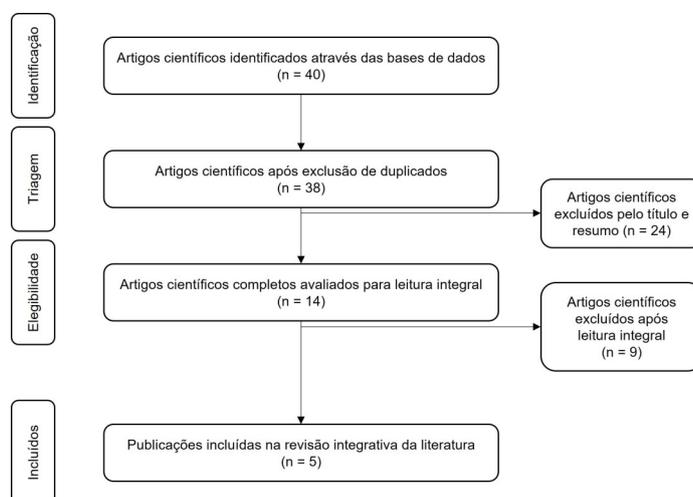
O objetivo deste artigo é descrever o conhecimento, de uma forma clara e passível de ser usada na prática pelo enfermeiro que presta cuidados à pessoa com ostomia de eliminação intestinal para reduzir o risco de desenvolver uma hérnia paraestomal.

## METODOLOGIA

Metodologicamente foi realizada uma revisão integrativa da literatura, baseada nas orientações do *Joanna Briggs Institute* (2020). Tendo em conta a temática da pesquisa, recorreu-se ao método PI[C]O para a elaboração da pergunta de partida: Que intervenções de enfermagem reduzem o risco de hérnia associada à ostomia de eliminação intestinal? Foram pesquisados artigos científicos publicados entre janeiro de 2015 e dezembro de 2020, utilizando descritores de saúde e um termo livre (após algumas pesquisas exploratórias nas bases de dados com recurso a várias palavras-chave e termos livres, de forma a promover um melhor enquadramento com a temática), sendo elaborada a seguinte frase booleana: *parastomal hernia (AND) nurs\**, nas bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)* e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, acessíveis através do agregador de conteúdos científicos *EBSCOhost web*. Durante a seleção dos artigos, recorremos a critérios de inclusão (trabalhos científicos com: adultos, pessoas com ostomia de eliminação intestinal, intervenções de enfermagem que reduzem o risco de hérnia paraestomal, e todos os estudos primários ou secundários, quantitativos ou qualitativos), e critérios de exclusão (trabalhos científicos com: pessoas com outras ostomias, e sobre a prevenção de outras complicações), sendo utilizados trabalhos escritos em inglês, espanhol e português.

## RESULTADOS

Como resultado da interação dos descritores apresentados anteriormente, obtiveram-se 40 produções científicas como potenciais artigos elegíveis para a presente revisão, e através do fluxograma *PRISMA* (Moher et al., 2009) selecionamos 14 para leitura integral após exclusão dos restantes por duplicação e pela leitura do título e resumo. Após o processo de seleção com aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, obtivemos cinco artigos científicos que foram incluídos nesta revisão integrativa da literatura.



**Figura 1** - Processo de identificação e inclusão dos artigos – *PRISMA diagram flow*.

Os diferentes trabalhos científicos incluídos para análise foram avaliados, utilizando os instrumentos preconizados pelo *Joanna Briggs Institute* (2020). Este processo foi realizado por quatro investigadores de forma independente, respeitando todos os princípios éticos e legais, e o resultado final foi obtido após reunião de consenso. Os dados foram sintetizados na tabela seguinte de acordo com o título, autor/ano/país, tipo de estudo, resultados e nível de evidência científica.

Título	Autor – Ano – País	Tipo de estudo	Resultados	Nível de evidência científica
<i>Nurse activity to prevent and support patients with a parastomal hernia</i>	Bland & Young – 2016 – Reino Unido	Revisão da literatura	- Estratégias principais de prevenção da hérnia paraestomal: garantir que a pessoa com ostomia se conscientiza da possibilidade de desenvolver hérnia, ensino sobre a alimentação e atividade física, e manutenção do índice de massa corporal adequado;  - Importância da educação para a saúde.	I
<i>Parastomal hernia and physical activity. Are patients getting the right advice?</i>	Russell – 2017 – Reino Unido	Observacional-descriptivo	- Pessoas com o diagnóstico de hérnia paraestomal tornam-se ainda menos ativas, aumentando o risco para desenvolver outras comorbilidades;  - Identificação e treino de exercícios de fortalecimento do <i>core</i> muscular abdominal.	IV
<i>ASCN UK guidelines: parastomal hernias</i>	North & Osborne – 2017 – Reino Unido	Consenso de expertos	- Identificação de fatores de risco para o desenvolvimento de hérnia paraestomal;  - Descrição das melhores práticas para a prevenção de hérnia paraestomal.	I
<i>Using a risk assessment tool for parastomal hernia prevention</i>	Osborne, North & Williams – 2018 – Reino Unido	Observacional-descriptivo	- Medidas preventivas são fortemente indicadas para a redução a incidência da formação de hérnia paraestomal;  - Criação de uma escala para avaliação dos riscos de formação de hérnia paraestomal.	IV
<i>Nursing strategies for the prevention and management of parastomal hernias</i>	Burch – 2018 – Reino Unido	Revisão da literatura	- Importância da educação para a saúde das pessoas com ostomia, no incentivo à realização de exercícios abdominais e o uso de vestuário de suporte;  - Impacto negativo na qualidade de vida associado à presença de hérnia paraestomal.	I

**Tabela 1** - Estudos incluídos na revisão integrativa da literatura.

Finalmente, os dados foram analisados e agrupados em categorias emergentes dos artigos selecionados. Os temas que despontaram na busca do conhecimento foram a importância da identificação dos fatores de risco, marcação do local do estoma, exercício físico, vestuário de suporte, e educação para a saúde.

## DISCUSSÃO – O papel do enfermeiro:

A presença de hérnia paraestomal pode trazer barreiras adicionais no processo de aceitação e ajustamento à presença do estoma (Readding, 2014). A ação do enfermeiro em estomaterapia é essencial no apoio integral à pessoa com ostomia, de modo a garantir uma intervenção no processo de transição de saúde visando a capacitação desta para a sua autonomia e integração social (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

**Identificação dos fatores de risco** – Na literatura revista foram identificados vários fatores de risco, modificáveis e não-modificáveis, cujo conhecimento pelo enfermeiro em estomaterapia permite adequar o plano de cuidados, tendo em consideração esses mesmos fatores de risco presentes e o historial clínico de cada pessoa.

Fica explanado na tabela 2, os fatores de risco associados ao desenvolvimento de hérnia paraestomal identificados nesta revisão da literatura e a respetiva referência bibliográfica.

O ENFERMEIRO  
NA PREVENÇÃO  
DA HÉRNIA NA  
PESSOA COM  
OSTOMIA DE  
ELIMINAÇÃO  
INTESTINAL:  
REVISÃO  
INTEGRATIVA DA  
LITERATURA

Fatores de risco	Referência bibliográfica
Idade avançada	North e Osborne, 2017; Russell, 2017; Osborne et al., 2018; Burch, 2018
Obesidade	North e Osborne, 2017; Russell, 2017; Osborne et al., 2018; Burch, 2018
Má nutrição	Burch, 2018
Distensão/circunferência abdominal	Russell, 2017; Burch, 2018
Tosse crónica ou infeção/doença pulmonar	North e Osborne, 2017; Russell, 2017; Osborne et al., 2018; Burch, 2018
Sépsis ou infeção de ferida após cirurgia para formação de estoma	Russell, 2017; Burch, 2018
Técnica cirúrgica	Russell, 2017; Burch, 2018
Cirurgia de emergência	Burch, 2018
Cirurgias abdominais anteriores	North e Osborne, 2017; Osborne et al., 2018
Atividade pesada	North e Osborne, 2017; Russell, 2017; Osborne et al., 2018
Tabagismo	North e Osborne, 2017; Russell, 2017; Osborne et al., 2018

**Tabela 2** - Fatores de risco para o desenvolvimento de hérnia paraestomal.

Osborne et al. (2018), criaram uma escala de avaliação de risco de hérnia paraestomal (tabela 3) de acordo com os fatores de risco, com o objetivo de desenvolver uma ferramenta de medição para alertar o enfermeiro em estomaterapia garantindo que são fornecidas as informações adequadas ao utente, assim como o uso preventivo de vestuário de suporte. Neste estudo, sugerem que esta escala deve ser aplicada durante qualquer consulta clínica, pré ou pós-operatória, e em consultas de seguimento pois será sempre benéfico pela mutabilidade dos fatores de risco. Cada pontuação foi baseada em estudos efetuados, sendo no final atribuída uma classificação de risco baixo ou alto e a respetiva recomendação do enfermeiro em estomaterapia tendo em conta o *score*. Aos utentes com hérnia existente e trabalho manual pesado é atribuído automaticamente alto risco apesar da pontuação final. Esta escala partiu de um estudo prévio com a identificação dos fatores de risco, e respetivas estratégias de intervenção (North, 2014). O conhecimento dos fatores de risco é fulcral para a adequação das intervenções de enfermagem, quer em termos de redução de peso, cessação tabágica, exercício físico e aconselhamento com vestuário de suporte.

Consideração	Fator de risco	Valor	Total
<b>predisponente</b>			
Idade	Entre 5-15 anos	1	
	Mais de 70 anos	3	
Índice de massa corporal	Obeso	3	
Ocupação/estilo de vida	Manual*	3	
	Família jovem	2	
Atividade	Razoavelmente ativo	2	
	Ginásio/exercício físico	3	
Local do estoma	Transversostomia	3	
	Colostomia	2	
	Estoma fora do músculo reto	2	
	Cirurgia prévia de reparação de hérnia	3	
	Estoma, sem outra cirurgia (técnica)	2	
	Abertura > 35 mm	3	
Diagnóstico	Malignidade	2	
	Diverticular	2	
	Hérnia existente (qualquer)*	3	
	Hérnia prévia	3	
	Aneurisma da aorta abdominal	1	
	Doenças do tecido conjuntivo	2	
	Diabetes até 1 ano após a cirurgia	2	
	Diabetes	1	
Tabagismo	Fumador	3	
Medicação	Esteroides até 1 ano após a cirurgia	3	
	Esteroides após 1 ano	2	
Elevada pressão intra-abdominal	Doença pulmonar obstrutiva crónica/enfisema	3	
	Ascite	3	
	Obstipação aguda/crónica	2	
Final total			
<b>* Indica risco 3 (alto) independentemente de outra pontuação</b>			
<b>Pontuação total de risco: 0-15 Baixo risco, 16+ Risco elevado</b>			

**Tabela 3** - Escala de avaliação de risco de hérnia paraestomal (Osborne et al., 2018).

**Marcação do local do estoma** - Uma má localização do estoma, particularmente se não é marcado no período pré-operatório pelo enfermeiro em estomaterapia, está relacionada com uma maior incidência de complicações pós-operatórias, contudo apesar de existir esta correlação, a evidência que relaciona a marcação do estoma com a formação de hérnia paraestomal é inconclusiva (Burch, 2018), tal como foi demonstrado num

estudo de Thompson e Trainor (2005). Ainda assim, a marcação do local do estoma no pré-operatório encontra-se relacionada com a melhor localização do estoma na pele e uma melhoria da qualidade de vida ao nível da confiança e autonomia (Bland & Young, 2016).

**Exercício físico** – Todas as pessoas com ostomia devem ser informadas acerca de exercícios para fortalecimento dos músculos do *core* abdominal iniciados no pós-operatório, já que contribuem para a manutenção da força e redução do enfraquecimento dos músculos retos abdominais. Esses exercícios para os músculos do *core* abdominal são considerados como um regime mínimo de exercícios e devem ser fornecidos conselhos adicionais para estas pessoas se manterem ativas (North & Osborne, 2017).

Thompson e Trainor (2005) desenvolveram um programa para a redução da incidência do risco de hérnia paraestomal, em que nos primeiros três meses após a alta, os utentes são aconselhados a não pegar em pesos, e na consulta de seguimento do terceiro mês, adicionam alguns passos ao programa: educação sobre os riscos de formação de hérnia paraestomal, medições para encomenda de vestuário de suporte para usar aquando de levantamento de pesos, e ensino sobre exercícios abdominais, executando-os diariamente ao longo de nove meses. Aos seis e nove meses, são reavaliados e lembrados do programa educacional (Bland & Young, 2016; Burch, 2018). Apesar das recomendações deste estudo, nem todas as referências são consensuais acerca do início da prática de atividade física. Russell (2017) diz que existem algumas *guidelines* que recomendam a prática de exercícios abdominais “gentis” o mais precocemente possível, a partir do terceiro a quarto dia de pós-operatório. A *Registered Nurses’ Association of Ontario* (2019) especifica que durante o primeiro mês pós-operatório, é aconselhado evitar o levantamento de pesos com mais de 4,5 Kg, retomando gradualmente as atividades que impliquem o levantamento de pesos.

Os exercícios adequados para estas pessoas estão mais alinhados com o movimento do estilo *pilates*, que envolve a contração controlada dos músculos abdominais transversos e do pavimento pélvico, e pode ser feito deitado na cama (Russell, 2017).

A tabela 4 descreve um exemplo dos exercícios para fortalecimento da musculatura abdominal que os enfermeiros em estomaterapia podem aplicar. Muitos enfermeiros em estomaterapia não estão cientes das recomendações específicas sobre os exercícios, não se sentem preparados para aconselhar

---

Todos os exercícios abdominais começam na posição dorsal, com a cabeça apoiada sobre uma almofada, os joelhos fletidos e os pés apoiados na cama.

---

1. Exercício abdominal:

Colocar suavemente as mãos na parte inferior do abdómen. Inspirar pelo nariz e, ao expirar, empurrar suavemente o umbigo para baixo em direção à coluna. Sentir os músculos contraírem-se, mantendo a contração, contar até três e depois relaxar. Inspirar e expirar normalmente.

---

2. Inclinação pélvica:

Colocar as mãos na região lombar. Contrair os músculos do abdómen (como no exercício 1), endireitando a região lombar sobre as mãos, e ao mesmo tempo inclinar a região pélvica. Respirar normalmente. Manter a posição por três segundos e relaxar.

---

3. Rodar os joelhos:

Contrair os músculos do abdómen (como no exercício 1) e suavemente rodar ambos os joelhos para um lado, tanto quanto for confortável. Trazer de volta os joelhos para o meio e relaxar. Repetir para o outro lado.

---

Cada um destes exercícios pode ser repetido cinco vezes, três vezes ao dia. Aumentar o número de repetições de acordo com a sua tolerância.

---

**Tabela 4** - Descrição dos exercícios abdominais (North, 2014).

sobre os mesmos ou não têm instruções adequadas de como implementar essas estratégias da maneira adequada aos seus utentes (Russell, 2017).

Idealmente as indicações para programas de redução de peso e exercício físico deverão ser pré-operatórias, contudo, a criação de um estoma surge muitas vezes em contexto de urgência pelo que os utentes devem ser encorajados no pós-operatório a mover-se, ao invés de inibidos de atividade (Bland & Young, 2016). Decorre então a necessidade de os enfermeiros estarem altamente envolvidos no encorajamento dos utentes para a prática de exercício físico (Burch, 2018), também por esta prática se traduzir numa melhoria da qualidade de vida que se reflete num aumento de autoestima e bem-estar (Russell, 2017).

**Vestuário de suporte** – A incidência da hérnia paraestomal pode ser reduzida encorajando a pessoa com ostomia a vestir cintas de suporte (Burch, 2018). Todos os utentes devem ser informados acerca da existência de roupa interior de suporte, em *lycra*, com cintura alta (North & Osborne, 2017). Esta roupa está disponível em fabricantes especializados em produtos para pessoas com ostomia, em lojas de rua ou de desporto (North & Osborne, 2017), bem como em *websites* (Burch, 2018).

Este vestuário de suporte existe em diferentes variedades, tamanhos, cores e com diferentes níveis de reforço. Assim o enfermeiro em estomaterapia deve recomendar à pessoa o vestuário mais adequado, assegurando o tamanho e a especificidade correta para a mesma (Burch, 2018). Tendo em conta a conjugação com a história clínica individual, quem possui fatores de risco mais elevados, deve ser considerado o uso de vestuário de suporte com maior nível de contenção (North & Osborne, 2017).

Este vestuário pode e deve ser lavado regularmente, e é geralmente recomendado que os utentes tenham mais que uma peça, gerindo o tempo de lavagem e secagem (Burch, 2018).

O uso de vestuário de suporte é aconselhado por enfermeiros de estomaterapia, assim como consta em *guidelines* clínicas para prevenção e gestão de hérnia paraestomal, no entanto como prevenção, ainda são necessários mais estudos e investigações (Russell, 2017).

**Educação para a saúde** – Um estudo de Williams et al. (2010) revelou que muitas pessoas com ostomia não estavam capacitadas para detetar problemas relacionados com o estoma, pois muitos dos participantes no estudo tinham hérnias paraestomais e só um quarto destes estava ciente disso. Bland e Young (2016) referem que a lacuna na capacidade de deteção de hérnia paraestomal demonstra a importância da educação para a saúde por parte dos profissionais de saúde e de um acompanhamento regular (*follow-up*). Os utentes identificados com elevados fatores de risco devem ser aconselhados com informação relevante para a redução do risco de hérnia, nos fatores que podem ser modificáveis como por exemplo a cessação tabágica, manutenção de peso adequado e estilo de vida. Educar os utentes quanto à importância de manter um índice de massa corporal ótimo (20-25 Kg/m<sup>2</sup>) e em como isso pode reduzir drasticamente a incidência de hérnia paraestomal (Russell, 2017).

Alguns estudos evidenciam que as pessoas com ostomia com um perímetro abdominal superior a 100 centímetros têm 75% de probabilidade de desenvolver hérnia paraestomal (Bland & Young, 2016; Registered Nurses' Association of Ontario, 2019).

Os enfermeiros devem descrever à pessoa o que é a hérnia paraestomal e como se desenvolve, explicar as consequências desta, incluindo a aparência, desconforto, complicações, e possível intervenção cirúrgica. O enfermeiro deve discutir sobre atividades que aumentam o risco de formação de hérnia paraestomal, como ocupação que envolva levantamento de pesos, exercício extenuante, jardinagem, aspiração, ou levantamento de roupa molhada

pesada (North & Osborne, 2017). Referir que deve ser evitada a condução até às quatro semanas se cirurgia laparoscópica e até às seis semanas se cirurgia por laparotomia, apesar das feridas operatórias cicatrizadas (North & Osborne, 2017).

Especialmente no caso de pessoas com idade avançada é importante explicar a necessidade de se manterem ativas o maior tempo possível, os benefícios de fortalecer a parede abdominal e instruir as técnicas de levantamento de pesos e de tosse (Russell, 2017).

## CONCLUSÃO

O enfermeiro em estomaterapia tem um papel crucial na prevenção de hérnia paraestomal, devendo informar a pessoa com ostomia da possibilidade de ocorrência desta complicação considerada tardia. Cabe ao enfermeiro em estomaterapia advertir a pessoa com ostomia para os fatores de risco modificáveis, consciencializando-a e tornando-a parte do processo.

Ressalvamos por isso a pertinência da validação para a população portuguesa da escala de avaliação de risco de hérnia paraestomal apresentada ou o uso desta como ponto de partida para a construção de outro instrumento que possa auxiliar o trabalho do enfermeiro em estomaterapia, na identificação do risco da pessoa desenvolver hérnia e adequar estratégias para a sua prevenção.

A literatura sugere que uma combinação de fatores como o uso de cintas abdominais, a atividade física regular, fortalecimento dos músculos abdominais e manutenção de peso adequado, poderão reduzir a incidência de hérnia paraestomal, pelo que o ensino, instrução e treino destas é de extrema importância, e uma intervenção preponderante do enfermeiro em estomaterapia. As consultas regulares e acompanhamento por *follow-up* parecem ter um impacto positivo em manter a pessoa com ostomia, focada no processo de prevenção.

Por outro lado, nos estudos que foram analisados, e apesar da relevância da prática de exercício físico para o fortalecimento da musculatura abdominal, é notória a ausência de evidência relativamente à eficácia dos exercícios abdominais na prevenção da hérnia paraestomal. Existem também lacunas na identificação destes, assim como a necessidade de evidência que explore os seus benefícios no pré e pós-operatório imediato. Consideramos, por isso, necessária investigação adicional quanto às estratégias que reduzem a incidência de hérnia paraestomal.

Esta revisão da literatura permitiu a atualização de conhecimentos, e aquisição de recursos e habilidades, passíveis de mobilizar, no sentido de uma prática clínica baseada na evidência no que diz respeito à intervenção de enfermagem com a pessoa com ostomia de eliminação intestinal na prevenção de hérnia paraestomal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antoniou, S. A., Agresta, F., Alamino, J. M. G., Berger, D., Berrevoet, F., Brandsma, H. T., Bury, K., Conze, J., Cuccurullo, D., Dietz, U. A., Fortelny, R. H., Frei-Lanter, C., Hansson, B., Helgstrand, F., Hotouras, A., Jänes, A., Kroese, L. F., Lambrecht, J. R., Kyle-Leinhase, I., . . . Muysoms, F. E. (2017). European Hernia Society guidelines on prevention and treatment of parastomal hernias. *Hernia*, 22(1), 183-198. <https://doi.org/10.1007/s10029-017-1697-5>
- Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland Parastomal Hernia Group. (2018). Prevention and treatment of parastomal hernia: a position statement on behalf of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. *Colorectal Disease: The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 20(2), 5-19. <https://doi.org/10.1111/codi.14249>
- Bland, C., & Young, K. (2016). Nurse activity to prevent and support patients with a parastomal hernia. *Gastrointestinal Nursing*, 13(10), 16-24.

- <https://doi.org/10.12968/gasn.2015.13.10.16>
- Burch, J. (2018). Nursing strategies for the prevention and management of parastomal hernias. *Gastrointestinal Nursing*, 16(2), 38-42. <https://doi.org/10.12968/gasn.2018.16.2.38>
- Direção-Geral da Saúde (2016). Indicações clínicas e intervenção nas ostomias de eliminação intestinal em idade pediátrica e no adulto - Número 15/2016. Direção-Geral da Saúde.
- Hubbard, G., Beeken, R. J., Taylor, C., Oliphant, R., Watson, A. J. M., Munro, J., Russell, S., & Goodman, W. (2020). HALT (Hernia active living trial): protocol for a feasibility study of a randomised controlled trial of a physical activity intervention to improve quality of life in people with bowel stoma with a bulge/parastomal hernia. *Pilot and Feasibility Studies*, 6(142), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s40814-020-00674-2>
- Joanna Briggs Institute (2020). JBI manual for evidence synthesis. Joanna Briggs Institute.
- Jones, H. G., Rees, M., Aboumarzouk, O. M., Brown, J., Cragg, J., Billings; P., Carter, B., & Chandran, P. (2018). Prosthetic mesh placement for the prevention of parastomal herniation. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 7(7), 1-67. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008905.pub3>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Plos Medicine*, 6(7), 1-6. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Morais, I., Seíça, A., & Pereira, M. (2012). Complicações em ostomias de eliminação. In Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia, *Estomaterapia: o saber e o cuidar* (pp. 40-48). Lidel.
- North, J. (2014). Early intervention, parastomal hernia and quality of life: a research study. *British Journal of Nursing*, 23(5), s14-18. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.Sup5.S14>
- North, J., & Osborne, W. (2017). ASCN UK guideline: parastomal hernias. *British Journal of Nursing*, 26(22), s6-13. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.22.S6>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento número 398/2019 – Regulamento da competência acrescida diferenciada e avançada em estomaterapia. *Diário da República*, 2.ª série – Número 86. Entidades administrativas independentes e administração autónoma.
- Osborne, W., North, J., & Williams, J. (2018). Using a risk assessment tool for parastomal hernia prevention. *British Journal of Nursing*, 27(5), s15-19. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.5.S15>
- Reading, L. A. (2014). Assessing support garments in the management of parastomal hernia. *Gastrointestinal Nursing*, 12(4), 32-42. <https://doi.org/10.12968/gasn.2014.12.4.32>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2019). Supporting adults who anticipate or live with an ostomy (2ª edição). Registered Nurses' Association of Ontario.
- Russell, S. (2017). Parastomal hernia and physical activity. Are patients getting the right advice? *British Journal of Nursing*, 26(17), s12-18. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.17.S12>
- Santos, C. B. (2012). Nota introdutória. In Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia, *Estomaterapia: o saber e o cuidar* (pp. XV-XVI). Lidel.
- Thompson, M. J., & Trainor, B. (2005). Incidence of parastomal hernia before and after a prevention programme. *Gastrointestinal Nursing*, 3(2), 23-27.
- Williams, J., Gwillam, B., Sutherland, N., Matten, J., Hemmingway, J., Ilsey, H., Somerville, M., Vujnovich, A., Day, S., Redmond, C., Cowin, C., Fox, K., & Parker, T. (2010). Evaluating skin care problems in people with stomas. *British Journal of Nursing*, 19(17), s6-15. <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.Sup7.78569>

Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. (2010). Wound, ostomy and continence nursing scope and standards of practice. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society.

O ENFERMEIRO  
NA PREVENÇÃO  
DA HÉRNIA NA  
PESSOA COM  
OSTOMIA DE  
ELIMINAÇÃO  
INTESTINAL:  
REVISÃO  
INTEGRATIVA DA  
LITERATURA